



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Maria Paula Nazaré Correia Paramés

LISBOA, Abril de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Maria Paula Nazaré Correia Paramés

Sob orientação da Mestre Manuela Madureira

LISBOA, Abril de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA **CIÊNCIAS DA SAÚDE**

“Não é por as coisas serem difíceis que não temos ousadia.

É por não termos ousadia que as coisas são difíceis.”

Sêneca – escritor romano



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar quero expressar o meu profundo agradecimento à Mestre Manuela Madureira pela orientação, pelo incentivo, e carinho que me dedicou durante todo este percurso.

Ao meu marido António, e ao meu filho António pelo Amor, paciência e compreensão pelos momentos em que estive muito ausente.

Aos doentes e seus familiares que, partilhando as suas experiências, contribuíram para o enriquecimento deste trabalho ajudando-me igualmente a ser melhor como pessoa.

Um agradecimento muito especial à minha amiga, Enf.^a Rosa Rodrigues, que muito contribuiu com a sua amizade, encorajamento e apoio incondicional para a concretização deste Relatório.

Um obrigado à Enfermeira Natércia Oliveira pela confiança depositada, pela amizade, apoio constante e saber partilhado.

A todos que, directa ou indirectamente me ajudaram neste percurso.

A todos, muito obrigada.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESPS – Escola Superior Politécnica de Saúde de Lisboa

HDL – Hospital da Luz

HGOE.P.E – Hospital Garcia de Orta Entidade Pública Empresarial

HSA – Hemorragia Sub Aracnóideia

ICN – International Classification for Nursing

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MAV – Malformação Artero Venosa

PCR – Paragem Cardio Respiratória

UCDI – Unidade de Cuidados Diferenciados Intensivos

UCIN – Unidade Cuidados Intensivos Neurocirurgia

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UIMC – Unidade de Internamento Médico-Cirúrgica

UMICD – Unidade Médica de Internamento de Curta Duração

RCR – Ressuscitação Cardio Respiratória

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SUG – Serviço de Urgência Geral

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RESUMO

O presente relatório surge como um dos requisitos solicitados pelo Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), e pretende fazer uma descrição, análise e reflexão das actividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado.

Assim o presente relatório, engloba três Módulos de Estágio:

O Módulo I – SUG, desenvolveu-se essencialmente na prestação de cuidados ao doente crítico de médio e alto risco, com maior incidência na área de acolhimento, comunicação com o doente e sua família, contemplando igualmente formação em serviço.

O Módulo II – UCI o qual foi creditado pelo Conselho Científico da ICS/ESPS, cumpre com o previsto no artigo 45º do Decreto-Lei 74/2006.

Relativamente ao Módulo III – (opcional) Unidade de Cuidados Paliativos desenvolveu-se essencialmente na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, sendo a vertente da avaliação e controlo sintomático, a comunicação com o doente e sua família, bem como o apoio à mesma, algumas das áreas de maior incidência.

Assim, este relatório tem por objectivos:

A descrição, análise e reflexão dos objectivos traçados no projecto de estágio; A descrição das actividades/estratégias desenvolvidas e implementações sugeridas; A descrição das situações-problema detectadas fundamentando a pertinência das actividades realizadas; A demonstração de competências adquiridas.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA **CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Destacam-se conhecimentos, reflexões, análises fundamentadas e avaliações face a este percurso, essenciais aos ganhos em saúde relativamente à pessoa/família.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ABSTRACT

The present report has been done according as a requirement placed by the Nursing Mastery Course in the Medical and Surgical Nursing Specialization area and intends to describe, analyse and think about the activities developed throughout the internships I have done. It intends to do a description, analysis and a reflection regarding the activities that were developed through the different internships.

This report has three modules:

Module I – SUG, focused on care of medium and high risk critical patients needs, the reception of the patient at the health care institution, communication with patients and their relatives, and also training in service.

Module II – ICU – credited by The Scientific Council ICS/ESPS according to article 45° of the Portuguese Law 74/2006.

Module III – (optional) – Palliative Care Unit – focused on care of terminal illness patients their evaluation and symptomatic control, communication with patients and their relatives as well as support to their families.

The objectives of this report are:

The description, analysis and reflection regarding the end points drawn in the internship project; The description of activities/developed strategies, implementations put into practice; The description of detected situation-problems; The justification of the importance regarding all the activities that were done as well as the demonstration of acquired competences.

It also pin-points the knowledge, reflections, justified analysis and evaluations done during this project, which are essential, having in consideration the gains in health mainly focused in person/family.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

SUMÁRIO

0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	10
1 - <u>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</u>	13
1.1 – MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS	13
1.1.1. <u>Competências creditadas</u>	14
1.1.2 <u>Reflexão Final</u>	27
1.2 – MÓDULO I – URGÊNCIA GERAL	28
1.2.1 <u>Descrição e análise dos objectivos e das actividades desenvolvidas</u>	28
1.2.2 <u>Reflexão final</u>	42
1.3 – MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS	43
1.3.1 <u>Descrição e análise dos objectivos e das actividades desenvolvidas</u>	44
1.3.2 <u>Reflexão final</u>	55
2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS TRÊS MÓDULOS	57
3 – <u>CONCLUSÃO</u>	60
4 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	63
ANEXOS	67
ANEXO I – <u>Norma das Funções de Enfermeira Coordenadora</u>	68
ANEXO II – <u>Norma de Procedimento Utilização e Manutenção do Carro de Urgência, e a Utilização e Manutenção do Desfibrilhador</u>	73



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO III – <u>Declaração do Departamento de Formação</u>	85
ANEXO IV – <u>Declaração da Comissão de Controlo de Infecção</u>	87
ANEXO V – <u>Declaração das actividades desenvolvidas de carácter científico na Unidade de Cuidado Intensivos Neurocirúrgicos</u>	89
ANEXO VI – <u>Norma de Procedimentos dos Cuidados Enfermagem ao Doente com HIC</u>	91
ANEXO VII – <u>Norma de Procedimentos dos Cuidados de Enfermagem ao Doente DVE</u>	100
ANEXO VIII – <u>Manual de boas práticas de procedimentos de enfermagem no tratamento da úlcera de pressão</u>	105
ANEXO IX – <u>Folheto informativo para acolhimento das visitas no SUG</u>	160
ANEXO X – <u>Norma de procedimento para Acolhimentos de Visitas no SUG</u>	163
ANEXO XI – <u>Acção de Formação – Cuidados de enfermagem ao doente com DVE</u>	166
ANEXO XII – <u>Trabalho de Indicadores de Qualidade e Proposta de Instrumento Medida</u>	177



0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório crítico insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC). A elaboração deste relatório pretende repercutir o percurso por mim efectuado ao longo da Unidade Curricular Estágio, através da descrição e contextualização dos serviços onde desenvolvi o meu projecto de estágio, pela abordagem das actividades desenvolvidas, através de uma análise reflexiva e crítica das práticas, com recurso à aprendizagem efectuada e às competências adquiridas.

Mediante o Plano de Estudos da UCP/ICS, a Unidade Curricular Estágio encontra-se dividida em três módulos de 180 horas cada os quais foram desenvolvidos em diferentes Unidades de Saúde. São respectivamente o Módulo I – Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta EPE, o Módulo II – Cuidados Intensivos tendo obtido creditação e o Módulo III – (Opcional) Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

A escolha do HGO-EPE deveu-se ao facto de ser uma Instituição de Referência integrada no Sistema Nacional de Saúde, a qual tem por missão o desempenho da prestação de cuidados de saúde diferenciados, a garantia da equidade, da universalidade de acesso, a assistência eficaz e eficiente e a promoção da qualidade e excelência. Estes princípios fundamentaram a minha selecção por esta Instituição.

Outro critério utilizado para a referida selecção foi o facto de exercer funções na Instituição e poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados junto de outros serviços.

A escolha do primeiro campo de estágio Módulo I – SUG do HGO-EPE baseou-se no facto, de pretender desenvolver uma prática de excelência na prestação de cuidados, na investigação e formação, no âmbito do doente adulto e idoso de médio e alto risco, com patologia grave em contexto do Serviço de Urgência.



Exercendo funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos, considerei que seria uma oportunidade desenvolver competências junto do doente crítico, tendo por base a minha experiência profissional.

Efectuei o estágio no período compreendido entre 20 de Abril de 2009 e 26 de Junho de 2009.

O Módulo II foi creditado e reconhecido como competência anterior uma vez que possuo experiência profissional de 15 anos na área de Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos (UCIN) do HGO-EPE. Neste serviço, para além de prestar cuidados globais e directos ao doente adulto/idoso de médio e alto risco, com patologia grave, e sua família/pessoa significativa, também exerço funções de supervisão e Gestão de Cuidados enquanto coordenadora da UCIN, colaborando com o Enfermeiro Chefe na área de gestão de recursos humanos e materiais (ANEXO I).

Relativamente ao Módulo III – (opcional) foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, a escolha deste segundo campo de estágio justifica-se, pelo facto haver necessidade em aprofundar e adquirir competências na prestação de cuidados especializados ao doente em fim de vida, na avaliação e controlo de sinais e sintomas, na comunicação com o doente e família e no apoio à sua família/entes queridos. A escolha do Hospital da Luz é considerada de grande interesse, por ser uma das Instituições de Referência no âmbito dos Cuidados Paliativos. Efectuei o estágio no período compreendido entre 28 de Setembro de 2009 e 20 de Novembro de 2009.

Durante o estágio recorri aos conhecimentos adquiridos nas várias áreas curriculares do curso, à experiência profissional e à investigação actual. No entanto, tem sido gratificante reconhecer o saber, o saber-fazer e o saber-ser por mim adquiridos ao longo deste percurso, no campo da enfermagem avançada.

O presente relatório constitui a etapa final de um processo que se iniciou com a elaboração de um projecto. Esta é uma actividade intencional que transporta iniciativa, complexidade, flexibilidade, gestão de tempo e recursos, desenvolve ainda competências quanto à autonomia, autenticidade, pesquisa, reflexão, e responsabilidade.



O presente relatório de actividades tem como objectivos: Descrever as actividades/estratégias desenvolvidas e implementações sugeridas; Descrever as situações-problema detectadas e fundamentar a pertinência das actividades realizadas; Demonstrar competências adquiridas; Facilitar a avaliação do meu desenvolvimento profissional e pessoal.

A estrutura deste trabalho compreende a introdução, descrição e análise crítica das actividades desenvolvidas, conclusão e referências bibliográficas.

De forma a facilitar a leitura deste relatório irei apresentar os três módulos de forma separada. Em cada módulo irei fazer referência, à caracterização das instituições, descrevendo sucintamente a estrutura física das mesmas, os objectivos traçados e competências adquiridas na área de EEMC, assim como as actividades desenvolvidas e estratégias de implementação sugeridas. A reflexão sobre as conclusões retiradas deste processo de aprendizagem, dão resposta aos objectivos traçados.

As dificuldades enfrentadas durante a sua elaboração, serão abordadas por último, na conclusão.

De referenciar a bibliografia que serviu de suporte à elaboração do presente relatório, assim como os anexos que permitem uma melhor compreensão e complementação das actividades descritas.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório foi descritiva, reflexiva e analítica.

A estruturação deste relatório foi redigida segundo a Norma Portuguesa de Apresentação de Trabalhos Escritos (405-1).



1 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Após um percurso de vários meses, chegou o momento de realizar o relatório crítico de actividades o qual foi solicitado no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa através da Escola Superior Politécnica de Saúde. Ao terminar este estágio, pretendo reflectir e analisar as actividades desenvolvidas, avaliar o percurso desenvolvido, e as competências efectivamente adquiridas, no que se refere aos três Módulos preconizados na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1.1– MODÚLO II – CUIDADOS INTENSIVOS /INTERMÉDIOS

Considerando que com a experiência de 15 anos de exercício de funções na área da prestação de cuidados ao doente adulto/idoso em estado crítico e sua família/pessoa significativa em contexto de Cuidados Intensivos/Intermédios Neurocirúrgicos, pude desenvolver competências contempladas e valorizadas na actuação do enfermeiro com EEMC, a creditação deste Módulo II, surge como uma valorização e acreditação das competências que foram sendo desenvolvidas nestes anos da prática clínica.

Pretendo descrever, analisar e reflectir a minha actividade dentro das áreas de desempenho profissional, prestação de cuidados, gestão, formação, e investigação sobre o desempenho e competências desenvolvidas para a excelência do exercício.

O meu percurso profissional teve início no ano de 1989, no Serviço Bloco Operatório, no Hospital Distrital de Almada que posteriormente com a inauguração do novo Hospital passou a designar-se por Hospital Garcia de Orta, onde permaneci até Novembro de 1994, altura em que, a meu pedido, fui transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia, onde permaneço e exerço funções de Enfermeira Coordenadora das Unidades de Cuidados Intensivos/ Intermédios colaborando ainda na gestão desde de 1997 (ANEXO I).



A Unidade de Cuidados Intensivos/ Intermédios, é uma Unidade Progressiva com 8 unidades de internamento, vocacionada para tratar doentes do foro neurocirúrgico/neurotraumatológico com necessidade de Cuidados Intensivos.

Devido às suas características, destaca-se no internamento de doentes, uma incidência de patologias como: aneurismas cerebrais, traumatismos cranioencefálicos, traumatismos vertebromedulares (TVM), tumores cerebrais, hematomas cerebrais, hemorragias subaracnóideas (HSA), malformações arteriovenosas (MAV). Os internamentos nas Unidades são prolongados, com uma taxa de ocupação de 78,9%, devido não só à complexidade da cirurgia efectuada, como por complicações pós-operatórias ou pela agudização da situação. (Indicadores Assistenciais dos Serviços de Internamento, 2009).

1.1.1- Competências creditadas

No ambiente de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos, dominado pela alta tecnologia, o recurso a técnicas e procedimentos altamente invasivos são determinantes na resposta a situações críticas. A abordagem do doente crítico constitui desafios cada vez mais significativos e complexos para os enfermeiros. Segundo CERQUEIRA, A. [et.al.],

” as UCIs são locais privilegiados na prestação de cuidados a doentes de médio e alto risco onde a luta entre a vida e a morte são uma constante pelo que a enfermagem deve apostar num corpo de conhecimentos científicos, na socialização dos seus membros que têm de incorporar qualidades dinâmicas e reflexivas para assim poderem adquirir determinadas competências” (1998, p.16).

Aos enfermeiros de Cuidados Intensivos não só são exigidos conhecimentos teóricos que são essenciais para a prestação de cuidados de qualidade, como também conhecimentos técnicos, habilidade, destreza manual, responsabilidade, autonomia, e trabalho em equipa que são fundamentais para um desempenho de excelência.

O facto de ao longo destes anos prestar cuidados ao doente de médio e alto risco, constituiu para mim, um desafio, pela necessidade de aquisição de novos



conhecimentos, devido ao avanço tecnológico à actualização de procedimentos e às novas descobertas na área da farmacologia. A reflexão sobre as minhas práticas diárias, as ideias, os interesses, as experiências e a avaliação do percurso desenvolvido, contribuíram para aquisição de competências técnico-científicas e relacionais nesta área de intervenção. Sensibilizei a Equipa de Enfermagem para a importância da formação contínua que é uma componente fundamental para a organização enquanto prestadora de cuidados de qualidade.

Quando iniciei funções como enfermeira coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos/ Intermédios uma das preocupações foi a reestruturação do Carro Emergência e a sua localização. Após reunião com a Enfermeira Chefe e a médica anestesista responsável pela Unidade, detectei que o carro não estava estruturado segundo as normas instituídas a nível hospitalar. A medicação e o material para uma urgência/emergência não se encontravam colocados por ordem, para além de que a maior parte do mesmo se encontrava desactualizado e em excesso. Reorganizei o Carro de Emergência, identifiquei as gavetas medicação/material de primeira linha e segunda linha, verifiquei prazos de validade.

Promovi uma reunião com a Equipa de Enfermagem para apresentação da reestruturação do carro, análise do local e permanência do mesmo, de forma que num RPC fosse fácil o seu acesso, por consenso ficou na UCIN.

A gestão do risco também é da responsabilidade dos profissionais de saúde, que devem identificar os riscos previsíveis de forma a minimiza-los ou mesmo anular o seu efeito. Todos os profissionais de saúde devem ter consciência que o erro acontece, e como tal, devemos ser parte interveniente na gestão do risco. De acordo com OLIVEIRA, " (...) *uma boa gestão de risco permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados; promover efectivamente a segurança de profissionais e utentes, uma vez que as falhas sistémicas são identificadas (...)*" (2005, p.14)

A existência de um padrão de qualidade de cuidados de enfermagem, é um bem que evidencia o estadió da profissão e atesta o empenhamento e o nível de participação dos enfermeiros com vista à Garantia da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.



Existem vários modelos conceptuais de avaliação da qualidade dos cuidados, que podem ser utilizados independentemente da formação de cada um. Uma das formas de se colocar em prática esta metodologia de trabalho é através da implementação de normas, uma vez que, só assim é possível medir a qualidade dos cuidados prestados ao doente. Para SALE, “*Norma de procedimento é a definição válida da qualidade dos Cuidados de Enfermagem que inclui os critérios segundo os quais a eficácia dos cuidados pode ser avaliada*” (2000, p.144), para que fosse mais fácil, assegurar a funcionalidade do *Carro Emergência*, assim como a utilização e manutenção do desfibrilhador, e a correcta colocação do material e medicação no carro de emergência, realizei duas normas de procedimentos: *Utilização e Manutenção do Carro de Urgência*, e a *Utilização e Manutenção do Desfibrilhador* (ANEXO II). A adequação de normas de procedimentos face às necessidades avaliadas, contribuíram para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família. Neste sentido, procurei envolver e sensibilizar a Equipa de Enfermagem para a importância de respeitar os procedimentos, de forma a não colocar a vida do doente em risco. Foi bem aceite a sugestão, pelo que se determinou que uma das funções do Chefe de Equipa do turno da noite será testar, verificar e selar o *Carro de Emergência*.

