



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz

LISBOA, Maio de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz

Sob orientação de Mestre Georgiana Marques da Gama

LISBOA, Maio de 2011

## RESUMO

O presente relatório integrado na Unidade Curricular Estágio, inserida na área de especialização de EMC, do Curso de Mestrado em Enfermagem, pretende descrever o percurso desenvolvido ao longo dos módulos: Serviço de Urgência e Cuidados Intensivos. O módulo opcional (Geriatrics) não foi realizado por ter sido creditado.

O desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente o doente em estado crítico, assumiu-se como determinante para o cumprimento do plano de estudos da área de especialização em questão. No entanto, o caminho desenhado e desenvolvido em muito apelou e contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionais e na área da formação, na medida em que o objectivo geral, transversal aos dois estágios, foi:

“Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelas equipas de Enfermagem, no que se refere à segurança dos cuidados de saúde”.

O presente relatório, pretende descrever a opção pelos campos de estágio, procedendo-se a uma breve descrição do contexto, nomeadamente dos aspectos condicionantes da escolha da área de intervenção e das estratégias utilizadas.

Optou-se por descrever a metodologia utilizada, bem como os objectivos definidos, os objectivos atingidos e as competências como enfermeira especialista mobilizadas ou desenvolvidas.

A pesquisa bibliográfica, bem como a análise reflexiva das situações e experiências proporcionadas e aproveitadas no decorrer dos estágios, assumiram-se como instrumentos formativos basilares no percurso desenvolvido, onde se inclui a elaboração do presente relatório.

## ABSTRACT

This report included in the Unit Training course, located in the area of expertise of Medical-surgical Nursing, the Master's Degree in Nursing, aims to describe the course modules developed over the Emergency Department and Intensive Care. The optional module (geriatrics) was not performed, due to having been credited. The development of competencies for advanced nursing care to adult and elderly patients with severe disease, especially the patient in critical condition, assumes a crucial role to meet the curriculum area of expertise concerned. However, the path designed and developed greatly appealed and contributed to the development of relational skills and in training, to the extent that the overall aim to cross two stages were: "Working together to improve the care provided by nursing teams, as regards the safety of health care." This report thus aims to describe the areas of practice's choices, proceeding to a brief description of the context, particularly those aspects affecting the choice of intervention and strategies used. We chose to describe the methodology used, objectives set, targets achieved, skills as a specialist nurse mobilized or developed for their achievement. The bibliographic research, both with reflective analysis of situations and experiences provided and used during the training period, were taken as basic training tools developed in the course, which were included in the preparation of this report.

*Quão estéril é toda a especulação intelectual,  
quando dissociada da acção e da experimentação!*

Oscar Wilde

*Como se pode separar o dançarino da sua dança?*

W.B. Yeats

*(...) tinha sido quando menos o quis, quando ao cabo de tantos e tantos anos de ilusões  
estéreis tinha começado a vislumbrar que não se vive, que catano, sobrevive-se, aprende-se  
tarde de mais que até as vidas mais dilatadas e úteis não chegam para mais nada senão para  
aprender a viver(...)*

Gabriel Garcia Marquez (“O Outono do Patriarca”)

*Na vida o importante não é saber tudo, mas o essencial. E o essencial, não é termos pessoas  
que nos ensinem, mas que nos dêem espaço para aprender.*

Eduardo Sá

## AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais de saúde e colegas com quem contactei durante os estágios, que comigo colaboraram e ajudaram;

A todos aqueles de quem cuidei ao longo deste percurso, e ao longo da minha vida profissional, e que justificam a necessidade de mais querer saber, mais querer fazer, de melhor querer ser!

Aos que assumiram o papel de orientadores e que tornaram este percurso formativo dinâmico e interativo;

À Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Professora Georgeana Marques da Gama pelo apoio nos momentos de maior fragilidade, mas sobretudo por ajudar a desconstruir para (re) construir e fazer com que esta caminhada fosse mais fácil e revestida de sentido ... Muito obrigada!

Ao Luís pelo apoio, paciência e por sempre estar;

Aos meus filhos Rodrigo e Inês pelo carinho e capacidade de entendimento, apesar dos seus quatro aninhos;

À Maria, Teresa e Pai por tentarem compensar as ausências e apoiarem;

À Susana Ramos e restantes colegas pelo apoio e incentivo;

Aos amigos que tudo fizeram para minimizar as adversidades do caminho, apoiando, ouvindo, rindo, estando, “desencaminhando” pois às vezes (muitas vezes) também faz falta desanuviar...

Muito obrigada!

## SIGLAS

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EMC – Enfermagem Médico- Cirúrgica

GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

GGR – Gabinete de Gestão de Risco

HSAC- Hospital Santo António dos Capuchos

HSJ – Hospital São José

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UPP- Úlceras por pressão

## **INDICE**

0 – <u>INTRODUÇÃO</u> .....	10
1 – <u>O PERCURSO DESENVOLVIDO</u> .....	14
1.1 – <u>MÓDULO “SERVIÇO DE URGÊNCIA”</u> .....	14
1.1.1 - <u>Actividades formativas formais/ Instrumentos elaborados</u> .....	20
1.2 – <u>MODULO “CUIDADOS INTENSIVOS”</u> .....	24
1.2.1 - <u>Actividades formativas formais/ Instrumentos elaborados</u> .....	31
1.3 – <u>MÓDULO OPÇÃO “GERIATRIA”</u> .....	37
2 – <u>CONCLUSÕES GERAIS</u> .....	42
3 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	45
ANEXOS .....	49
ANEXO I – <u>Instrução de trabalho: “Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral”</u> .....	50
ANEXO II – <u>Plano de sessão, Sumário e presenças na formação em serviço: “Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral - Instrução de trabalho”</u> .....	55
ANEXO III – <u>Diapositivos utilizados na formação em serviço: “Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral - Instrução de trabalho”</u> .....	60
ANEXO IV – <u>“Recomendações gerais para manutenção de dispositivos vasculares- Urgência Geral”</u> .....	66
ANEXO V – <u>Proposta de indicadores para o projecto institucional referente às Úlceras por pressão para a Urgência Geral</u> .....	68
ANEXO VI – <u>Instrumento de registo de administração de terapêutica para alunos de enfermagem</u> .....	70
ANEXO VII – <u>Instrumentos de identificação e avaliação de risco na Urgência Geral</u> .....	72
ANEXO VIII – <u>Pedido de autorização para análise de processos clínicos de utentes com incidentes de extubação endotraqueal não planeada no período compreendido entre Janeiro e Agosto de 2010 dirigido ao Conselho de Administração do CHLC</u> .....	76
ANEXO IX – <u>Folha de colheita de dados referentes a incidentes de extubação endotraqueal não planeada</u> .....	82
ANEXO X – <u>Plano de sessão da formação em serviço “Para uma cultura de segurança” – UCIP</u> .....	84
ANEXO XI – <u>Folhas de presença na formação em serviço “Para uma cultura de segurança” – UCIP</u> .....	87



ANEXO XII – <u>Diapositivos utilizados na formação em serviço “Para uma cultura de segurança” – UCIP</u> .....	90
ANEXO XIII - <u>Instrumentos de identificação e avaliação de risco na UCIP</u> .....	98
ANEXO XIV - <u>Recomendações gerais para manutenção de dispositivos vasculares – UCIP</u> .	102
ANEXO XV – <u>Plano de sessão, folha de presenças, avaliação da sessão e diapositivos utilizados na formação em serviço “Extubações endotraqueais não planeadas na UCIP 2”</u> .	104
ANEXO XVI – <u>Dados de Acolhimento do Serviço Social do ano 2008 referente ao serviço de Medicina 2.3 sala 1 do HSAC</u> .....	123
ANEXO XVII – <u>Dados fornecidos pelo GGR referente a prevalência de UPP na população internada no serviço de Medicina 2.3 sala 1 do HSAC no ano 2009</u> .....	125

## 0 - INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são locais de encontro e de entrelace de vários grupos profissionais no desenvolvimento do seu exercício. “Cada grupo procura, dentro das respectivas margens de manobra, captar para a sua esfera discursiva algum protagonismo nos cuidados de saúde ao doente, como estratégia de afirmação e manutenção da sua identidade socioprofissional” (SERRA, 2005).

Considero que à Enfermagem não é essencial esta noção que parece ter a si implícita alguma dose de competitividade. Essencial é a premência de reconhecimento por parte dos seus profissionais, da necessidade de uma maior visibilidade, consistência e até mesmo “autoconfiança” no corpo de saber que a sustenta como profissão digna e autónoma. Somente através desse reconhecimento a profissão poder-se-á libertar definitivamente dos vínculos restritivos do seu desenvolvimento, frutos de uma herança do passado.

Urge assim a indispensabilidade de confinar essa mesma herança a esse espaço temporal, apesar da sua reconhecida importância no percurso da profissão. Até porque, de acordo com PAUL RICOEUR “quem de início não tem raízes não pode depois ter autonomia (In HONORÉ, 2001).

Isto implicou um progressivo distanciamento do modelo biomédico, reflectindo uma vontade, ainda hoje presente, de caminhar no sentido de uma Enfermagem Avançada. Passa, como refere SILVA, por “evoluir no âmbito do exercício profissional, dos modelos em uso muito circunscritos ao paradigma *biomédico* – com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença -, para modelos nos quais haja uma maior valorização da teoria da enfermagem – com ênfase nas respostas envolvidas nas transições” (2007, p.14).

Muitos foram os passos dados nesse sentido, até no que se refere ao enquadramento jurídico que sustenta matérias essenciais ao exercício profissional e à formação dos enfermeiros. Porém, ainda se denota a percepção, segundo BASTO (1998, *In* SILVA, 2007), “de que a qualidade dos cuidados de enfermagem não acompanhou a evolução da formação e das condições de trabalho das enfermeiras em Portugal”.

Isto porque, nem sempre há um conhecimento consistente, bem como uma definição de papéis, funções e responsabilidades que suporte a valorização, desenvolvimento e afirmação da Profissão. A evolução da formação, com a conseqüente reconstrução das lógicas formativas e crescente apelo à investigação, surge assim como um meio de desenvolvimento da profissão e do seu corpo de conhecimento próprio (ABREU, 2001).

Neste âmbito, surgem os Cursos de Mestrado em Enfermagem, com as respectivas áreas de especialização, que apelam a uma reflexão e reorganização dos sistemas de fornecimento de serviços de saúde, que se pretendem adequados às necessidades e expectativas de cuidados da população.

As reconfigurações do mosaico social apelam assim para uma mudança, de modo a dar resposta às necessidades, interesses e exigências a si implícitas. Naturalmente que os cuidados de enfermagem são igualmente sensíveis a estas alterações e consequentes apelos de mudança.

Esta perspectiva suporta-se na noção de que a “Enfermagem tem vindo a passar progressivamente de uma fase de grande valorização do saber-fazer, para uma valorização de saberes de outra natureza, saberes cognitivos, saberes integrativos, saberes com características mais abrangentes, ou seja, a dar prioridade ao saber-ser e estar e a recuperar o cuidar como essência da profissão” (CARVALHAL, 2002).

Aproveitando uma oportunidade privilegiada de formação, através da realização de estágios, optei por identificar uma área sensível de intervenção, no sentido de prevenir eventuais desvios que prejudiquem a qualidade dos cuidados de Enfermagem, e a partir daí colaborar na definição e implementação de melhorias que visassem contribuir para a qualidade dos cuidados das equipas que integrei.

Foi neste sentido que a noção de que os projectos nascem de ideias ou de desejos de transformação da realidade (BARBIER, 1991) se afigurou como pressuposto basilar para o desenvolvimento da minha actividade durante a realização dos estágios desenvolvidos na Urgência Geral do HSJ e na UCIP do HSAC. O estágio de opção em Geriatria não foi realizado, por ter sido creditado, atendendo ao percurso profissional desenvolvido ao longo de 12 anos no serviço de Medicina Interna 2.3 sala1 do HSAC.

Uma das minhas preocupações centrais foi a de ir ao encontro das equipas, apelando ao seu envolvimento e implicação nas estratégias formativas (RAMOS, 1993; ALARCÃO, 2000). Um trabalho desta natureza deve tender e reflectir os problemas, as necessidades e expectativas dos seus actores, pressupondo um empenho voluntário, um investimento afectivo.

Esta opção suporta-se na noção de que o conhecimento se obtém pelo confronto e no diálogo com a própria situação, mas sendo óbvio que *ninguém pode desconstruir o que não conhece* (CHAVES, 2000). Nesta lógica, importa esclarecer que o meu papel não teve o intuito único de considerar exclusivamente a necessidade destes grupos, mas também o de despertar atenções, provocar reacções e despoletar reflexões, aproveitando a minha experiência profissional enriquecida com os aportes académicos adquiridos, nomeadamente na licenciatura em Ciências da Educação e com a frequência do actual percurso académico.

Esta perspectiva parece assim traduzir a noção de que o projecto é a maneira pela qual um actor, individual ou colectivo, procura definir para si um futuro que deseja que venha a acontecer, subentendendo uma transformação individual e colectiva de um desejo inicial de apropriação (BOUTINET, 1990).

A integração na equipa e na dinâmica das unidades funcionais onde realizei os estágios foi a primeira estratégia, na medida em que a participação efectiva no contexto de trabalho é, inegavelmente, um modo de perceber a realidade, as dificuldades, os problemas, os recursos, as facilidades e os constrangimentos.

Um dos principais objectivos foi o de prestar cuidados de enfermagem a doentes críticos. Entendendo-se por doente crítico *aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica* (RUA et al, 2008).

Pelo facto de actualmente exercer funções no Gabinete de Gestão de Risco do HSAC, a opção por realizar os estágios em unidades funcionais que estejam integradas no mesmo Centro Hospitalar, tornou-se pertinente. Esta situação tornou assim possível desenhar o projecto à luz da política de segurança do doente, por ser uma área transversal aos vários contextos.

Neste sentido, pretendi nestes estágios colaborar na identificação de situações que possam conduzir a eventuais desvios e comprometer ou prejudicar a qualidade dos cuidados de Enfermagem, e evidentemente a segurança do doente.

Esta linha de intervenção surge fundamentada pelo reconhecimento e valorização da necessidade dos enfermeiros, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, na procura da excelência do seu exercício, deverem analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (artigo 88º, alínea a), bem como assegurar as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados (artigo 88º, alínea d). Só deste modo, poderemos procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas (artigo 88º, alínea b).

Dado o melindre subjacente a um tema desta natureza, a abordagem teve que ser prudente, perspicaz, implícita e oportuna, de modo a torná-la colaborativa e não antípoda.

Neste sentido, foi meu intuito que este processo não se esgotasse no tempo de duração do estágio, tornando-se imprescindível colaborar para a animação de estratégias que estimulassem o questionamento de práticas actuais e futuras.

O presente relatório pretende descrever a opção pelos campos de estágio, procedendo-se a uma breve descrição dos contextos, nomeadamente dos aspectos condicionantes da escolha da área de intervenção ou da estratégia utilizada.

Neste sentido, tornou-se necessária a descrição da metodologia utilizada, à luz do enquadramento conceptual de referência e dos objectivos definidos, bem como as competências como enfermeira especialista mobilizadas ou desenvolvidas.

Assim sendo, o percurso desenvolvido nos estágios é apresentado por ordem cronológica de acontecimentos, pelo que se inicia a descrição do módulo de Urgência e posteriormente do módulo de Cuidados Intensivos. A descrição associada ao módulo creditado finaliza este capítulo. Relativamente às considerações finais, pretende-se evidenciar aspectos facilitadores ou constrangedores do desenvolvimento do processo de intervenção, reflectindo sobre o valor formativo do percurso realizado.

Assim sendo, são objectivos do presente relatório:

- Descrever as actividades desenvolvidas em cada local de estágio de acordo com os objectivos definidos;
- Identificar as competências de enfermeira especialista adquiridas ou desenvolvidas durante a realização dos estágios;
- Reflectir sobre o valor formativo do percurso desenvolvido.

## 1- O PERCURSO DESENVOLVIDO

Neste capítulo proceder-se-á a uma descrição do percurso desenvolvido em cada um dos módulos realizados, reflectindo sobre as estratégias utilizadas a fim de atingir os objectivos definidos. Assim sendo, o presente capítulo inicia-se com a descrição associada ao módulo “Serviço de Urgência”, descrevendo-se posteriormente o percurso realizado no módulo “Cuidados Intensivos”. Para finalizar, procede-se a uma contextualização da creditação do módulo de opção “Geriatría”.

### 1.1 - MÓDULO “SERVIÇO DE URGÊNCIA”

A expectativa tem a si implícita uma forte relação com a desejabilidade, com um valor esperado de algo para alguém. Por outro lado, a satisfação está altamente dependente das expectativas e das necessidades.

A realização do estágio na Urgência Geral do HSJ condicionou-me a uma natural produção de expectativas. A escolha deste local deveu-se ao facto desta ser a Urgência que serve todo o CHLC, onde se integra o hospital em que desempenho funções. Logo, a oportunidade de perceber e compreender, de um modo integrado, o complexo processo de entrada dos utentes nesta grande organização, bem como a forma como são escoados para as diferentes unidades funcionais, seria um momento privilegiado.

Ainda durante a minha formação inicial, concebi a intenção de trabalhar num serviço de urgência. Considerava ser uma experiência profissional enriquecedora, pela oportunidade de desenvolver competências na assistência ao doente em estado crítico, e pela possibilidade de concretizar de uma forma mais aparatosa a noção de “Salvar vidas”!

A Urgência Geral do HSJ utiliza o sistema de triagem de Manchester. Assim sendo, consoante a avaliação prévia realizada pelos enfermeiros que fazem a triagem e que possuem formação específica para o fazer, os doentes são encaminhados para a respectiva sala: balcão verde; balcão amarelo; 2 sala de trauma, 2 salas de reanimação e 5 salas de Observação, onde ficam os doentes que requerem um tempo mais prolongado de observação ou os doentes que necessitarão de internamento.

Existem salas de atendimento de otorrinolaringologia e de ortopedia, mas que têm apoio de Enfermagem excepcionalmente, em situações mais complexas. A equipa de Enfermagem desta Urgência é composta por cerca de 100 enfermeiros, que se distribuem por 5 equipas, cada uma com um respectivo chefe de equipa.

O modelo adoptado neste serviço de Urgência nos balcões é o designado por HESBEEN (2001) como modelo funcional, e que é definido como sendo aquele em que “o trabalho é dividido por tarefas a executar” (2001, p.139). A equipa é dividida pelas diferentes tarefas a realizar a todos os utentes, em inúmeras ocasiões, consoante a experiência dos profissionais. Permite muitas vezes suprir a falta de elementos quando é necessário fazer uma “maior

quantidade de trabalho por menor número de pessoas” (BOLANDER, 1998, p.480), situação muito habitual neste contexto.

No entanto, a ausência de responsabilização pelos doentes assume-se como um constrangimento implícito, no sentido em que todos os elementos e, simultaneamente nenhum, são responsáveis por cada um dos doentes. Esta equipa de enfermagem tenta colmatar este risco de desresponsabilização, através de registos sistemáticos das intervenções realizadas. Porém, existe uma focalização evidente nas questões mais físicas relacionadas com a doença, assim como na vertente mais tecnicista do cuidar, com provável comprometimento da realização de actividades autónomas (BOLANDER, 1998, p.480).

Nas Salas de Observação, salas de reanimação e de trauma, há uma tentativa de introduzir o “modelo de cuidados globais” (HESBEEN, 2001, P.139), ficando um enfermeiro responsável pelos 4 ou 5 utentes da sala respectiva, mas não sendo possível considerar a aplicação deste modelo de uma forma pura. Frequentemente recorre-se a um modelo misto, com recurso ao “modelo de trabalho em equipa” e ao “modelo funcional” (HESBEEN, 2001, P.139), na medida em que frequentes são as vezes em que há uma mudança da distribuição e mobilização dos enfermeiros devido às exigências de resposta às variações da afluência e necessidade de resposta do serviço.

Um dos aspectos que torna esta Urgência uma unidade de referência, é o facto de receber doentes politraumatizados. Por este motivo, optei por definir como um dos objectivos específicos do estágio:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, nomeadamente ao doente politraumatizado ou com traumatismo grave, e aos conviventes significativos.

A opção por vocacionar a minha atenção para este tipo de doentes, deve-se ao facto de ser uma área que não dominava.

A primeira doente politraumatizada com quem contactei, tinha tido queda de um 5º andar, com conseqüente traumatismo crânio - encefálico, da coluna dorsal e torácico, com vollet costal. A minha insegurança impeliu-me a uma colaboração pontual no cuidado a esta pessoa.

Optei por focalizar-me na mãe da jovem. Tentei compreender o motivo da situação. A jovem tinha história de consumos de drogas, estando em privação há 4 dias, por falta de dinheiro. Havia pressão familiar para que esta ingressasse numa comunidade terapêutica. A mãe aproveitando a situação, deixou-a fechada em casa para desintoxicação física. Porém, havia história prévia de depressão grave com tentativa de suicídio através de ingestão medicamentosa. Ao segundo dia, a jovem não terá suportado a situação e defenestrou-se. Comuniquei a informação obtida até porque se ia proceder à sedação da doente e este facto teve relevância na escolha do fármaco e dosagem. A contextualização da situação permitiu-me um apoio mais diferenciado à mãe, bem como identificá-la como necessária de continuidade de acompanhamento. A doente foi transferida para a Unidade Vertebro- Medular, onde existe apoio regular de Psicologia e Psiquiatria a utentes e familiares.

Reflectindo sobre esta situação, foi evidente que optei por investir na colheita de dados e no apoio à mãe, possibilitando a expressão de sentimentos, na medida em que era evidente o sentimento de culpabilização a si implícito. Fui ainda esclarecendo alguns aspectos, nomeadamente a necessidade de algumas intervenções, como seja o suporte ventilatório ou realização de determinados exames complementares de diagnóstico. Houve também necessidade de garantir que a mesma estivesse informada da evolução da situação, por mim ou pelo médico e enfermeiro responsável, de modo a ser-lhe possível criar expectativas realistas.

A minha opção por ter investido nesta abordagem, deveu-se não só ao facto de ter percebido essa necessidade de cuidado, mas também porque senti necessidade de procurar a minha área de conforto no cuidado a esta doente.

Esta situação confrontou-me com lacunas de saber que não me permitiam agir de um modo autónomo, perante um doente politraumatizado.

Esta constatação exigiu um esforço acrescido, impelindo a um investimento teórico, através da consulta de manuais internacionais e recomendações nacionais. O intuito era visar uma abordagem sistemática e organizada na avaliação e tratamento das vítimas de trauma, no sentido da redução da morbilidade e mortalidade a si associadas (COMMITTEE ON TRAUMA, 2008; DGS, 2010).