A abordagem do doente crítico constitui desafios cada vez mais significativos e complexos para os enfermeiros uma vez que a gravidade e complexidade da patologia requerem a utilização de tecnologia sofisticada, procedimentos invasivos, tornando o doente mais susceptível em contrair infecção nosocomial. A actual formação dos enfermeiros permite que, cada vez mais, estes tenham consciência dos problemas que envolvem a não utilização de (EPI) Equipamento de Protecção Individual, no consequente aumento do risco de infecção. Os Equipamentos de Protecção Individual estão legislados tanto a nível das directrizes comunitárias: 89/656/CEE, de 30.11e 89/686/CEE, de 21/12; como também através de legislação Portuguesa: D.L. 348/93, de 01.10 e Portaria 988/93, de 06.10. A EPI “ (...) *entende-se por equipamento de protecção individual todo o equipamento, bem como qualquer complemento ou*



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para sua segurança e para a sua saúde” (D.L., nº348/93,art.3º).

Constatei que após um aumento significativo do número de casos de infecções por microrganismos multirresistentes *estafilococos áureos* na UCIN, o uso desadequado e exagerado, de vários destes equipamentos, tinha originado um aumento do rácio custo/benefício do material de consumo, e um aumento do risco de infecção no Serviço. O artigo 5º do D.L.nº348/93 de 01.10 refere as disposições gerais para estes equipamentos. Assim no ponto alínea b) *“Ser adequado aos riscos a prevenir e às condições existentes no local de trabalho, sem implicar por si próprio um aumento do risco.”* Como responsável das Unidades e membro dinamizador da CCI, ciente do contributo que as boas práticas poderão ter a nível da qualidade dos cuidados, pelos ganhos em saúde para o doente/família, centrei-me no Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde (IACS), elaborei um projecto para implementação e monitorização de medidas credíveis e fáceis de integrar na rotina diária, como a higienização das mãos, formação sobre a correcta utilização dos equipamentos de protecção individual (E.P.I.), colocação de cartazes, e utilização de barreiras protectoras (máscara, luvas, avental, óculos de protecção) nos doentes infectados, a fim de controlar a disseminação do agente infeccioso em causa, tendo elaborado igualmente um folheto informativo sobre *“O que é a infecção por MRSA”* para os doentes e familiares, que, mais tarde, passou a ser utilizado pela Instituição. Neste sentido e de forma a melhorar as práticas de enfermagem, foi colocado na UCIN um *dossier* de consulta, de fácil acesso, com todas as normas de procedimentos da Comissão do Controlo de Infecção, tendo sido igualmente divulgado à Equipa. Tive sempre em conta a sensibilização dos meus pares, para a adopção de medidas de protecção da Infecção Hospitalar.

Na prestação de cuidados, tive sempre presente a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem ao doente crítico, estabeleci prioridades que são essenciais para determinar o plano de cuidados de enfermagem. O levantamento dos diagnósticos de enfermagem e o estabelecimento das respectivas intervenções, que requerem um



conhecimento aprofundado da linguagem CIPE assim como um constante diálogo com a Equipa para que, de facto, se facilitem as decisões de enfermagem, fornecendo uma linguagem normalizada que permita descrever as intervenções essenciais de enfermagem.

Ao longo do meu percurso profissional na Unidade de Cuidados Intensivos, dei especial ênfase aos vários momentos ensino/ aprendizagem, realizados junto do doente e sua família, tentando que se procedesse de forma dinâmica e que se acompanhasse todo o período de internamento.

Grande parte dos doentes críticos apresenta um elevado grau de incapacidade e de morbilidade, constituindo um factor destabilizador, no quotidiano do doente e da sua família. Nestes momentos a importância de envolver a família nos ensinamentos permite dotá-la de todo um conjunto de competências ao longo do internamento, os quais ajudam o doente a ultrapassar as dificuldades sentidas e a torná-lo mais autónomo. No que concerne ao processo de saúde do doente crítico de médio e alto risco, as minhas intervenções foram direccionadas para o risco de úlcera de pressão, prevenção de quedas, técnica de posicionamento, técnica de administração de terapêutica e autocuidados (higiene, alimentação, eliminação, vestir).

Os ensinamentos foram programados, sistematizados e realizados individualmente, envolvendo o prestador de cuidados/ familiar numa participação activa neste processo. Existem no Serviço folhetos informativos sobre técnicas (treino vesical, alimentação, disfagia, posicionamentos) elaborados por enfermeiros do Serviço que complementam esses ensinamentos. Todos os ensinamentos são registados em sistema informático de forma a dar-lhes continuidade e a permitir uma avaliação posterior do processo ensino/ aprendizagem.

No planeamento de alta tive sempre em atenção uma avaliação atempada da situação do doente. Identifiquei as principais necessidades e sempre que necessário encaminhei para outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente a Assistente Social. Fiz a programação dos ensinamentos ao doente/ cuidador, de modo a constituí-lo como parceiro nos cuidados e capacitando-o para a gestão da situação.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Habitualmente depois de resolvida ou estabilizada a situação clínica, estes doentes têm alta para o domicílio, são transferidos para o Hospital de origem ou da sua área de residência ou vão para Instituições que asseguram a continuidade com programas de reabilitação.

O horário das visitas é flexível sendo dada oportunidade a um familiar de referência visitar o doente num período entre as 12:00h e as 20:00h, tendo sempre em conta as condicionantes que possam surgir no serviço. No entanto, o horário praticado para as restantes visitas é entre as 17.30h e as 18.00h. a flexibilidade destes horários ajuda na humanização dos cuidados.

Ao longo destes anos desenvolvi competências em diferentes áreas o que me permitiu comunicar aspectos complexos de âmbito profissional tanto a enfermeiros como a outros profissionais de saúde através das sessões de formação que realizei. Utilizei uma linguagem científica, tendo em consideração diferentes perspectivas do problema abordado; demonstrei capacidade de trabalho na equipa multidisciplinar.

Na área da gestão, irei referir-me às actividades/ estratégias desenvolvidas e competências adquiridas/ desenvolvidas, em três grandes áreas: *Gestão de Cuidados*, *Gestão de Recursos Humanos* e *Gestão de Recursos Materiais*

No que concerne à *Gestão de Cuidados*, tenho ao longo destes anos colaborado com a Enfermeira Chefe em actividades relacionadas com a gestão, planeamento, supervisão e avaliação de cuidados globais sobre as práticas em contexto de serviço. Como responsável da supervisão de cuidados, quer com colegas do serviço, quer com alunos de enfermagem, tenho tido sempre presente o doente com maior complexidade de cuidados, a continuidade de cuidados, a avaliação dos cuidados prestados, a avaliação dos registos em SAPE, a colaboração com os meus pares, a disponibilidade, o esclarecimento de dúvidas, e a formação em situação.



Em reunião diária, recebia com a Enfermeira Chefe e o Chefe Equipa, o livro de ocorrências, no qual se faz referência às situações de maior relevo e responsabilidade: como preparação do planeamento da alta dos doentes, blocos operatórios programados e de urgência, consultas no exterior com acompanhamento de um elemento de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, jejuns, ensinamentos às famílias, familiares de referência nas visitas, faltas de material/ medicação, equipamento avariado ou emprestado, gestão de vagas com a equipa médica, informação pertinente (actuação de protocolos, circulares, marcação de reuniões).

Na prestação de cuidados, diariamente recebia as ocorrências das duas Unidades tendo uma visão global da dinâmica do Serviço, das prioridades de cuidados, sobrecarga de trabalho, continuidade de cuidados, avaliação das necessidades de formação, e identificação de situações de conflitos para que, identificando as causas, se possam criar alternativas que permitam reduzir as diferenças de percepção entre as partes em conflito.

Na coordenação da prestação de cuidados, estabeleci prioridades, no sentido de inter-ajuda, disponibilizando mais recursos humanos para os elementos que tinham doentes atribuídos de maior complexidade clínica e que necessitavam de maior número de cuidados, assim como elementos com menos experiência, que necessitavam de colaboração nos cuidados prestados.

Em relação à qualidade dos cuidados, tenho contribuído para que os enfermeiros e os restantes membros da Equipa de Saúde aderiram a padrões de boas práticas, constatando-se que a existência de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem contribui para garantir a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

Consciente da importância de organizar e sistematizar a informação que produzimos, resultante dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes/família, contribuindo assim para o desenvolvimento e construção de uma profissão alicerçada pela investigação e o rigor científico que lhe estão implícitos, aceitei o convite por parte da



Enfermeira Chefe para integrar o grupo de trabalho para implementação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Serviço. Este projecto, tem como finalidade a utilização de uma linguagem comum que faça sentido e assuma os mesmos significados para todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a descrição dos cuidados.

Neste contexto, entendi que a utilização da CIPE era uma exigência necessária para o desenvolvimento da profissão, devido à premência em estabelecer uma terminologia unificadora.

O percurso necessário para a construção e desenvolvimento de todo este projecto resultou de um trabalho de parceria efectiva com o Grupo de Coordenação Responsável por conduzir a CIPE na Instituição, constituído por três colegas do Departamento de Formação. Foi a reflexão construída e as discussões desenvolvidas em torno destes conceitos que promoveram a mudança de alguns processos de pensamento e perspectivaram formas de pensar em Enfermagem numa outra lógica.

Foi um trabalho moroso de quase dois anos, hoje é gratificante verificar que os resultados já têm viabilidade em termos de informação digital, uma vez que se encontram informatizados e nos permitem aceder à globalidade dos registos dos doentes internados no Serviço de Neurocirurgia.

No que concerne à *Gestão de Recursos Humanos*, ao longo destes anos de exercício profissional, tenho vindo a desenvolver/adquirir competências nesta área, que me permitem contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Alguns dos instrumentos de Gestão dos Recursos Humanos e dos Cuidados de Enfermagem têm-se revelado de especial relevo ao longo do meu exercício profissional no Serviço UCIN, de salientar: a *Metodologia de Trabalho*, a *Avaliação de Desempenho*, o *Sistema Informático de Classificação de Doentes em níveis de Dependência dos Cuidados de Enfermagem* e a *Formação em Serviço*.

A *metodologia de trabalho* preconizada nesta Unidade, é o Método Individual de Trabalho, que consiste na prestação directa de cuidados de enfermagem globais e específicos a um grupo de doentes pelos quais o enfermeiro é responsável durante o



turno. Este método permite que o enfermeiro tenha uma visão global do estado dos doentes. Penso que este método tem desvantagens dentro da gestão de recursos humanos pois exige um número mais elevado de enfermeiros. É desejável que num futuro próximo repensemos esta metodologia e avancemos para um método misto (individual/responsável), no qual o enfermeiro passa a ser responsável pelo planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem durante todo o internamento.

Este método tem como vantagem proporcionar uma maior relação doente-enfermeiro, integrando a família no processo de cuidar, proporcionando também uma maior autonomia ao enfermeiro nos cuidados que presta, estes são individualizados, verificando-se uma continuidade dos mesmos até ao momento da alta clínica.

Elaboro o plano de distribuição de trabalho, em função do número de doentes internados, de acordo com a avaliação das necessidades de cuidados, competências dos profissionais e grau de experiência, dos elementos e do método de trabalho preconizado.

Coordeno o funcionamento da Equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais nos diversos sectores Intensivos/ Intermédios.

Durante o meu percurso profissional na Gestão dos Recursos Humanos, em relação ao desenvolvimento de competências de liderança, de acordo com KRON “ *a arte de ser líder é a arte de desenvolver pessoas*” (1978:75), pretendi conhecer cada membro da equipa, de modo a identificar diferenças individuais e de habilidades, de forma a colaborar na satisfação das necessidades da Equipa. Penso ter criado um bom ambiente de trabalho, onde existe diálogo, baseado na relação de confiança e honestidade, motivei os meus pares de forma a conduzi-los ao desenvolvimento de competências como profissionais/ pessoais de forma a melhorar os cuidados prestados. Centrei a minha liderança nas pessoas de modo a promover a sua motivação, para que a Avaliação de Desempenho possa vir a ser um contributo importante no desempenho dos enfermeiros. A *Avaliação de Desempenho*, tem como objectivo promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e consequentemente contribuir



para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, daí a sua importância para a motivação, e desenvolvimento pessoal dos enfermeiros.

Em relação a esta área de gestão, outro instrumento importante é a avaliação dos cuidados através do *Sistema Informático de Classificação de Doentes em Níveis de Dependência dos Cuidados de Enfermagem*, integrado no sistema informático SAPE. Pela implementação recente do sistema, ainda não temos dados sustentáveis para abordarmos este estudo.

A Formação em serviço, segundo a Ordem dos Enfermeiros, preconiza nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a promoção de uma política de formação contínua, a qual é considerada essencial para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estar capacitado para um bom desempenho implica uma actualização permanente ao longo da vida profissional, sendo o resultado da formação o *“reconhecimento das competências pelos pares e pelos superiores hierárquicos, promovendo este reconhecimento nos enfermeiros uma valorização da sua imagem, associada a um sentimento de confiança, criando consequentemente condições para uma maior realização profissional”* (SOUSA (2003, p.33).

Ao longo do meu percurso profissional dei grande relevo à integração, de novos profissionais, bem como o acompanhamento de alunos em estágio, como na orientação de enfermeiros do Curso de Complemento em Enfermagem. Colaborei na integração de enfermeiros na UCIN, esta integração faz-se num período entre quatro a seis semanas, em regime de horário fixo, após este período de integração os enfermeiros são avaliados pela enfermeira chefe com a minha colaboração. Em colaboração com a Enfermeira Chefe criei um Guia Orientador de Avaliação o *Manual de Integração para Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos*. Após este momento de avaliação são integrados na sua Equipa de Enfermagem. O período de integração revela-se de grande importância, para ambas as partes (serviço/enfermeiro), o acolhimento, o acompanhamento, a disponibilidade para ouvir, a partilha de saberes,



fazem parte de todo este processo. A integração de novos elementos na UCIN, tem proporcionado ao longo destes anos momentos de aprendizagem, bem como de actuação de conhecimentos, que são determinantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Na área de *Gestão Recursos Materiais*, colaborei com a Enfermeira Chefe na melhoria da capacidade de resposta em relação à organização de *Recursos Materiais* no Serviço de Neurocirurgia, visando principalmente a implementação de protocolos e normas de procedimento relativamente à organização e utilização do material, assim como todas as situações detectadas no que respeita à manutenção, conservação e funcionamento de todo o equipamento de modo a não existirem lacunas, em situação de necessidade de uso imediato.

Colaborei na aquisição de novos materiais (consumo/equipamento) essenciais para o cuidado ao doente.

Enquanto Coordenadora fiz os pedidos de material de consumo e medicação em relação aos stocks do Serviço, estando também sob a minha responsabilidade a previsão, provisão, controlo, organização de todo o material.

Como Coordenadora tive também a meu cargo a organização e manutenção do *Carro de Emergência*, de acordo com a norma instituída no Hospital com o objectivo de uniformizar o *Carro de Emergência*, de forma a facilitar a sua utilização e verificação de números de fármacos e prazos de validade e testar e verificar o desfibrilhador, cabos e lâminas de laringoscópios.

A introdução em 2007 do sistema de reposição por níveis de material e medicação veio facilitar, o trabalho de gestão de stocks, porque permitiu a diminuição do tempo gasto na gestão, as perdas de validade, as faltas de material e evita stocks excessivos. Este sistema revelou-se um contributo valioso com indicadores satisfatórios.

A área da formação tem sido ao longo da minha vida profissional um importante instrumento para o meu desempenho, pela aquisição e actualização permanente de



conhecimentos, pela reflexão crítica sobre o meu contexto da prática diária com o doente/família, na tomada de decisão, e na aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, factores determinantes para alcançar o desenvolvimento pessoal como formanda e formadora.

Colaboro desde há alguns anos com o Departamento de Formação Permanente do HGO-FPE, como formadora na realização de Cursos de Formação Inicial para Assistentes Operacionais, do *Módulo Doente Internado* leccionando temas como: “*As Necessidades Humanas Básicas – Pirâmide de Maslow e Cuidados de Conforto ao Doente Independente/Dependente*” (ANEXO III). Estes cursos têm a finalidade de fornecer conteúdos técnicos e práticos adequados ao desempenho das funções de Assistentes Operacionais e à sua integração na Instituição. Colaboro ainda com a Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar num curso de formação para Assistentes Operacionais e Técnicos sobre “*Princípios de Higiene e Controlo de Infecção Hospitalar*”. Dando o Módulo – “*Colaboração nos Cuidados ao Doente/Aplicação dos Princípios de Controlo de Infecção*” – *Análise de Casos e Treino Simulado*. Este curso é realizado três vezes por ano de forma a abranger todos os profissionais. Este curso tem como objectivo dotar os formandos de conhecimentos específicos que permitam ao Assistente Operacional/ Técnicos um desempenho seguro e de qualidade nomeadamente na área de Controlo de Infecção, uma vez que assistem a equipa de enfermagem nos cuidados ao doente/ família (ANEXO IV).

A nível do Serviço Neurocirurgia, a convite da Enfermeira Chefe realizei um curso sobre o tema: “*Actualização Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Ventilação Mecânica*” realizado em Abril de 2003. Como Coordenadora das Unidades fiz um levantamento de necessidades de formação através de reuniões informais com a Equipa de Enfermagem, posteriormente organizei e realizei o curso, que foi disponibilizado a outros profissionais da instituição. Este curso teve como objectivo aprofundar e actualizar conhecimentos sobre esta área possibilitando a troca de experiências, com os colegas de outros serviços; Neste curso apresentei como formadora os seguintes temas: “*Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Ventilação Mecânica*”; “*Cuidados de Enfermagem ao Doente em Desmame*”



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ventilatório”, “*Montagem e Desmontagem do Ventilador Engstron*”. Em 2007, dentro do mesmo âmbito foi pedida a realização de outro curso, neste pressuposto foi organizado outro curso sob o tema: “*Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico Neurocirúrgico*”. Este curso teve como finalidade contribuir para um aprofundamento e actualização das questões relacionadas com a prestação de cuidados de modo a melhorar os Cuidados de Enfermagem; contribuir para a formação dos Enfermeiros, promovendo valores de autonomia, de responsabilidade, de espírito crítico, através das Práticas de Enfermagem; desenvolver práticas formativas facilitadoras ao seu desenvolvimento pessoal e profissional; mobilizar conhecimentos adquiridos no curso para fundamentar situações relativas à sua prática diária e intervenções de forma responsável na resolução dos mesmos.

O Serviço de Neurocirurgia é anualmente requisitado por várias Escolas Superiores de Enfermagem para campo de estágio, esta vertente está contemplada no plano da formação do Serviço. Orientei alunos do Curso Superior de Enfermagem, e do Curso Complementar de Formação em Enfermagem. (ANEXO V).



1.1.2 - Reflexão final

Ao relatar o meu percurso profissional na área dos Cuidados Intensivos/ Intermédios, pretendo evidenciar as actividades desenvolvidas e competências creditadas, referentes ao Módulo II – Cuidados Intensivos/ Intermédios que focaliza as competências creditadas, de acordo com o preconizado no plano de estudos do curso, tendo:

- Geri e interpretei, de forma adequada a informação proveniente da minha experiência profissional/ pessoal e da formação pós graduada.
- Manti de forma contínua o meu próprio processo de auto-desenvolvimento.
- Liderei Equipas de Prestação de Cuidados Especializados na minha área de Especialização.
- Supervisionei no exercício profissional na minha área de Especialização.
- Promovi o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros.
- Demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.
- Zelei pelos cuidados prestados na área da Especialização.
- Realizei a gestão dos cuidados na minha área de Especialização.
- Colaborei na integração de novos profissionais



1.2 - MÓDULO I – URGÊNCIA GERAL

O estágio iniciou-se no dia 20 Abril, com uma reunião com o Enfermeiro Chefe e a enfermeira Orientadora Especialista em Médico-Cirúrgica, sobre o projecto de estágio e os objectivos definidos a desenvolver bem como o modo como os pretendia alcançar, assim como a entrega dos guias de estágio e de avaliação. Esta primeira abordagem, foi gratificante pela relação cordial estabelecida.

Realizei uma visita guiada para conhecimento da estrutura funcional e orgânica do mesmo. O Serviço de Urgência Geral é constituído por duas áreas distintas:

- *Área de Ambulatório*
- *Área de Internamento*

A primeira é constituída por uma área de atendimento, que engloba a Reanimação, Triagem, Sala de Espera, Balcões de Medicina, Cirurgia, Traumatologia, Especialidades e Pequena Cirurgia. Fica localizada no primeiro piso da Instituição.

A segunda área é de internamento UIMC (Unidade de Internamento Médico-Cirúrgica) é recente, tendo iniciado o seu trabalho em Novembro de 2008, com capacidade de internamento para 36 doentes, dividida por seis enfermarias com oito, seis, e quatro doentes. Esta área de internamento apresenta boas condições físicas, dotadas de equipamento moderno e de alta tecnologia, instalada no segundo piso.

A disponibilidade evidenciada pela equipa multidisciplinar foi um factor facilitador no processo de adaptação e integração o que permitiu facilmente inteirar-me da dinâmica do serviço, obtendo assim, um conhecimento geral sobre o funcionamento do mesmo.

1.2.1- Descrição e análise dos objectivos e das actividades desenvolvidas

De forma a alcançar os objectivos definidos, no decurso do meu estágio, centrei o meu desempenho na Sala de Reanimação, Triagem de Manchester, Pré-Hospitalar (VMER) e Humanização.



Como Objectivo Geral, para este estágio delinee, *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados na vertente médico-cirúrgica, ao doente crítico e família em situação urgente/emergente no SUG.*

Penso que o objectivo geral foi atingido tendo em conta que todos os objectivos específicos programados foram alcançados. Este objectivo tem por base uma compreensão dos cuidados de saúde ao doente crítico e família na área médico-cirúrgica, na tomada de decisão, com fundamentação na evidência científica e responsabilidades sociais e éticas.

Na consecução dos objectivos/competências/comportamentos a desenvolver, mencionados no guia de estágio do curso EEMC, como primeiro objectivo delinee, no meu percurso no Serviço de Urgência Geral em: *Prestar Cuidados de Enfermagem directos, globais e individualizados do doente crítico e família, em situação urgente / emergente, na Sala de Reanimação.*

Para consecução deste objectivo foram importantes as actividades que se desenvolveram na sala de emergência a qual se situa junto à porta principal da Instituição, o que permite um rápido atendimento. É constituída por duas unidades de atendimento, está preparada com os recursos materiais indispensáveis, de forma organizada e ordenada e equipamento pronto para qualquer actuação. Em todos os turnos ficam destacados dois elementos da equipa de enfermagem, e um médico para assegurar o funcionamento da sala. Tive a oportunidade em colaborar e compreender a dinâmica de atendimento do doente na Sala de Reanimação.

Colaborei com a Enfermeira Orientadora na Sala de Reanimação, na verificação e reposição de níveis de medicação e material, e na operacionalidade de todo o equipamento.

De forma a compreender a dinâmica de atendimento do doente crítico na Sala de Reanimação e sua abordagem, prestei cuidados de enfermagem tendo avaliado necessidades, estabelecido prioridades e identificado problemas.

A maior parte dos doentes foram transportados pelo INEM, encontrando-se à chegada já estabilizados. Numa das situações em que intervi tive oportunidade de vivenciar, a



entrada de uma doente de 91 anos de idade com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo II, e dor pré cordial, a doente referia dor forte no peito com irradiação para o braço. Segundo a escala numérica da dor de 0 (sem dor) a 10 a (intensidade máxima), a senhora referiu que estava com dor de grau 8, pelo que foi monitorizada e foi administrada terapêutica de imediato. Perante todas as intervenções realizadas, a dor não tinha sido valorizada pela Equipa. Sugeri à médica a realização de um analgésico pelo desconforto apresentado pela doente, após a prescrição foi administrado. Ao fim de um quarto de hora a doente apresentava um sorriso no fâcies, e estava muito mais calma, foi transferida para Sala de Hemodinâmica. Para NUNES “... *é realmente importante, é valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e a que o enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode*” (2008, p.8). *Guia Dor*. Apercebi-me que a dor era pouco valorizada pelos meus pares, em contexto de urgência/emergência sendo a prioridade maior a de salvar a vida humana. No serviço SUG existe implementado em suporte informático denominado “ALERT” que permite registar um parâmetro de avaliação da escala da dor, sendo a sua utilização muitas vezes esquecida pelos enfermeiros. Todavia quando confrontados com a ideia de registar e avaliar a dor, houve elementos da Equipa de Enfermagem que se mostraram pouco receptivos, já que consideravam que representava mais um “trabalho”. Porém quando sensibilizados para a avaliação e registo da dor e confrontados com a Circular normativa Nº 09 / DGCG de 14 / 06 / 2003 da DGS refere na alínea b) “o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectivação humanização das Unidades de Saúde” Após leitura da norma aperceberam-se da importância do controlo da dor, dos efeitos da terapêutica, do registo e avaliação na humanização dos cuidados. Foi gratificante verificar que alguns colegas passaram a avaliar e a registar o parâmetro da dor no sistema “ALERT”. O doente com dor é uma realidade na prática diária dos enfermeiros em contexto de urgência/emergência. É importante que se valorize a dor, se identifique as causas e se estabeleça um plano de intervenção com vista à melhoria da qualidade de vida de quem cuidamos.



Um outro caso presenciado, foi o de um doente com Edema Agudo do Pulmão (EAP), com estabilidade hemodinâmica, ao qual foi administrado oxigénio por máscara facial, e administrada medicação para o seu estado clínico (Diuréticos, Dinitratos e Morfina) não tendo apresentado melhorias, foi ventilado em módulo (BIPAP) *Bilevel Positive Airway Pressure*, tendo-se verificado uma franca melhoria do estado clínico. Enquanto enfermeira ajudei o doente a mobilizar recursos próprios para a adaptação a esta nova situação. Procurei que o meu desempenho fosse baseado no respeito pelo outro, na partilha de informação com o doente, contribuindo assim para aumentar a sua confiança e segurança, encorajando-o a optar e a aceitar, com fundamento, os cuidados que recebia.

Na Sala de Reanimação tive a possibilidade de acompanhar um caso de um doente de 47 anos de idade transportado pelo INEM por PCR na via pública que após continuadas manobras de RCR sem êxito, foi declarada a morte. Vários membros da família vieram ao Hospital. Conjuntamente com a médica acompanhei os familiares nestes primeiros momentos de contacto com a realidade, pois de acordo com SAUNDERS, *”defende, que o apoio do luto apela a tudo o que fazemos antes da morte para acompanhar ao longo do tempo os familiares [e que] o seguimento do luto corresponde às intervenções que oferecemos após a morte do doente.”* (2000,p.91),” Neste sentido, a disponibilidade demonstrada, o esclarecimento de dúvidas, a partilha de sentimentos de dor, de angústia, o apoio dado à família, veio permitir estabelecer uma relação de ajuda, diminuindo assim a dor e o sofrimento da família, contribuindo igualmente para a excelência do exercício profissional. Foi importante encontrar espaço para atender a esta situação.

Tive a possibilidade de prestar cuidados ao doente crítico emergente, transportado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com (TCE) Traumatismo Crânio-Encefálico Grave, encontrando-se à chegada com a via aérea protegida, TOT. Procedi de imediato a uma avaliação e registo dos parâmetros hemodinâmicos e escalas: neurológicas, pupilar e dor, apresentava-se em Score Neurológico de Glasgow de 7, em midríase fixa, sem reacção a estímulos dolorosos, com alteração dos valores gasimétricos, foi de imediato contactado o Neurocirurgião,



pelo facto do doente apresentar uma Hipertensão Intracraniana Grave. A capacidade de identificar facilmente a situação do doente que se encontrava instável é proveniente da experiência que tenho a nível da prestação de cuidados a doentes do foro neurocirúrgico, assim como do conhecimento com base em evidências científicas. Procedeu-se de imediato à colocação de uma Drenagem Ventricular Externa, por falta de vaga no Serviço de Neurocirurgia o doente foi transferido para a UIMC. De acordo com BENNER ao referir a enfermeira perita, *“refere que esta tem uma enorme experiencia, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de situações e diagnósticos estéreis”* (2001, p.58). Senti-me um membro activo e integrante na equipa de emergência, tendo contribuído para a sua recuperação. Foi um momento de formação, para os meus pares porque esclareci as dúvidas acerca da patologia, técnica e procedimentos, conseguindo assim desenvolver uma das competências do GUIA DE ESTÁGIO, *“promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”* (2009, p.5).

Os meus pares demonstraram grande interesse pelo tema, assim como verbalizaram as dificuldades sentidas e dúvidas em relação aos cuidados a ter com DVE. Procurando zelar pela qualidade dos cuidados prestados ao doente critico, e sua família/pessoa significativa e dando resposta a uma necessidade manifestada pela Equipa de Enfermagem, procedi à elaboração de duas normas de procedimento sobre os *Cuidados de Enfermagem ao Doente com Hipertensão Intra-Craniana* (ANEXO VI) e *Cuidados de Enfermagem ao Doente com Drenagem Ventricular Externa* (ANEXO VII) pretendi assim uniformizar os cuidados e melhorar o atendimento ao doente em contexto de SUG. Tal como refere SALE, *“os cuidados de elevada qualidade não podem ser mantidos se os membros de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a níveis diferentes”* (1998, p.9). A criação e implementação de normas ajudam a alcançar cuidados de excelência.

Durante as semanas de estágio, vários foram os momentos em que tive a oportunidade de partilhar as minhas experiências profissionais com os pares, o que resultou em momentos de formação em situação. Um desses momentos ocorreu com



uma doente de raça caucasiana de 75 anos, obesidade mórbida, anticoagulada, trazida pelos bombeiros, por reinternamento com uma ferida crónica e sangrante na região inguinal, por um cateterismo realizado anteriormente. Apercebi-me, que a Equipa, hesitou na escolha do material para realização do penso, apresentando dúvidas quanto à aplicação e utilização do material de penso, demonstrando desconhecimento aos diferentes materiais de penso existentes no hospital. Quando sugeri ao médico a realização do penso com “AQUAGEL AG”, penso com iões de prata que tinha uma óptima acção no desbridamento da ferida crónica necrosada, assim como uma acção na absorção de odores e que proporciona uma rápida cicatrização, a equipa médica que não tinha conhecimento destes pensos, aceitou a sugestão. No Serviço onde exerço funções temos experiência na aplicação e utilização dos vários materiais de penso, com bons resultados no tratamento de feridas crónicas. A dificuldade sentida pelos enfermeiros em adequar os materiais de penso de acordo com a etiologia da ferida crónica, foi o tema desenvolvido conjuntamente com a Equipa de Enfermagem e os Enfermeiros Especialistas do Serviço. É importante a uniformização dos cuidados de enfermagem em relação à ferida crónica, tendo em conta o estadio, o plano de cuidados para avaliação da evolução e tratamento da ferida crónica bem como os seus registos.

Ciente do contributo que as boas práticas poderão ter a nível da qualidade dos cuidados, pelos ganhos em saúde para o doente em particular, e população em geral, considerei relevante a elaboração de um *Manual de Boas Práticas: Procedimento para Realização do Penso da Ferida Crónica* (ANEXO VIII). Para elaboração deste Manual marquei uma reunião com a farmacêutica responsável pela Comissão de Feridas do Hospital, informei-me sobre o material de penso existente e aprovado pela Comissão do Hospital, e consultei as normas de procedimentos realizadas pela Comissão de Feridas. Com base na informação recolhida, realizei o Manual fundamentado nas normas de procedimentos elaboradas pela Comissão, e em conhecimentos teóricos sustentados na evidência científica. Este manual foi realizado de acordo com os diferentes materiais de penso aprovados, a sua utilização na ferida, capacidade de absorção e designação do produto, de modo a facilitar a sua utilização, rentabilização e adequação a cada situação concreta.



A formação em situação, relatada anteriormente acerca da doente com ferida crónica, permitiu-me a partilha de experiências com os meus pares, conhecimentos e saberes transformando em momentos de aprendizagem em contexto da prática. Durante esta partilha de ideias e definições de conceitos fiquei com a percepção de que houve um crescimento como profissionais e pessoas, uma vez que a prática reflexiva constituiu um meio, para que se pudesse compreender os problemas e partir à descoberta das soluções ou alternativa possíveis, contribuindo para a mudança do contexto de trabalho, acrescentando outra dimensão ao processo de cuidar, desenvolvendo competências, modificando por vezes o relacionamento com os outros, o que provavelmente sem esta prática não teria sido possível. No final senti a equipa motivada para a mudança das práticas que é sem dúvida um aspecto importante em todo o processo de aprendizagem.

Assim, as actividades realizadas, perante a diversidade de situações que surgiram, contribuíram para o desenvolvimento de competências técnicas/relacionais, permitiram-me demonstrar capacidade de reacção perante situações imprevistas e complexas e também desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente adulto e idoso com patologia grave médio e alto risco/família/pessoa significativa. Estas actividades permitiram a reflexão sobre a importância do trabalho em Equipa Multidisciplinar. Na elaboração das normas demonstrei conhecimentos aprofundados na área Médico-Cirúrgica e promovi o desenvolvimento profissional dos meus pares.

Uma das actividades que me propus desenvolver, incluído no projecto de estágio foi identificar as necessidades na assistência ao doente no Sistema de Triagem de Manchester.

Em Junho de 2003 o Grupo Português De Triagem instituiu ao protocolo já existente o Sistema de Triagem de *prioridades* de Manchester.”*Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao serviço de urgência. Este método permite uma rápida identificação dos doentes que recorrem ao serviço de urgência, permitindo atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não necessariamente, quem chega primeiro*”. GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM – triagem de Manchester [acesso em 2010 Fevereiro 16]



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Disponível www.hospitaissespe.min-saude.pt. O encaminhamento dos doentes na triagem é realizado consoante: a queixa apresentada, e o tipo de patologia. São enviados para a reanimação os doentes: em risco imediato, os politraumatizados, agredidos por arma branca, com Score Neurológico inferior a 8, (segundo a Escala Neurológica de Glasgow), ou AVC com menos de três horas de evolução.

A Triagem é um local organizado, em que as situações estão normalizadas segundo as directrizes da Triagem de Manchester e de vários protocolos internos. (como da hipertensão arterial, síndrome febril, doentes com protocolo de anticoagulação).