Recorri também a colegas que fazem assistência pré-hospitalar, que através de descrição de situações vivenciadas nesse contexto, bem como através da análise das situações que assisti no contexto de estágio, me permitiram complementar o suporte teórico, tornando mais facilitada uma abordagem mais sistematizada, intencional, antecipatória e progressivamente mais autónoma. O facto de conseguir antecipar a abordagem consoante a situação de trauma, não só na assistência imediata à pessoa, mas também no que se refere a posterior vigilância e continuidade de cuidados, permitiu-me assumir um papel/ função na equipa também perante situações deste tipo. Deste modo, ao receber outros doentes politraumatizados já foi possível a minha intervenção a vários níveis, onde evidencio a sequência correcta de prioridades, a colaboração para assegurar a permeabilidade da via aérea, e as técnicas de mobilização perante o tipo de traumatismo.

Por várias vezes assumi a responsabilidade de receber doentes politraumatizados, tendo sido fundamental o investimento teórico realizado, para questões tão basilares como a recolha de dados junto da equipa de assistência pré-hospitalar. Realço a importância acrescida que tem informações referentes à descrição da situação, nomeadamente o tipo e zona de impacto, o tempo e tipo de resposta de assistência pré-hospitalar, que são de importância acrescida na definição do plano de intervenção.

Deste modo, poder-se-á considerar que foram desenvolvidas competências, como sejam:

- *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;*



- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*
- *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;*
- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas (UCP, 2009).*

De salientar que o envolvimento e a capacitação de conviventes significativos no cuidar, assumiu-se como uma área de investimento ao longo da minha experiência profissional, sendo por isso importada como essencial no desenvolvimento dos estágios.

A relação que estabeleço com o doente/ cuidadores informais sempre se afigurou como estruturante do meu cuidado. Ao fazer “aos outros” ou “com os outros” aquilo que habitualmente estes fazem de um modo autónomo e íntimo, condiciona a que os enfermeiros desenvolvam com as pessoas de quem cuidam, uma experiência humana significativa que contribui para o desenvolvimento de todos os envolvidos neste processo de cuidar efectivo (VIEIRA, 2009).

Este facto apoia-se também no modo como PEPLAU, na sua teoria, encarou a Enfermagem por considerá-la como um processo interpessoal, significativo e terapêutico, relevando o modo como esta relação interpessoal se processa na prática de enfermagem, transformando as situações de cuidado em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (ALMEIDA [et al.], 2005, p. 203; HOWK, 2004, p. 428). Ou seja, trata-se de uma relação entre uma pessoa que está doente ou com necessidade de ajuda, e um profissional de Enfermagem, com formação específica para identificar estas necessidades e para encontrar as respostas adequadas às mesmas. Assim sendo, este processo de cuidado assenta na interacção entre duas pessoas que têm um fim comum, baseada no respeito, mas perspectivando um crescimento e aprendizagem mútua.

Esta perspectiva é também suportada na teoria de WATSON, que encara o enfermeiro como co-participante no processo de cuidar, sendo o relacionamento entre o profissional e a pessoa de elevado valor e importância (WATSON, 2002).

Apesar do contexto de urgência ser volúvel, considero que esta perspectiva do cuidar em Enfermagem, é aplicável. Naturalmente que isso pressupõe “cuidar” e não um mero “intervir”. Ninguém fica igual, nem o doente nem o profissional. A noção, reconhecimento e valorização da aprendizagem e crescimento possibilitado pelo cuidar de alguém, pela interacção propiciado na relação, é um aspecto que considero basilar na definição da identidade profissional. Pois tal como WATSON referiu: *O que eu sou como pessoa e enfermeiro que providencia cuidados, agora é e deverá estar ligado ao que eu serei por outro no futuro (2002, p.55).*

Apesar de ser inegável, a existência de condições adversas associadas a um contexto de urgência, nomeadamente o elevado número de doentes, a falta de espaço ou a falta de privacidade, considero ser possível encontrar um método de trabalho mais individualizado, que permitisse um cuidado efectivo, extensível aos conviventes significativos/ cuidadores informais. Um dos aspectos onde incidi, foi na integração da família no cuidado, quer na colheita de dados para contextualizar a situação, quer para perspectivar a continuidade de cuidados, quer no apoio e conforto aos mesmos e até ensinamentos realizados. E foi possível fazer, aproveitando-se oportunidades, ou até criando outras.

Exemplo disso foi a situação de uma senhora de 85 anos que deu entrada para uma sala de Reanimação, que vivia com genro, filha e neta. Havia sofrido uma queda e entrou com score 3 da escala de Glasgow. Atendendo à gravidade da situação, foi decidido suspender uma abordagem mais intervencionista e optou-se por uma abordagem de suporte e conforto. Estavam presentes vários familiares, e uma vez que as outras salas estavam disponíveis, mantivemos a doente nesta sala como forma de providenciar um espaço privado, onde os mesmos pudessem gerir a inevitabilidade da situação. Rezaram, entoaram cânticos religiosos, confortaram a doente e foram confortados.

Mobilizei aportes formativos adquiridos no cuidado ao doente terminal, bem como ao meu experiencial profissional e até pessoal. Foi assim possível confortar a senhora e os seus familiares, dar espaço quando necessário, aliviar posições, fazer massagens de conforto, retirar equipamentos desnecessários que só aumentavam eventuais desconfortos e que já não tinham qualquer razão de existir. Apoiei a enfermeira responsável por esta sala, perante o questionamento de outros profissionais relativamente à abordagem por nós utilizada, recorrendo à partilha de experiências vivenciadas com pessoas em fim de vida, de quem cuidei, mas sobretudo apelando à reflexão sobre esta situação em particular: Porque não fazer diferente, se há essa possibilidade?

Neste sentido, foram mobilizadas/ desenvolvidas competências como sejam:

- *Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, bem como da formação pós-graduada;*
- *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização;*
- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de especialização (UCP, 2009).*

O modelo de cuidados instituído nesta urgência, poderá condicionar a uma rotinização dos cuidados, podendo comprometer a capacidade de olhar para a pessoa de forma holística, visto a assistência prestada estar fragmentada pelos vários enfermeiros de turno. A valorização da vertente psicológica e social do utente poderá tendencialmente ser estrangida. Apesar da presença de conviventes significativos não ser restringida, não é ainda promovida ou incentivada, mas sendo esta situação em muito justificada pela inexistência de condições que garantam espaço e privacidade.

Nesta lógica e atendendo às adversidades dos contextos de trabalho, torna-se necessária uma análise reflexiva sobre o cuidar, reconhecendo que a celeridade, habitualmente tão valorizada pelos profissionais, é restritiva de uma atitude promotora do estabelecimento da relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, na medida em que os utentes poderão ser encarados como público e não como figuras essenciais do cuidado (PEPLAU In ALMEIDA [et al.], 2005, p.207).

Também neste sentido, WATSON desperta para o facto de, apesar de algumas características perceptíveis do cuidar poderem ser reveladas em acções e atitudes, de um modo particular, não poderão ser encaradas como *uma forma pura do cuidar* (WATSON, 2002, P.65). Para cuidar não basta ter uma boa intenção, é necessária uma série de aspectos, como sejam, ter conhecimentos específicos, nomeadamente conhecer o outro, confiança, respeito pelo outro e pelo tempo do outro, ter compaixão (VIEIRA, 2009).

Quanto mais individualizados e sinceros os sentimentos transmitidos pelo enfermeiro, mais o processo de cuidar transpessoal afecta o receptor desse mesmo cuidado (WATSON, 2002).

Ilustrativo destas considerações parece-me ser uma situação vivenciada neste estágio, em que me deparei com um doente que se encontrava em balcão amarelo e estava muito queixoso, devido a cervicalgias intensas que não cediam a terapêutica analgésica, aguardando transferência para a neurocirurgia. O quadro tinha tido início às 9h da manhã quando se tinha levantado. Foi conduzido pelo INEM ao SU. Eram cerca das 18h e o doente estava extremamente queixoso, gritando. A colega rapidamente se aproximou dele, questionando o motivo das queixas. Demonstrou total disponibilidade para encontrar uma posição de conforto, difícil de fazer devido às condições do doente e recursos existentes, nomeadamente o facto de este estar numa maca e não haver disponível material de apoio adequado. Improvisou com o material disponível (lençóis e cobertores), tentou compor e acomodar, mas afastou-se de seguida. No momento em que ela se aproximou, eu aproximei-me também e colaborei no posicionamento. Mas fiquei um pouco mais, pois pareceu-me que mais que encontrar uma posição confortável, esta pessoa precisava ela própria de ser confortada. O doente referiu mais do que a posição, era sentir insuportável a dor e a mesma posição desde as 9h. Estava saturado, zangado, preocupado... falou, chorou. Eu ouvi. Disse-lhe que esperava que a transferência fosse breve, e que o serviço para onde iria provavelmente teria condições mais adequadas à sua situação. Disse também que o estado de tensão que estava não ajudava, devendo tentar relaxar, até porque a tensão muscular aumentava a dor. Sugeri que fizesse uma visualização de uma imagem ou momento tranquilo. Disse que não estava esquecido, que estava acompanhado. Ficou mais calmo, menos ansioso e menos queixoso. Apesar da brevidade do tempo dispendido, a diferença manifestada evidenciou o impacto da intervenção.

A valorização da parceria implícita no cuidado de Enfermagem é possível pelo reconhecimento da autonomia e das capacidades individuais, no prosseguimento do projecto pessoal de saúde da própria pessoa, mas com enfoque na promoção da participação das pessoas significativas para si. Isto porque, os cuidados promovem a aprendizagem dos actores e a sua capacidade

para reconhecerem e mobilizar os recursos de que dispõem, visando a máxima autonomia possível ou uma vida digna até à morte (VIEIRA, 2009, P. 88).

Numa situação em que um doente deu entrada devido a pneumonia de aspiração, foi-me possível constatar que este motivo tinha justificado outras readmissões do doente e conseqüente internamento hospitalar. Após falar com a esposa do mesmo, sendo esta a sua principal cuidadora, constatei o seu desconhecimento relativamente a aspectos tão basilares como o correcto posicionamento para a alimentação de um doente acamado ou o tipo de dieta adequada para uma pessoa com dificuldade na mastigação. Procedi deste modo, a ensino sobre estas questões, apelando à descrição dos recursos humanos e materiais disponíveis no domicílio, para que a sua mobilização nesse contexto fosse mais facilitada aquando do regresso a casa.

Outra das estratégias por mim utilizadas foi o apelo à reflexão em grupo, para situações em que o envolvimento da família se afigurou determinante no cuidar, fosse numa fase de conhecimento da pessoa, através da colheita de dados, fosse numa fase de acompanhamento ou ensino, ou numa fase de perspectiva de alta/ transferência.

Isto porque, o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é basilar para a enfermagem, devido às transacções de cuidar intersubjectivo, bem como aos conhecimentos requeridos, ao empenhamento, com intenções específicas, aos valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço (WATSON, 2002).

Porém, é de salientar que há um esforço da equipa para minimizar a adversidade do contexto, nomeadamente no que se refere a questões relacionadas com o respeito pela intimidade e com o conforto do doente.

Nesta lógica, poder-se-á considerar que foram mobilizadas competências como sejam:

- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;*
- *Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;*
- *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura* (UCP, 2009)

#### 1.1.1 - Actividades formativas formais/ Instrumentos elaborados

Desde o início do estágio, foi-me possível perceber algumas fragilidades no contexto, tendo em vista a consecução do objectivo específico por mim definido referente a:

- "Identificar situações de risco associadas à prestação de cuidados". Esta situação condicionou-me à natural necessidade de orientar a minha atenção para um campo de intervenção mais reduzido.

Assim, aproveitando a solicitação que me foi feita no sentido de colaborar na implementação do projecto institucional "Prevenção e tratamento de úlceras por pressão", tornou-se pertinente

elaborar uma instrução de trabalho adaptada ao contexto da Urgência geral. Isto porque o procedimento institucional visa apenas os doentes internados.

Deste modo, a elaboração da instrução de trabalho (Anexo I), surgiu no sentido de colmatar esta necessidade sentida pelos enfermeiros, tentando simultaneamente dar continuidade e visibilidade ao trabalho das colegas do curso de especialidade anterior. Tornou-se então premente desenvolver estratégias que permitissem dar resposta ao objectivo:

- Aprofundar conhecimentos teóricos relacionados com a temática, nomeadamente: trabalho de projecto como estratégia formativa; segurança do doente; identificação e avaliação de risco clínico.

A pesquisa bibliográfica foi a estratégia utilizada, incidindo sobre as temáticas seleccionadas, recorrendo sobretudo a artigos, guias e orientações, bem como a estudos actualizados integrados no portfolio que organizei. A elaboração do portfolio permitiu assim orientar a pesquisa a efectuar, na medida em que permitiu incidir na investigação e reflexão sobre a minha aprendizagem individual associada aos problemas da prática, identificados como áreas de intervenção (STOCKHAUSEN, 1997).

Solicitei a colaboração das cinco colegas dinamizadoras do projecto (existe uma por cada equipa) para a adequarmos ao seu contexto de trabalho. Posteriormente sugeri-lhes que a apresentação da mesma fosse feita em conjunto, ou seja, que estivesse em cada formação pelo menos uma delas, como forma de dar visibilidade ao seu trabalho, mas também como forma da equipa as identificar como elementos de referência durante a implementação do projecto. Deste modo, pretendi dar resposta ao objectivo definido:

- “Colaborar com a equipa em situações por si identificadas como prioritárias de intervenção, no que se refere a avaliação do risco e definição de medidas preventivas/correctivas”.

Esta estratégia tinha como finalidade uma abordagem integradora e motivadora, até porque este era um passo inicial num projecto da instituição que se pretende continuado no tempo. Isto porque uma abordagem crítica parece apenas possível através de um olhar dirigido sobre a acção, mas não podendo estar distante da própria acção, devendo por isso implicar os actores, se é pretendida uma compreensão (HONORÉ, 1996).

A complexidade crescente do conhecimento apela a uma necessidade de mobilizar vários recursos disponíveis, dissonante de uma perspectiva redutora da formação baseada na transmissão de um saber. Na formação de adultos é premente que se vá ao encontro da necessidade e contexto dos formandos (CANÁRIO, 1999, P. 114).

Assim, definimos que faríamos 5 dias de formação, um para cada equipa. Em cada dia faríamos duas sessões para abarcar o maior número possível de enfermeiros, num total de 10 formações (ANEXO II).

Comecei por integrar a mesma na actual conjuntura institucional, nomeadamente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e no processo de acreditação que se irá iniciar

neste hospital, e a necessidade de sistematizar e uniformizar actuações, mas principalmente para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem. A articulação com as outras colegas foi conseguida. A minha participação visava justificar algumas das intervenções apresentadas e enquadramento na actual bibliografia e estudos existentes sobre o tema.

De salientar que a pesquisa foi essencialmente feita por mim, mas as colegas após a primeira sessão sentiram necessidade de se documentarem, efectuando pesquisas individuais sobre a temática. Sinto que cumpri o meu principal objectivo como formadora, que é o de estimular o processo auto-formativo, facultando instrumentos, mas criando a necessidade.

Apesar da apresentação ter um suporte informático único (ANEXO III), o público fez variar a orientação que era dada, de acordo com a sua necessidade, saberes e adquiridos experienciais (CANÁRIO, 1999). Assim, se para alguns grupos as questões estiveram muito relacionadas com o registo da informação para torná-la mais facilmente consultada por si ou por colegas de outros serviços, noutros, a mesma teve que ser orientada para questões relacionadas com a prevenção ou para o tratamento das úlceras, nomeadamente na abordagem ao doente politraumatizado. Foram dadas recomendações gerais, discutiram-se questões importantes sobre a opção do tratamento de acordo com a perspectiva de continuidade do mesmo. Ficou também explícita a necessidade de que a informação fosse articulada com os serviços comunitários. Porém, foi muito evidente e explicitado pelos enfermeiros, a necessidade de formação na área do tratamento das UPP. Apesar de tudo, orientei sempre a formação nesse sentido, tendo os mesmos, de uma forma geral, constatado a desactualização dos seus conhecimentos.

Foi-lhes também solicitado que se articulassem com as dinamizadoras das respectivas equipas a fim de lhes dar feedback das dificuldades e sugestões que tivessem para otimizar o seu trabalho.

Aproveitei estes momentos privilegiados de contacto com a equipa para lhes apresentar um instrumento por mim elaborado com "Recomendações gerais para a manutenção de dispositivos intravasculares" adaptado ao contexto de urgência (ANEXO IV), com o intuito de despertar para alguns aspectos relevantes sobre controlo de infecção hospitalar. De salientar que numa das sessões tive que orientar a formação para esta questão dos dispositivos intravasculares, pois quando estava a apresentar o instrumento, as questões emergiram e aproveitou-se esse momento para explorar algumas lacunas nas práticas desta equipa.

Foi desafiante e produtivo ter que moldar a formação ao grupo alvo, tendo a configuração assumido contornos diferentes apesar da estrutura base ser única.

A adaptabilidade e consistência do saber, assente em estudos actualizados, foi determinante para um grau de satisfação elevados dos colegas e para uma valorização do meu saber.

Foi também valorizado pelos formandos a evidência de todo o trabalho de articulação que fiz com várias estruturas institucionais, nomeadamente com o próprio GGR onde estou integrada, bem como com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, Comissão de Feridas e até com um elemento do GAIF, dinamizador deste projecto na área da medicina interna do CHLC.

A estratégia de articulação dos colegas e envolvimento de estruturas institucionais, foi bem aceite pelos enfermeiros por perspectivar uma abertura desta unidade a outros saberes/influências.

Atendendo à complexidade deste contexto, e por ter tido possibilidade de desenvolver uma perspectiva integrada da realidade, foi-me solicitado pelas responsáveis do projecto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do HSJ, que colaborasse na proposta de definição de indicadores para este projecto das UPP na Urgência (ANEXO V).

De modo a dar resposta a um problema sentido, associado à informatização dos registos e ao facto dos alunos de enfermagem não terem acesso à informação, a não ser através de *password* do enfermeiro orientador, elaborei uma folha de registo de administração de terapêutica para alunos de enfermagem. Esta necessidade foi mais sentida nos balcões onde a confusão é maior e onde o método de trabalho é à tarefa, havendo um elevado risco de duplicação de administração por ausência de registo da mesma (ANEXO VI)

Optei por preencher os instrumentos de identificação e avaliação do risco actualmente em utilização no CHLC, de modo a estruturar e registar a informação sobre os riscos identificados e as estratégias implementadas. Ou seja, para cada risco identificado e desenvolvidas estratégias de intervenção, foi elaborada uma folha própria (ANEXO VII). Deste modo, tornou-se possível uma integração nos objectivos da instituição das actividades desenvolvidas. Também este será um instrumento para um trabalho inicial na área da gestão de risco, pois prevê uma monitorização da implementação das medidas preventivas e/ou correctivas, bem como uma monitorização da sua eficácia.

Foi também organizado um dossier disponibilizado à equipa, com os vários instrumentos por mim elaborados, bem como alguns textos mais relevantes que fundamentaram a sua criação.

Decorrente das actividades formativas, tem sido percepcionada um registo mais sistemático de avaliação inicial da condição da pele e da existência de UPP ou zonas de pressão, de acordo com as enfermeiras responsáveis pelo Projecto institucional dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Neste contexto, as competências desenvolvidas foram:

- *Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*

- *Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;*

- *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*

- *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*

- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*

- *Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização;*

- *Promover a formação em serviço na sua área de especialização (UCP, 2009)*

## 1.2 - MODULO “ CUIDADOS INTENSIVOS”

A escolha desta UCIP para realizar o módulo “Cuidados Intensivos”, deve-se ao facto desta ser a unidade do hospital onde exerço funções. Esta situação assumiu-se como uma oportunidade privilegiada para uma intervenção mais contextualizada.

Esta UCIP é composta por 10 camas dispostas numa sala única, sendo o rácio habitual de 1 enfermeiro: 2 doentes. Recebe doentes provenientes essencialmente de unidades funcionais do CHLC, onde está integrada, havendo um elevado número de doentes cirúrgicos, que aqui fazem o pós-operatório imediato de cirurgias major (ex: duodenopancreatectomias, gastrectomias totais, hepatectomias, ressecção abdominoperineal).

O método de trabalho adoptado nesta unidade é aquele a que HESBEEN denomina de modelo de cuidados globais, “em que cada enfermeira é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho” (2001, p.139). Desta forma, cada enfermeiro tem atribuído geralmente dois utentes por turno, aos quais presta os cuidados de Enfermagem que os mesmos necessitem. Esta distribuição pressupõe uma visão mais individualizada dos utentes e mais responsável que o método à tarefa.

Este modelo permite ao enfermeiro identificar dificuldades e necessidades do doente na realização de actividades de vida diárias, insuficiências das estratégias de *coping* por si utilizadas para lidar com a situação de “transição” e caracterizar o contexto social em que o mesmo se insere.

O conceito de “transição” é entendido aqui como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro (MELEIS cit. por DAVIES, 2005, p.659). Simultaneamente é encarado como um resultado ou o resultado de mudanças na vida, saúde, relações e ambiente (MELEIS [et al.], 2000, p.13).

Apesar de na sua essência, o modelo de cuidados globais ser percebido como o formalmente instituído, e efectivamente aplicado, são também percebidas algumas fragilidades na sua concretização. Se é indiscutível que a responsabilidade pelo cuidado do doente é exclusivo do enfermeiro que tem essa atribuição, o período limitado aos habituais três turnos que os enfermeiros ficam responsáveis por determinado doente, pode assumir-se um pouco redutor.

Dada a complexidade das situações dos doentes que aqui se encontram internados, é efectivamente difícil perceber o doente na sua globalidade nesse período de tempo, sendo muitas vezes exigida uma consistente e fundamentada tomada de decisão, nomeadamente no que se refere ao estabelecimento de prioridades.

Atendendo a esta complexidade, bem como ao tempo de internamento habitualmente prolongado, o modelo de cuidados integrais poderia ser uma alternativa a ponderar. Neste, pressupõe-se que “há uma enfermeira designada como enfermeira de referência do doente durante todo o seu internamento. (...) é a ela que cabe planear as actividades e dar as



indicações necessárias para que, quando está ausente do serviço os seus doentes sejam *atendidos* de acordo com a análise da situação que ela tenha feito” (HESBEEN, 2001, p.140).

Naturalmente que este tipo de modelo pressupõe um conhecimento mais aprofundado, uma relação interpessoal entre o profissional e o doente, mais sólida e consistente, distinta da necessidade de “mudar” de doentes, nomeadamente quando o estado da pessoa requer maior exigência emocional e afectiva.