A Triagem de Manchester no Serviço de Urgência é efectuada em dois gabinetes por enfermeiros com experiencia em Serviço de Urgência. Os gabinetes têm poucas condições de privacidade, porque os enfermeiros são muitas vezes interrompidos com mensagens dos porteiros, bombeiros ou mesmo doentes, que dificultam o trabalho e interferem na privacidade do doente.

Colaborei na Triagem com supervisão da Orientadora, e senti algumas vezes a pressão por parte dos doentes que já conhecem o significado das cores atribuídas às pulseiras de identificação, pelo tempo de espera, pelos bombeiros e pela Equipa Médica. Uma falha existente é a falta de um quadro digital na sala de espera dos doentes, que indique o tempo de espera para cada cor, o que evitaria muitas vezes o conflito. Durante o meu percurso na Triagem verifiquei que os algoritmos existentes deixam pouco espaço para a autonomia das decisões de enfermagem, pelo que senti alguma subjectividade na atribuição da cor. Tem a ver com a percepção de cada enfermeiro, descritivo da queixa atribuída no FOCO e quantificação da dor segundo a escala do observador. Na minha opinião o Acolhimento e a Triagem de doentes é um processo importante e único para cada pessoa, sendo a principal preocupação a de acolher, encaminhar e estabelecer a prioridade de forma humanizada e individualizada garantindo um atendimento rápido, diminuindo a ansiedade em que o doente se encontra, transmitindo maior segurança e estabelecendo uma relação de confiança. Nesta perspectiva o Enfermeiro Especialista, pela formação diferenciada que possui, na área relacional, aliada aos conhecimentos técnico científicos e responsabilidade que



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

assume, fazem-no um elemento integrante da Equipa cuja intervenção é essencial no atendimento ao doente urgente/emergente no Serviço de Urgência.

As actividades desenvolvidas na Triagem e as reflexões realizadas, desenvolveram uma consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionadas como o doente de médio e alto risco em situação urgente/emergente, e consequentemente a avaliação e análise de situações complexas, em relação ao doente, numa perspectiva profissional avançada.

Uma das actividades desenvolvidas, foi a realização de 3 turnos na VMER, o que me proporcionou prestar cuidados de enfermagem em contexto pré-hospitalar e integrar conhecimentos de âmbito académico. Com esta actividade pretendi melhorar competências, integrar, gerir, e interpretar conhecimentos, que me permitam desenvolver uma prestação de cuidados eficaz ao doente em situação urgente/emergente em qualquer contexto.

A Equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação é constituída por um médico e um enfermeiro. O enfermeiro tem a responsabilidade de verificar em todos os turnos a operacionalidade de todo o equipamento procedendo igualmente à reposição de níveis de materiais e medicação.

O contacto da equipa é realizado por telemóvel, (voz ou SMS). Numa das saídas prestei assistência a um doente, por queda no domicílio, com perda de consciência. Quando chegámos ao local, o doente já tinha recuperado a consciência, e encontrava-se orientado, referia dor de grau 8 a nível da perna direita, com diminuição da força. Enquanto decorria todo este processo, tive a oportunidade de apoiar a família (esposa e sobrinha), que se encontravam em situação de crise, através da informação prestada e esclarecimento de dúvidas, pude minimizar esta situação, estabelecendo com eles uma relação de confiança. O doente foi transportado para o Hospital. Já na sede, o equipamento foi verificado e reposto.

As actividades realizadas ao longo deste Módulo decorreram em diversas situações e contextos de trabalho o que contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas/relacionais e permitiu-me demonstrar capacidade de reagir perante situações



imprevistas e complexas e também desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente adulto e idoso com patologia grave médio e alto risco/família /pessoa significativa. Ao longo do Módulo reflecti sobre a importância do trabalho em Equipa Multidisciplinar, e demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada com os meus pares em diferentes contextos. Na elaboração das normas demonstrei conhecimentos aprofundados na área Médico-Cirúrgica e promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos meus pares.

Como segundo objectivo específico, para este estágio, no Serviço de Urgência centrou-se em: *Colaborei no Programa de Humanização do SUG, desenvolvendo competências na área relacional/comunicação com o doente crítico/família em situação de Urgente/emergente desenvolvendo competências na área relacional/comunicação com o doente crítico e família em situação Urgente/Emergente.*

Colaborei no programa de humanização instituído no serviço com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Este programa de humanização dá ênfase ao acompanhamento do doente/família/pessoa significativa. Segundo HENRIQUES, este deve incidir em “*três grandes áreas de recepção e acolhimento aos familiares e sistema de visitas no SUG*” (1999, p.4), estes visam contribuir para a saúde e bem-estar dos doentes e familiares que recorrem ao Serviço de Urgência Geral, proporcionando um acolhimento e acompanhamento individualizados, promovendo a comunicação/informação entre prestadores de cuidados, doentes e famílias de modo a assegurar a sua participação activa no processo de saúde. A enfermeira tem um papel fulcral na humanização do atendimento. Para PESSINI & BERTACHINI, “*a humanização dos cuidados de saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade de construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legítima o humano das pessoas envolvidas*” (2006, p.3). Assim no sentido de humanizar e individualizar os cuidados, é importante que seja proporcionado ao doente, uma visita da família/ pessoa significativa. Ao humanizarmos os cuidados de saúde, estamos a respeitar a dignidade, individualidade e integridade do doente/ família/ pessoa significativa. Durante a minha permanência no SUG proporcionei ao doente/ família/



acompanhante informação sobre o tempo de espera, os exames que iria realizar, a administração de terapêutica, levando-os a desenvolver estratégias no sentido de ultrapassarem a insegurança e a angústia sentidas. Estabeleci com eles uma relação de confiança, demonstrando capacidade de escuta e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. Uma família informada/ esclarecida tem mais instrumentos para intervir de forma assertiva no processo de cuidados do seu familiar.

Ainda no âmbito do programa de humanização colaborei no acompanhamento de visitas e informação ao doente/ família/ pessoa significativa internados em UIMC e em ambulatório. Neste contexto, VIEIRA refere que *“é dever do enfermeiro informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, bem como atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”* (2007, p.107).

Durante o estágio tive a oportunidade de constatar alguns problemas na área do internamento em relação às visitas e familiares/ pessoa significativa, como a falta de organização no acesso à informação do seu doente, acontecia chegarem vários familiares a pedir a mesma informação; a não respeitar o número de visitas estipulada por doente, nem o horário das mesmas; ruído constante nos quartos e corredores; o incumprimento de regras dentro do Serviço, como não respeitar as normas de procedimentos de controlo de infeção (sentar em cima da cama do doente, deambular de doente para doente, não cumprimento de lavagens das mãos à entrada e saída do quarto). Em conversa informal com a Equipa de Enfermagem e Orientadora sugeri a elaboração de um *Folheto Informativo – Guia de Acolhimento para as Visitas/Familiares*, (ANEXO IX) assim como a elaboração de uma *Norma de Procedimento para o Acolhimento das Visitas* (ANEXO X). Quer o Folheto quer a Norma foram sujeitos a alterações e sugestões por parte da Equipa Enfermagem e do Enfermeiro Chefe do SUG.

O Guia de Acolhimento elaborado pretendeu ser uma ajuda/ apoio ao familiar, no sentido em que esclarece muitas das dúvidas e medos mais frequentemente



manifestados pelo familiar quando confrontado com o internamento do seu familiar/ pessoa significativa no Serviço de Urgência Geral.

A utilização de um guia de orientação como auxiliar na informação dada ao doente/ acompanhante/ família é parte integrante da filosofia do atendimento humanizado e tem como principais vantagens para o doente/família:

- Orienta-o nos procedimentos que deve efectuar em relação ao seu familiar.
- Motiva-o pela confiança que a equipa deposita nele.
- Responsabiliza-o uma vez que deixa a seu cargo a responsabilidade de seguir as indicações.
- Transmite-lhe segurança dando-lhe informações adicionais tais como os contactos em caso de dúvida.

Informar a família relativamente ao estado do seu familiar internado com patologia aguda em situação de urgente/emergente., foi uma preocupação tanto da minha parte como da Equipa de Saúde evidenciando a reflexão para a mudança de atitude. Toda a Equipa foi envolvida e participou dando sugestões e avaliando os diferentes elementos a incluir no mesmo, o folheto contém informação e elementos que permitem fornecer ao doente/família toda a informação necessária em relação às visitas. A elaboração e implementação do folheto tiveram como objectivos:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente/família/accompanhante no âmbito da informação das visitas.
- Uniformizar critérios.
- Promover a reflexão e coesão da Equipa.

No final, posso concluir com satisfação que a Equipa de Enfermagem, sensibilizada para esta problemática, possuindo uma filosofia única de trabalho e intervenção, com uma prática reflectida e orientada, promoveu um atendimento humanizado ao doente/família.



Considero que foi uma actividade estimulante, que me trouxe como mais-valia a reflexão sobre a prática, condição indispensável para autoavaliação e melhoria da qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento de competências permitiu-me prestar cuidados ao doente/família /pessoa significativa, em situação de urgência e emergência, ajudando-os a desenvolver estratégias para gerir a situação de doença aguda, assumindo um papel de perita nas diversas áreas da EEMC, com especial incidência sobre as técnicas de comunicação no relacionamento, com respeito primordial pelas suas crenças e pela sua cultura. Senti que o factor tempo foi por vezes condicionante, devido à grande afluência de doentes a este Serviço.

Considero que este objectivo foi alcançado, porque foram aplicados e mobilizados conhecimentos na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

- Abordei de forma crítica as questões complexas da área do doente crítico.
- Desenvolvi competências relacionais e utilizei técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/família/pessoa significativa.
- Promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.
- Promovi a formação em serviço.

Durante o estágio surgiram dúvidas no doente submetido a colocação de DVE. Foi uma oportunidade para partilharmos experiências e especificar alguns conceitos nesta área. Após conversas informais, foi-me sugerido pela Equipa de Enfermagem que apresentasse uma formação nessa área, pois o Serviço tem frequentemente doentes com drenagens ventriculares externas, surgindo dúvidas sobre o seu funcionamento bem como nos cuidados a ter no doente submetido a esta técnica. A sugestão foi apresentada ao Enfermeiro Chefe que aceitou e propôs que fosse apresentada em Formação em Serviço à Equipa de Enfermagem, pois considerou ser importante. Consciente que uma Enfermeira Especialista deve ter competências na formação aos seus pares, na sua área de especialização, e de forma a *Contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados prestados ao doente Crítica / família em situação Urgente / Emergente, uma acção de*



formação sobre o tema: “Cuidados de Enfermagem ao Doente com Drenagem Ventricular Externa”, foi planeada (ANEXO XI).

No sentido de abranger toda a Equipa de Enfermagem, e de acordo com os meus pares, foram propostas duas datas para a realização das acções de formação através de um folheto informativo tendo a sua realização decorrido nos dias 19 e 22 de Junho de 2009 no período entre as 14 e as 16 horas. Teve como objectivos:

- Dar a conhecer o funcionamento e a manutenção do equipamento de DVE.
- Apresentar a realização de uma norma de procedimentos sobre os Cuidados de Enfermagem aos Doentes com DVE.
- Reflectir sobre a intervenção do enfermeiro face ao doente com DVE.

Foi elaborada uma pesquisa bibliográfica acerca do tema e apresentada uma revisão teórica, onde se abordou Conceitos, Princípios, Indicações, Procedimentos, Material, Intervenção de Enfermagem. Utilizei o método expositivo dando espaço para o diálogo e partilha de experiências.

Dinamizei a sessão de modo a esclarecer, a desenvolver o diálogo e a reflexão colectiva dos meus pares. Para avaliação deste momento formativo, no final da cada acção de formação foi entregue um questionário de preenchimento anónimo aos formandos sobre o seu nível de satisfação relativamente à formação fornecida, os resultados revelaram que cerca de 75% dos formandos considerou útil e pertinente a formação. Cada sessão teve a participação de 15 formandos/enfermeiros.

A documentação utilizada para a elaboração dos slides, bem como a impressão dos mesmos, foi colocada em suporte informático que ficou a designar-se como “Dossier de Formação”. Este será um instrumento de consulta, pois irá conter artigos e estudos científicos, como outros, considerados pertinentes para a melhoria da nossa prestação.

A Equipa mostrou-se motivada e coesa no objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados. Só tendo em vista os problemas concretos da prática clínica é possível dar



resposta adequada para que os cuidados de enfermagem cada vez assumam um nível mais elevado. A área da formação é talvez uma das vertentes em que o enfermeiro especialista pode dar uma viabilidade da sua actuação, detectando lacunas e intervindo sempre que necessário.

Este objectivo em relação á formação foi alcançado, na medida que as actividades desenvolvidas contribuíram para a mudança, tendo-se verificado resultados concretos, além de se terem proporcionado aquisição/desenvolvimento de competências na área da Médico-Cirúrgica e do desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

1.2.2. – Reflexão final

O estágio realizado no Módulo I – Serviço de Urgência Geral do HGO-EPE, revelou-se gratificante pelas experiências vivenciadas e pela diversidade de situações que surgiram, e que me permitiram demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas. Estas actividades serviram também para reflectir sobre a importância do trabalho em Equipa Multidisciplinar e Interdisciplinar.

A necessidade contínua de actualização e desenvolvimento de conhecimentos foi sentida durante o estágio, pelo facto de poder cuidar de doentes com uma enorme variedade de patologias, assim como de procedimentos e tratamentos.

O projecto de estágio foi um guia orientador, na consecução de objectivos/ actividades e estratégias/ competências desenvolvidas e adquiridas.

Procurei ao longo de todo o estágio reflectir na e sobre a prática, de forma crítica, baseada em evidências científicas tendo sempre presente a mudança de atitudes dos meus pares. Demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos na área Médico-Cirúrgica, bem como desenvolvi uma metodologia de trabalho na assistência ao doente em estado crítico e sua família/pessoa significativa. Face às actividades desenvolvidas, penso que atingi as competências preconizadas no plano de Estudos do curso que contribuíram para o desenvolvimento de competências



1.3 – MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

O estágio iniciou-se no dia 28 de Setembro, tendo sido recebida pela enfermeira chefe que fez uma breve apresentação da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz e com a qual troquei impressões sobre o projecto de estágio. Atribui-me como Orientadora uma enfermeira com mestrado em Cuidados Paliativos, com quem realizei uma entrevista informal.

A Unidade de Cuidados Paliativos está situada no Piso 4, é um Serviço de internamento, inaugurado em Março de 2007. Destina-se a doentes com necessidade de cuidados Continuados e Paliativos. Garante apoio global à pessoa internada em fase pós aguda, perda de autonomia transitória e necessidade de reabilitação intensa, ou doença crónica grave, avançada e incurável, bem como à sua família, proporcionando-lhe cuidados de saúde individualizados e humanizados, promotores de qualidade de vida digna. Os cuidados são prestados de uma forma personalizada e através de uma abordagem global, integral e interdisciplinar especializada. (HDL; 2007)

O Projecto foi desenvolvido somente na área dos Cuidados Paliativos, por serem doentes com doença grave e/ou prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida ao doente e sua família.

O Serviço tem capacidade para quarenta unidades de internamento para doentes de Cuidados Paliativos. Em relação à estrutura física do Serviço este é constituído por quartos individuais e duplos, quartos de isolamento, sala de actividades lúdicas, salas de visitas, sala de refeições.

A Equipa é constituída por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos, psicóloga, terapeutas, administrativas e voluntárias, de referir que 90% dos enfermeiros e assistentes operacionais tem formação específica e treino prático adequado em Cuidados Paliativos.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual, ficando cada enfermeiro, responsável pela prestação de cuidados globais e individualizados a um determinado número de doentes (cinco a seis) dependendo da complexidade da situação.



1.3.1 - Descrição e análise dos objectivos e das actividades desenvolvidas

A escolha da Unidade dos Cuidados Paliativos, integra-se no âmbito da minha prática profissional na área de actuação do doente crítico em Cuidados Intensivos, com situações de doença incurável e crónica.

Neste sentido decidi realizar o estágio de opção na Unidade de Cuidados Paliativos, do Hospital da Luz com o objectivo de desenvolver competências nesta área, de forma a prestar cuidados ao doente em fim de vida e sua família, na avaliação e controlo de sinais e sintomas, na comunicação com o doente e família e no apoio à sua família/pessoa significativa.

Compreende-se então que a ênfase nos cuidados ao doente paliativo, não seja o curar. É no entanto imprescindível que o foco da atenção do enfermeiro seja ver o doente paliativo como um todo a nível de todas as dimensões: biológica, psicológica, sociocultural, e espiritual, que se inter-relacionam formando um ser único onde se inclui a família/cuidador/comunidade.

Os Cuidados Paliativos são uma resposta para os doentes que se encontram em fase terminal. Para NETO “ *Os cuidados dispensados aos doentes terminais são um excelente indicador da preocupação de qualquer sociedade pelo respeito e dignidade da pessoa*”, defendendo uma “*concepção terapêutica activa, através de uma atitude reabilitadora que nos leva a ultrapassar o «não há nada a fazer».* Há sempre qualquer coisa a fazer, já não para curar mas para aliviar” (1997, p.4).