Esta constatação foi muito surpreendente para mim, pois considerei que em contraposição com uma atitude tendencialmente mais fugaz no cuidado que encontrei no Serviço de Urgência (visto de uma perspectiva geral e abrangente), justificada sobretudo pelo curto tempo de permanência do doente nesse serviço, numa unidade de cuidados intensivos iria encontrar uma disposição mais envolvente. Curiosamente, também aqui encontrei uma forma de estar refugiada nos procedimentos e actuação mais intervencionista e tecnicista. E mais uma vez, à semelhança do que aconteceu no outro local de estágio, fui questionada com regularidade se tinha trabalhado em cuidados paliativos. Foi muito interessante desmontar, com alguns colegas através de reflexões em grupo, esta noção de que uma abordagem menos esquiva em termos de envolvimento afectivo entre enfermeiro e utente é característico e esperado apenas de profissionais que trabalham com doentes em fim de vida.

Tendo em conta que ao longo da minha experiência profissional, tive poucas oportunidades de cuidar de doentes com necessidade de ventilação assistida, optei por direccionar a minha atenção para este tipo de doentes, tendo definido como objectivo para este estágio:

- Cuidar de doentes em estado crítico, com necessidade de ventilação assistida, e conviventes significativos.

Uma das estratégias utilizadas foi o de me ser atribuído doentes com necessidade de ventilação assistida.

De modo a ultrapassar as naturais e esperadas lacunas de saber, recorri a um investimento teórico e apoio dos colegas desta unidade, que me permitiu uma consistência e progressiva autonomia no cuidado, nomeadamente em situações que requeriam resolução de problemas.

Exemplo disso, foi uma situação vivenciada com um jovem do Algarve, de 27 anos, que fez ruptura esofágica e pulmonar na sequência de dilatação esofágica que faz semanalmente por alteração congénita. Teve necessidade de ventilação assistida, mas estando consciente. Conjuntamente com este doente trabalhei aspectos essenciais, nomeadamente a sua própria autonomia (por exemplo, na aspiração da saliva); ou na utilização de comunicação alternativa à verbal, através do recurso à escrita em quadro; até à avaliação e controlo da dor, recorrendo à utilização de escalas de avaliação de dor, na altura pouco usadas nesta unidade. A vertente emocional foi outro foco de atenção do meu cuidado a este jovem, atendendo à sua natural preocupação com o seu estado de saúde, acrescida pela ausência de pessoas de referência,

devido à distância geográfica. O contacto telefónico regular com os pais deste doente, foi uma das estratégias utilizadas, de modo a minimizar esta condição.

Outra situação a si associada, foi o momento em que após desmame ventilatório se fez tentativa de retirar o tubo endotraqueal, com posterior paragem cárdio – respiratória, sendo uma reentubação difícil devido às alterações motivadas pela cirurgia. O meu papel foi o de assegurar a permeabilidade da via aérea e ventilação, e que apesar das dificuldades, foi conseguida.

Deste modo, foram desenvolvidas competências como sejam:

- *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*
- *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização;*
- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas (UCP, 2009).*

Um internamento numa unidade de cuidados intensivos, ou uma situação de doença súbita ou agudização de uma doença crónica, que justifica recorrer a um serviço de Urgência, geralmente tem subjacente uma mudança significativa no estado da pessoa, estando esta numa situação crítica, temporária ou não, mas quase sempre com um impacto acrescido para a mesma, não só fisicamente, mas também emocional e socialmente.

Esta transição tem implícito um défice que poderá ser significativo de auto-cuidado encarado aqui como um conjunto de actividades que a pessoa realiza “com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e bem-estar pessoal” (OREM cit. por TAYLOR, 2004, p.213).

Naturalmente que uma situação que leva um doente a ficar internado numa unidade de Cuidados Intensivos, pressupõe frequentemente um elevado grau de dependência, mas que é muitas vezes transitório. Também é verdade que frequentemente a dependência do doente deve-se a algo tão elementar como o aparato dos equipamentos que rodeiam a pessoa, que a incapacitam de fazer auto-cuidados para as quais estariam aptas se não fosse a quantidade de fios, de alarmes... Porém a autonomia pode ser promovida gradativamente, tal como descrito na situação anterior, no que se refere, por exemplo à aspiração de saliva, na comunicação alternativa à verbal, entre muitas outras.

Esta noção parece suportar a valorização e a satisfação intensa, mas mais interior que aparatosa, que senti, perante as “pequenas coisas” feitas num local com sofisticadas práticas e aparato tecnológico, quando enquadradas na complexidade da abordagem do ser humano (HESBEEN, 2000, p.48).

Saliento um aspecto que considere de elevado valor formativo, ou seja, a comunicação com o doente ventilado. Esta equipa utiliza vários instrumentos que facilitam a comunicação com estes doentes, como sejam, os quadros de letras ou quadros pretos, escalas faciais, entre outros. Porém, a riqueza subjacente a uma comunicação alternativa foi um momento de inegável aprendizagem, pois a criatividade, a sensibilidade, a flexibilidade e disponibilidade que requer, bem como a atenção aos pormenores assume uma importância acrescida.

Ao longo da minha vida profissional, desenvolvi competências relacionais e de comunicação, que reconhecidamente me permitiam ser considerada perita, de acordo com os níveis de competências apresentados por BENNER (2001). A necessidade de estabelecer uma relação terapêutica com estes doentes, exigiu uma recriação e construção das estratégias a utilizar, constituindo-se um desafio e um inegável ganho. Muitas das situações constituíram momentos formativos, não só para mim, como para o próprio doente e para os conviventes significativos.

O recurso a estratégias alternativas para tornar possível a interação, bem como o ensino feito a doentes e familiares, sobre as mesmas, foi outro aspecto que desenvolvi neste estágio. Promover a expressão de sentimentos através de uma linguagem alternativa foi um desafio, mas extremamente gratificante.

Exemplo disso, foi a relação que estabeleci com um doente com Guillain- Barré, que estava muito preocupado com a sua situação de saúde. Para além de estar ventilado, apresentava tetraparésia. A expressão dos seus medos e sentimentos teve passar por uma abordagem antecipatória, tentando ir ao encontro do seu sentir actual, baseada no experiencial e aporte teórico sobre vivências de utentes com situações diagnósticas similares. Foi assim possível desenvolver uma relação que se afigurasse securizante, extensiva ao doente, bem como aos seus conviventes significativos. Tal passou também por estar presente e disponível; pela atenção à expressão facial e tentativa de comunicação; proceder a alguns esclarecimentos, nomeadamente relacionados com a abordagem terapêutica e resultados esperados; pela observação do estado de evolução, reforçando a constatação das melhorias progressivas evidenciadas, mas numa perspectiva realista.

Para tal, poder-se-á considerar que foram desenvolvidas competências como sejam:

- *Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, bem como da formação pós-graduada;*

- *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização;*

- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de especialização;*

- *Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;*

- *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (UCP, 2009).*

As actividades de auto-cuidado são apreendidas de acordo com os comportamentos, hábitos e práticas que caracterizam a vida cultural do grupo onde crescem os indivíduos (OREM cit. por DIAZ e GAMBOA, 2006, p.95). Entenda-se assim ambiente, definido por PEPLAU, como as forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura a partir das quais a moral, os costumes e crenças são adquiridos (HOWK, 2004).

A prática de Enfermagem passa também por promover o auto-cuidado, através da capacitação do próprio ou dos seus cuidadores informais. As pessoas que assumem o papel de cuidador informal do doente, denominado por Orem como “agente de cuidar dependente”, não são mais do que “adultos que aceitam e preenchem a responsabilidade de conhecer e colmatar a necessidade terapêutica de auto-cuidado de outros que são socialmente dependentes deles, ou de regular o desenvolvimento e exercício da actuação de auto-cuidado destas pessoas” (OREM cit. por TAYLOR, 2004, p. 216).

Trata-se, assim, de manter a saúde daqueles que cuidamos, entendendo-a como sendo a percepção de ser com o que é, sendo a unidade e a harmonia do corpo, da alma e do espírito. Esta harmonia cria o respeito de si, um conhecimento de si, um cuidado para si e uma auto-cura. A saúde está assim associada ao grau de coerência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é vivido ou experienciado (WATSON, 2002).

Mais uma vez, reforço a necessidade de ser importante neste processo não descurar os conviventes significativos, na medida em que não é apenas o utente que sofre uma transição ao experienciar uma situação de doença, mas também os cuidadores ao serem confrontados com uma nova situação e muitas vezes com um novo papel (MELEIS [et al.], 2000, p. 18). Uma das situações onde apelei à participação dos familiares, foi no posicionamento dos doentes.

Exemplo disso, foi o envolvimento da namorada de um jovem internado devido a pneumocistose, que estava sedado, crurizado e ventilado. Após ter procedido à explicação relativamente aos equipamentos e modo como iríamos posicioná-lo, e sobre o que esperava da sua participação, fizemos o posicionamento. A jovem manifestou o seu agrado, tendo mesmo verbalizado o facto de ter sido muito importante desmistificar algum do aparato que rodeava o doente e tornar mais acessível o seu cuidado ao mesmo.

O apoio emocional à família é uma preocupação desta equipa, sendo atentos e disponíveis. Porém, o envolvimento desta no cuidado poderia ainda beneficiar de maior investimento.

Reagem com interesse quando presenciam situações em que este envolvimento e participação familiar acontecem. Por exemplo, nas situações em que optei por fazer o posicionamento do doente no período de visitação de um convivente significativo e juntamente com este, fui observada e foi comentada a minha decisão. Evidenciaram aspectos como o respeito pela privacidade e intimidade da pessoa, pois o mesmo foi feito com o doente coberto por um lençol, por exemplo; o agrado demonstrado pelos familiares por reduzirem a sua distância com o doente e profissionais, e minimizarem o receio associado ao aparato tecnológico em redor.

Este exemplo, apoia-se na noção de que *As transacções humanas do cuidar incluem o uso único que o enfermeiro faz do Eu, através de movimentos, sentidos, tocar, sons, palavras, cores e transmite e reflecte a condição da pessoa, novamente para essa pessoa (...)* Tal transacção, por sua vez, ajuda a restaurar a harmonia interior enquanto contribui também para o utente e para o enfermeiro encontrarem significado na experiência (WATSON, 2002, P.103).

Também para PEPLAU o objectivo da enfermagem é ajudar a pessoa e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua vida. Deste modo, a autora reconhece o papel da família nesta produção de mudanças. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, considera-se pessoa como um “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa um ser único com dignidade própria e direito a auto-determinar-se” (2001, p.7).

OREM, na sua Teoria do Défice do Auto-Cuidado, evidencia os acontecimentos de vida que todo o ser humano sofre e que são potencialmente limitadores para o mesmo e lembra que “grupos de seres humanos com relações estruturadas agrupam tarefas e atribuem responsabilidades para fornecer cuidados aos membros do grupo que experimentam privações para efectuar o que é necessário e deliberado para si e para outros” (OREM cit. por TAYLOR, 2004, p.217). O enfoque na família/cuidadores informais é, por isso, fulcral. Trata-se de dar resposta às necessidades do indivíduo, traçando um projecto de cuidados para o mesmo que Orem denominou de “processo de Enfermagem”.

OREM refere que existem cinco formas de ajudar o outro a consegui-lo: “actuar por ou fazer por outrem; orientar e dirigir; fornecer apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; ensinar” (OREM cit. por TAYLOR, 2004, p.216).

Já PEPLAU enuncia quatro fases do processo de relação interpessoal: “orientação”, “identificação”, “exploração” e “resolução” (MACÊDO [et al.], 2006; (ALMEIDA [et al.], 2005; COMLEY, 1994; HOWK, 2004), aplicável a este contexto da UCIP.

A primeira fase é a “orientação”, onde o utente/cuidadores informais requerem ajuda profissional de acordo com a necessidade identificada. Ou seja, quando recebemos um doente, iniciamos imediatamente este processo, detectando as necessidades do mesmo e os aspectos nos quais teremos de focar a nossa intervenção. Tentamos perceber de que forma a situação de doença afecta a capacidade da pessoa para cuidar de si no momento de admissão e qual a provável evolução deste, ao longo do internamento. Assim, conseguimos perceber em que actividades o doente poderá necessitar de apoio e se este será total ou parcial. Ou seja, é a fase de conhecimento da situação.

Nesta perspectiva, e de acordo com as necessidades identificadas, o enfermeiro ajuda o doente/cuidador “a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda” (PEPLAU cit. por HOWK, 2004, p.426).

Na segunda fase, de “identificação”, o enfermeiro na sua actuação pode levar o utente/família a identificá-lo como uma figura de referência, podendo ser este o momento que justifica a adopção do método por responsável. Neste mesmo sentido, também MELEIS refere que promover um cuidado adequado requer continuidade da relação entre o doente e o profissional, sendo que este factor de referência contribui para uma experiência de transição positiva (2000, p. 24).

Deste modo, PEPLAU sublinha que nesta fase o enfermeiro deve direccionar a sua ajuda no sentido do utente e cuidadores informais desenvolverem uma aprendizagem construtiva, centrada em elementos essenciais da sua situação (ALMEIDA [et al.], 2005). A partir desse momento, inicia-se um percurso de ensino, orientação e supervisão do indivíduo e família com vista à preservação da vida, saúde e bem-estar.

Na terceira fase, a “exploração”, pretende-se que se explore ao máximo a relação para a obtenção dos melhores benefícios possíveis. Pretende-se pois promover a autonomia do utente e cuidadores na satisfação das suas necessidades, devendo estabelecer-se novas metas. Assim, os momentos de formação não se esgotam devendo o enfermeiro manter o processo de ensino- aprendizagem dinâmico e adequado às progressivas necessidades que vão surgindo, numa perspectiva mais antecipatória e preparatória da alta da unidade.

Na última fase, a da “resolução”, o utente/família abandona progressivamente os laços adquiridos, idealmente capazes de actuar por si mesmos. O facto de se prever que o momento da alta nem sempre coincidirá com o da autonomia do utente/ cuidadores informais, este deve ser continuado no serviço de destino, motivo pelo qual é tão importante uma passagem de informação relevante e individualizada.

No decorrer das várias fases, PEPLAU descreve que o enfermeiro pode assumir vários papéis, nomeadamente o de “pessoa recurso”, na medida em que deve fornecer resposta às suas questões; pode actuar como “educadora” e “líder”, uma vez que auxilia o processo de aprendizagem do utente/família e promove a participação activa do mesmo nas suas experiências. De salientar a visão holística da sua teoria que realça a necessidade de valorizar as experiências actuais e anteriores, expectativas, valores e crenças da pessoa (ALMEIDA [et al.], 2005).

Do ponto de vista de OREM, o enfermeiro deverá ser capaz de determinar quais são as necessidades do doente e do agente de cuidar dependente, criando depois um plano de cuidados (“sistema de enfermagem”) que poderá ser totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, consoante as mesmas. A produção e execução do sistema de enfermagem não serão mais do que a ajuda ao indivíduo e família no que se refere ao auto-cuidado de modo a alcançar o estado de bem-estar (OREM cit. por TORRES [et al.], 1999, p.49).

### 1.2.1 - Actividades formativas formais/ Instrumentos elaborados

Um dos objectivos específicos por mim definido para este estágio era:

- Identificar situações de risco associadas à prestação de cuidados.

No sentido da sua consecução, aproveitei uma solicitação que me foi realizada referente à necessidade de iniciar o processo de reconhecimento das extubações endotraqueais não planeadas, como indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem desta unidade.

Este é um dos incidentes possíveis de ocorrer numa unidade de cuidados Intensivos, podendo ter um impacto acrescido para o doente, pela probabilidade de ocorrer situações de traumatismo local; edema laríngeo; anóxia, entubação endotraqueal difícil, e até mesmo a morte. Está geralmente associado a anomalias do próprio tubo, à manipulação indevida pelos profissionais ou à exteriorização realizada pelo próprio doente, tal como vários estudos revelam (MOON e FERNANDINE, 2008; MORENO, et al, 2008; EGEROD, 2008).

Numa lógica que apela à emergência de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem e que se traduzam em ganhos em saúde, surgem alguns esforços que visam dar resposta ao Projecto Nacional da Ordem dos Enfermeiros relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Para tal, afigurou-se necessário perceber esta situação, conhecendo alguns aspectos relevantes, nomeadamente causas para a ocorrência deste tipo de incidentes.

Este é já um indicador de qualidade clínico desta unidade, mas sendo exclusivamente contabilizado em termos de frequência da sua ocorrência mensalmente.

Por esse motivo, uma análise retrospectiva de incidentes ocorridos era prioritária de modo a tornar possível a identificação de alguns factores contributivos para a ocorrência de situações deste tipo, bem como contribuir para a existência de momentos de reflexão e de acção, que perspectivassem a criação de instrumentos que promovam sistemas de qualidade e segurança em saúde.

Desta forma pretendia-se dar resposta ao objectivo:

- Colaborar com a equipa em situações por si identificadas como prioritárias de intervenção, no que se refere a avaliação do risco e definição de medidas preventivas/correctivas

Por este motivo procedeu-se a uma análise retrospectiva de processos clínicos de doentes internados nesta UCIP, que tiveram incidentes de extubações endotraqueais não planeadas. Entendeu-se como extubação não planeada, a exteriorização de tubo endotraqueal por anomalia ou defeito do mesmo, por manipulação indevida por parte de profissionais ou feita pelo próprio doente.

Tornou-se então necessário dar resposta ao objectivo:

- Aprofundar conhecimentos teóricos relacionados com as seguintes temáticas: Trabalho de projecto como estratégia formativa; Segurança do doente; Identificação e avaliação de risco clínico, nomeadamente no que se refere à temática das extubações endotraqueais não planeadas;

Com esta análise retrospectiva pretendeu-se identificar alguns factores contributivos para a ocorrência de situações deste tipo, bem como recolher informação pertinente que permitisse redefinir estratégias preventivas de recorrência destas situações por parte da equipa de saúde da unidade funcional em causa, ainda que fosse para além do tempo de realização do estágio. Nesse sentido, foi possível constatar que no ano 2009 haviam ocorrido 40 incidentes e que em 2010, no período compreendido entre Janeiro e Agosto, ocorreram 16.

Devido a limitações temporais, optei por analisar os processos dos utentes internados no ano 2010. Apesar de ter autorização informal para avançar com o referido estudo, nomeadamente do Conselho de Administração, elaborei um pedido, que já se encontra actualmente autorizado (ANEXO VIII).

Iniciei então a análise, tendo considerado vários aspectos constantes numa folha de colheita de dados referente a estes incidentes (ANEXO IX), e seleccionados após ter procedido a pesquisa bibliográfica sobre o tema em causa, baseada sobretudo em estudos internacionais publicados. Posteriormente (e com ajuda) elaborei uma base de dados informática que me permitisse uma visualização gráfica dos dados possíveis de recolher e que me pareceram pertinentes.

Pretende-se que este estudo seja continuado, tendo sido criado uma articulação entre o GGR – pólo HSAC e esta unidade, no sentido de manter uma monitorização destes incidentes e colaboração com a equipa na definição de mecanismos de segurança para a prevenção dos mesmos. Assim sendo, optei por dar prioridade à sensibilização e divulgação da actividade do GGR, para que mais tarde fosse possível manter a articulação desta unidade funcional com o gabinete.

Assim sendo, uma das actividades por mim realizadas neste estágio, foi uma actividade formativa de carácter formal (ANEXO X) juntamente com o meu orientador de estágio, que é simultaneamente o interlocutor local da Gestão de Risco, onde pretendíamos apresentar a política de segurança do doente e de gestão do risco, bem como as funções/ actividades do gabinete.

Esta ocorreu em dois momentos formativos distintos (ANEXO XI). O primeiro foi integrado numa estratégia de formação em serviço proposto pela responsável pela formação da unidade e que ocorreu no dia 3 de Novembro. A intenção era fazer uma manhã de formação em serviço, onde vários profissionais realizariam uma acção de formação sobre uma temática pertinente para o mesmo. Assim, foram apresentados 3 temas: úlceras por pressão (UPP), desmame ventilatório e gestão de risco.



O primeiro grupo apresentou o tema das UPP. Considero que esta formação foi relevante para além de que pude dar o meu contributo com a minha experiência de vários anos na medicina, a cuidar de doentes com UPP, no que diz respeito a prevenção e tratamento das mesmas. Pude também complementar com a pesquisa que efectuei para o trabalho desenvolvido no estágio no Serviço de Urgência do HSJ, nomeadamente com alguns estudos que incidiram sobre o tratamento das mesmas.

O segundo momento foi realizado por um colega que terminou a especialidade em reabilitação, e incidiu sobre o desmame ventilatório. Foi muito pertinente, pois a exposição alertou os enfermeiros para o seu contributo e importância nesta situação, nomeadamente no que se refere à vigilância de critérios e parametrizações, bem como detecção precoce de situações de má adaptação ventilatória.

Posteriormente apresentei com o meu orientador, uma sessão sobre gestão de risco (ANEXO XII). Considero que esta formação foi bastante interactiva, tendo sido reconhecidos pelos formandos alguns aspectos importantes e a melhorar, nomeadamente no que se refere a controlo de infecção hospitalar, colheitas de sangue para gasometria, identificação de doentes, erro medicamentoso, ... Foram assim identificadas áreas sensíveis com necessidade de reflexão e análise crítica para alargar à equipa.

A divulgação foi feita pela responsável pela formação em serviço. Contudo a adesão foi reduzida. Após a formação fomos abordados pelos colegas que entre quererem aceder a alguns dos contributos formativos e justificar a sua ausência, nos procuraram. O meu apelo recaiu sobretudo, sobre a necessidade de alimentarmos a nossa motivação interna, de reconhecermos a necessidade de manter um investimento na formação como forma de melhorarmos a nossa prestação, através de uma maior capacidade de fundamentação e argumentação.

Uma vez que o grupo alvo desta actividade era muito reduzido, optou-se por replicar a sessão, mas tendo os contributos da primeira servido de base para o segundo momento formativo. Assim, agendou-se uma nova acção de formação, ocorrida no dia 09 de Novembro. O número de formandos foi mais elevado.

A estrutura da apresentação foi similar, com uma diferença: aproveitando alguns dos factores de risco identificados na sessão anterior, elaborámos folhas de identificação e avaliação de risco em vigor no Centro hospitalar (ANEXO XIII), como forma de dar a conhecer este instrumento, mas também como forma de envolver a equipa no reconhecimento destes problemas e comprometer-se com a definição e implementação de medidas de melhoria. Foi igualmente participativa e reflexiva esta sessão.

A metodologia utilizada foi expositiva no que se refere ao enquadramento institucional da política de segurança do doente e gestão do risco, bem como aos conceitos chave da gestão de risco. Porém, a opção por focalizar esta temática no contexto específico da unidade, apelou a uma estratégia mais interactiva, explorando situações concretas e reais vivenciadas e experienciadas pelos formandos.

Nesta formação, optámos por utilizar o instrumento em vigor na instituição para identificar e avaliar o risco, tendo por base algumas das situações anteriormente identificadas pelos outros colegas. Deste modo, fizemos uma apresentação do instrumento e tornámos o seu preenchimento interactivo, de modo a envolver/ comprometer os profissionais na definição e implementação de medidas de melhoria.

Uma vez que um dos factores de risco estava relacionado com a colheita de sangue para gasometria através de linha arterial, apresentei um quadro com recomendações gerais de manutenção de dispositivos vasculares, que elaborei baseado em recomendações da comissão de Controlo de Infecção hospitalar (ANEXO XIV). Este quadro havia sido elaborado inicialmente no estágio realizado no serviço de Urgência. Porém, por considerar pertinente a sua adaptação ao contexto da UCIP, por constatar algumas fragilidades nestas práticas, decidi adequá-lo. Assim, uma vez que nesta unidade não se utiliza habitualmente cateteres subcutâneos devido ao risco de infecção elevado, substitui esta abordagem pelos dispositivos arteriais, aqui utilizados frequentemente.

O erro de administração de medicamentos, foi também identificado e discutido, permitindo reflectir sobre a necessidade de cumprir/ relembrar alguns princípios para uma administração correcta e segura.

Aproveitei também a oportunidade de dar a conhecer alguns resultados mais relevantes referentes à análise retrospectiva que fiz sobre as extubações endotraqueais não planeadas, no sentido de promover uma análise sobre as práticas profissionais que perspectivasse a sua prevenção.

Porém, foi acordado que o resultado desta análise retrospectiva dos processos clínicos seria apresentada em sessão formativa, após o término do estágio, pela impossibilidade de disponibilizar mais horas de formação nos horários dos enfermeiros neste período. Assim sendo, no dia 17 de Fevereiro de 2011, apresentei uma acção de formação (ANEXO XV) onde foram destacados aspectos como sejam:

- A maior parte dos doentes é do foro cirúrgico, tendo sido entubados endotraquealmente no período intra-operatório;
- Numa percentagem significativa de doentes há referência sobre a existência de dor, ainda que essencialmente associada à situação cirúrgica, mesmo estando sob analgesia. Esta situação despoletou algumas reflexões, nomeadamente a necessidade de avaliar objectivamente a dor e o seu controlo, bem como ponderar sobre a necessidade de rever a instituição de medidas farmacológicas ou não, para o seu controlo. De salientar que no período temporal analisado não se utilizava ainda instrumentos de avaliação de dor nesta unidade. No período em que realizei o estágio, esta avaliação estava a ser implementada de forma sistemática a todos os doentes;

- A modalidade ventilatória antes do incidente é tendencialmente assistida, ou seja, há uma única situação de ventilação controlada. O facto de já se tratarem de modalidades com autonomia ventilatória do utente, parece justificar a ausência de necessidade de reentubação, na maior parte das situações. Também isto parece estar na base de 88% ter sido por auto-extubação, no período de recuperação anestésica;
- Todos os utentes à saída da UCIP, estavam em respiração espontânea com aporte de oxigénio, havendo apenas duas situações, em que tal não se verificou por falecimento dos utentes.
- Houve duas situações cujo incidente teve um impacto mais significativo para o doente, ou seja, uma situação complicou com hemorragia, sendo necessário recorrer a tamponamento anterior; noutra o doente estava traqueostomizado, não tendo sido possível substituir a cânula, pelo que foi novamente entubado orotraquealmente;
- Outra questão relevante que foi possível perceber, refere-se aos registos, onde as medidas preventivas e correctivas destes incidentes praticamente não têm expressão.

O facto de haver meses onde se verificou um maior número de incidentes e outros meses onde tal situação não ocorreu, parece não estar relacionada com alteração da dotação de enfermeiros. Porém, parece-me pertinente em situações futuras, analisar esta variável, atendendo ao grau de dependência de todos os utentes internados no período de ocorrência de incidentes.

Optei por utilizar alguns casos que serviram para a reflexão em grupo sobre as práticas e registos efectuados, com participação dos vários elementos. Posteriormente, foram evidenciados alguns aspectos basilares no sentido da prevenção deste tipo de incidentes, como sejam:

- Necessidade de proceder a uma avaliação e controlo da dor de modo sistemático, bem como instituir medidas não farmacológicas (ex: a massagem de conforto, redução da estimulação sensorial, ...);
- Garantir estratégias alternativas de comunicação, como seja, a utilização de quadros para escrita ou disponibilização de gravuras que permitam identificar algumas das mais prováveis necessidades sentidas;
- Promoção da presença de conviventes significativos sempre que possível como elemento tranquilizador e securizante;
- A contenção física como última estratégia e exclusivamente ao tempo necessário para as medidas farmacológicas ou outras surtirem efeito;
- A necessidade dos registos espelharem as intervenções de enfermagem no que se refere a medidas preventivas (e até correctivas) deste tipo de situações, e que são realizadas pelos enfermeiros:
  - Ensino ao doente sobre a necessidade e importância do tubo endotraqueal;
  - Apoio emocional;

- Vigilância sistemática e contínua (estado consciência, padrão respiratório, desconforto ou dor);

- Confirmação do correcto posicionamento do tubo endotraqueal, bem como fixação adequada e confortável do mesmo, nomeadamente após cuidados de higiene orais, posicionamentos, aspiração de secreções, substituição de fixação;

- Verificar adaptação à modalidade ventilatória.

Também optei por recolher uma série de artigos sobre os temas por mim abordados, e constantes no portfolio que elaborei, e disponibilizá-los à equipa, num dossier para consulta.

Actualmente, encontro-me a elaborar um artigo onde alguns destes aspectos são apresentados como motor de questionamento e de reflexão das práticas profissionais.

Neste sentido e relativamente às competências desenvolvidas evidencia-se aqui:

*- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;*

*- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;*

*- Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;*

*- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;*

*- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*

*- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*

*- Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;*

*- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*

*- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização;*

*- Promover a formação em serviço na sua área de especialização (UCP, 2009)*

### 1.3 - MÓDULO OPÇÃO “GERIATRIA”

O serviço de Medicina Interna 2.3 sala 1 do HSAC foi o local onde iniciei o meu percurso profissional e onde exerci funções durante cerca de 12 anos, quer na vertente de internamento quer na vertente de hospital de dia.

Segundo a Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, no período compreendido entre 1960 e 2004, a população portuguesa duplicou em valores absolutos e *estima-se que nas próximas décadas as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentem, prevendo-se também que aumente a prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.23).

A tendência da configuração social teve reflexos na população internada neste serviço, pelo que o exercício profissional de vários anos neste local, possibilitou-me um contacto privilegiado com utentes idosos e com os seus cuidadores informais.

A velhice é efectivamente uma etapa natural da vida. É, por uma questão de ordem cronológica, a que está mais perto da finitude da existência. Apesar de ter um manancial de experiências vividas no seu reportório memorial, não permite o retrocesso temporal, nem a repetição de situações, mas permite olhar para trás e reflectir sobre os momentos de transição vivenciados e procurar um sentido, um reflexo das decisões e actuações. É esse processo de reflexão sobre um percurso já vivido, que não podendo ser mudado, me deu contributos fundamentais para tornar exequível reconhecer a pessoa na sua diferença, aceitá-la e respeitá-la incondicionalmente, encontrando a melhor forma de a ajudar e apoiar nesta fase da vida.

De salientar que de acordo com o Artigo 81º do Código Deontológico, o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra, assumindo o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida”, assumindo igualmente o dever de se abster “de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”.

O tipo de patologias dos doentes admitidos nesta unidade de saúde é muito diversificado. No entanto, a sua maioria são portadores de doença do foro oncológico, hematológico, respiratório, circulatório e existindo ainda um considerável número de portadores de SIDA.

Porém, e apesar dos vários anos de permanência no mesmo, mantive a necessidade de proceder a um investimento técnico, científico e relacional, por sentir que é possível fazer sempre melhor, no sentido da excelência dos cuidados.

O investimento que fiz ao longo do tempo, bem como o reconhecimento das competências desenvolvidas, possibilitou-me assumir várias funções dentro desta equipa, nomeadamente a chefia de equipas, orientação de alunos em estágio, dinamização de projectos institucionais

como seja, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; CIPE; Comissão Científica da revista “Enformação”.

Em Agosto de 2007, a Enf. chefe propôs-me colaborar na gestão do serviço, substituindo-a nas suas ausências e impedimentos, mas também colaborando com a mesma na organização dos cuidados realizados e gestão dos recursos materiais e humanos, à luz das necessidades dos utentes, profissionais e instituição. Um período prolongado de ausência da actual enfermeira-chefe, numa fase de grandes exigências institucionais, motivadas pela implementação de vários projectos, foi um aspecto determinante e um factor incontestável para a minha aprendizagem. O valor formativo dessa experiência é inegável, na medida em que a minha autonomia na gestão do serviço era exigida, mas revestida de uma responsabilidade acrescida por me encontrar a representar uma outra pessoa, um serviço e uma instituição. Parece-me relevante mencionar as competências desenvolvidas na vertente da gestão de conflitos, aspecto que considero basilar e indissociável da gestão/liderança.

Outro aspecto relevante e de grande apreço na minha actividade foi o facto de ser responsável pela formação em serviço. No início de 2008, tal como já referi anteriormente, a instituição iniciou uma série de projectos, sendo fundamental o envolvimento e participação dos vários colaboradores para a sua implementação nos contextos de trabalho. Deste modo, o papel do responsável pela formação em serviço e de colaboradora na gestão do mesmo, assumiu-se determinante para uma aglutinação e articulação harmoniosa dos vários projectos.

Neste sentido, os apelos da instituição condicionaram-me a um momento de reflexão e questionamento sobre as mudanças sociais e de necessidades de cuidados de saúde da população internada. É amplamente discutida a configuração actual da população portuguesa, onde o envelhecimento, o aumento da esperança média de vida e a cronicidade de doenças, outrora fatais, apelam para uma mudança da lógica dos cuidados de saúde (SILVA, 2007; FERREIRA, 2009).

Tal como já foi referido anteriormente, o envelhecimento da população portuguesa é uma realidade cuja importância e impacto na sociedade tem vindo a relevar-se. De facto, de 1991 para 2001, a população residente em Portugal, com idade igual ou superior a 65 anos, aumentou de 13,6% para 16,4% (CENSOS, 2001). Só no distrito de Lisboa, em 2001, existiam 341605 habitantes com estas características (*Idem*).

A população internada neste serviço situa-se numa faixa etária mais elevada, com grau de dependência acrescido (parcialmente dependentes ou totalmente dependentes).

Segundo dados retirados da Base de Dados de Acolhimento do Serviço Social para o ano de 2008, num total de 439 indivíduos internados neste serviço, salienta-se o facto de 124 estarem situados na faixa etária entre os 71-80 anos, 93 indivíduos estarem entre os 81-90 anos e 11 com idade  $\geq$  a 91 anos.

Isto porque, o destino pós alta é em grande parte para o domicílio, com redes de apoio que são accionados durante o internamento.

São assim frequentes as situações de doentes idosos com necessidades de cuidados específicos após a alta, com recursos insuficientes na sua rede sócio-familiar de suporte, ou seja, sem cuidadores informais capacitados para dar resposta às suas necessidades (ANEXO XVI). O recurso à institucionalização é assim uma das alternativas mais procuradas pela família. Porém, é também evidente a insuficiente/demorada resposta, face às inúmeras solicitações, para além do indiscutível impacto emocional e afectivo que esta decisão tem para a pessoa e conviventes significativos.

Deste modo, a possibilidade de manter o doente no seu ambiente assume-se como uma das alternativas mais adequada e humanizada, ainda que implique um acompanhamento por parte de profissionais oriundos das redes comunitárias aos cuidadores informais.

No entanto, estes cuidadores não possuem, frequentemente, os conhecimentos necessários para tal, o que poderá pôr em causa, não só a qualidade de vida do doente, como a do próprio cuidador (FERREIRA, 2009). Verificam-se assim *consequências desta falta de preparação: quantos doentes são readmitidos no hospital pouco tempo após o internamento inicial: por desidratação, pneumonias de aspiração, desnutrição, úlceras de pressão, quedas e outros acidentes associados à deterioração do equilíbrio corporal e a perturbação da mobilidade, à confusão, etc?* (SILVA, 2007, p. 15). Este facto foi evidenciado na população internada no serviço, por exemplo, na prevalência de doentes com úlcera por pressão provenientes do domicílio no ano 2009 (ANEXO XV).

Uma das minhas preocupações, desde uma fase inicial do meu percurso profissional, foi o de não limitar a minha actuação ao momento do internamento. Por esse motivo, e por a área da formação ser um dos meus principais focos de interesse, elaborei algumas normas e protocolos que visassem um melhor conhecimento do utente e família (ex: através da elaboração da folha de colheita de dados de Enfermagem), mas também que apoiasse o seu regresso a casa (Ex: ensino sobre alimentação entérica e cuidados a sonda nasogástrica; Diabetes Mellitus/ insulino-terapia).

Atendendo às necessidades de cuidados da população internada e tendo a noção de que muitas são as vezes em que a necessidade de cuidados perdura para além do internamento, ainda enquanto elemento desta equipa, propus à mesma que desenvolvêssemos um projecto que designámos de “Capacitar para cuidar”.

Este projecto surgia apoiado no pressuposto de que devem ser preservadas todas as situações que minimizem o impacto da situação de doença e promovam o equilíbrio. Por outro lado, cabe em grande medida, aos enfermeiros promover a aprendizagem de modo a de aumentar os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001).

De modo a dar resposta ao apelo enunciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de “perspectivar o domínio das competências relativas à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (2001,

p.3), surgiu a necessidade de desenvolver um projecto de *empowerment* dos cuidadores informais dos doentes com necessidade de continuidade de cuidados após a alta e cujo destino fosse o domicílio, com vista a aumentar os ganhos em saúde.

Emergiu assim a necessidade de construção de um projecto em equipa que visasse um maior envolvimento/capacitação dos conviventes significativos no cuidar aos doentes com necessidade de apoio após a alta no domicílio. O projecto tinha o intuito de promover a participação de cuidadores informais em actividades formativas de grupo, estruturadas e organizadas de modo a dar resposta às necessidades/problemas identificados/previstos no período pós-alta.

Após proceder à conceptualização e fundamentação teórica do projecto, foram identificadas áreas de necessidade de formação (Ex: posicionamentos, cuidados a dispositivos urinários/algalias/ sondas nasogástricas/ ostomias; estilos de vida saudáveis, entre outras). A equipa de enfermagem organizou-se em vários grupos de trabalho, tendo distribuído as temáticas seleccionadas.

Este projecto, foi uma das actividades mais gratificantes que iniciei, por vários motivos: porque pretendia dar resposta às necessidades/problemas reais dos utentes e cuidadores informais; porque estava a ser realizado com a participação de todos os elementos da equipa de enfermagem, mas também com o apoio de outros elementos da equipa pluriprofissional. Finalmente, porque revelava a maturidade de uma equipa ainda jovem, na medida em que esta parecia capaz de estender a sua intervenção para além dos limites da realidade hospitalar dos seus utentes e cuidadores informais, com necessidade de cuidados no domicílio, por ser este contexto muitas vezes solitário e desprotegido.

Porém, após a minha saída deste serviço, e decorrente de constrangimentos de natureza vária, a implementação do projecto ainda não se iniciou.

Tendo por referência os níveis de competência na prática clínica da Enfermagem, apresentados por BENNER (2001), e de acordo com o percurso por mim desenvolvido ao longo da minha experiência profissional, poder-se-á considerar que assumia o nível de enfermeira perita. Esta assumpção baseia-se na evidência de que o meu agir se baseava numa compreensão profunda da situação global, com reconhecimento por parte dos pares e outros profissionais, não só pelas capacidades de juízo, como pelas competências (p.54)

Relativamente às competências desenvolvidas ao longo do percurso profissional destacam--se:

- *Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, bem como da formação pós-graduada;*

- *Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;*

- *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;*



- *Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*
- *Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;*
- *Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;*
- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;*
- *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;*
- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*
- *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*
- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
- *Colaborar na integração de novos profissionais (UCP, 2009)*

## 2 – CONCLUSÕES GERAIS

A linha condutora do trabalho por mim desenvolvido em contexto de estágio, assentou fundamentalmente em pressupostos essenciais para uma cultura de segurança dos cuidados de saúde. Deste modo, poder-se-á considerar que o domínio da Gestão da Qualidade, do Modelo de Desenvolvimento Profissional, afigurou-se estruturante do percurso desenvolvido, bem como o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em pessoa em situação crítica, apresentado no mesmo documento (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Actualmente movimentamo-nos numa cultura que tendencialmente apela a princípios de responsabilização e de precaução/prudência dos profissionais, onde a avaliação e a pedagogia do risco se tornam elementos basilares no desenvolvimento da segurança dos clientes e da qualidade dos cuidados em geral, de acordo com alguns pressupostos emanados pela OMS (*In* ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006).

É sobejamente discutida a inserção da segurança como dimensão da qualidade, com natural relação e interdependência com outras dimensões reconhecidas, nomeadamente, a efectividade, eficiência, a responsabilidade, a satisfação e os ganhos em saúde.

A tomada de consciência da probabilidade e/ou ocorrência do erro, poderá servir de motor para um questionamento e reflexão conjunta sobre as evidências, integrando o resultado deste processo reconstrutivo em recomendações para as boas práticas profissionais e dotações consideradas seguras. Só apostando e investindo em medidas preventivas materiais e humanas poderemos avaliar os ganhos em saúde a si relacionados.

Porém, o imprevisto, quase tão típico como o fado na cultura portuguesa e fonte de orgulho nacional, é seguramente um dos maiores constrangimentos para esta mudança da lógica do fornecimento dos serviços de saúde. Importar para a cultura lusitana alguns aportes anglo-saxónicos, assentes em pressupostos que valorizam e se suportam numa perspectiva bem mais previdente e antecipatória, assume-se frequentemente como uma missão dantesca.

Porém, ultrapassando estas questões “culturais”, é um privilégio poder ter oportunidade de participar na concretização daquilo que será uma visão estratégica sobre um desígnio fundamental da segurança como estruturante da qualidade, tal como propôs a digníssima Bastonária da Ordem dos Enfermeiros na II Conferência de regulação do Conselho de Enfermagem (2009).

A reorganização das dinâmicas organizacionais que o contexto social actual apela, exige uma actualização das dinâmicas formativas e interpretativas das evidências referentes à prática profissional.

É neste sentido que se torna pertinente deslocar esta reflexão para o contexto profissional, onde nos poderemos apoderar das evidências e torná-las foco de atenção, análise crítica e (re)

construção da realidade (FRAGATA e MARTINS, 2004; CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, 2009).

Foi este um dos meus intuitos com a realização deste estágio, ainda que este se tenha concretizado em contextos e realidades distintas.

Relativamente às condicionantes encontradas ao longo do percurso não poderia deixar de fazer referência à dificuldade em gerir os vários papéis que assumi: o de aluna, de profissional com vários anos de experiência e o de gestora de risco.

Se no serviço de Urgência era evidente e destabilizador para mim a desvalorização inicial da minha bagagem de saber e experiência anterior, o espírito que encontrei na UCIP foi totalmente antagonista.

Vários factores contribuíram para esta situação, nomeadamente o facto de este ser o hospital onde iniciei e sempre exerci funções como enfermeira. Apesar de não ter um conhecimento prévio diferenciado com nenhum enfermeiro desta equipa, o mesmo não se passava com vários elementos da equipa médica. Ou seja, trabalhei vários anos com alguns médicos seniores da equipa, tendo mesmo dado os primeiros passos nesta profissão com os mesmos. O reconhecimento de competências desenvolvidas ao longo de anos de exercício profissional, por parte destes mesmos profissionais, foi percebido pelos colegas, o que em muito terá contribuído para não sentir um fosso tão evidente, numa fase inicial, como o sentido no anterior contexto de estágio, onde tive que fazer todo um caminho de afirmação pessoal e profissional.

O facto de nesta unidade me reconhecerem como gestora do risco do hospital, levou a uma maior preocupação em evitar a confusão de papéis a esse nível. Aqui, tive maior dificuldade em proceder a essa separação, tendo feito com bastante regularidade o exercício de me questionar como iria abordar determinada situação na perspectiva de aluna da especialidade.

Naturalmente que o meu conhecimento nesta área era partilhado com os pares, mas a minha maior dificuldade era distinguir o modo como iria tratar a situação.

O sentido dado sobre o valor formativo deste percurso realizado nem sempre foi linear e isento de obstáculos. Gerir objectivos definidos, tentando encontrar espaços e estratégias que visassem a sua consecução, com factores temporais a pressionar, regular e condicionar, foi desafiante. Nem sempre o processo de aprendizagem se faz num contexto isento de contrariedades. Importa essencialmente, mesmo na adversidade, conseguirmos encontrar um sentido para a experiência e aprendermos com ela.

Tenho noção de que não afectei todos os elementos das equipas, mas pelo menos alguns espaços de reflexão e questionamento foram criados e por alguns aproveitados, nomeadamente por mim própria.

Considero que o desenvolvimento de estratégias integrativas, com valorização e recurso aos saberes de elementos das equipas teve um impacto positivo, com maior probabilidade da lógica de mudança perdurar no tempo.

Também o facto das temáticas escolhidas para trabalhar com os enfermeiros, serem identificadas e reconhecidas por si como aspectos a melhorar, é outro factor de inegável importância.

A continuidade de trabalhos iniciados por outros alunos parece-me ser outra estratégia produtiva e a manter em situações formativas futuras.

### 3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson – **Identidade, formação e trabalho - Das culturas locais às estratégias identitárias dos Enfermeiros**. Lisboa: Educa. 2001

ALARCÃO, Isabel – **Escola reflexiva e supervisão - Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem**. Porto: Porto Editora. 2000. ISBN: 972-0-34734-1.

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de [et al.] – Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise Fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. vol 39, nº 2 (2005), p. 202-210.

BARBIER, Jean- Marie. **Elaboração de projectos de acção e planificação**. Porto: Porto Editora. 1991. ISBN: 972-0-34106-8.

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto. 2001. ISBN: 989-558-052-5

BOLANDER, Verolyn Rae – Admissão e Alta Hospitalar. *In* BOLANDER, Verolyn Rae – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5. pp. 473-492.