Esta autora salienta como instrumentos básicos da medicina paliativa:

- “*O controlo dos sintomas.*”
- “*O apoio emocional e comunicação adequados com o doente, família e equipa terapêutica, de forma a permitir o estabelecimento de uma relação franca e honesta.*”
- “*As mudanças organizativas que permitam o trabalho interdisciplinar e uma adequação flexível às necessidades múltiplas dos doentes.*”



- *O trabalho em equipa multidisciplinar, única forma de responder integralmente às diferentes carências de cada paciente”. NETO (1997,p.8)*

Podemos considerar como doente em fim de vida aquele que sofre de doença incurável, irreversível cuja morte será certa apesar de todos os esforços que a medicina possa aplicar. Para MOREIRA, define doente em fim de vida como “*aquele que vive um estadio ou uma etapa de uma doença avançada, progressiva e incurável*” (2001, p.34).

O objectivo dos Cuidados Paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e familiares e dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Se possível e necessário prolongam a sua acção até ao luto. Tendo em consideração estes aspectos, irei descrever os objectivos delineados, as actividades desenvolvidas, as análises críticas e reflexões. Finalizarei a análise de cada objectivo fazendo referência às competências adquiridas.

Como objectivo geral para este estágio delineei: *Desenvolver competências técnicas científicas e relacionais no âmbito da prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na vertente Médico-Cirúrgica ao doente em fim de vida em contexto de Cuidados Paliativos*. Penso que o objectivo geral foi atingido tendo em conta que todos os objectivos específicos programados foram alcançados. Este estágio permitiu desenvolver competências no âmbito dos Cuidados Paliativos; este Serviço está dirigido para o doente em fim de vida, e a prestação de cuidados visa especialmente que o doente tenha uma morte digna. Para isso é necessário não só cuidar do doente como dos familiares e pessoas significativas, assim as intervenções de enfermagem, devem estar de acordo com as necessidades identificadas pelo doente/família/pessoa significativa. A comunicação, o acolhimento, o apoio à família, e a articulação com a Equipa Multidisciplinar são essenciais para que se prestem cuidados de excelência.

Como primeiro objectivo de estágio delineei: *Desenvolver competências técnicas científicas no cuidado ao doente em fim de vida na vertente do controlo dos sinais e sintomas, em contexto de Cuidados Paliativos*.

A morte é inevitável em determinado momento da vida, é sentida pelos profissionais de saúde como um fracasso dos seus esforços. O mesmo não acontece nos Cuidados



Paliativos, porque, assume um caminho em que não se procura a cura, mas melhorar a qualidade de vida até ao último momento.

As actividades desenvolvidas para atingir este objectivo decorreram em vários contextos o que teve como consequência múltiplos momentos de reflexão e aprendizagem que, de certo, me vão ajudar no meu desempenho como enfermeira que tem na sua prática diária doentes em fim de vida.

No doente em fim de vida, a avaliação e o controlo da dor são essenciais. Acompanhei um doente em fim de vida, de 57 anos, raça caucasiana, casado, com dois filhos, com neoplasia do cólon, consciente, icterico. Foi internado para controlo da dor e conforto. No doente em fim de vida, a avaliação e o controlo da dor são essenciais. As intervenções de enfermagem centram-se na identificação, avaliação e controlo da dor, bem como na promoção de um ambiente calmo. Realizei a colheita de dados de forma pormenorizada, contemplando a história clínica e de enfermagem, atendendo aos aspectos culturais, sociais, religiosos; identifiquei as necessidades/problemas dos cuidadores; fiz a avaliação sintomática (através da aplicação da escala de autoavaliação de Sintomas ESAS), e a avaliação das úlceras de pressão. Estabeleci um plano de cuidados de enfermagem. Procurei obter o máximo de informação relativamente às necessidades e dificuldades do doente/cuidador, para traçar um plano de intervenção que posteriormente foi partilhado com a Equipa Multidisciplinar.

Apliquei à entrada a escala de autoavaliação de sintomas de Edmonton (ESAS), esta escala é aplicada à entrada quando o doente apresenta descontrolo sintomático, pois permite evidenciar o sintoma predominante e os sintomas prevalentes. Ao aplicar esta escala senti como ponto desfavorável na avaliação a dificuldade da avaliação inicial em que o sintoma ainda não está controlado. Administrei terapêutica prescrita (morfina, butilescopolamina), ao fim de algum tempo, o fácie de dor e ansiedade tinha dado lugar a um fácie de serenidade e a um momento de tranquilidade.

Os cuidados Paliativos devem estabelecer o equilíbrio entre os conhecimentos técnico-científicos e a arte de acompanhamento humano a todos os doentes em fim de vida



Tive a oportunidade de prestar cuidados a este doente em fim de vida, até à sua etapa final, proporcionando cuidados de alívio da dor, no conforto e nas informações transmitindo calma e segurança. A família esteve informada da situação do seu familiar e foi-lhe dado acompanhamento nesta fase final de doença. O respeito pela dignidade humana assume assim um papel fundamental no acto de cuidar, e terá que estar “ (...) *presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções.*” CERQUEIRA, (2008, p.29). Percebi de que forma é que a nossa presença pode contribuir para uma morte serena.

Neste serviço, todas as semanas (terças – feiras) havia uma reunião das 15:00 às 17:00 horas, com a Equipa Multidisciplinar. Foi importante participar nestas reuniões multidisciplinares e perceber que havia uma interacção entre os vários grupos profissionais, com um objectivo comum, a reflexão conjunta sobre como melhorar a estratégia de intervenção a estabelecer para cada doente. Estas reuniões foram momentos formativos, saindo enriquecida com novos conhecimentos e, percebendo o contributo de cada grupo profissional, as questões éticas que são referidas em contexto de tratamento do doente, as estratégias a estabelecer a cada doente. A equipa demonstrou sempre grande abertura e disponibilidade a todas as minhas intervenções.

Para o segundo objectivo *Desenvolver competências técnicas científicas e relacionais sobre métodos que facilitem a comunicação com o doente e sua família em contexto de Cuidados Paliativos*, delinee o desenvolvimento de actividades com ênfase na área relacional sobre técnicas de comunicação, que continuam a ser um ponto crucial da prática de Enfermagem, uma vez que constitui uma componente essencial do relacionamento entre enfermeiro e doente em fim de vida.

. Em termos de comunicação desenvolvi algumas técnicas com um doente de 78 anos, com diagnóstico de neoplasia da próstata e com metastização a nível ósseo, hepático, e pulmonar, que iniciou quadro de dor com evolução de 15 dias e com irradiação para o MID, com acentuada diminuição da força. Relativamente a este doente estóico (suporta a dor e não se queixa), que não queria realizar medicação SOS porque pensava que ao eliminarmos a dor, não nos preocuparíamos com a etiologia da dor.



Como intervenção de enfermagem para dar resposta a esta situação negocieei com o doente, como forma de diminuição da dor e da força muscular, foi proposto a administração de terapêutica em SOS, e a realização da primeira parte do trajecto com auxiliar de apoio de marcha e outra parte do trajecto em cadeira de rodas para a sala de visitas, perante a sua situação clínica foi explicado a importância da utilização dos auxiliares de marcha, para a sua deslocação pelo serviço, para maior segurança e conforto. Era um doente que apresentava expectativas irrealistas em relação à sua actividade motora/autonomia (pensava voltar andar de autocarro e a realizar uma viagem de carro a conduzir).

Para despiste da etiologia da dor, que o doente referia já algumas semanas foi pedido pela médica assistente a realização de um exame complementar de diagnóstico RMN (ressonância electro magnética). Como resultado do exame foi confirmada a existência de sinais de evolução da doença. Na abordagem desta problemática (comunicação do diagnóstico, prognóstico, transmissão de más notícias). A estratégia adoptada, para atingir uma comunicação eficaz, é a de que cada doente é único, assim como é única e particular a situação que o doente/família se encontram e o momento que vivem, tendo sido utilizado o modelo de comunicação “ Protocolo de Buckman “, como guião orientador para uma comunicação mais efectiva e assertiva na transmissão de más notícias.

Outra situação, vivenciada no estágio foi com um doente de 87 anos, de raça negra, casado, com filhos, com o diagnóstico de neoplasia da próstata com metastização óssea; apresentando quadro demencial inicial e HTA medicado. Consciente orientado no tempo e no espaço, mas com desorientação para factos recentes.

Apresentava dificuldade em clarificar sentimentos, emoções. Por vezes era contraditório no que dizia e sentia. As suas queixas estavam associadas ao facto de sentir que não era reconhecido, como pessoa com valor, necessidades e fragilidades. Quando confrontado com a sua sintomatologia (dor na região cervical) apresentava mecanismos de defesa. Ultimamente recusava adesão ao plano terapêutico e pediu alta clínica para o domicílio. Durante a prestação de cuidados identifiquei algum mal-estar, preocupação que gerava um sentimento de negação, ansiedade, em relação ao seu processo de cuidados, as suas



queixas estavam associadas a um sentimento de solidão. Com este doente desenvolvi competências na área da comunicação através do conhecimento técnico, atitude de aceitação incondicional, empatia, autenticidade.

Como estratégias relacionais utilizei: Escuta activa, Reformulação e Personalização. Durante o processo de comunicação como aptidão facilitadora: utilizei a pergunta aberta, identificação de preocupações, necessidades e temores, reconhecimento da emoção do doente, identificação de atribuição (o que atribui o mal estar), e respeito pelo silêncio. Sendo a comunicação um dos principais pilares em Cuidados Paliativos, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal, a estratégia utilizada, durante o processo de comunicação foi a de criar uma relação empática e de confiança com o doente, tendo em conta que cada doente é um ser único, assim como é única e particular a situação que quer o doente quer a família se encontram e o momento que vivem. Este processo foi gratificante na medida em que o doente iniciou de novo a adesão ao plano terapêutico.

Ao reflectir sobre esta situação, senti que a confiança do doente no enfermeiro é fundamental para que seja possível a expressão dos sentimentos e preocupações relativamente à adesão do plano terapêutico. A relação que foi estabelecida com o doente ajudou a tranquilizá-lo, esclareci dúvidas e clarifiquei medos transmitindo-lhe um grande sentimento de conforto e estabilidade. Esta experiência possibilitou-me o desenvolvimento de competências, nomeadamente demonstrei conhecimentos sobre técnicas de comunicação com o doente em fim de vida e sua família, tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas.

Tive uma outra experiência com um doente de 57 anos com diagnóstico de neoplasia do pulmão, no primeiro contacto, deparei-me com um doente com períodos de acesso de tosse, fácies cianosado, emagrecido, mas com um olhar atento e vivo, quando me aproximei apresentou uma atitude de agressividade referindo, que não tomava a medicação, enquanto não lhe dessem uma folha com toda a terapêutica. Ao relatar o facto à Orientadora, foi fornecido ao doente a folha de prescrição diária com toda a medicação e explicada a acção de cada fármaco. Após resolvida a situação, ao fim de



algum tempo entrei de novo no quarto e perguntei: como deseja planear o seu dia? Olhou-me atentamente, dirigiu-me um sorriso e informou-me que: -“*primeiro vou fumar um cigarro*” e “*depois planeamos o nosso dia*”. Senti na primeira abordagem um certo desconforto por parte do doente, em relação a toda a sua situação clínica, quer pela insegurança que sentia em relação ao seu processo de doença, quer pela sua incapacidade motora, medos e dúvidas. Nos cuidados de enfermagem existem dois tipos de conforto para MORSE “*os pedidos de conforto podem-se apresentar pela incerteza, impaciência com o desconhecido, incapacidade de concentração, expressões físicas de desconforto e insegurança. Portanto, o conforto divide-se em dois tipos: temporário, sendo o que acalma, conforta e auxilia o paciente a suportar o sofrimento em determinado tempo; permanente, quando é contínuo e expressa uma óptima saúde*” (1998, 7 (2) p70-92). Na prestação de cuidados promovi uma atenção individualizada e uma relação de parceria que permitiu atenuar sentimentos de angústia e sofrimento em relação ao internamento e confiança mútua com o doente e família conseguindo assim, desenvolver uma metodologia de trabalho na assistência ao doente.

Ao longo do estágio, nas nossas conversas apercebi-me que gostaria de sair para ir almoçar fora com os amigos e familiares, apesar de apresentar, alguns receios relativamente aos seus défices motores. Conversámos sobre as estratégias que podíamos implementar para a resolução do seu problema, devido à diminuição de força dos membros inferiores de grau 2/3 foi providenciada uma cadeira de rodas, quanto ao plano terapêutico foi elaborado de forma que quando se ausentasse do Serviço já estaria realizado, em relação à sua debilidade física e cansaço fácil foi discutido as horas de entrada e saída tendo sido estipulado um horário, em relação à sua urgência urinária, foi providenciado um urinol. Após ter exposto o seu pedido à médica assistente, com aprovação da família foi autorizado a sua saída diária. Senti um olhar de entusiasmo quando o informei da autorização.

Cada vez mais é exigido ao enfermeiro que desenvolva competências não apenas nas áreas técnico-científicas, mas também na vivência de princípios e valores éticos, seguindo esta linha de pensamento, delinee para o terceiro objectivo: *Desenvolver*



competências relacionadas como o modo como se deve apoiar a família e pessoas significativas do doente para que melhorem a relação entre si e reduza a sobrecarga que representa a doença.

Um aspecto importante na prestação de cuidados dos doentes em fim de vida é o apoio pessoal dos membros da família e pessoas significativas, tal como nos diz PEREIRA ” *a prestação de cuidados globais e humanizados pressupõe o apoio emocional e o fornecimento de informação, orientada antecipadamente e auxiliando na tomada de decisão, tendo em conta que cada caso precisa de ser abordado individualmente.*” (2008, p.131).

Das diversas situações por mim vivenciadas no apoio à família, destaco uma dessas experiências. Era um doente com diagnóstico de carcinoma de pequenas células do pulmão, com metastização cerebral, supra-renais e hepáticas que foi internado por dor, agitação psicomotora e por *exaustão do prestador de cuidados* (a esposa). A cuidadora do doente em fim de vida vive períodos de grande ansiedade, na medida em que teve grande dificuldade em aceitar a degradação do seu familiar, o sentimento de impotência face à degradação do doente, o peso das actividades de vida diária como mobilização, higiene, refeição, terapêutica, bem como a dificuldade em realizar os desejos do doente. Os cuidadores deste doente necessitavam de ser ouvidos e informados, de forma a conseguirem adaptar-se o melhor possível a este tipo de situação, tive a oportunidade de apoiar a família (a esposa e três filhas) da seguinte forma:

- Informei sobre a possibilidade de surgirem momentos de crise
- Escutei activamente
- Disponibilizei-me e apoiei sempre que necessário
- Expliquei a causa das crises, consequências e possível evolução



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Segundo a mesma autora considera, Cerqueira (2008), se a família Cuidadora estiver informada, esse facto contribui para a diminuição de medos e angústias no contacto com o doente em fim de vida, por outro lado ao sentirem-se apoiadas e confortadas pela Equipa de Saúde têm maior capacidade e disponibilidade para o seu familiar. Esta cuidadora por motivos de exaustão no início sempre que detectava alguma alteração, pedia ajuda mas não se aproximava do seu familiar, por fim quando entrava no quarto, era a primeira a colaborar nos cuidados.

A família neste processo de confortar tem um papel fundamental na medida que ao fazer parte do Cuidar do seu doente, ao permanecer junto dele, vai reforçar o conforto. Senti que contribui para a melhoria da relação cuidadora/doente e tal facto, melhorou a qualidade de vida do mesmo.

Sendo a Unidade de Cuidados Paliativos o binómio doente-família, a prática da conferência familiar permite identificar necessidades, tipo de família, o cuidador principal, melhorar a comunicação, conhecer os recursos internos e externos e tem como objectivos apoiar e aconselhar a família e maximizar o sucesso das suas intervenções. Há etapas fundamentais na sua preparação: estabelecer um plano prévio, definir objectivos e opções, fornecer informações, realistas, adaptadas, respeitar crenças, valores e atitudes. O enfermeiro deve mostrar disponibilidade proporcionar apoio emocional e permitir a expressão de sentimentos. Tive a oportunidade de participar numa conferência familiar acerca de um doente em que os filhos, que eram cuidadores presentes, tinham perspectivas diferentes em relação ao tratamento a instituir ao seu familiar, constituindo assim uma dificuldade na comunicação intra-familiar, provocando discórdias e tomadas de decisão distintas. Daí surgiu um conflito intra-familiar, pelo qual foi marcada a *Conferência Familiar* com a Equipa Multidisciplinar com a finalidade de ultrapassarem os seus próprios recursos, através da intervenção terapêutica. Esta vivência foi importante na medida em que pude constatar os medos e angústias e ansiedade da família em resolver a problemática do melhor tratamento a instituir ao seu familiar. Senti que é uma intervenção que obriga a uma grande dedicação e responsabilidade por parte de toda a Equipa Multidisciplinar. Senti que ao assistir a esta *Conferência Familiar*, que aspectos tão importantes como, a



disponibilidade, a aceitação, a coerência, a verdade, a comunicação, são pontos essenciais em todo o suporte das relações interpessoais. Ao abordar a importância da conferência familiar senti que o tempo investido resultou em grandes benefícios para o doente/família/equipa de saúde, assim como ajudou os profissionais de saúde a identificarem fontes de suporte para o doente e sua família.

A enfermagem em Cuidados Paliativos é uma área muito específica, que requer formação que assegure a prestação de cuidados de qualidade, no âmbito interdisciplinar. Também o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS) reconhece que a prática de Cuidados Paliativos:

“com a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo existente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência efectiva”.