BOUTINET, Jean Pierre. **Antropologia do projecto**. Lisboa: Instituto Piaget. 1990. ISBN: 972-8329-35-0.

CANÁRIO, Rui – **Educação de Adultos. Um campo e uma problemática**. Lisboa: Educa. 1999. ISBN: 972- 8036-21-3.

CARVALHAL, Rosa – **Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos - Perspectiva dos actores**. Loures: Lusociência. 2002. ISBN: 972-8383-40-1.

CENSOS – **Censos 2001** [em linha]. Instituto Nacional de Estatística. [consult. 2009-12-03]. Disponível em: [http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos\\_links/censo2001.pdf](http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos_links/censo2001.pdf).

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA, Zona Central. Política de Gestão de Risco. **Circular informativa**. Nº 341. (9 de Julho 2009).

CHAVES, Idália Sá – **Formação, conhecimento e supervisão- Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro: Universidade de Aveiro. 2000.

COMLEY, Anita L. – A Comparative Analysis of Orem's Self-Care Model and Peplau's Interpersonal Theory. **Journal of Advanced Nursing**. nº 20 (1994), p. 755-760.

COMITEE ON TRAUMA, American College of Surgeons – **ATLS: Advanced Trauma Life Support Program for doctors**. Chicago: American College of Surgeons. 2008. ISBN: 978-1-880696-31-6.

DAVIES, Sue – Meleis's Theory of Nursing Transitions and Relative's Experiences of Nursing Home Entry. **Journal of Advanced Nursing**. vol 52, nº 6 (2005), p. 658-671.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado**. (31/03/2010) Circular normativa nº 07/DQS/DQCO.

DIAZ, Alba Lucero López; GAMBOA, Sandra Guerrero – Perspectiva Internacional del Uso de la Teoria General de Orem. **Revista de Investigación e Educación en Enfermería**. vol XXIV, nº 2 (Setembro 2006), p. 90-100.

EGEROD, Ingrid – Commentary: Bouza C et al.(2007). Unplanned extubation in orally intubated medical patients in the ICU: a prospective cohort study. **Journal Compilation**. British Association of Critical Care Nurses. Vol 13. Nº6 (2008), p. 315 – 316.

FERREIRA, Maria de Fátima – Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família/cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. **Cadernos de Saúde**. Vol.2, nº1. Lisboa: Instituto de ciências da saúde, Universidade Católica portuguesa. 2009. Issn: 1647-0559. p.19-29.

FRAGATA, José; MARTINS, Luís. **O Erro em Medicina- Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina. 2004. ISBN: 978-972-40-2347-2

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Camarate: Lusociência, 2001. 220 p. ISBN: 972-8383-20-7.

HESBEEN, Walter – **Cuidar neste mundo**. : Lusociência- Edições técnicas e científicas. 2000. ISBN: 972-8383-71-1.

HONORÉ, Bernard - **Cuidar**. Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas. 2001. ISBN: 972-8383-58-4.

HOWK, Chérie – Enfermagem Psicodinâmica. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. pp. 423-444.

MACEDÔ, Kátia Nêyla de Freitas [et al.] – Aplicação da Teoria Interpessoal de Peplau com Puérpera Adolescente. **Revista de Educación e Investigación en Enfermería**. vol 24, nº 1 (Março 2006), p. 78-85.

MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**. vol 23, nº 1 (Setembro 2000), p. 12-28.

MOONS, Philip; BORIAU, Marion; FERDINANDE, Patrick – Self-extubation risk assessment tool: predictive validity in a real-life setting. **Journal Compilation**. British Association of Critical Care Nurses. Vol 13. Nº6 (2008), p. 310 – 314.

MORENO, Rui [et al.] – Auto-extubação numa UCI polivalente. **Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**. 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Enfermagem de reabilitação e cuidados continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio? **ORDEM DOS ENFERMEIROS**. Nº 33. Janeiro. 2010. ISSN: 1646-2629. p. 22-27.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de individualização das especialidades clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente**. [Em linha].Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.2006. [consult.4 Dezembro 2009]. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt: http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=366](http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=366)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código deontológico dos enfermeiros: anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. 2001.

RAMOS, L. – Os métodos activos- teorias e práticas. **Revista Formar**. Nº 9 (Outubro/ Novembro/ Dezembro, 1993). P. 4- 19.

RUA, Fernando [et al] – **Transporte de doentes críticos - Recomendações**. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos. 2008

SERRA, Miguel – **Aprender a ser doente. Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar**. Loures: Lusociência- edições técnicas e científicas. 2005. ISBN: 972-8383-93-2.

SILVA, Abel Paiva - “Enfermagem avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. 55:1-2 (Janeiro-Abril, 2007). p.11 - 20.

STOCKHAUSEN, Lynette J. – The clinical portfolio. **The Australian Electronic Journal of Nursing Education**. Vol. 2 Nº 2 (1999).

TAYLOR, Susan G. – Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. *In* TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. pp. 211-235.

TORRES, Gilson de Vasconcelos [et al.] – Aplicação do Processo de Enfermagem Baseado na Teoria de Orem: Estudo de Caso com uma Adolescente Grávida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto**. vol 7, nº 2 (Abril 1999), p. 47-53.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. **Regulamento geral: Mestrado em Enfermagem de natureza profissional**. 2009


VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro. Da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora. 2009. ISBN: 978- 972- 54-0195-8.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas. 2002. ISBN: 972-8383-33-9.



# ANEXOS

ANEXO I – Instrução de trabalho: “Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral”

 <p><b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE</p>	<p>Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral</p>	<p><b>SERV. COD.000</b></p>
--	--	-----------------------------

## 1 – OBJECTIVO

- Descrever práticas de prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral do CHLC.
- Uniformizar modo de actuação para a prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral do CHLC.

## 2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Unidades de Observação da Urgência Geral do CHLC


## 3 - SIGLAS, ABREVIATURAS


CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE  
 UO- Unidade de observação  
 UPP- Úlceras por pressão

## 4 - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

### Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP

- A avaliação inicial do risco de desenvolvimento de UPP deverá ser feita pelo enfermeiro no momento de entrada do utente no SO.
- A avaliação deve ser concretizada pelo preenchimento da escala de Braden e pelo questionário relativo à condição da pele.
- Deve proceder-se a reavaliações sempre que se identifiquem alterações que o justifiquem.
- A informação descrita nos instrumentos deve acompanhar o doente no momento de transferência para outra unidade funcional ou no caso de alta se o doente tiver apoio de Enfermagem.
- Independentemente do grau de risco identificado, deverão ser implementadas e registadas medidas preventivas de UPP, a todos os doentes, nomeadamente:
  - Reavaliar condição da pele, de acordo com a necessidade do doente, nomeadamente em doentes com elevado grau de dependência (prévio ou actual)
  - Vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devido a dispositivos médicos, nomeadamente de imobilização ou fixação (ex: colares cervicais, tracções cutâneas e esqueléticas, imobilizadores de punho, fixação de tubo endotraqueal, braçadeira de pressão arterial, etc.);

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Enf. Chefe Rosário Athaide		Enf. Sílvia Bragança; Enf. Carla Pinto; Enf. Paula Marreiros, Enf. Ana Marinho Diniz (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)	2013	3

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE</p>	<p>Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral</p>	<p>SERV. COD.000</p>
---	--	--------------------------

- Verificar zonas de pressão de modo sistemático;
- Pedir a colaboração do doente na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser causados por pressão;
- Estabelecer esquema individualizado de alternância de decúbitos (descrever nº de vezes, decúbito, colaboração do doente);
- Evitar fricção e movimentos de deslizamento durante os posicionamentos ou transferência, recorrendo a dispositivos complementares (ex: easy-slides);
- Utilização de dispositivo de alívio de pressão se existir (ex: colchão anti-escara, almofadas, calcanheiras);
- Aplicação de pensos de prevenção em locais com eritema não branqueável em pele intacta e evitar o posicionamento sobre esta zona;
- Manter pele limpa, evitando exposição a humidade excessiva (substituição de roupa, cuidados de higiene parciais/totais);
- Manter a roupa do doente e da cama bem esticada;
- Substituição de fralda ou utilização de sanitário, urinol, arrastadeira, dispositivo urinário;
- Aplicar emoliente para hidratar a pele e proceder a massagem de conforto;
- Não utilizar a massagem como estratégia de prevenção de UPP. A massagem está contra-indicada na pele que se encontre em risco de desenvolver UPP (pode causar destruição tecidual leve e provocar reacção inflamatória);
- Alimentar o doente e assegurar ingestão hídrica se não existir necessidade deste permanecer em jejum.

- O registo deve evidenciar a avaliação, diagnóstico, intervenção e resultado.

### Avaliação de úlceras por pressão


- A avaliação de UPP deve ser feita sempre que se identifique a sua presença, nomeadamente quando se proceda à substituição de penso, devendo ser preenchido o instrumento de registo de UPP, registando:

- Localização
- Grau
- Dimensão
- Características do tecido, cor e tipo

- Penso utilizado e data de substituição

- Deve ser sempre registado na avaliação inicial o número e grau das UPP, que o doente tinha no momento da admissão na instituição.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<p>Enf. Chefe Rosário Athaide</p>	<p>Enf. Sílvia Bragança; Enf. Carla Pinto; Enf. Paula Marreiros, Enf. Ana Marinho Diniz (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)</p>	<p>2013</p>	<p>3</p>

 <p><b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE</p>	<p>Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral</p>	<p><b>SERV. COD.000</b></p>
--	--	-----------------------------

- Deve ser sempre registado na avaliação inicial a proveniência do doente (domicílio, outro hospital, lar ou outro local).
- Se não for possível refazer o penso, registar a sua existência e localização.

### Tratamento de úlceras por pressão

- A decisão sobre o tipo penso a utilizar deverá ser feito com base na avaliação da UPP e de acordo com o algoritmo de tratamento das UPP apresentado pela aluna do 2º curso de especialização em Enfermagem médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Enfª Paula Duarte, excepto na presença de prescrição médica individualizada (ver anexo).

### 5 - REFERÊNCIAS

- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA, Zona Central. Procedimento multisectorial- Prevenção e tratamento das úlceras de pressão- TRC 110. **Circular informativa.** Nº 720. (9 de Dezembro, 2009).

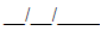
- Direcção Geral de Saúde. **Avaliação do risco para a úlcera de pressão- Escala de risco de Braden.** Circular informativa nº 35/DSQC/DSC de 12/12/2008. [em linha]. [consult. 2010-05-20]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

- EPUAP- NPUAP. **Guidelines internacionais de prevenção e tratamento de úlceras de pressão.** 2009 [em linha]. [consult. 2010-05-20]. Disponível em: [www.apfferidas.com](http://www.apfferidas.com)

- FERREIRA, Pedro. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Implementação nacional da escla de Braden. Loures: Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda. 2004. ISBN 978-972-8930-37-0






### 6 - ANEXOS

Anexo 1- Algoritmo de tratamento das UPP


APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<p>Enf. Chefe Rosário Athaide</p>		<p>Enf. Sílvia Bragança; Enf. Carla Pinto; Enf. Paula Marreiros, Enf. Ana Marinho Diniz (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)</p>	<p>2013</p>	<p>3</p>



ALGORITMO DE TRATAMENTO DAS UPP

TIPO DE FERIDA	TIPO DE PENSO										EPIELIZANTES	
	DESRIDANTES		GRANULANTES				ADSORVENTES		BACTERICIDAS			
	Enzimático Ulcerase® Askina gel®	Autolítico Askina gel®	Espumas Allelyne®	Alginatos Algisite®	Granulantes Absorventes Hidrocolóide Varihesive® Askina®	Hidrofibras Aquacell®	Carvão®	Iodo Iodine®	Prata Actisorb plus® Aquacell Ag®			
NECRÓTICA 					Desbridamento autolítico e na ausência de infecção							Varihesive fino® Gaze Gorda® Op-site® Telfa®
INFECTADA 												
EXUDATIVA 				Exsudado moderado						Exsudado moderado		
GRANULADA 												
A.EPIELIZAR 			Exsudativas e infectadas (sem rebando)	Com humidade suficiente	Superficial			Se for cavitada				
ODOR												

Legenda. A vermelho aparecem alguns nomes comerciais dos apósitos em questão

 Penso primário

 Penso secundário

Paula Duarte, aluna do 2º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em 2009, baseado Pressure Ulcer Treatment – Quick Reference Guide, EPUAP and NPUAP, 2009



RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA O TRATAMENTO DAS UPP NO SUG CHLC EPE

- ✓ O aspecto mais importante no tratamento das UPP é a avaliação global do doente, a correcção de factores de risco e patologias coexistentes, bem como a avaliação do risco através da Escala de Braden.
- ✓ É igualmente importante o controlo da Dor, do exsudado e do odor, de modo a privilegiar o conforto do doente
- ✓ Antes da realização do penso proceder a medidas de controlo da Dor.
- ✓ Avaliar os tecidos presentes, localização e profundidade.
- ✓ Lavar a úlcera e a pele circundante com Soro Fisiológico ou água corrente, aquecidos à temperatura corporal.
- ✓ Lavar significa irrigar, com o soluto escolhido, com alguma pressão de modo a limpar a ferida sem danificar os tecidos e retirando as bactérias do leito da mesma.
- ✓ Escolher o apósito com base no tecido existente no fundo da úlcera, na condição da pele circundante e na adesão do doente ao tratamento.
- ✓ Escolher um apósito que privilegie a cicatrização em meio húmido e permita que a pele circundante se mantenha seca, prevenindo a maceração.
- ✓ Protecção da pele circundante com creme barreira (Olidermil®) ou copolimero acrílico (Cavilon®).
- ✓ Na presença de tecido desvitalizado realizar desbridamento, escolhendo o método mais adequado em relação às condições do doente, tipo de úlcera, quantidade e localização do tecido necrótico, bem como experiência dos profissionais.
- ✓ Utilizar hidrocolóide fino (Varihesive®) ou penso adesivo (Op-Site®) para proteger zonas em risco de desenvolvimento de UPP.
- ✓ Não esquecer que a medida mais eficaz no tratamento das UPP, bem como na sua prevenção, é o alívio da pressão recorrendo a um plano de posicionamentos personalizado.

Paula Duarte, aluna do 2º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em 2009, baseado Pressure Ulcer Treatment – Quick Reference Guide, EPUAP and NPUAP, 2009

ANEXO II – Plano de sessão, Sumário e presenças na formação em serviço: “Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral - Instrução de trabalho”

### **FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**

**Tema: “Prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão na Urgência Geral – Instrução de trabalho”**

**Local: Urgência Geral**

**Datas: 11, 13, 14, 17, 25 de Junho de 2010**

**Horas: 10 h e 11h**

**Tempo de duração da sessão: 1h**

**Objectivo geral: Apresentar a Instrução de trabalho na actual cultura organizacional do Centro Hospitalar de Lisboa Central**

**Objectivos específicos:**

- Enquadrar a instrução de trabalho na actual cultura organizacional do CHLC;
- Discutir a operacionalização do procedimento no contexto da Urgência Geral;
- Sensibilizar para a necessidade de uniformização da actuação para a qualidade e segurança dos cuidados.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Introdução	Expositiva; Interactiva e partilha de experiências	Diapositivos	10 min.	Ana Marinho (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade Médico - Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)
- Enquadramento institucional - Objectivos			10 min.	E
Avaliação de risco de Úlceras por Pressão			10 min.	Sílvia Bragança
Medidas preventivas de UPP- implementação e registos			10 min.	Ou Cláudia Sousa
Avaliação de UPP			10 min.	Ou Paula Marreiros
Tratamento de UPP			10 min.	Ou Carla Pinto
Considerações finais			10 min.	Ou Ana Tomás

C.H.L.C. Mod. 0003



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENCAS**

Área/Unidade/Especialidade: urgência geral.

Tema: Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no urgência  
geral - instrução de trabalhos  
 Data 11/06/2010 Hora: 10h15 Duração: \_\_\_\_\_  
 Local: urgência geral

SUMÁRIO: Apresentação e instrução de trabalhos  
relativo à prevenção, seu significado e  
organização e aplicabilidade no contexto  
da urgência geral

Formador(es): Silvia Brogueira (14127); Cláudia Sousa  
(15584); Margarida Piniz (23417) (nome/n.º mecanográfico)

PRESENCAS			
N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
31082	Carolina Gostinho Pires	Enfermeira	urgência
14361	Fisa Alexandra Antão Bandeira	Enf.º	URGÊNCIA
14158	João Vítor dos Santos Ticoeira	Enf.º	urgência
14143	Margarida Tajo	Enf.º	urgência
6003	Celia Regina Trópico Riccio	Enf.º	urgência
11561	Margarida Santos Antão	Enf.º	urgência
14150	Andreia Sofia Ferreira Gomes	Enf.º	urgência
13896	Elisabete	Enf.º	urgência
13859	Elisabete	Enf.º	urgência
15153	Helena Falcão	Enf.º	urgência
14341	CRISTINA ISABEL PAIS DE SOUSA FERREIRA	Enf.º	URGÊNCIA
15890	Fernanda Isabel Amalino Ferruco	Enf.º	urgência
30652	Luis Manuel da Cruz Aguiar de Figueiredo	Enf.º	urgência

Responsável: \_\_\_\_\_

Data: 13/06/2010

FEELTADENS: Ana Helena Mo... (21.10.12.111)  
 CARLA SIMES (01-500-15112) Área de Gestão da Formação

PRESENCAS (continuação)			
N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
13895	Jose Antonio dos Santos Barros	EMFENHEIRO	S.O.
13584	Cristina Silva Araujo	Enf <sup>e</sup>	SO
40456	Adriana para Pinto Siqueira	Enf <sup>e</sup>	SO
12517	Amado Afonso Sousa	Enf <sup>e</sup>	SO
14519	Carla Maria Simões Matos Carreira	Enf <sup>e</sup>	SO
14624	Heleno Maria Silveira T. Cortes	Enf <sup>e</sup>	SO
13315	Refaciete S. Reis Velis	Enf <sup>e</sup>	SO
30609	Lia Lucia Fernandes Almeida	Enfermeira	S.O.
<del>14346</del>	Sonia Henriqueta Ribeiro Barbosa	"	"
<del>14346</del>	Susana Fernandes Tormenta	Enf <sup>en</sup>	SU
30593	Elvira Patrícia Rodrigues	Enf <sup>en</sup>	SU
15101	Vera Lucia Corderiro Martins	Enf <sup>en</sup>	S.U.
15404	Ana Filipa Martins Monteiro do Jeju	Enf <sup>e</sup>	S.U.
30711	Inês Fernandes Costa	Enf <sup>e</sup>	SU
	Dia 14/06/2010 - Formadores: Ana Macieira e Sílvia Beaguer		
14037	Maria Cristina Dias Trindade	Enfermeira	SO
11421	Luis Filipe Pereira Ribeiro	Enf <sup>e</sup>	S.O.
30881	Valerina Sofia Dias Sulfuero	Enfermeira	S.O.
30807	Ana Filipa Rebelo Rebelo	Enfermeira	SO
14635	Susana Isabel Malveiro Castro Coelho Pereira	Enfermeira	SO
15106	Teresa Horta Santa Joana Portugal	Enf <sup>e</sup>	SO
14096	Paula Rodrigo Silva Catarinas	"	"
13898	Claudia dos Santos Damascos	Enf <sup>e</sup>	SO
12519	André do Graço Martins Bernardino	Enfermeira	SO
15146	Carina Isabel Lourenço Teixeira Vieira	Enfermeira	S.O.
15602	Hélene Inês Jansen Moran	Enf <sup>e</sup>	SO
15129	M <sup>te</sup> Teresa Sousa Mendes Simões	Enf <sup>e</sup>	SO

Rodrigues  
 Responsável

PRESENCAS (continuação)			
N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
21842	maria jose da silva freitas montes	Enf.º	UEP7
13511	maria joao p. s. de v. mendes	Enf.º	U. Formação
11969	TSANT ALVARO FERREIRA PAULINO	Enf.º	U. Desempenho
31094	Laura F. G. dos Neves de Almeida	Enf.º	S.U.
30637	maria de Almeida Dias Marcos da Barros	Enf.º	S. Urgência
13250	MARICA Jansen da Cruz, p. da	Enf.º	UAP 150
15746	António Carlos Oliveira Gonçalves	Enf.º	S. Urgência
30353	stacio Goeri MARTINS da silva	Enf.º	S. Urgência
31089	Diana M. S. T. da Silva	Enf.º	S.U.
14631	Sônia Alexandra B. Pinheiro	Enf.º	S.U.

dia 17/6/20  
 INICIAÇÃO:  
 SUA  
 MARINHO  
 e  
 PAULA  
 TAREMOS

Responsável \_\_\_\_\_

ANEXO III – Diapositivos utilizados na formação em serviço: “Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral - Instrução de trabalho”

# Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral - Instrução de trabalho



Junho de 2010

Sílvia Bragança  
Carla Pinto  
Paula Marreiros  
Cláudia Sousa  
Ana Tomás  
Ana Marinho Diniz



## OBJECTIVOS DA SESSÃO

-Apresentar a instrução de trabalho referente a "Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na urgência geral"

-Enquadrar a instrução de trabalho na actual cultura organizacional do CHLC

-Discutir a operacionalização do procedimento no contexto da urgência geral

-Sensibilizar para a necessidade de uma uniformização de actuação para a qualidade e segurança dos cuidados.

## OBJECTIVOS DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO



- Descrever práticas de prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral do CHLC.

- Uniformizar modo de actuação para a prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral do CHLC.

## ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Unidades de Observação da Urgência Geral do CHLC



## Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP



- A avaliação inicial do risco de desenvolvimento de UPP no momento de entrada do utente na UO.
- Preenchimento da escala de Braden e pelo questionário relativo à condição da pele.
- Reavaliações sempre que se identifiquem alterações que o justifiquem.
- A informação deve acompanhar o doente na transferência para outra unidade funcional ou no caso de alta se o doente tiver apoio de Enfermagem.

## Medidas preventivas de UPP -implementação e registo

- Reavaliar condição da pele, de acordo com a necessidade do doente, nomeadamente em doentes com elevado grau de dependência (prévio ou actual)

- Vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devido a dispositivos médicos, nomeadamente de imobilização ou fixação (ex: colares cervicais, tracções cutâneas e esqueléticas, imobilizadores de punho, fixação de tubo endotraqueal, braçadeira de pressão arterial, etc.);

- Verificar zonas de pressão de modo sistemático;



## Medidas preventivas de UPP - implementação e registo

- Pedir a colaboração do doente na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser causados por pressão;

- Estabelecer esquema individualizado de alternância de decúbitos (descrever nº de vezes, decúbito, colaboração do doente);



- Evitar fricção e movimentos de deslizamento durante os posicionamentos ou transferência, recorrendo a dispositivos complementares (ex: easy-slides);

- Utilização de dispositivo de alívio de pressão se existir (ex: colchão anti-escara, almofadas, calcanheiras);

- Aplicação de pensos de prevenção em locais com eritema não branqueável em pele intacta e evitar o posicionamento sobre esta zona;

## Medidas preventivas de UPP - implementação e registo

- Manter pele limpa, evitando exposição a humidade excessiva (substituição de roupa, cuidados de higiene parciais/totais);

- Manter a roupa do doente e da cama bem esticada;

- Substituição de fralda ou utilização de sanitário, urinol, arrastadeira, dispositivo urinário;

- Aplicar emoliente para hidratar a pele e proceder a massagem de conforto;



- Não utilizar a massagem como estratégia de prevenção de UPP. A massagem está contra-indicada na pele que se encontre em risco de desenvolver UPP (pode causar destruição tecidual leve e provocar reacção inflamatória);

- Alimentar o doente e assegurar ingestão hídrica se não existir necessidade deste permanecer em jejum.

## Avaliação de úlceras por pressão

- A avaliação de UPP deve ser feita sempre que se identifique a sua presença, nomeadamente quando se proceda à substituição de penso, devendo ser preenchido o instrumento de registo de UPP, registando:

- Localização
- Grau
- Dimensão
- Características do tecido, cor e tipo
- Penso utilizado e data prevista de substituição



- Deve ser sempre registado no momento da avaliação inicial o número e grau das UPP, que o doente tinha no momento da admissão na instituição.

- Deve ser sempre registado no momento da avaliação inicial a proveniência do doente (domicílio, outro hospital, lar ou outro local).

- Se não for possível refazer o penso, registar a sua existência e localização.

## Tratamento de úlceras por pressão

- A decisão sobre o tipo penso a utilizar deverá ser feito com base na:

- avaliação da UPP



- de acordo com o algoritmo de tratamento das UPP apresentado pela aluna do 2º curso de especialização em Enfermagem médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Enfª Paula Duarte

- Excepto na presença de prescrição médica individualizada .

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA, Zona Central. Procedimento multissectorial- Prevenção e tratamento das úlceras de pressão- TRC 110. **Circular informativa**. Nº 720. (9 de Dezembro, 2009).

- Direcção Geral de Saúde. **Avaliação do risco para a úlcera de pressão- Escala de risco de Braden**. Circular informativa nº 35/DSQC/DSC de 12/12/2008. [em linha]. [consult. 2010-05-20]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

- EPUAP- NPUAP. **Guidelines internacionais de prevenção e tratamento de úlceras de pressão**. 2009 [em linha]. [consult. 2010-05-20]. Disponível em: [www.apfferidas.com](http://www.apfferidas.com)

- FERREIRA, Pedro. **Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Implementação nacional da escala de Braden**. Loures: Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda. 2004. ISBN 978-972-8930-37-0

## QUESTÕES







**Obrigada!**

ANEXO IV – “Recomendações gerais para manutenção de dispositivos vasculares- Urgência Geral”

## Dispositivos Intravasculares – Recomendações Gerais de Manutenção

Considerações gerais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolver o doente no processo</li> <li>- Higiene das mãos antes e após o procedimento ou contacto com o dispositivo (lavagem ou solução alcoólica)</li> <li>- Limpar a pele e aplicar antisséptico apropriado. Deixar secar ao ar antes da inserção do cateter ou mudança de penso</li> <li>- Verificar permeabilidade/ correcta localização/ vigiar sinais de infecção locais</li> <li>- Descontaminar porta de entrada ao sistema com álcool a 70º antes de aceder ao mesmo, utilizando exclusivamente material esterilizado</li> <li>- Manter as tampas das torneiras de três vias quando este acesso não estiver a ser utilizado</li> <li>- Após administração de cada fármaco proceder a lavagem com SF</li> <li>- Reduzir a manipulação para a mínima necessária</li> <li>- Substituir o cateter inserido em situação de emergência, logo que possível</li> </ul>		
Tipo	Cateter periférico	Cateter central	Cateter central totalmente implantado
Local de Inserção/ Penso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode utilizar-se luvas limpas, mas garantindo a assepsia associando a técnica “no touch”,</li> <li>- Antissépsia da pele com solução alcoólica</li> <li>- Preferir calibres ≤ 20G</li> <li>- Dispor de contentor corto-perfurante: acessível, seguro e funcional</li> <li>- Penso estéril</li> <li>- Substituir se descolado, húmido ou repassado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica asséptica</li> <li>- Preferencialmente clorohexidina a 2% em 70% de álcool/isopropílico</li> <li>- Penso estéril</li> <li>- Substituir se descolado, húmido ou repassado pelo menos 1xsemana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica asséptica</li> <li>- Se não estiver em utilização não necessita de penso</li> <li>- Penso de 48-48h ou se descolado, húmido ou repassado</li> </ul>
Substituição /remoção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flebite/ seroma/ sinais inflamatórios</li> <li>- Não permeabilidade</li> <li>- Se desnecessário</li> <li>- 96-96h, mas pode ser por períodos mais prolongados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinais inflamatórios locais;</li> <li>- Febre</li> <li>- Não permeabilidade</li> <li>- Se desnecessário (critério médico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinais inflamatórios</li> <li>- Não permeabilidade</li> <li>- Febre</li> <li>(critério médico)</li> </ul>
Substituição de sistemas de administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 96-96h ou sempre que se coloca novo cateter (sistema, torneira, prolongamento e válvula anti-refluxo)</li> <li>- Completar as infusões de sangue e derivados em 4h.</li> <li>- Substituir prolongamentos utilizados na administração de Propofol em cada 6-12h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> <li>- Se alimentação parentérica com lípidos – 24h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> </ul>
Manutenção da permeabilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar interromper o sistema de infusão</li> <li>- se necessário interromper utilizar preferencialmente válvula anti-refluxo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não interromper o sistema de infusão.</li> <li>- Se necessário utilizar preferencialmente válvula anti-refluxo (substituição de 96-96h)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Substituir agulha a cada 5-7 dias</li> <li>- 3ml da diluição de 0,2ml de heparina/10ml SF* ou fibrinolítico em monodose</li> <li>- Heparinização 4-6 semanas quando em uso intermitente</li> <li>- Não utilizar válvula anti-refluxo</li> </ul>
Registos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação do tipo e calibre do cateter, local, motivo de utilização e data de colocação</li> <li>- Existência e descrição de alterações locais, intervenções efectuadas</li> <li>- Substituição do penso, alteração do local e intervenções realizadas</li> <li>- Heparinização (agente fibrinolítico utilizado, quantidade e data)</li> <li>- Ensino realizado ao utente e cuidador informal</li> <li>- No caso de transferência, informar a necessidade de remover/substituir o cateter colocado em situação de emergência se não for possível proceder à sua substituição</li> </ul>		

\* Dosagem utilizada no Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central

Ana Marinho Diniz, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Enfermagem Médico- cirúrgica (2010)

Baseado no Manual de Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar de Lisboa- Zona Central (2010)

ANEXO V – Proposta de indicadores para o projecto institucional referente às Úlceras por pressão para a Urgência Geral

## INDICADORES DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

### ESTRUTURA

- EXISTÊNCIA DE AJUDAS TÉCNICAS E EQUIPAMENTO/MATERIAL DE PREVENÇÃO
- EXISTÊNCIA DE PROCEDIMENTO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE UPP NO SU
- EXISTÊNCIA DE INFORMAÇÃO RELATIVA A TRATAMENTO DE UPP
- EXISTÊNCIA DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (RISCO E OCORRÊNCIA)

### PROCESSO

- TAXA DE AVALIAÇÃO DE RISCO -MENSAL

(Nº DE UTENTES COM AVALIAÇÃO DE RISCO DE UPP/Nº TOTAL DE DOENTES INTERNADOS EM SO OU COM PERMANÊNCIA NO SU > 12H)

- TAXA DE UTILIZAÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS

(Nº DE UTENTES COM UTILIZAÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS/ Nº TOTAL DE DOENTES COM RISCO AVALIADO)

### RESULTADO

### EPIDEMIOLÓGICOS

- PREVALÊNCIA DE UPP- MENSAL

**Ana Marinho Diniz**, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Enfermagem Médico- cirúrgica

ANEXO VI – Instrumento de registo de administração de terapêutica para alunos de enfermagem



ANEXO VII – Instrumentos de identificação e avaliação de risco na Urgência Geral



### IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

<b>Data:</b> 10 de Maio de 2010		<b>Local:</b> Unidades de observação da Urgência Geral		<b>Avaliado por:</b> Enfª Ana Marinho - aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (2010)																	
N.º	Factor de Risco <i>Actividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros</i>	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Média	Probabilidade							Média	Risco Nível	
				A	B	C	D	E	F	G		A	B	C	D	E	F	G			
	Práticas de prevenção e tratamento de úlceras de pressão não uniformizadas	Desenvolvimento de úlceras por pressão	Doentes	3							3	4							4	12	Elevado
<b>Plano de Acção</b>																					
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/correctivas)</b>				<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Monitorização</b>															
Elaboração de instrução de trabalho referente a Prevenção e Tratamento de Úlceras por pressão na Urgência Geral				Elementos dinamizadores do projecto das UPP na Urgência Geral e aluna do 3º Cuso da especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica da UCP a realizar estágio	Até primeira semana de Junho	Enfermeira-chefe Rosário Athaide															
Divulgação da instrução de trabalho e discussão com a equipa sobre a sua aplicabilidade no contexto da Urgência Geral, através de actividade formativa a desenvolver em cada uma das cinco equipas				Elementos dinamizadores do projecto das UPP na Urgência Geral e aluna do 3º Cuso da especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica da UCP a realizar estágio	Mês de Junho	Enfermeira-chefe Rosário Athaide															
Implementação da instrução de trabalho				Equipa de Enfermagem da Urgência Geral	Após participação na actividade formativa	Enfermeira-chefe Rosário Athaide e Elementos dinamizadores do projecto das UPP na Urgência Geral															
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				<b>LEGENDA</b>																	
» Procedimento multisectorial "Prevenção e tratamento de Úlceras por pressão TRC 110" » Instrução de trabalho "Prevenção e tratamento de úlceras por pressão na Urgência Geral" » diapositivos utilizados na actividade formativa				<b>CONSEQUÊNCIA</b>		<b>PROBABILIDADE</b>				<b>Nível de Risco</b>											
				1	Insignificante	1	Muito Raro	1 a 3	Risco Baixo												
				2	Ligeira	2	Raro	4 a 6	Risco Moderado												
				3	Moderada	3	Pouco Provável	8 a 12	Risco Elevado												
				4	Severa	4	Provável	15 a 25	Risco Muito Elevado												
				5	Catastrófica	5	Muito Provável														
<b>Assinatura do Responsável:</b>																					

## IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

<b>Data:</b> 9 de Junho de 2010		<b>Local:</b> Urgência Geral		Avaliado por: Enfª Ana Marinho - aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Enfermagem Médico- cirúrgica (2010)																		
N.º	Factor de Risco <i>Actividade/Área/Materiais/Equipamentos/Dutros</i>	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco				
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F	G	Média	Nível		
	Administração de terapêutica por alunos de enfermagem a realizar estágio na Urgência Geral	Repetição de administração por não registo informático	Doentes cuja terapêutica prescrita foi administrada por estagiários de enfermagem	3							3	4						4	12	Elevado		
		Ausência de registo de administração de terapêutica																		0		
<b>Plano de Acção</b>																						
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/correctivas)</b>				<b>Responsáveis</b>		<b>Prazo</b>		<b>Monitorização</b>														
» Elaboração de folha para registo de administração de terapêutica por estagiários de Enfermagem				aluna do 3º Cuso da especialidade em Enfermagem médico-cirurgica da UCP a realizar estágio		até final de Maio		Enfª Chefe Rosário Athaide														
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				<b>LEGENDA</b>																		
» Ausência de forma de registo de terapêutica por parte dos alunos de Enfermagem				CONSEQUÊNCIA							PROBABILIDADE							Nível de Risco				
				1	Insignificante						1	Muito Raro						1 a 3	Risco Baixo			
				2	Ligeira						2	Raro						4 a 6	Risco Moderado			
				3	Moderada						3	Pouco Provável						8 a 12	Risco Elevado			
				4	Severa						4	Provável						15 a 25	Risco Muito Elevado			
				5	Catastrófica						5	Muito Provável										
<b>Assinatura do Responsável:</b>																						

## IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

<b>Data:</b> 9 de Junho de 2010		<b>Local:</b> Urgência Geral		Avaliado por: Enfª Ana Marinho - aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Enfermagem Médico- cirúrgica (2010)																	
N.º	Factor de Risco Actividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco			
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F	G	Média	Nível	
	Manutenção de dispositivos intravasculares	Infecção	Doentes	3							3	4							4	12	Elevado
																					0
																					0
																					0
																					0
																					0
																					0
																					0
<b>Plano de Acção</b>																					
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/correctivas)</b>				<b>Responsáveis</b>			<b>Prazo</b>		<b>Monitorização</b>												
Elaboração de instrumento de divulgação de recomendações gerais actualizadas sobre manutenção de dispositivos intravasculares adequadas ao contexto da Urgência Geral				Aluna do 3º Cuso da especialidade em Enfermagem médico-cirurgica da UCP a realizar estágio			Até final de Maio		Enfª chefe Rosário Athaide												
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				<b>LEGENDA</b>																	
» Manual de práticas de prevenção e controlo de infecção (recomendações para a prevenção de infecção relacionada com dispositivos intravasculares) elaborado e divulgado pela CCIH				CONSEQUÊNCIA		PROBABILIDADE		Nível de Risco													
				1	Insignificante	1	Muito Raro	1 a 3	Risco Baixo												
				2	Ligeira	2	Raro	4 a 6	Risco Moderado												
				3	Moderada	3	Pouco Provável	8 a 12	Risco Elevado												
				4	Severa	4	Provável	15 a 25	Risco Muito Elevado												
				5	Catastrófica	5	Muito Provável														
<b>Assinatura do Responsável:</b>																					

ANEXO VIII – Pedido de autorização para análise de processos clínicos de utentes com incidentes de extubação endotraqueal não planeada no período compreendido entre Janeiro e Agosto de 2010 dirigido ao Conselho de Administração do CHLC



*Autoriza-se com as recomendações  
propostas pelos Membros de Ética*

*Ana Soares*  
2011/01/06

### COMISSÃO de ÉTICA PARA A SAÚDE

Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.  
Rua José António Serrano 1150-199 Lisboa

Tel. 213594133

Fax: 21- 3531983

*Ana Soares*  
Enfermeira Diretora

#### PARECER

Reunida, no dia 02/12/2010, a Comissão de Ética do CHLC, pronunciou-se sobre:

Tema do Estudo/Projecto		Extubações endotraqueais não planeadas.	
Investigador(s)	Enf.ª Ana Cristina de Almeida Diniz	Coordenador/ Promotor/ Orientador	Não refere
Instituição	HSAC	Área	Risco
Tipo de Estudo	Observacional	Âmbito Académico	Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa
Serviço(s) a realizar	UCIP 2	Autorização do(s) Director(es)	Sim, do Responsável da Unidade e da Enfermeira Chefe
Objectivos:	Identificar factores contributivos para as extubações endotraqueais não planeadas; Identificar mecanismos de segurança para a prevenção de incidentes deste tipo.		
Instrumentos	Questionário	Amostra	Utentes internados na UCIP2 entre Janeiro e Agosto de 2010, nos quais ocorreu o incidente - 15 doentes
Procedimentos de Colheita de Dados	Consulta do processo clínico	Consentimento Informado	Dispensável
Apreciação	O instrumento de colheita de dados não prevê a identificação do doente, pelo que se dispensa a obtenção de Consentimento Informado		
Decisão:	O estudo não levanta qualquer obstáculo do ponto de vista ético, pelo que somos de parecer que o mesmo pode ser autorizado.		
Recomendações:	<i>Recomenda-se que após o estudo, este seja também divulgado também na UCIP e seja ponderada a sua divulgação na Área de Cuidados Intensivos.</i>		

**Relatora:** Enf.ª Chefe Armandina Antunes

**Presidente:** Dr. António Santos Castro - Chefe de Serviço de Medicina Interna

**Vice-presidente:** Dr. José Daniel Araújo - Chefe de Serviço de Cirurgia

**Vogais:** Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira - Chefe de Serviço de Pediatria Médica

Enf.ª Armandina Carmo Antunes - Enf.ª Chefe Área de Medicina

Dr. João Luís Paiva Alves - Assistente Principal Saúde - Ramo Farmácia

Monsenhor Victor Feytor Pinto - Teólogo

Dr. Pedro Madeira de Brito - Jurista

Lisboa, 02 de Dezembro de 2010

O Presidente da Comissão

*António Santos Castro*  
(António Santos Castro, Dr.)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA  
ZONA CENTRAL  
Comissão de Ética para a Saúde

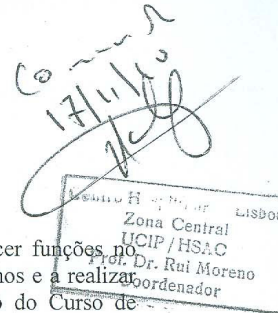


e-mail - Comissões Clínicas: scarmocho@hslmarta.mim-sts.gov.pt

A Comissão de Ética para a Saúde  
do CHLC para aprovar  
Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz  
2010/11/25

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central:

Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz  
Enfermeira Directora



Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz, enfermeira graduada a exercer funções no Gabinete de Gestão de Risco - pólo Hospital Santo António dos Capuchos e a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes 2 no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar autorização para consultar os processos clínicos dos utentes internados na referida Unidade funcional, no período compreendido entre Janeiro e Agosto de 2010, e que tiveram episódios de extubações orotraqueais não planeadas.

Pretende-se proceder a uma recolha de dados, para análise retrospectiva, no sentido de identificar factores contributivos e colaborar com a equipa na definição de mecanismos de segurança para a prevenção de incidentes deste tipo. De salientar que este é um indicador já utilizado pela unidade e que poderá ser integrado nos projectos de melhoria, nomeadamente os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e gestão de indicadores de segurança do doente.

A referida análise tem o intuito de posteriormente ser divulgada academicamente e/ou em publicações científicas.

Assim sendo, solicita-se o acesso aos processos com os números:

- 20100067;
- 20100072;
- 20100076;
- 20100078;
- 20100087;
- 20100135;
- 20100172;
- 20100178;
- 20100209;
- 20100212;
- 20100230;
- 20100233;
- 20100234;
- 20100245;
- 20100262.

De todo o interesse, em virtude de ter sido um objectivo de formação previamente acordado, com vista à melhoria das práticas baseadas na evidência. Será ainda uma consciencialização da equipa, para a área de Risco Clínico e futuro indicador de qualidade dos cuidados prestados em UCI.

Em anexo, junta-se a folha de colheita de dados a utilizar.

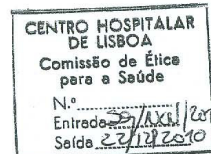
A Enfermeira  
ANA MARIA PICADO  
05/11/2010

Atenciosamente,

Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz

Ana Maria Picado  
Enfermeira-Chefe

Lisboa, 28 de Outubro de 2010



No âmbito do estágio em Cuidados Intensivos integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, propus desenvolver o meu projecto de formação individual na área da segurança do doente, atendendo às actuais funções que desempenho no Hospital Santo António dos Capuchos, ou seja, no Gabinete de Gestão do Risco. Assim sendo defini como:

#### OBJECTIVO GERAL

- Colaborar para a melhoria dos cuidados prestados pelas equipas de Enfermagem dos contextos de trabalho onde se irá desenvolver o estágio, no que se refere à segurança dos cuidados de saúde.

#### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Prestar cuidados de enfermagem especializados a utentes em estado crítico;
- Aprofundar conhecimentos teóricos relacionados com a temática, nomeadamente: trabalho de projecto como estratégia formativa; segurança do doente; identificação e avaliação de risco clínico;
- Identificar situações de risco associadas à prestação de cuidados;
- Colaborar com a equipa em situações por si identificadas como prioritárias de intervenção, no que se refere a avaliação do risco e definição de medidas preventivas/correctivas.

Nesse sentido, uma das áreas de intervenção identificadas pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, local onde realizei estágio, refere-se a incidentes relativos a extubações endotraqueais não planeadas, ou seja, situações

associadas a manipulação indevida de profissionais, material danificado ou provocadas pelo próprio doente (auto-extubações).

Na medida em que esta solicitação baseia-se numa mera percepção, torna-se pertinente proceder a uma análise retrospectiva de episódios ocorridos, a fim de identificar factores contributivos, com o intuito de colaborar com a equipa na definição de mecanismos de segurança para a prevenção de incidentes deste tipo.

Atendendo a constrangimentos temporais académicos, solicitei apenas o acesso a processos clínicos de utentes internados em 2010 na referida unidade, com registo de incidentes de extubação endotraqueal não planeada. Foram definidos alguns dados para recolher de modo a compreender e contextualizar as situações e que constam numa folha de colheita de dados tipo.

De salientar que um dos aspectos contemplados refere-se ao nº de processo do utente, mas cuja utilização é exclusivamente necessária durante o período de recolha de informação, não sendo intenção a sua utilização para outro tipo de finalidades ou divulgação.