Deste modo, a formação é uma componente fundamental para a organização e qualidade destes cuidados prestados e recursos específicos. Neste contexto foi pedido pela Enf.^a Chefe da Unidade de Cuidados Paliativos a elaboração de um trabalho sobre Indicadores de Qualidade em Cuidados Paliativos, é realizado conjuntamente com uma colega de curso que estava estagiar no mesmo local e ao mesmo tempo. Após o desafio que nos tinha sido proposto, e o tema ser aliciante, iniciamos a construção do nosso trabalho, de forma a contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados prestados ao doente em contexto de Cuidados Paliativos, com tema: *Indicadores de Qualidade em Cuidados Paliativos e Proposta de um Instrumento de Medida* com o objectivo de reflectir sobre as práticas (ANEXO XII). A aplicação de indicadores nos serviços de saúde permitem interpretar diferentes dados em diferentes perspectivas quanto ao cumprimento dos cuidados de enfermagem nomeadamente no que respeita ao conhecimento dos doentes, satisfação dos doentes, melhoria do seu estado de saúde, relacionamento com os doentes, qualidade dos serviços (entre outros) e



simultaneamente permitir a definição de estratégias de correcção e melhoria. Para Corrêa et al., (2009: sp),

“ indicadores de qualidade dos serviços de enfermagem são instrumentos elaborados e usados para avaliar o cumprimento dos objectivos e metas e são percebidos como variáveis dependentes usadas para quantificar o resultado das acções, ou seja, são critérios explícitos de medida que permitem estabelecer conclusões objectivas sobre aspectos particulares dos planos de cuidados definidos para determinada unidade ”.

Este trabalho foi realizado com base no estudo das “guidelines” Internacionais e Europeias de modo que, de acordo com os indicadores já existentes na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz e com a experiência vivenciada durante o estágio, e através de uma revisão da bibliografia pudéssemos identificar outros indicadores. Diante do exposto, esta pesquisa teve como objectivo propor novos indicadores à Unidade de Cuidados Paliativos de modo a enriquecer os cuidados de excelência, prestados ao doente em fim de vida e à sua família.

Após entrega do trabalho para leitura e correcção às Professoras Tutoras do curso houve necessidade de proceder a algumas alterações sugeridas. O trabalho foi de novo estruturado, seguindo as orientações dadas. Assim, como nos foi proposta a realização de uma acção de formação dentro do plano de formação do serviço para apresentação dos indicadores de qualidade propostos para a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

Durante esta partilha de ideias e conceitos ficamos com a percepção de que se verificou um crescimento como profissionais e pessoas, uma vez que a prática reflexiva constituiu um meio, para que se pudesse compreender os problemas e partir à descoberta das soluções ou alternativas possíveis, contribuindo para a mudança do contexto de trabalho, acrescentando outra dimensão ao processo de cuidar, desenvolvendo competências, modificando por vezes o relacionamento com os outros, o que provavelmente sem esta prática não teria sido possível. Esperamos ter dado o nosso contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados, na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.



1.3.2 - Reflexão final

O Estágio opcional do Módulo III – realizado na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, no decorrer deste ensino clínico durante varias semanas, resulta numa avaliação favorável deste campo de estágio, no sentido em que me permitiu o cumprimento dos objectivos traçados, assim como a mobilização da aprendizagem em contexto teórico, que foi complementado com uma vasta experiência de situações presentes em contexto da prática clínica, através da mobilização de recursos disponíveis, tornando assim possível o desenvolvimento de competências enunciadas pelo plano de estudos EEMC.

Considero que a disponibilidade evidenciada pela Equipa Multidisciplinar foi um factor facilitador no processo de adaptação e integração, o que me permitiu inteirar da dinâmica do serviço, obtendo assim um conhecimento geral sobre o funcionamento do mesmo.

Durante o estágio tive possibilidade de prestar cuidados a doentes em fim de vida em todas as vertentes técnico científicas e relacionais, sempre com o objectivo de proporcionar a máxima autonomia possível, apoiá-los e dar-lhes um fim de vida com qualidade e dignidade.

Este Estágio, constituiu para mim, uma oportunidade tanto de aprendizagem como de aprofundamento de conhecimentos em áreas que me eram pouco familiarizadas, como também a possibilidade de reflectir sobre as minhas práticas diárias, avaliar o percurso desenvolvido, as ideias, os interesses, as experiências e as competências efectivamente adquiridas.

A comunicação é um instrumento muito importante em enfermagem quer no relacionamento com o doente em fim de vida quer com a família, estabeleci com ambos uma relação empática. De facto como enfermeira demonstrei-me disponível, atenta às dúvidas e anseios manifestados, fomentei uma comunicação assertiva e empática, ao



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

mesmo tempo que estabeleci uma relação de ajuda, contribui para diminuir a ansiedade do doente e da família.

Considero pelo percurso que fiz ao longo deste estágio, que consegui atingir as competências preconizadas no plano de estudos do curso.



2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS TRÊS MÓDULOS

Este capítulo mostra a minha evolução profissional e pessoal durante a Unidade Curricular Estágio, incluindo a experiência já adquirida e que foi creditada no Módulo - II Cuidados Intensivos. Mediante o plano de estudos do curso EEMC, desenvolvi competências, de acordo com os objectivos específicos delineados e desenvolvidos no decurso da Unidade Curricular Estágio referente ao Módulo I e Módulo III:

Considero que este estágio me permitiu desenvolver essencialmente as seguintes competências:

- Geri e interpretei de forma adequada, informação proveniente da minha experiência profissional/ pessoal e da formação pós graduada.
- Comuniquei aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral.
- Formulei e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, autónoma, sistemática e crítica.
- Produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei.
- Comuniquei os resultados da minha prática clínica e de investigação.
- Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados como o doente e a família, especialmente na minha área de especialização.
- Reflecti na e sobre a minha prática de forma crítica.
- Demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.
- Demonstrei conhecimentos aprofundados com o doente e família e relacionei-me de forma adequada relativamente ao respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.



- Demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
- Zelei pela qualidade dos cuidados prestados na área da especialização.
- Promovi o desenvolvimento profissional dos outros profissionais.
- Manti de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.
- Formulei e analisei questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.
- Produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre o doente em fim de vida e seus familiares.
- Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família.
- Avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.
- Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família.
- Demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.
- Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
- Manti de forma contínua o meu próprio processo de auto-desenvolvimento.
- Liderei equipas de prestação de cuidados especializados na minha área de especialização.
- Exerci supervisão do exercício profissional na minha área de especialização.
- Realizei a gestão dos cuidados na minha área de especialização.
- Colaborei na integração de novos profissionais.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

- *Destaco como pontos fortes:* a comunicação, a relação aos vários níveis, a persistência, criatividade, flexibilidade e a sensibilidade.
- *Destaco como pontos fracos:* gestão de tempo.



3 -CONCLUSÃO

Ao finalizar este relatório espero ter conseguido descrever todo o meu percurso, as ideias, os interesses, as experiências, e as competências efectivamente adquiridas. Este relatório tornou-se num instrumento pessoal, de reflexão, análise e de avaliação de todo o meu crescimento profissional e pessoal.

Na realização do estágio houve um desenvolvimento de competências humanas, conceptuais e técnicas, de modo a intervir como prestadora de cuidados de elevada qualidade e a responder às necessidades e expectativas dos doentes adultos e idosos na área da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, não esquecendo o dever de assumir a total responsabilidade pelas acções praticadas, como educadora, investigadora, consultora, membro de uma equipa multidisciplinar e agente de mudança, a fim de promover a qualidade de vida do doente adulto e idoso/família/pessoa significativa.

A par do crescimento profissional verificou-se um crescimento pessoal, adquiri autonomia, responsabilidade e a competência que cada enfermeira Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica deve possuir.

Após ter efectuado esta Unidade Curricular Estágio, no HGO/ EPE e HDL, pude constatar que estes serviços constituíram um bom campo de estágio, na medida em que permitiram uma aplicação das aprendizagens efectuadas em sala de aula, dando-nos a possibilidade em adquirir uma vasta experiência pela particularidade das situações presentes, o que favorece a articulação dos diferentes contextos e a partilha dos diversos recursos, através de um processo dinâmico. Consequentemente, promoveram a formação e o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os intervenientes, facilitaram a socialização do enfermeiro e a construção da sua individualidade profissional como especialista, e por fim, fomentaram a qualidade dos cuidados prestados.

O estágio no Serviço de Urgência Geral pela multiplicidade de situações encontradas implicou conhecimentos e saberes mais amplos e diversificados. Foram muitas as experiências vivenciadas de urgência/emergência que implicaram mobilização de



conhecimentos, e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados ao doente adulto e idoso de médio e alto risco/família de forma a dar resposta a situações complexas, estabelecendo nesse sentido, prioridades de cuidados.

Os saberes adquiridos nas diferentes unidades curriculares do curso EEMC, a constante pesquisa bibliográfica com base na evidência científica, bem como a experiência profissional, foram instrumentos fundamentais para a tomada de decisão tendo contribuído para a melhoria da qualidade de cuidados.

Relativamente ao estágio em Cuidados Paliativos relaciona-se com a aquisição e desenvolvimento de competências que me permitem cuidar da pessoa/família em fim de vida, ajudando-os a desenvolver estratégias para gerir a situação de doença crónica e incurável, e em fim de vida, assumindo o papel de perita nas diversas áreas da enfermagem Médico-Cirúrgica, com especial incidência no que concerne às técnicas de comunicação, relação de ajuda promovendo um cuidar humanizado ao doente em fim de vida e sua família.

Por tudo o que foi realizado no decurso destes estágios e que ficou registado neste relatório, embora a escrita nunca consiga ser totalmente fiel às vivências e desempenhos, considero ter sido um período de aprendizagem francamente positivo e enriquecedor, não só no desenvolvimento das competências técnico-científicas, como também no desenvolvimento das competências relacionais, tão importantes em enfermagem Médico-Cirúrgica, como aliás em todas as outras áreas.

Durante a realização deste documento, foram surgindo dificuldades relacionadas com limitações em termos de tempo e disponibilidade, tendo sido necessário recorrer a estratégias que permitissem ultrapassar as dificuldades, transformando cada uma em agradáveis momentos.

Como sugestões considero ser necessário proporcionar mais tempo para a elaboração do presente relatório, uma vez que ele, para além de contribuir para a avaliação é sem dúvida um prolongamento da reflexão pessoal, que deve ser feita cuidadosamente e com tempo para tal.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ao terminar este relatório, e ao mesmo tempo o percurso percorrido para alcançar esta meta, a Especialização na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, só foi possível ser concretizada mediante a colaboração e carinho de toda a Equipa Multidisciplinar do Serviço de Urgência Geral, em especial da Equipa de Enfermagem onde fui integrada.

Assim não poderia terminar sem deixar o meu sincero agradecimento a todos, em especial à Enfermeira Natércia Oliveira, minha Orientadora de estágio da SUG e à docente responsável Professora Manuela Madureira.

Tendo presente o meu percurso e os resultados obtidos, penso ter atingido os objectivos definidos no início do presente relatório.

Acredito que *“a melhor preparação para enfrentar o amanhã é fazer superiormente o trabalho de hoje”* (WILLIAM OSLER citado por MARQUES, 2004, p.94).



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. 1ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora. 2001. p.262 ISBN 989-558-052-5.

CERQUEIRA, A.A – Equipa Prestadora de Cuidados. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva**, 1998 nº25

CONSELHO, INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS **Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem CIPE/ICN**. Versão β2,3ª Ed. Lisboa Associação Portuguesa de Enfermeiros. (2005). ISBN: 972-98149-5-3

Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem CIPE/ICN. Versão β2,3ª Ed. Lisboa Associação Portuguesa de Enfermeiros. (2005). ISBN: 972-98149-5-3

DECRETO LEI n.º 74/2006. **D.R. I Série** 60 (06-03-24) 2242-2257. [Consult. 12 Junho 2008]. Disponível em http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf

DECRETO LEI nº348/93 01 de Outubro. [Consultado a 2 de Maio de 2010]. Disponível em http://www.2.sas.va.pt/nsas/legis/mt/dl_348_93.pdf

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – Triagem de Manchester [acesso em 2010 Fevereiro 16] Disponível www.hospitaissepe.min-saude.pt

HENRIQUES, Ana Isabel – **Programa de Humanização/Melhoria da Qualidade de Cuidados**. Pragal, Hospital Garcia de Orta, 1999. P.25

LEO Pessini, L. Bertachini – **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3ªed. Loyola 2006 ISBN: 85-15-02854-9 (p.73).



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICN**. Versão, Beta Genebra, (2006). ISBN: 92-95040-36-8

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

MARQUES, P. (2004). **Ensaio sobre os estágios de enfermagem em contexto hospitalar – preocupações prévias dos estudantes**, (s.e) Porto: ISBN 972-99386-0-1. p 94.

MOREIRA, V.M.A **Avaliação do Desempenho no Contexto da Administração Pública**. Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

NETO. Isabel Galriça – **Manual dos Cuidados Paliativos**. Lisboa. Asta Médica 1997,p.55

NETO, Isabel Galriça (1993,Junho/Julho). **Cuidados Paliativos ao Doente Terminal**: Revista Portuguesa de Clínica Geral, vol10,nº 6 e 7, p.154

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. P.456. ISBN 972-99646-0-2.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

OLIVEIRA, Jacinto – Gestão do risco hospitalar – perspectiva multiprofissional. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISSN1646-2629. N°19 (Dezembro 2005), p.12-15.

ORDEM DO EMFERMEIROS – Dor: **Guia Orientador de Boas Práticas**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros 2008

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PALDRÖN, Tsering – Sentido da vida e valores espirituais. In **A dignidade e o sentido da vida. Uma reflexão sobre a nossa existência**. Cascais: Pergaminho, 2004. ISBN: 972-711-645-0.

PARREIRA, Pedro Miguel – **As Organizações**. [s.ed.] Coimbra: Formasau, 2005. 336 p. ISBN 972-8485-46-8.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves – **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. Coimbra: Formasau formação e saúde Lda. 2008. 446 p. ISBN: 978-972-8485-92-4.

PEREIRA, Maria A. G. – **As Organizações** [s.ed] Coimbra: Formasau, 2005 p.446 ISBN:978-972-8485-92-4

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência – Loures: Edições Técnicas e científicas, Lda.2005. ISBN: 972-8383-84-3. p. 656 (461-465).

SALE, Diana (2000). **Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde**. Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas. IS972-97457-6-5

SOUSA, M.F.A. (2003). A Formação Contínua em Enfermagem.**Nursing**, 175 p.28-33



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro, Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica, 2007, p.83 ISBN972-54-0146

URDEN, Linda D. STACY, Kathleen M; LOUGH, Mary E. – **Thelan`s Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. 5ª Ed. Loures: Lusodidactica, 2008. ISBN: 978-989-8075-08-6.

APONTAMENTOS registados nas aulas das Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo I e II, ministradas pelo Professor Artur Batuca, no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa/Instituto de Ciências da Saúde, Fevereiro/Março 2009.

ANEXOS

ANEXO I

Norma das funções de enfermeira coordenadora

 Serviço Neurocirurgia	Instrução de Serviço N.º NC - 12 / 00	Elaborado em :	2000
		Revisão n.º 2	15 /04/ 08
		Próxima Revisão	15 /04/ 11

ASSUNTO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO CARGO DE ENFERMEIRO COORDENADOR

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia

OBJECTIVO: Informar sobre os deveres e responsabilidades do cargo, orientando o enfermeiro e a equipa sobre o que dele se espera no desempenho do cargo.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA: Colaborar directamente com a Enfermeira Chefe na gestão da Unidade de Cuidados no que respeita a cuidados de enfermagem, recursos humanos e materiais, através de:

- Orientação, coordenação e supervisão da Equipa de Enfermagem na prestação de cuidados,
- Orientação e supervisão dos Auxiliares de Acção Médica
- Promoção da articulação entre os sectores constituintes do serviço e
- Promoção da articulação com serviços de apoio

nomeação : é feita no âmbito do serviço e não tem carácter definitivo.

DESCRIÇÃO DO CARGO :

➤ GESTÃO DE CUIDADOS:

- Avaliar as necessidades dos doentes, em matéria de Cuidados de Enfermagem
- Supervisar os Cuidados prestados, orientando eventuais alterações com vista à máxima satisfação das necessidades do doente
- Zelar pelo cumprimento das Normas de Procedimento e Desempenho
- Privilegiar a prestação e orientação de Cuidados de maior complexidade e/ou dificuldade técnica
- Supervisar os procedimentos capazes de assegurar a Continuidade de Cuidados desde a admissão até ao pós alta.
- Colaborar na implementação métodos de trabalho que favoreçam a personalização dos Cuidados de Enfermagem
- Assegurar a centralização e a transmissão de eventuais contactos/ orientações de outros técnicos ou serviços com implicação directa nos cuidados ao doente/família
- Articular-se com a Enfermeira Chefe e Chefes de Equipa, com vista à coordenação e orientação das equipas de enfermagem, para maior uniformidade de procedimentos
- Articular-se com a equipa médica com vista à gestão de vagas, no que refere a mobilidade entre sectores, altas e admissões
- Assegurar a transmissão de informação capaz de facilitar a gestão de cuidados, nomeadamente mediante Sistema de Informação em vigor.
- Desenvolver Actividades de Enfermagem de apoio e informação à família
- Coordenar a Equipa de Auxiliares de Acção Médica nas actividades desenvolvidas no turno da manhã

Elaborado por: <i>Leonor Monteiro</i>	Revisto por: <i>Angelina P. Francisco</i>	Aprovado por: <i>Angelina P. Francisco</i> 26/08/2008 Enf.ª Supervisora
--	--	---

 Serviço Neurocirurgia	Instrução de Serviço N.º NC - 12 / 00 Continuação	Elaborado em :	2000
		Revisão n.º 1	15 /04/ 08
		Próxima Revisão	15 /04/ 11

ASSUNTO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO CARGO DE ENFERMEIRO COORDENADOR

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia

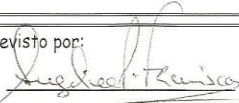
DESCRIÇÃO:

▮ GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS:

- Colaborar na supervisão da Assiduidade e Pontualidade do Pessoal
- Apresentar sugestões relativas ao Plano de Trabalho Diário para Enfermeiros e Auxiliares de Acção Médica, de acordo com o método de trabalho, necessidades previsíveis e experiência dos profissionais
- Colaborar na integração de novos elementos, Enfermeiros e AAM de acordo com o Plano de Integração do Serviço.
- Colaborar na promoção de um bom clima de trabalho, gerindo conflitos, orientando a equipa e criando espaços para a resolução dos mesmos
- Apresentar sugestões, com vista ao cumprimento dos objectivos para o serviço
- Participar nas reuniões de serviço identificando problemas e sugerindo soluções
- Colaborar com a Enfermeira Chefe na Avaliação de AAM.