**Folha de colheita de dados referentes a incidente de extubação  
endotraqueal não planeada em utentes internados na UCIP2**

**Nº de Processo:**

**Data de nascimento:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Admissão hospitalar:**

**Admissão UCIP:**

**Data de alta hospitalar e destino:**

**Data de alta da UCIP e destino:**

**Tempo decorrido desde a alta da UCIP e a alta hospitalar:**

**Tempo de internamento:**

**Diagnóstico principal:**

**Outros diagnósticos:**

**Complicações:**

**Estado do doente na admissão na UCIP (estado de consciência,  
modalidade ventilatória):**

**Data e local onde TOT foi colocado:**

**Estado do doente antes do incidente de extubação (estado de  
consciência, modalidade ventilatória):**

**Data e hora do incidente de extubação:**

**Descrição do incidente (observação, causas,...)**

**Terapêutica instituída:**

**Modalidade ventilatória após extubação:**

**Causas possíveis:**

**Medidas preventivas registadas:**

**Medidas correctivas registadas:**

ANEXO IX – Folha de colheita de dados referentes a incidentes de extubação endotraqueal não planeada

**Folha de colheita de dados referentes a incidente de extubação  
endotraqueal não planeada em utentes internados na UCIP2**

**Nº de Processo:**

**Data de nascimento:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Admissão hospitalar:**

**Admissão UCIP:**

**Data de alta hospitalar e destino:**

**Data de alta da UCIP e destino:**

**Tempo decorrido desde a alta da UCIP e a alta hospitalar:**

**Tempo de internamento:**

**Diagnóstico principal:**

**Outros diagnósticos:**

**Complicações:**

**Estado do doente na admissão na UCIP (estado de consciência,  
modalidade ventilatória):**

**Data e local onde TOT foi colocado:**

**Estado do doente antes do incidente de extubação (estado de  
consciência, modalidade ventilatória):**

**Data e hora do incidente de extubação:**

**Descrição do incidente (observação, causas,...)**

**Terapêutica instituída:**

**Modalidade ventilatória após extubação:**

**Causas possíveis:**

**Medidas preventivas registadas:**

**Medidas correctivas registadas:**

ANEXO X – Plano de sessão da formação em serviço  
“Para uma cultura de segurança” – UCIP

### **FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**

**Tema: “PARA UMA CULTURA DE SEGURANÇA”**

**Local:** Área de Gestão de Formação

**Data:** 03 / 11 / 2010 **Hora:** 11 h 00

**Objectivo geral:**

- Sensibilizar os Profissionais para a cultura de segurança do doente;
- Definir Conceitos de Gestão do Risco Clínico

**Objectivos específicos:**

- Identificar conceitos chave da segurança do doente à luz das políticas institucionais vigentes;
- Identificar duas áreas de maior susceptibilidade ao erro na sua prática profissional;
- Identificar etapas prioritárias para a gestão do risco no sentido da prevenção ou minimização do erro;
- Reconhecer a importância dos instrumentos de registo utilizados no CHLC no âmbito da gestão do risco.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
1. Introdução:  - Enquadramento da Gestão do Risco Clínico e segurança do doente na actual cultura organizacional.	Expositivo	Video projector	20 mn	Enfª Ana Marinho Diniz
2. Gestão do Risco Clínico:  - Conceitos chave; - Incidentes; identificação; relato; exemplos; estratégias; - Identificação e avaliação do risco.	Expositivo e análise de Incidentes		40 mn	Enfª Ana Marinho Diniz Enfª Fernando Carreira
3. Discussão	Participativo e análise de incidentes do contexto de trabalho		30 mn	Enfª Ana Marinho Diniz Enfª Fernando Carreira

C.H.L.C. Mod. 0003

### **FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**

**Tema: “PARA UMA CULTURA DE SEGURANÇA”**

**Local:** Biblioteca da Neurologia

**Data:** 09 / 11 / 2010 **Hora:** 08.30 horas

**Objectivo geral:**

- Sensibilizar os Profissionais para a cultura de segurança do doente;
- Definir Conceitos de Gestão do Risco Clínico

**Objectivos específicos:**

- Identificar conceitos chave da segurança do doente à luz das políticas institucionais vigentes;
- Identificar duas áreas de maior susceptibilidade ao erro na sua prática profissional;
- Identificar etapas prioritárias para a gestão do risco no sentido da prevenção ou minimização do erro;
- Reconhecer a importância dos instrumentos de registo utilizados no CHLC no âmbito da gestão do risco.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<p>1. Introdução:</p> <p>- Enquadramento da Gestão do Risco Clínico e segurança do doente na actual cultura organizacional.</p>	Expositivo	Video projector	20 mn	Enfª Ana Marinho Diniz
<p>2. Gestão do Risco Clínico:</p> <p>- Conceitos chave; - Incidentes; identificação; relato; exemplos; estratégias; - Identificação e avaliação do risco.</p>	Expositivo e análise de Incidentes		40 mn	Enfª Ana Marinho Diniz Enfº Fernando Carreira
<p>3. Discussão</p>	Participativo e análise de incidentes do contexto de trabalho		30 mn	Enfª Ana Marinho Diniz Enfº Fernando Carreira

C.H.L.C. Mod. 0003

ANEXO XI – Folhas de presença na formação em serviço  
“Para uma cultura de segurança” – UCIP

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENCAS****Área/Unidade/Especialidade:** UCIP 2**Tema:** Para uma cultura de segurança**Data** 03/11/2010**Hora:** 13h00**Duração:** 2h**Local:** Área de Gestão da Formação do HSAC**SUMÁRIO:**

Enquadramento institucional da política de segurança do doente e gestão do risco;  
Conceitos chave da gestão de risco; o relato de incidentes; papéis e responsabilidades dos profissionais; avaliação de risco

**Formador(es):** Enf.<sup>a</sup> Ana Marinho Diniz e Enf. Fernando Carreira**PRESENCAS**

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
	Rosa Costa	Enfermeira graduada	UCIP 2
	Luís dias	Enfermeiro graduado	UCIP 2
	Marta Barata	Enfermeira graduada	UCIP 2
	Leocádio Alves	Enfermeiro	UCIP 2

Responsável \_\_\_\_\_



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENCAS**

 Área/Unidade/Especialidade: UCIP 2

 Tema: "PARA UMA CULTURA DE SEGURANÇA"

 Data: 09/11/2010

 Hora: 8 h30

 Duração: 2 H

 Local: Biblioteca

**SUMÁRIO:** Enquadramento da gestão do risco na actual cultura organizacional do CHLC. Conceitos chave da gestão do risco? Noção de 'incidentes', papéis e responsabilidades dos profissionais. O risco e o erro como estruturantes da qualidade. Avaliação do risco na UCIP. Exemplos

**Formador(es):** ANA RAFAEL DINIZ e Fernando Carneiro (nome/n.º mecanográfico)

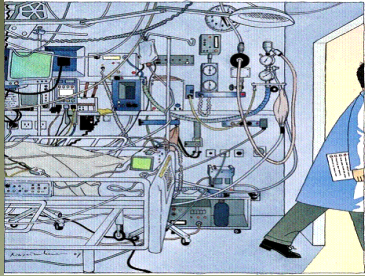
**PRESENCAS**

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
30785	Bruno Alexandre Rebelo Sousa	Enfermeiro	UCIP 2
70913	Andreia Raquel Santos Félix	Enfermeira	Cirurgia H.S.F. Xavier
41075	Filipa Andreia Vieira Lopes Vidigueira	Enfermeira	UCIP 2
30342	Ana Rita Carvalho Reis	Enfermeira Graduada	UCIP 2
24717	Maximiliano Marques Martins	Enfermeiro Graduado	UCIP 2
21960	Antonio José Lopes de Almeida	Enf.º Gradua	UCIP 2
21143	Laura M.ª Conceição Pereira Ferreira	Enf.º Especialista	UCIP 2
24989	Ana Rita Silva Gama Campas	Enfermeira	UCIP 2
23693	ANA MARIA PICADO	Enf.º Chefe	UCIP 2
21919	Helena Ribeiro Lopes	enf.º grad.	UCIP 2

Responsável: \_\_\_\_\_

ANEXO XII – Diapositivos utilizados na formação em serviço “Para uma cultura de segurança” – UCIP

## “Para uma cultura de segurança”



Fernando Carreira  
Ana Marinho Diniz

Lisboa, Novembro de 2010

### OBJECTIVOS DA SESSÃO:

**Sensibilizar os Profissionais para a cultura de segurança do doente.**

- Identificar conceitos chave da segurança do doente à luz das políticas institucionais vigentes;
- Identificar duas áreas de maior susceptibilidade ao erro na sua prática profissional;
- Identificar etapas prioritárias para a gestão do risco no sentido da prevenção ou minimização do erro;
- Reconhecer a importância dos instrumentos de registo utilizados no CHLC no âmbito da Gestão do risco.

### Enquadramento da gestão de risco na actual cultura organizacional do CHLC:

- Centro Hospitalar de Lisboa Central;
- Projecto de Acreditação da Qualidade do CHKS (Caspé Healthcare Knowledge Systems);
- Reconhecimento da existência de riscos; responsabilidade individual e colectiva no desenvolvimento de sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras;
- Aumento da visibilidade e exposição pública dos cuidados de saúde ⇔ necessidades e expectativas do público: excelência dos cuidados!



## Normas da Gestão do Risco/Manual do CHKS



Nota: Imagem cedida pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHLC

## Normas da Gestão do Risco/Manual do CHKS

### • Norma 4 - Gestão do Risco Geral



- “Existe uma abordagem estruturada para com a gestão de risco no hospital, que resulta em sistemas de trabalho mais seguros, práticas mais seguras, instalações mais seguras e uma maior consciencialização de perigo e responsabilidade”.

Nota: Diapositivo cedido pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHLC

## Metas para melhorar a Segurança do Doente 2010

[www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

1	Identificar os doentes correctamente
2	Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde
3	Melhorar a segurança no uso de medicamentos
4	Reduzir o risco de infecção associada aos cuidados de saúde
5	Promover a reconciliação da medicação do doente
6	Identificar os riscos que possam comprometer a segurança para o doente

Nota: Diapositivo cedido pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHLC

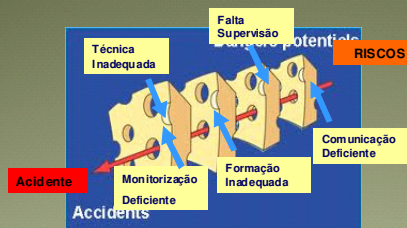


## ALGUNS CONCEITOS

- **Risco** - combinação entre a probabilidade de ocorrência de um dano/lesão X a consequência desse dano/lesão.
- **Erro clínico** – evento adverso ou quase-incidente prevenível de acordo com a situação actual do conhecimento médico;
- **Lesão** - qualquer dano físico ou psicológico para a saúde da pessoa, incluindo danos permanentes ou temporários;
- **Nível da lesão** - gravidade e duração de uma lesão e tratamentos implicados;
- **Incidente** - evento ou circunstância da qual resultou ou poderia ter resultado dano desnecessário para o doente;
- **Quase incidente** (near miss)- incidente que não atingiu o doente.
- **Risco Aceitável** - tomada de decisão informada de aceitar as consequências e a probabilidade de um determinado risco.
- **Segurança do Doente** - É a redução a um nível aceitável do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde.  
(CHLC, 20101)

## MODELO QUEIJO SUIÇO DAS DEFESAS

Demonstra como as defesas são demolidas por uma trajectória de acidentes (James Reason,2000).



Nota: Diapositivo cedido pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHLC

## OS INCIDENTES

Incidentes – denunciam brecha e fragilidade da estrutura e sistema organizacional:

- má liderança e autoridade centrada;
- insuficiente supervisão;
- frágeis sistemas de comunicação entre profissionais,
- ausência de protocolos;
- ausência de trabalho em equipa com incorrecta distribuição de tarefas;
- culturas de infalibilidade e de culpa.

(FRAGATA e MARTINS, 2004).



A ocorrência de incidentes é uma causa importante de:

- sofrimento humano evitável;
- um instrumento de perda financeira e custos dos serviços de saúde.

(OMS)



Porquê de se avaliar o risco?

O que avaliar?

Como avaliar?

Para que serve avaliar o risco?

Que ganhos se poderão obter?



## Gestão do Risco

- Identificação
- Análise
- Avaliação
- Tratamento
- Monitorização

Minimizar as perdas e otimizar as oportunidades



## O RELATO DE INCIDENTES

### CASOS:



- CIRCUITO DO MEDICAMENTO
- CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR
- IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES
- TRANSPORTE DE DOENTES
- QUEDAS
- ÚLCERAS POR PRESSÃO
- EXTUBAÇÕES NÃO PLANEADAS

## O RISCO E O ERRO COMO ESTRUTURANTES DA QUALIDADE

Segurança como dimensão da qualidade:

Tomada de consciência da probabilidade e/ou ocorrência do erro, o relato de incidentes e dos “quase erros”



- questionamento e reflexão conjunta sobre as evidências,
- integração do resultado deste processo reconstutivo em recomendações para as boas práticas profissionais.



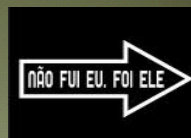
## O ERRO E O ERRO COMO ESTRUTURANTES DA QUALIDADE

O erro – como oportunidade de aprendizagem, análise e inovação



Elemento basilar numa cultura de:

- Não culpabilização;
- Mas de prevenção, reconstrução, formação e responsabilização.



(FRAGATA e MARTINS, 2004; CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, 2009).

## Papéis e Responsabilidades

### Profissionais:

- Identificar o risco;
- Iniciar acções para prevenir ou controlar o risco;
- Colocar em prática mecanismos de controlo até que o risco seja controlado a um nível aceitável;
- Monitorizar a eficácia das medidas implementadas;
- Notificar o responsável/interlocutor da gestão do risco local, se a área do risco identificado estiver para além da sua competência ou do seu controlo;
- Registrar incidentes.

(CHLC, 2010)



## O RISCO E O ERRO COMO ESTRUTURANTES DA QUALIDADE

Na procura da excelência do exercício, o enfermeiro deve:

- Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (artigo 88º, alínea a);
- Assegurar as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados (artigo 88º, alínea d);
- Adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas (artigo 88º, alínea b).

(Código Deontológico do Enfermeiro )



QUESTÕES?





## BIBLIOGRAFIA

- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL. Política de Gestão de Risco. **Circular informativa**. Nº 341. (9 de Julho 2009).
- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL. RELATO DE INCIDENTES. **Circular informativa**. Nº 193. (12 de Abril de 2010).
- CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind. **Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência- edições técnicas e científicas, Lda. 2002. ISBN: 972-8383-61-4
- FRAGATA, José; MARTINS, Luís. **O Erro em Medicina- Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina. 2004. ISBN: 978-972-40-2347-2
- GOMES, Júlio - Aprender com os erros: uma prioridade! **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. nº 16 (Março, 2005) p.17.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código deontológico dos enfermeiros: anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **A enfermagem conta. Ordem dos enfermeiros**. Suplemento da revista nº13. Julho 2004.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente**. [Em linha].Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.2006. [consult.4 Dezembro 2009]. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt): <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=366>
- SILVA, Abel Paiva - "Enfermagem avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. 55:1-2 (Janeiro-Abril, 2007). p.11 - 20.
- Diapositivos utilizados pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHLC em actividades formativas

ANEXO XIII - Instrumentos de identificação e avaliação de risco na UCIP

## IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

N.º	Factor de Risco Actividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência				Probabilidade				Risco		
				A	B	C	D	Média	A	B	C	D	Média	Nível
	Extubação não planeada	Traumatismo	Doentes	5	5	5		5	3	3	3	3	15	Muito Elevado
		Não permeabilidade da via aérea - anóxia												0
		Entubação endotraqueal difícil - endoma												0
														0
														0
<b>Plano de Acção</b>														
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/correctivas)</b>			<b>responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Monitorização</b>									
Estudo retrospectivo de incidentes ocorridos em utentes internados no período de Janeiro a Agosto de 2010 - identificação de causas			Ana Marinho (aluna da especialidade de em Enfermagem médica)											
Definição de medidas de melhoria (preventivas e correctivas)			Todos os profissionais		Relatos de incidentes									
Monitorização de incidentes e consequência para o utente			GGR e enfermeira chefe	3x por ano	Relato de incidentes									
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>			<b>LEGENDA</b>											
» 40 Incidentes de Extubação Não planeada em 2009 » 16 Incidentes de extubação não planeada de Janeiro a Agosto de 2010			<b>CONSEQUÊNCIA</b>		<b>PROBABILIDADE</b>		<b>Nível de Risco</b>							
			1	Insignificante	1	Muito Raro	1	Risco Baixo						
			2	Ligeira	2	Raro	4	Risco Moderado						
			3	Moderada	3		8	Risco Elevado						
			4	Severa	4		12	Risco Muito Elevado						
			5	Catastrófica	5		15	Risco Muito Elevado						
<b>Assinatura do Responsável:</b>														

## IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

Data: 09/11/2010		Local: UCIP 2		Avaliado por: Enfª Ana Picado; Enf. Fernando Carreira, Enfª Ana Marinho (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)																		
N.º	Factor de Risco <small>Actividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros</small>	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco				
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F	G	Média	Nível		
	Inconformidade no procedimento de Colheita de Gasimetria através de linha arterial	Infecção	Doente	4	4	4					4	3	3	3				3	12	Elevado		
		Alteração de resultados analíticos																		0		
																				0		
																				0		
																				0		
<b>Plano de Acção</b>																						
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/correctivas)</b>				<b>Responsáveis</b>				<b>Prazo</b>		<b>Monitorização</b>												
» Elaboração da norma de colheita de gasimetria através de linha arterial				A nomear posteriormente pela Enfermeira chefe																		
» Actuação de acordo com a norma de colheita a vigorar na UCIP2				A equipa de enfermagem e médica				4 meses pós norm		Identificação e relato de não conformidades à norma												
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				<b>LEGENDA</b>																		
Não uniformização do procedimento (Não utilização sistemática de técnica asséptica durante todo o procedimento; reinfusão do aspirado; volume do aspirado variável)				CONSEQUÊNCIA							PROBABILIDADE							Nível de Risco				
				1	Insignificante						1	Muito Raro						1 a 3	Risco Baixo			
				2	Ligeira						2	Raro						4 a 6	Risco Moderado			
				3	Moderada						3	Pouco Provável						8 a 12	Risco Elevado			
				4	Severa						4	Provável						15 a 25	Risco Muito Elevado			
				5	Catastrófica						5	Muito Provável										
<b>Assinatura do Responsável:</b>																						

## IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

<b>Data:</b> 9/11/2010		<b>Local:</b> UCIP2		Avaliado por: Enfª Ana Picado; Enf. Fernando Carreira, Enfª Ana Marinho (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)																
N.º	Factor de Risco Actividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco		
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F	G	Média	Nível
	Não cumprimento do procedimento referente a administração de terapêutica	Erro medicamentoso	Doente	4	4	4					4	3	3	3				3	12	Elevado
																				0
																				0
																				0
																				0
																				0
																				0
																				0
<b>Plano de Acção</b>																				
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/correctivas)</b>				<b>Responsáveis</b>		<b>Prazo</b>		<b>Monitorização</b>												
Cumprimento do procedimento referente a administração de terapêutica				Todos os enfermeiros				Relato de incidentes ao GGR												
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				<b>LEGENDA</b>																
Procedimentos referentes ao circuito do medicamento; Existência de incidentes de erro medicamentoso				CONSEQUÊNCIA							PROBABILIDADE							Nível de Risco		
				1	Insignificante	1	Muito Raro	1 a 3	Risco Baixo											
				2	Ligeira	2	Raro	4 a 6	Risco Moderado											
				3	Moderada	3	Pouco Provável	8 a 12	Risco Elevado											
				4	Severa	4	Provável	15 a 25	Risco Muito Elevado											
				5	Catastrófica	5	Muito Provável													
<b>Assinatura do Responsável:</b>																				

ANEXO XIV - “Recomendações gerais para manutenção de dispositivos vasculares – UCIP”

## Dispositivos Intravasculares – Recomendações Gerais de Manutenção

Considerações gerais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolver o doente no processo</li> <li>- Higiene das mãos antes e após o procedimento ou contacto com o dispositivo (lavagem ou solução alcoólica)</li> <li>- Limpar a pele e aplicar antisséptico apropriado. Deixar secar ao ar antes da inserção do cateter ou mudança de penso</li> <li>- Verificar permeabilidade/ correcta localização/ vigiar sinais de infecção locais</li> <li>- Descontaminar porta de entrada ao sistema com álcool a 70º antes de aceder ao mesmo, utilizando exclusivamente material esterilizado</li> <li>- Manter as tampas das torneiras de três vias quando este acesso não estiver a ser utilizado</li> <li>- Após administração de cada fármaco proceder a lavagem com SF</li> <li>- Reduzir a manipulação para a mínima necessária</li> </ul>		
Tipo	Cateter periférico	Cateter venoso central	Cateter arterial
Local de Inserção/ Penso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode utilizar-se luvas limpas, mas garantindo a assepsia associando a técnica “no touch”,</li> <li>- Antissépsia da pele com solução alcoólica</li> <li>- Preferir calibres ≤ 20G</li> <li>- Dispor de contentor corto-perfurante: acessível, seguro e funcional</li> <li>- Penso estéril</li> <li>- Substituir se descolado, húmido ou repassado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica asséptica</li> <li>- Preferencialmente clorhexidina a 2% em 70% de álcool/isopropílico</li> <li>- Penso estéril</li> <li>- Substituir se descolado, húmido ou repassado ou:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>» Se penso transparente substituir a cada 7 dias;</li> <li>» Se penso com gaze substituir 48h-48h</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica asséptica</li> <li>- Preferencialmente clorhexidina a 2% em 70% de álcool/isopropílico</li> <li>- Penso estéril</li> <li>- Substituir se descolado, húmido ou repassado ou:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>» Se penso transparente substituir a cada 7 dias;</li> <li>» Se penso com gaze substituir 48h-48h</li> </ul> </li> </ul>
Substituição /remoção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flebite/ seroma/ sinais inflamatórios</li> <li>- Não permeabilidade</li> <li>- Se desnecessário</li> <li>- 96-96h, mas pode ser por períodos mais prolongados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinais inflamatórios locais;</li> <li>- Se há suspeita de infecção da corrente sanguínea relacionada com o cateter e não por rotina;</li> <li>- Não permeabilidade</li> <li>- Se desnecessário (critério médico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se há suspeita de infecção da corrente sanguínea relacionada com o cateter e não por rotina;</li> <li>- Não permeabilidade;</li> <li>- Se desnecessário (critério médico)</li> </ul>
Substituição de sistemas de administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 96-96h ou sempre que se coloca novo cateter (sistema, torneira, prolongamento e válvula anti-refluxo)</li> <li>- Completar as infusões de sangue e derivados em 4h.</li> <li>- Substituir prolongamentos utilizados na administração de Propofol em cada 6-12h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> <li>- Se alimentação parentérica com lípidos – 24h</li> <li>- Reservar um dos lumens exclusivamente para nutrição parentérica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 96-96h ou sempre que se coloca novo cateter (transdutores de uso único e outros componentes do sistema)</li> </ul>
Manutenção da permeabilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar interromper o sistema de infusão</li> <li>- Se necessário interromper utilizar preferencialmente válvula anti-refluxo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não interromper o sistema de infusão.</li> <li>- Se utilização de válvula anti-refluxo, substituição de 96-96h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para colheita de sangue: desinfetar o acesso com álcool a 70º; aspirar 2-3 ml e desperdiçar. Proceder à colheita com material esterilizado. Proceder a lavagem do acesso com SF (flush) e colocar nova tampa.</li> </ul>
Registos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação do tipo e calibre do cateter, local, motivo de utilização e data de colocação</li> <li>- Existência e descrição de alterações locais, intervenções efectuadas</li> <li>- Substituição do penso, alteração do local e intervenções realizadas</li> <li>- Heparinização (agente fibrinolítico utilizado, quantidade e data)</li> <li>- Ensino realizado ao utente e cuidador informal</li> </ul>		

Ana Marinho Diniz, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Enfermagem Médico- cirúrgica (2010)

Baseado no Manual de Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar de Lisboa- Zona Central (2010)

ANEXO XV – Plano de sessão, folha de presenças, avaliação da sessão e diapositivos utilizados na formação em serviço “Extubações endotraqueais não planeadas na UCIP 2”



### **FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**

**Tema: “Extubações Endotraqueais não planeadas na UCIP2”**

**Local: Biblioteca**

**Data: 17 /02 /2011**

**Hora: 09 h 30**

**Objectivo geral:** Apresentar os resultados do estudo retrospectivo realizado a doentes internados na UCIP 2 entre Janeiro e Agosto de 2010, com incidente de extubação endotraqueal não planeada

**Objectivos específicos:**

- Identificar factores contributivos dos incidentes analisados;
- Identificar estratégias preventivas deste tipo de incidentes.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Introdução	Expositivo	Data-show	5 min	Ana Marinho
Apresentação dos dados referentes ao estudo retrospectivo realizado a doentes internados na UCIP 2 entre Janeiro e Agosto de 2010, com incidente de extubação endotraqueal não planeada.	Expositivo	Data-show	20 min	Ana Marinho
Discussão de alguns casos analisados	Expositivo e debate	Data-show	20	Ana Marinho
Estratégias preventivas de incidentes deste tipo	Expositivo e debate	Data-show	10	Ana Marinho
Considerações finais	Discussão		5	Ana Marinho

C.H.L.C. Mod. 0003

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENÇAS**

**Área/Unidade/Especialidade:** UCIP 2

**Tema:** "Extubações Endotraqueais não planeadas na UCIP2"

**Data:** 17/02/2011

**Hora:** 09 h 30

**Duração:** 1h

**Local:** \_\_\_\_\_

**SUMÁRIO:**

Apresentar os resultados do estudo retrospectivo realizado a doentes internados na UCIP 2 entre Janeiro e Agosto de 2010, com incidente de extubação endotraqueal não planeada; Analisar e reflectir sobre factores contributivos dos incidentes analisados, bem como estratégias preventivas deste tipo de incidentes.

**Formadora:** Ana Marinho (nº mec: 23417)

(nome/n.º mecanográfico)

**PRESENÇAS**

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
23888	João Ricardo Pinto	Enfermeiro	UCIP2
3078	João Alexandre Alves Costa	Enfermeiro	UCIP2
24141	Eugénia de Jesus Tendes da Silva	Enfermeiro	UCIP2
24714	Solange Maria Fernandes Correia	Enfermeiro	UCIP-2
21537	Rose Costa	Enfermeiro	UCIP-2
21143	Laura Ferreira	Enfermeiro	UCIP2
23366	Paula Costa	Enfermeiro	UCIP2
30622	Amélia Bernardino	Enfermeiro	UCIP2
23316	Luís Manuel Marques Dias	Enfermeiro	UCIP2

Responsável: \_\_\_\_\_

**PRESENÇAS** (continuação)

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: UCIP 2

Tema: Extubações endotraqueais não planeadas na UCIP 2

Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração 1<sup>h</sup> Data 17/2/2011

Formador(es): A Ana Maximo B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				X
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.			X	
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				X
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.			X	

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	3		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

**COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: Cuclur

Tema: ENTUBAÇÕES NAS PLANEJADAS

Ação tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração \_\_\_\_\_ Data 17/07/2011

Formador(es): A ANA MARINHO B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Total-mente	Discorda	Concorda	Concorda Total-mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			X	
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			X	
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				X
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			X	
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	X			
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.			X	
10. A duração da formação foi adequada.			X	
11. O horário da formação foi adequado.			X	

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A	B	C
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	3		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

**COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

Está bom ensinar técnicas relativas à extubação e tirar conclusões, para que esta seja evitada.

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: CUIDADOS INTENSIVOS E URGÊNCIA

Tema: Exercícios Endotracção não Planeada no UCP2

Ação tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração ± 1 H Data 17/02/11

Formador(es): A ANA MARINHO B C

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Total-mente	Discorda	Concorda	Concorda Total-mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			X	
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			X	
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			X	
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			X	
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.			X	

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
1 - Insuficiente    2 - Suficiente    3 - Bom    4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A		
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	3		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	3		
18. Gestão do tempo.	3		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: UCIP-2

Tema: Extinções (e) não planeadas

Ação tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração 1h Data 17/02/2011

Formador(es): A Ana Patrício B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				<input checked="" type="checkbox"/>
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				<input checked="" type="checkbox"/>
5. A teoria foi relacionada com a prática.			<input checked="" type="checkbox"/>	
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.			<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			<input checked="" type="checkbox"/>	
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				<input checked="" type="checkbox"/>
10. A duração da formação foi adequada.			<input checked="" type="checkbox"/>	
11. O horário da formação foi adequado.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A	B	C
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

**Área/Unidade/Especialidade:** Unidades Internas

**Tema:** Estimular o desenvolvimento da prática na UVPZ

**Ação tipo:** Actualização  Aprendizagem  Duração \_\_\_\_\_ Data 18/2/2011

**Formador(es):** A En.ª Ana Vitorino B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			X	
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			X	
5. A teoria foi relacionada com a prática.			X	
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.			X	
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			X	
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.			X	
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
1 – Insuficiente    2 – Suficiente    3 – Bom    4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A	B	C
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: UNIDADES INTENSIVAS E URGÊNCIA

Tema: Exatidão e segurança na Prescrição de ULIPI

Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração \_\_\_\_\_ Data 11/02/2011

Formador(es): A Prof. Ana Maria B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			X	
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			X	
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			X	
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.			X	
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.			X	

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
1 – Insuficiente    2 – Suficiente    3 – Bom    4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	<u>A</u>		
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	X		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	X		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	X		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	X		
16. Interação com o grupo.	X		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	X		
18. Gestão do tempo.	X		
19. Pontualidade.	X		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: UCIP 2 - AUGCI

Tema: Extubações Endotraqueais não Planeadas no UCIP 2

Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração 1h Data 17/03/2011

Formador(es): A Amêlino B C

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			X	
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			X	
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.			X	
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.		X		
5. A teoria foi relacionada com a prática.			X	
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			X	
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			X	
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A		
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	3		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

## Extubações Endotraqueais não planeadas na UCIP2

Ana Marinho Diniz



### Objectivos da sessão

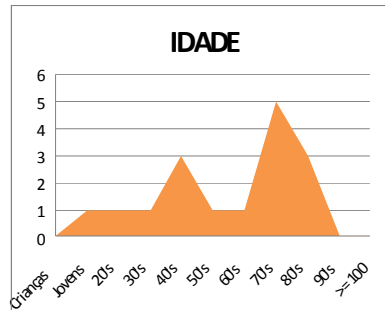
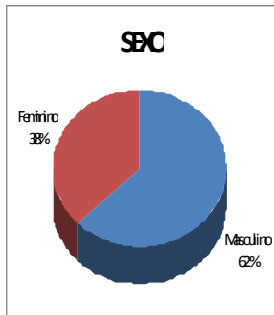
- Apresentar os resultados do estudo retrospectivo realizado a doentes internados na UCIP 2 entre Janeiro e Agosto de 2010, com incidente de extubação endotraqueal não planeada;
- Reflectir/ discutir sobre aspectos referentes a factores contributivos destes incidentes;
- Definir estratégias preventivas deste tipo de incidentes.

### EXTUBAÇÕES ENDOTRAQUEAIS NÃO PLANEADAS

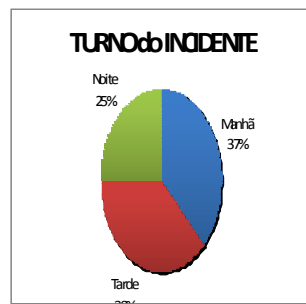
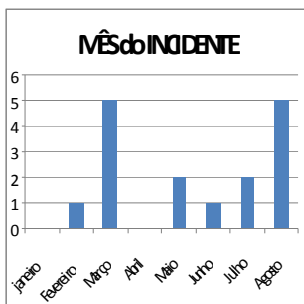
Exteriorização de tubo endotraqueal por:

- Anomalia ou defeito do tubo;
- Manipulação indevida por parte de profissionais (ex: fixação, posicionamentos, procedimentos);
- Feita pelo próprio doente.

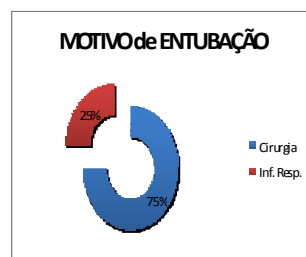
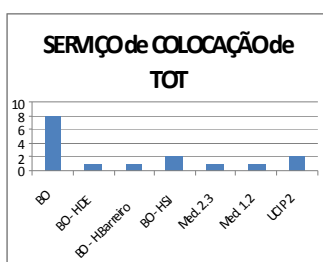
**Total de Extubações Não Planeadas = 16**



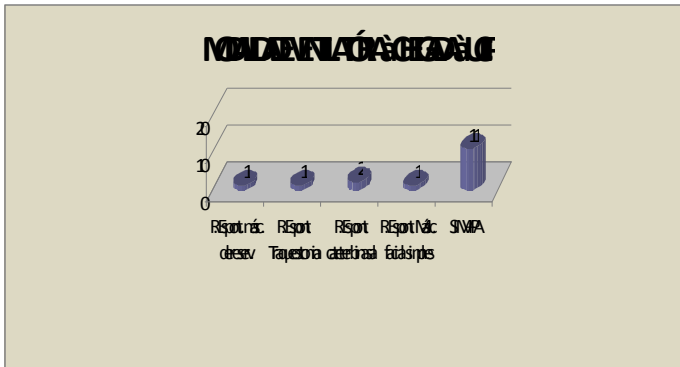
**Total de Extubações Não Planeadas = 16**



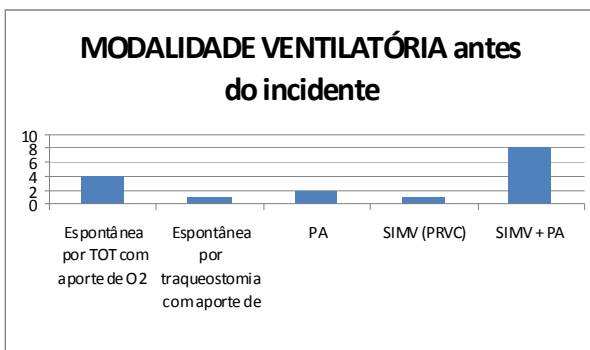
**Total de Extubações Não Planeadas = 16**



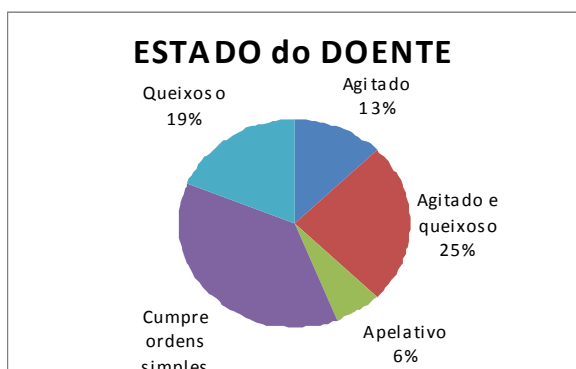
Total de Extubações Não Planeadas = 16



Total de Extubações Não Planeadas = 16

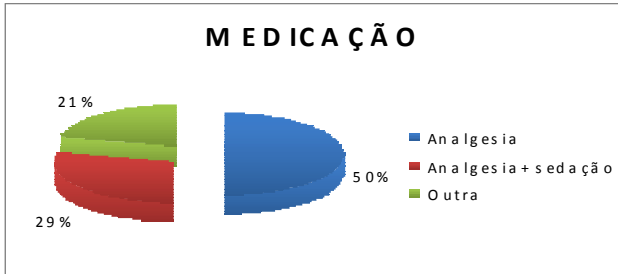


Total de Extubações Não Planeadas = 16



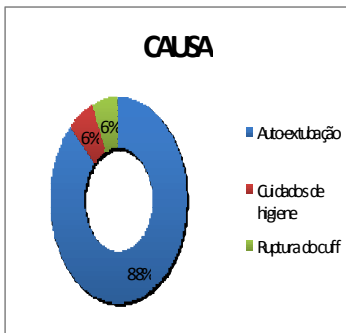
**Total de Extubações Não Planeadas = 16**

**MEDICAÇÃO**

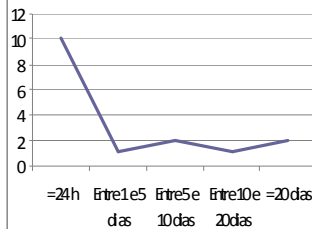


**Total de Extubações Não Planeadas = 16**

**CAUSA**

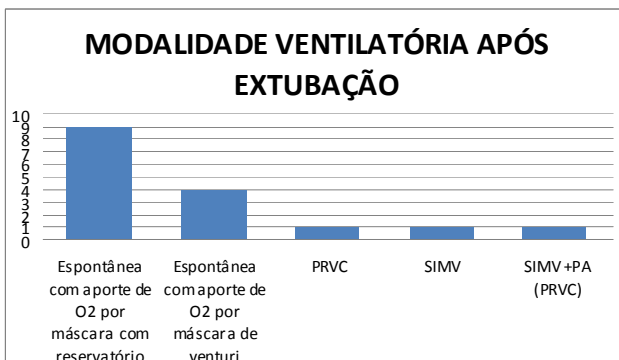


**TEMPO DECORRIDO ENTRE ENTUBAÇÃO e INCIDENTE**



**Total de Extubações Não Planeadas = 16**

**MODALIDADE VENTILATÓRIA APÓS EXTUBAÇÃO**

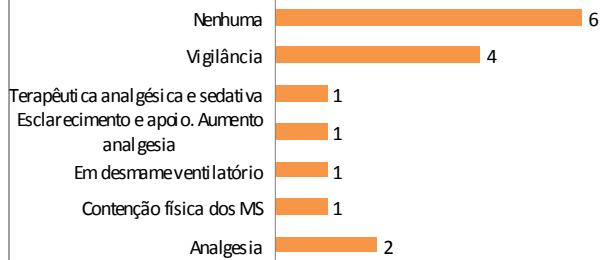


## MEDIDAS PREVENTIVAS



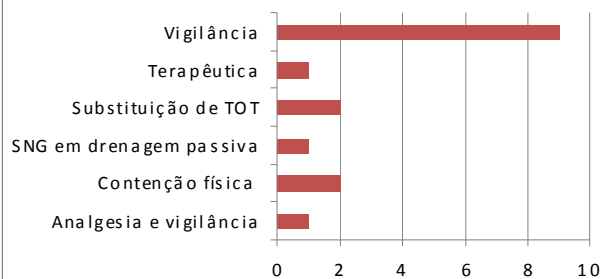
## Registos

### MEDIDAS PREVENTIVAS



## Registos

### MEDIDAS CORRECTIVAS



## Caso 1

- Auto-extubou-se quando já se encontrava em espontânea por TOT. Clínica e gasometricamente bem pelo que não houve necessidade de reentubação. Observado pela psiquiatria a 10/03 por estar muito ansioso, apelativo e lábil. Tentativas de extubação anteriores. Tinha retirado SNG às 14h30. Estava em desmame ventilatório.

## Caso 2

- Doente sob efeito de anestesia residual na admissão na UCIP. Despertar com agitação e tentativas de exteriorização de equipamento. Queixosa apesar de analgesiada. Auto - extubação 2 horas após admissão.

## Caso 3

- Após posicionamento em DLE iniciou polipneia, com fuga peri cuff de traqueostomia e bradicardia (48bpm). Feita higiene brônquica sem efeito. Reposicionada cânula pelo clínico e conectado a ventilador em PA. Às 11h40 colocado em espontânea, iniciando bradicardia e HTA com descida de Saturações periféricas de O2. Retomada modalidade PA. 12h20 por fuga de ar para a boca, reposicionada cânula pelo médico, com rompimento do cuff. EOT sob midazolam e fentanil, por recolocação de nova cânula não ter sido sucedida

## Caso 4

- Ansioso e agitado face à sua situação e tubos colocados no BO, nomeadamente TOT e algália. Prestado esclarecimento e apoio. Queixoso tendo iniciado fentanil. Alterada modalidade ventilatória de semi-autónoma para PA por agitação e resistência ao ventilador. Fica bem adaptado. Auto-extubou-se por estar agitado e ansioso. Queixoso. Aumentada a perfusão de analgesia e fez paracetamol.

## Caso 5

- Após cinesiterapia respiratória, durante aspiração de secreções, doente auto-extubou-se, ficando com aporte de O<sub>2</sub> por máscara de venturi. Gasometricamente hiperoxigenado passou O<sub>2</sub> para 6l/min e posteriormente para 3l/min por cateter binasal.

## Caso 6

- 9h30 Doente regressado do BO por laparotomia com anestesia geral. Vinha sob anestesia residual. Iniciou fentanil. Bem adaptado ao ventilador. Às 16h muito queixoso e agitado, com tentativas de exteriorização do TOT. Auto-extubou-se às 22h15. Eupneico, com boas saturações. Ficou mais calmo após extubação.



## MEDIDAS PREVENTIVAS:

- Ensino ao doente sobre a necessidade e importância do tubo endotraqueal;
- Apoio emocional;
- Garantir estratégias alternativas de comunicação;
- Vigilância sistemática e contínua (estado consciência, padrão respiratório, desconforto ou dor);
- Confirmação do correcto posicionamento do tubo, bem como fixação adequada e confortável, após cuidados de higiene orais, posicionamentos, aspiração de secreções, substituição de fixação, etc;
- Verificar e garantir a permeabilidade da via aérea;
- Verificar adaptação à modalidade ventilatória;
- Avaliação da dor e instituição de medidas (farmacológicas ou não);

## Continuação

- Promover a presença de conviventes significativos sempre que possível como elemento tranquilizador e securizante;
- Prescrição de contenção física se indispensável, e exclusivamente limitada ao tempo necessário para medidas farmacológicas ou outras terem efeito;
- Poderá ser necessária prescrição de contenção física no período pós anestésico, se este se encontrar agitado. Deve ser explicada a presença do tubo endotraqueal, bem como a sua necessidade, até que o doente compreenda;
- Registos.

- Relato do incidente e envio para o Gabinete de Gestão do Risco.

## Bibliografia

- CHANG, L.; WANG, K.; CHAO, Y. – Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case control study. **American Journal of critical care**. Vol.17, nº5 (2008). P.408-415
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Medidas preventivas de comportamentos agressivos/ violentos de doentes – contenção física. **Circular normativa**. (25/05/2007) Nº 08/DSPSM/DSPCS
- EGEROD, Ingrid – Commentary: Bouza C et al.(2007). Unplanned extubation in orally intubated medical patients in the ICU: a prospective cohort study. **Journal Compilation**. British Association of Critical Care Nurses. Vol 13. Nº6 (2008), p. 315 – 316.
- MOONS, Philip; BORIAU, Marion; FERDINANDE, Patrick – Self-extubation risk assessment tool; predictive validity in a real-life setting. **Journal Compilation**. British Association of Critical Care Nurses. Vol 13. Nº6 (2008), p. 310 – 314.
- MORENO, Rui [et al.] – Auto-extubação numa UCI polivalente. **Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**. 2008
- RICHMOND, A.; JAROG, D.; HANSON, V. – Unplanned extubation in adult critical care. Quality improvement and education payoff. **Critical Care Nurse**. Vol.24, nº1 (2004). P. 32-37.

## Questões???

**OBRIGADA!!!**

ANEXO XVI – Dados de Acolhimento do Serviço Social do  
ano 2008 referente ao serviço de Medicina 2.3 sala 1 do  
HSAC

## **Descrição da situação social dos utentes do serviço de Medicina Interna 2. 3 Sala I acolhidos /acompanhados pelo serviço social no ano 2008**

Segundo dados retirados da Base de Dados de Acolhimento do Serviço Social para o ano de 2008, num total de 439 indivíduos internados neste serviço, salienta-se o facto de 124 estarem situados na faixa etária entre os 71-80 anos, 93 indivíduos estarem entre os 81-90 anos e 11 com idade  $\geq$  a 91 anos.

Do mesmo estudo, salienta-se também o facto de serem maioritariamente casados (225), sendo preferencialmente o cônjuge/ companheiro quem o apoia quando necessário (195). Os filhos surgem como o segundo suporte disponível (82), seguidos das instituições de apoio (63). Porém, é de salientar que 45 não têm qualquer rede de apoio familiar ou institucional.

Verifica-se ainda que 280 indivíduos residem com familiares, mas existem muitos indivíduos que residem sozinhos (95). A este aspecto acresce-se a inexistência de rede de suporte (8) ou o local de residência dos elementos de apoio ser distante (98). 63 indivíduos não residem com os seus conviventes significativos, mas vivem perto dos mesmos.

Relativamente ao grau de dependência, 75 indivíduos são totalmente independentes e 44 totalmente dependentes. Os restantes são parcialmente dependentes.

O destino pós alta é em grande parte para o seu domicílio (79) com redes de apoio que são accionados durante o internamento e muitas vezes a demora da burocracia social é tão longa que acabam por falecer nos serviços (20).

Podemos assim concluir que os utentes internados no serviço de Medicina 2.3 sala I situam-se numa faixa etária mais elevada, com grau de dependência acrescido (parcialmente dependentes ou totalmente dependentes), com proveniência maioritariamente do domicílio, com familiares/pessoas significativas como cuidadores principais. O destino pós-alta é predominantemente para o domicílio

ANEXO XVII – Dados fornecidos pelo GGR referente a prevalência de UPP na população internada no serviço de Medicina 2.3 sala 1 do HSAC no ano 2009

	Julho/08	Agosto/08	Set./08	Out./08	Nov./08	Dez./08	Jan./09	Fev./09
<b>Total de doentes admitidos com uma ou mais UPP</b>	8	3	2	0	2	2	4	3
<b>Doentes admitidos com UPP vindos de casa</b>	8	3	1	0	2	0	2	3

Tabela I: Prevalência de doentes com úlcera por pressão internados no Serviço de Medicina 2.3 sala I do Hospital Santo António dos Capuchos, no período entre Julho de 2008 e Fevereiro 2009

**Nota:** Dados colhidos junto do Gabinete de Gestão de Risco