▮ GESTÃO DE MATERIAL / EQUIPAMENTO:

- Fazer a gestão corrente de material de Consumo Clínico, Produtos Farmacêuticos, gases medicinais e reagentes, assegurando condições de armazenamento e controle de validade
- Analisar os consumos efectuados com base nos instrumentos de trabalho disponíveis para o efeito.
- Colaborar na determinação, organização / actualização de Stock's correntes e de Segurança
- Colaborar na determinação de Recursos Materiais, assegurando condições de armazenamento e funcionalidade
- Recepcionar material e equipamento.
- Efectuar o controle de estupefacientes
- Emitir pareceres sobre a instalação de Equipamentos e materiais, tendo em conta a sua funcionalidade
- Providenciar as actualizações das revisões técnicas (preventivas) de todo o equipamento
- Fazer a verificação das condições de funcionamento dos equipamentos, providenciando a sua rápida reparação/substituição
- Colaborar na actualização e supervisão do Inventário do Serviço
- Efectuar o empréstimo, retorno e devolução do Equipamento / Material / Produtos Farmacêuticos, mantendo actualizado o arquivo documental
- Assegurar a operacionalidade do Carro de Urgência.
- Zelar e controlar pela correcta utilização dos recursos

Elaborado por: Leonor Monteiro	Revisto por: 	Aprovado por:  26/08/2008 Est. Supervisora
-----------------------------------	---	---

 Hospital Garcia de Orta Serviço Neurocirurgia	Instrução de Serviço N.º NC- 12 / 00 Continuação		Elaborado em :	2000
			Revisão n.º 2	15 /04/ 08
			Próxima Revisão	15 /04/ 11

ASSUNTO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO CARGO DE ENFERMEIRO COORDENADOR

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO: (cont.)

ARTICULAÇÃO COM OUTROS TÉCNICOS:

- Promover a articulação interdisciplinar
- Fazer a articulação entre o Serviço de Neurocirurgia com Serviços de Apoio, Serviços de Internamento, assim como com Centros de Saúde e/ou Cuidados Continuados.
- Integrar de forma activa a *Visita Multidisciplinar*

FORMAÇÃO:

- Colaborar com a Enfermeira responsável pela Formação em serviço, na formação em situação, detecção de necessidades de formação da equipa, execução de actividades formativas e avaliação da formação realizada.

ANÁLISE DO CARGO:



REQUISITOS

• APTIDÕES

- Elevado sentido de responsabilidade
- Maturidade Profissional
- Capacidade de organização e planeamento
- Capacidade de trabalho em equipa
- Espírito de iniciativa
- Capacidade de adaptação a novas situações
- Boas relações Humanas
- Autodomínio
- Assertividade
- Capacidade de comunicação e ensino
- Capacidade de gestão de conflitos

• REQUISITOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS

- Experiência teórico-prática na prestação de Cuidados de Enfermagem a doentes do foro Neurocirúrgico, nomeadamente em situação de Cuidados Intensivos.
- Interesse em desenvolver habilidades e competências na área da Coordenação.

• EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- Mínimo de seis anos de exercício profissional
- Mínimo de 1 ano de exercício profissional no serviço de Neurocirurgia
- Vínculo ao quadro de pessoal do HGO, detentor da Categoria de Graduado e/ou Especialista

Elaborado por:

Leonor Monteiro

Revisto por:

[Assinatura]

Aprovado por:

26/08/2008
Angelina P. Francisco
 Ent. Supervisora

Pág. 3 de 4

 Hospital Garcia de Orta Serviço Neurocirurgia	Instrução de Serviço N.º NC - 12 / 00 Continuação	Elaborado em :	2000
		Revisão n.º 1	15 /04/ 08
		Próxima Revisão	15 /04/ 11

ASSUNTO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO CARGO DE ENFERMEIRO COORDENADOR

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO :



RESPONSABILIDADES ENVOLVIDAS

- Supervisão e orientação da Qualidade de Cuidados de Enfermagem
- Supervisão e orientação das actividades dos AAM
- Articulação com a Equipa de Saúde
- Prestação de Cuidados de Enfermagem de maior complexidade e/ou dificuldade técnica
- Respeito pelas regras de boa prática e Código Deontológico
- Auto-formação e actualização de conhecimentos técnico-ciêntíficos, nomeadamente em Suporte Avançado de Vida
- Prevenção e promoção da segurança de doentes, enfermeiros e AAM
- Conhecimento, divulgação e supervisão da prática todo o tipo de Circulares, Normas, informações e legislação
- Gestão, conservação e armazenamento de material, equipamento, produtos farmacêuticos e reagentes
- Despiste de necessidades de formação da equipa de enfermagem
- Realização de Planeamento Anual conforme instrumento de trabalho fornecido (anexo 1)
- Realização de Relatório Mensal e Anual conforme instrumento de trabalho fornecido (anexo 2)
- Funcionalidade do material de reanimação cardio-respiratória



CONDIÇÕES DE TRABALHO

- Unidade progressiva com 3 sectores : Enfermaria, Cuidados Intermédios e Intensivos, lotação respectiva de 15, 4 e 4 camas
- Dispõem de dois Centros de Custo (Unidade Cuidados Intensivos e Enfermaria)
- Reposição de Material por Níveis
- Medicação em Sistema de Dose Unitária
- Método de trabalho praticado é o individual
- Caracterização dos doentes :
 - ▶ Adultos com comprometimentos motores, sensoriais e mentais, em situação clínica instável, traduzindo-se frequentemente por situações de coma
 - ▶ Patologias mais frequentes: desgaste da coluna, lesões tumorais do SNC e Vascular Cerebral elevado grau de dependência
- Caracterização da dinâmica de serviço:
 - ▶ Ligação directa ao Serviço de Urgência
 - ▶ Grande mobilidade inter-sectorial
 - ▶ Situações de urgência frequentes

Elaborado por:

Leonora Monteiro

Revisto por:

Angelina P. Francisco

Aprovado por:

Angelina P. Francisco

Enf. Supervisora

26/07/2008

Pág. 4 de 4

ANEXO II

Normas de procedimento na utilização e manutenção do carro de urgência
e a utilização e manutenção do desfibrilhador

 Hospital Garcia de Orta Serviço Neurocirurgia	Norma de Procedimento N.º 10	
	Elaborado em :	16 / 12 / 01
	Revisão n.º	0
	Próxima Revisão	16 / 12 / 03

NOME: UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

OBJECTIVO: Assegurar a funcionalidade do Carro de Urgência de modo a não colocar em risco a vida do doente

DESCRIÇÃO:

- 1º No carro de urgência deverá constar sempre o material e os fármacos necessários há resolução rápida e eficaz de uma situação de emergência
- 2º É essencial que os profissionais envolvidos, além de treinados, estejam familiarizados com o material e fármacos existentes, assim como no seu manuseamento e disposição no carro de urgência.
- 3º O carro de urgência deverá estar **sempre devidamente preparado e pronto para utilização imediata.**
- 4º Após cada utilização deverá ser repostado cumprindo –se a Norma do Carro de Urgência relativa a reposição.
- 5º A responsabilidade de reposição do carro de urgência é do enfermeiro que o utilizou, assim como, pelo bom estado de funcionamento dos equipamentos técnicos integrantes (Esfigmomanómetro, Desfibrilhador, Laringoscópio).
- 6º O laringoscópio e as lâminas são, lavadas e feita a desinfecção no serviço. E nunca enviados para a esterilização.
- 7º O Ressuscitador Manual (AMBU), deverá estar **sempre(Montado e Testado)** pronto a ser utilizado.
- 8º O monitor / desfibrilhador deverá estar **sempre ligado à corrente eléctrica** (Norma Nº2 – Utilização e Manutenção do Desfibrilhador)
- 9º O carro de urgência deverá ser **conferido** :
 - **diariamente**, no turno da Noite pelo **Enfermeiro chefe de equipa**
 - **semanalmente**, (segunda-feira), durante o turno da manhã pela **enfermeira coordenadora**.
 - **sempre que utilizado.**, pelo **enfermeiro "D"** (responsável pela preparação das drogas – Norma nº3)
- 11º O Carro de Urgência deve estar **obrigatoriamente selado**, com o selo colocado no tabuleiro superior do carro.
- 10º No carro de urgência deve constar o **livro de bordo** que tem como finalidade fazer o registo de todas as situações em que o carro é utilizado. O livro está dividido em duas partes:

(cont.)

Elaborado por: Enf. Paula Paramés	Revisto por: _____	Aprovado por:  Leonor Monteiro Enf.º Chefe
--------------------------------------	-----------------------	--

 Hospital Garcia de Orta Serviço Neurocirurgia	Norma de Procedimento N.º 10	
	<i>continuação</i>	
	Elaborado em :	16 / 12 / 01
	Revisão n.º	0
	Próxima Revisão	16 / 12 / 03

NOME: **UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA**

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO: (cont.)

1ª parte - contém o registo da situação ocorrida em que o enfermeiro descreve os seguintes elementos:

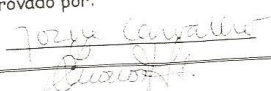
- ⇒ Data e Hora
- ⇒ Nome do doente
- ⇒ N.º de processo
- ⇒ Drogas utilizadas do carro de urgência
- ⇒ Reanimação : com ou sem êxito
- ⇒ Nome do Médico
- ⇒ Nome dos Enfermeiros (A, B, C, D)
- ⇒ Carro Conferido por
- ⇒ N.º de selos: colocado e do que fica para colocar

2ª parte - refere se ao registo realizado pelo enfermeiro responsável pela reposição / revisão do carro de urgência, que deverá registar os seguintes elementos:

- ⇒ Data
- ⇒ Carro Conferido e Testado por:
- ⇒ N.º de selos : colocado e do que fica para colocar

O CARRO DE URGÊNCIA DEVE ESTAR SEMPRE LIGADO À CORRENTE ELÉCTRICA

A LOCALIZAÇÃO PERMANENTE DO CARRO DE URGÊNCIA É NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Elaborado por: Enf. Paula Paramés	Revisto por: _____	Aprovado por: 
--------------------------------------	-----------------------	--

Leonor Monteiro Pág. 2 de 2
Enf.ª Chefe

 Serviço Neurocirurgia	Norma de Procedimento N.º 10	
	<i>continuação</i>	
	Elaborado em :	16 / 12 / 01
	Revisão n.º	0
	Próxima Revisão	16 / 12 / 03

NOME: UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO: (cont.)

DESCRIÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

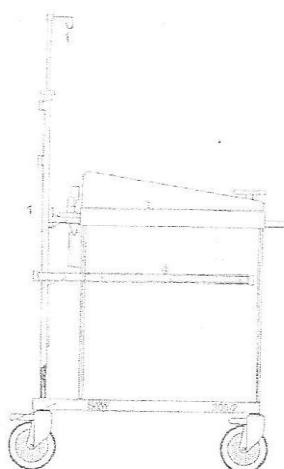


Fig. 1

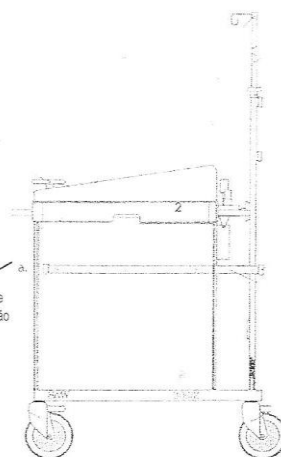


Fig. 2

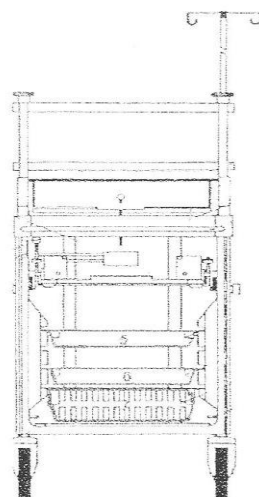
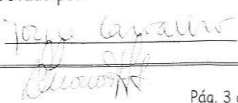


Fig. 3

(cont.)

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Enf. Paula Paramés		

Leonor Monteiro
Chefe



Norma de Procedimento N.º 10 continuação

Elaborado em :	16 / 12 / 01
Revisão n.º	0
Próxima Revisão	16 / 12 / 03

NOME:

UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO: (cont.)

☛ SUSPENSO AO CARRO (em cima e atrás) Fig. 1 - (1)

Em cima:

- 1 RESSUSCITADOR MANUAL - AMBU
- 1 DEXTROSE EM SORO FISIOLÓGICO 5% 500cc
- 1 LACTATO DE RINGER 500cc
- 1 MALA MASCARAS (N.º 2; N.º 3; N.º 4; N.º 5)

Atrás:

- 1 ESFIGMOMANÓMETRO
- 1 RELÓGIO
- 1 ASPIRADOR + TUBO + "T"
- 1 GARRAFA DE OXIGÉNIO + DEBITOMETRO + TUBO
- 1 CONTENTOR DE CORTANTES

☛ GAVETA LATERAL Fig 2 - (2) - DROGAS DE 1ª LINHA

• ETIQUETAS • CANETA ACETATO	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 5	BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 5	CLORETO DE CÁLCIO 5	SULFATO DE MAGNÉSIO 20% 5
SALBUTAMOL 0,5mg/ml 5	AMINOFILINA 240mg/m 5	HIDROCORTISONA 100mg/ml 5	METILPREDNISOLONA 1gr. 2	NEOSTIGMINA 10
DINITRATO DE ISOSSORBIDO 10mg 5	5	XILOCARD 2% 3	EFEDRINA 10	NALOXONA 5
ISOPRENALINA 5	ADENOSINA 5	ADRENALINA 1 mg/ml 20	ATROPINA 0.5mg/ml 20	FLUMAZENIL 5

Elaborado por:

Enf. Paula Paramés

Revisto por:

Aprovado por:

Leonor Monteiro
Enf.ª Chefe

Pág. 4 de 4



Norma de Procedimento N.º 10

continuação

Elaborado em :	16 / 12 / 01
Revisão n.º	0
Próxima Revisão	16 / 12 / 03

NOME: UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO: (cont.)

GAVETA 5 Fig. 3

CLONAZEPAN 5	MIDAZOLAM 3	DIAZEPAN / DIAZEMULS 5 / 5
TIOPENTAL 5	PROPOFOL 5	SUCCILCOLINA (Frigorífico)
METACLOPRAMIDA 5	NITRADISC 5MG / 10MG. 3 / 3	LIDOCAINA 2% 5
FUROSEMIDA 10	DOPAMINA 5	NIFEDIPINA (GOTAS) 1
DIGOXINA 5	AMIODORONA 5	PROPANOLOL 5
AGUA DESTILADA 10	SORO FISIOLÓGICO 10	GLICOSE HIPERTÓNICA 30% 5

GAVETA 6 Fig. 3

BUTTERFLAY 5	SERINGAS DE GASIMETRIA 5	SERINGAS DE 5 CC 10
TORNEIRAS DE 3 VIAS v 5	COMPRESSAS DE 10X 10 6 PACOTES	SERINGAS DE 10 CC 10
AGULHAS SC v 10		
AGULHAS IM 10	SERINGAS DE 20 CC 10	SERINGAS DE 2CC 10
AGULHAS EV 10	ABBOCATH Nº 22 3	
AGULHAS DE DILUIÇÃO 10	ABBOCATH Nº 20 3	
	ABBOCATH Nº 18 3	
	ABBOCATH Nº 16 3	
	ABBOCATH Nº 14 3	

(cont.)

Elaborado por: Enf. Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Jorge Carvalho
--------------------------------------	--------------	---------------------------------

Pág. 6 de 6
LEONOR MONTEIRO
Enf.ª Chefe

 Hospital Garcia de Orta Serviço Neurocirurgia	Norma de Procedimento N.º 10		Elaborado em ;	16 / 12 / 01
	<i>continuação</i>		Revisão n.º	0
			Próxima Revisão	16 / 12 / 03

NOME: UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

DESTINATÁRIOS Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

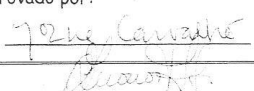
DESCRIÇÃO: (cont.)

☞ GAVETA 7 Fig. 3

2 SONDAS NASOGÁSTRICAS N.º 16 2 SONDAS NASOGÁSTRICAS N.º 18 1 SACO COLECTOR DE URINA	2 - PROLONGAMENTOS 25 CM 2 - PROLONGAMENTOS 50 CM 2 - PROLONGAMENTOS 100 CM 2 PROLONGAMENTOS OPACOS 150 CM + 2 PENSOS MEPORES DE 6X7 2 PENSOS MEPORES DE 9X10 2 PENSOS MEPORES DE 9X15	2 -SERINGAS DE 50ML 2 -SERINGAS OPACAS 50ML 1 SERINGA VESICAL + 2 PÁS PACE MAKER DISPOSABLE 1 CABO CONEXÃO PACE MAKER
2 BICARBONATOS DE SÓDIO 8.4% 100ML 2 DEXTROSE EM H ₂ O 100 ML 4 SORO FISIOLÓGICO 100 ML	4 SISTEMAS DE SOROS 2 SISTEMAS SANGUE 1 SISTEMA DE MICROGOTAS	1 CABO ECG 2 PARES LUVAS ESTERILIZADAS N.º 6,5 2 PARES LUVAS ESTERILIZADAS N.º 7 2 PARES LUVAS ESTERILIZADAS N.º 7,5 2 PARES LUVAS ESTERILIZADAS N.º 8 + 4 MASCARAS DE PROTECÇÃO + LUVAS NÃO ESTERILIZADAS

REFERÊNCIAS:

COUNCIL, European Resuscitation –Manual de Suporte Avançado de Vida, Versão Portuguesa do Advanced Life Support Course Provider Manual, 4th edition, Editado para o Conselho Português de Ressuscitação, 2001

Elaborado por: Enf. Paula Paramés	Revisto por: _____	Aprovado por: 
--------------------------------------	-----------------------	---

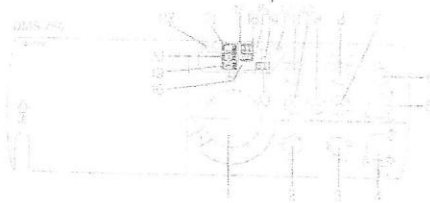
Leonor Monteiro
Enf.º Chefe

Pág. 7 de 7

 Serviço Neurocirurgia	Norma de Procedimento N.º 11		Elaborado em:	31 / 12 / 01
			Revisão n.º	0
			Próxima Revisão	16 / 12 / 03

NOME: *UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO DESFIBRILHADOR*

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO (Cont.)	DESFIBRILHADOR - Fig 1
	1. SELECTOR DE MODO - Seleciona o modo e nível de energia (Joules) para desfibrilhação 2. NÍVEL DE PACING - Seleciona a corrente de pacing do PaceMaker (variação entre 0 e 140mA) 3. FREQUÊNCIA DE PACING - Seleciona a frequência de Pacing (variação entre 30 e 180 batimentos/Min) 4. SAÍDA DO CABO DE PACE 5. ENTRADA DO CABO DE PACE - 6. SELECTOR DE DERIVAÇÕES Seleciona a derivação I, II, III. Só está activo quando o cabo de ECG está ligado. 7. SINCRONISMO- seleciona desfibrilhação sincronizada 8. AMPLITUDE DO ECG (mv / cm) 9. STOP- congela e activa ECG 10. ALARME ON / OFF - activa e desactiva o alarme, com limites fixos entre 30 e 150 pl / min 11. VOLUME DE SOM DO QRS 12. PACER INOP- Pacer desligado 14. Acende quando o alarme está desligado 15. ECG DESLIGADO- Acende quando não há contacto com os electrodos de ECG 16. SINCRONISMO - Acende quando é seleccionada a desfibrilhação 17. DESFIB - Pisca quando o desfibrilador está carregado com o nível de energia seleccionada e pronto a efectuar a descarga. Esta deve ser feita num intervalo de tempo inferior a 20seg. 18. JOULES- Pisca quando selecciona desfibrilhação e até o nível ser atingido 19. BATERIA DESCARREGADA 20. LIGAÇÃO- Acende quando o desfibrilador está ligado 21. LIGAÇÃO ADICIONAL- acende quando o desfibrilador está ligado ao carregador de baterias 22. TESTE - Pisca quando uma descarga de 300J é feita durante o teste do desfibrilador
	23. LUZ PILOTO- Indica que o aparelho está ligado 24. REGISTO- Inicia e suspende manualmente o registo quando pressiona o botão 25. / 27. DESCARGA- Pressionados em simultâneo fazem a descarga do desfibrilador 26. CARGA- Efectua a carga do desfibrilador para o nível de energia seleccionado 28. PAPEL DO REGISTRADOR 31. TERMINAIS DE TESTE 32. REGISTRADOR- em modo automático inicia um registo quando se efectua uma desfibrilhação ou em caso de alarme em modo manual pressiona-se o botão para activar e desactivar o registo

(Cont.)

Elaborado por: <i>Enf. Paula Paramés</i>	Revisto por: _____	Aprovado por: <i>Enf. Leonor Monteiro</i>
---	-----------------------	--

Enf. Leonor Monteiro
Enf.ª Chefe

Pág. 3 de 3



Norma de Procedimento N.º 11

Elaborado em :	16 / 12 / 01
Revisão n.º	0
Próxima Revisão	16 / 12 / 03

NOME: UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO DESFIBRILHADOR

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

OBJECTIVO: Assegurar a funcionalidade do Desfibrilhador de modo a não colocar em risco a vida do doente

CONCEITO: **Desfibrilhador- Fig.1** - aparelho cujo componente básica é um condensador capaz de armazenar energia eléctrica de corrente contínua com alta voltagem e descarrega-la, quando necessário, através de duas placas electrónicas metálicas (pás), sendo uma de pólo positivo e a outra de pólo negativo, medindo: adulto - 8,5 a 12 cm de diâmetro.

▪ O **choque** pode ser *sincronizado* ou *não sincronizado* com o ritmo cardíaco. O choque não sincronizado é utilizado quando os complexos **QRS** e a onda **T** são de difícil caracterização, como na **fibrilhação**, **flutter ventricular** e **taquicardia ventricular sem pulso**

▪ Uma **bateria completamente carregada**, operará o aparelho durante **2h.30** ou fornecerá **30 descargas de 360 Joules**

▪ O **tempo total** para a **carga completa** das baterias é de **16 horas**, a recarga é de:

- **10 segundos** para choques de 200 Joules e
- **15 segundos** para choques de 360 Joules

Desfibrilhação - choque eléctrico transmitido ao coração através da parede torácica, induzindo despolarização de células cardíacas.

DESCRIÇÃO:

1. Ligar o desfibrilhador – botão **ON**
2. Proceder à monitorização cardíaca Fig. 2
3. Seleccionar a carga pretendida
4. Colocar o botão **SYNC** na posição desejada (síncrono ou não síncrono)
5. Colocar gel no tórax: - imediatamente abaixo da linha média clavicular e
- a baixo e para o lado esquerdo do mamilo esquerdo
6. Primir "charge" (no botão da pá), colocando assim o equipamento em carga.
7. Colocar as pás: **STERNUM** – imediatamente abaixo da linha média clavicular
APEX – lado do mamilo esquerdo Fig. 2
8. Afastar-se e certificar-se de que ninguém está em contacto com a cama - Gritar **AFASTAR**
9. Voltar a certificar-se que ninguém está em contacto com a cama
10. Pressione os botões das pás "Discharge" em simultâneo para que a descarga se efectue

(Cont.)

Elaborado por:

Enf. Paula Paramés

Revisto por:

Aprovado por:

Leonor Monteiro
Enf.ª Chefe

Pág. 1 de 1

Serviço Neurocirurgia	Norma de Procedimento N.º 11	Elaborado em	16 / 12 / 01
		Revisão n.º	0
		Próxima Revisão	31 / 12 / 03

NOME:

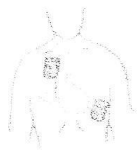
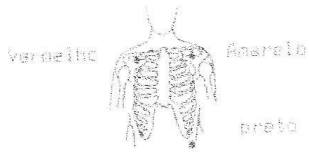
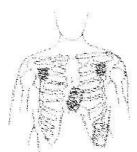
UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO DESFIBRILADOR

DESTINATÁRIOS

Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO: (Cont.)

POSIÇÃO DOS ELÉCTRODOS - Fig.2

	Posição recomendada das PÁS, quando se efectua <u>desfibrilhação sincronizada</u>
	Posição recomendada dos ELÉCTRODOS de ECG; quando se efectua <u>desfibrilhação sincronizada</u>
	Posição recomendada das PÁS, para doentes com <u>Pace-Macker</u> implantado no lado esquerdo ou direito do peito

(Cont.)

Elaborado por: Enf. Paula Paramés	Revisto por: _____	Aprovado por: Leonor Monteiro Enf.ª Chate
--------------------------------------	-----------------------	---

Pág. 5 de 5



Norma de Procedimento N.º 11

Elaborado em :	16 / 12 / 01
Revisão n.º	0
Próxima Revisão	31 / 12 / 03

NOME: *Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia*

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO: (Cont.)

- ANEXO 1 -

TESTE DO DESFIBRILHADOR

* TESTE DO MONITOR DE ECG

A - ECG obtido através de eléctrodos (cabo do doente)

1. Conectar o cabo de ECG
2. Rodar o botão SELECTOR DE MODO para a posição
3. Seleccionar a derivação I ou II
4. Fixar as pinças aos terminais de teste



♦ O monitor apresentará um Sinal de Teste de 1 mV com frequência de 60 batimentos / minuto

B - ECG obtido através das pás

5. Desligar o cabo de ECG da respectiva entrada
6. Rodar o botão SELECTOR DE MODO para a posição -----
7. Obter o ECG através das pás, colocando-as nos terminais de teste RA (vermelho) e LA (amarelo)



♦ O monitor apresentará um sinal de teste de 1 mV com frequência de 60 batimentos / minuto

* TESTE DA DESCARGA DO DESFIBRILHADOR

PERIGO - Alta Tensão

1. Ligar o aparelho, rodando o botão Selector de Modo para 300 Joules



Reparar que o indicador pisca

2. Colocar as pás nos respectivos suportes, e pressionar o botão de Carga na pá do Apex.



♦ Passados 7 seg. o indicador pisca e um sinal acústico contínuo é ouvido

3. Efectue a descarga, pressionando simultaneamente os Botões de Descarga nas pás



♦ Confirmar que a lâmpada de teste pisca, indicando a descarga de energia.

♦ A lâmpada de teste pode piscar a um nível de energia inferior, mas não tem significado

Elaborado por:

Enf. Paula Paramés

Revisto por:

Aprovado por:

Leonor Monteiro
Enf. Chefe

Pág. 6 de 6

 Hospital Garcia de Orta Serviço Neurocirurgia	Norma de Procedimento N.º 11	
	Elaborado em :	16 / 12 / 01
	Revisão n.º	0
	Próxima Revisão	31 / 12 / 03

NOME:

UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO DESFIBRILADOR

DESTINATÁRIOS

Enfermeiros que exercem funções no serviço de Neurocirurgia

DESCRIÇÃO : (Cont.)

SIMBOLOGIA

	SELECTOR DE MODO - DESLIGADO
	SELECTOR DE MODO - LIGADO / MONITORIZAÇÃO DO ECG
	SELECTOR DE MODO - LIGADO O MODO DE PACEMAKER
	FREQUÊNCIA DE PACING
	ACTIVA E DESACTIVA O ALARME DE FREQUÊNCIA CARDÍACA
	REGISTADOR - MODO AUTOMÁTICO INICIA AUTOMATICAMENTE O REGISTO SEMPRE QUE DESFIBRILHA OU QUANDO ALARMA
	REGISTADOR - MODO MANUAL INICIA E SUSPENDE O REGISTO MEIANTE PRESSÃO MANUAL
	ACENDE QUANDO O ALARME ESTÁ DESLIGADO
	ACENDE QUANDO O ECG ESTÁ DESLIGADO

(Cont.)

Elaborado por: Enf. Paula Paramés	Revisão por: _____	Aprovado por: _____ Leonor Monteiro Enf.ª Chefe
--------------------------------------	-----------------------	--

Pág. 4 de 4

ANEXO III

Declaração do departamento de formação

SERVIÇO DE FORMAÇÃO

Declaração

Certificamos que **MARIA PAULA NAZARÉ CORREIA PARAMÊS**, tem sido colaboradora assídua do Serviço de Formação do nosso Hospital.

Participou activamente, desde 1992 até à presente data, nos seguintes cursos

- Curso - Formação Inicial de Assistentes Operacionais
- Curso – Princípios de Higiene e Controle de Infecção

Almada, 26 de Abril de 2010

O SERVIÇO DE FORMAÇÃO



Enf.ª Clara Rocha

ANEXO IV

Declaração da comissão de controlo de infeção



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a **Sr.^a Enf. Maria Paula Nazaré Correia Paramês**, colaborou com a Comissão de Controlo de Infecção (CCI) exercendo funções de Membro Dinamizador no Serviço de Neurocirurgia deste hospital, no período de 09/10/2000 até 05/05/2005.

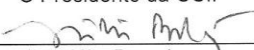
Para além da colaboração permanente com esta Comissão, realçamos o seguinte desempenho:

- Colaboração nos Programas de Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea e de "Agentes Problema":
 - Registo diário e envio mensal de dados à CCI (formulário "tipo calendário").
 - Vigilância da situação epidemiológica do seu Serviço.
- Implementação, em colaboração com a chefia, das medidas preconizadas pela CCI no controlo de SURTOS de infecção por MRSA:
 - Elaborou um panfleto informativo sobre MRSA que veio a ser aprovado pela CCI e adoptado em todos os Serviços do Hospital.
- Colaboração na análise e colheita de dados relativos ao seu Serviço, para o "Inquérito de Prevalência de Infecção" realizado em Abril de 2003, em colaboração com o Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI).
- Participação nas reuniões periódicas da CCI, com desenvolvimento de actividades de Formação em Serviço junto dos seus pares.

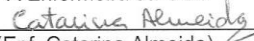
Almada, 16 de Julho de 2008.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO
DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

O Presidente da CCI:


(Dr. Júlio Botas)

A Enfermeira da CCI:


(Enf. Catarina Almeida)

ANEXO V

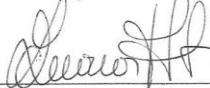
Declaração das actividades desenvolvidas de carácter científico na unidade
de cuidados intensivos neurocirúrgicos

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que a Sr^a Enf. Maria Paula Nazaré Correia Paramés a exercer funções no Serviço de Neurocirurgia, desempenhou as seguintes funções:

- ✓ Prestação de Cuidados ao doente em contexto de cuidados intensivos de acordo com o conteúdo funcional de enfermeiro graduado.
- ✓ Integração de enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos
- ✓ Colaboração na orientação dos enfermeiros do Curso Complementar de Enfermagem
- ✓ Coordenação da Unidade – desempenho de funções na área da gestão (recursos Humanos, cuidados de enfermagem, e recursos materiais) em colaboração com a enfermeira Chefe.
- ✓ Colaboração com Enf.^a Chefe na organização e apresentação dos cursos:
 - "Actualização Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido Ventilação Mecânica "
 - "Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico Neurocirúrgico
- ✓ Elaboração de normas de procedimento de enfermagem para o serviço:
 - Perante o doente com traqueostomia
 - Perante o doente com traqueotoma
 - Utilização e Manutenção do Carro de Urgência
 - Utilização e Manutenção do Desfibrilhador
- ✓ Responsável pelo estágio das Assistentes Operacionais do curso de AO do Departamento de Formação
- ✓ Colaboração com a Enf.^a Chefe na implementação da CIPE no Serviço.
- ✓ Realização do folheto Informativo de Infecção do MRSA
- ✓ Coordenadora do Plano de Contingência Específico para o Serviço de Neurocirurgia, com vista Bug do ano 2000, e inserido no âmbito do plano de contingência sectorial do HGO.

Almada, 10 de Maio de 2010



(Enfermeira Chefe)

Leonor Monteiro
Enf.^a Chefe

ANEXO VI

Norma de procedimento dos cuidados de enfermagem ao doente com HIC

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

Contra-indicado:

- + Doentes conscientes, doente com estado neurológico de 15
- + Doentes com coagulopatias, os diversos procedimentos podem desencadear hemorragias ou hematomas

Causas mas Frequentes para monitorização da PIC

- + Traumatismos cráneo encefálicos graves,
- + Hemorragias Intracranianas de diferentes etiologias, sendo os aneurismas rotos os mas comum dentro de este grupo.
- + Os tumores cerebrais podem apresentar-se de forma aguda, sub-aguda e crónica que modificam a PIC pelo próprio efeito dos tecidos adjacentes e por bloqueio da circulação do LCR.

Indicações para a monitorização da PIC

- Em doentes com o compromisso do estado de consciência, com score neurológico <7 na Escala de Coma de Glasgow.
- Em doentes em que o tratamento médico empírico da PIC não evidencia melhoria clínica
- Depois de cirurgias em situações em que foi removido um tumor ou lesão vascular.
- No pos-operatorio de patologia intracraniana crítica.

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Enf. ^a Paula Paramés		Nelson Moreira

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

A colocação do cateter é uma técnica realizada no Bloco Operatório em condições de assepsia rigorosa pelo Neurocirurgião

Tem Indicação

- + Monitorização da PIC
- + Drenagem de LCR
- + Administração intratecal de fármacos

Tipos de Cateteres

- + Intraparenquimatoso – é o mais fácil e mais rápido de colocação.
- + Intraventricular – é mais fiável que o anterior
- + Epidural – é o menos exacto

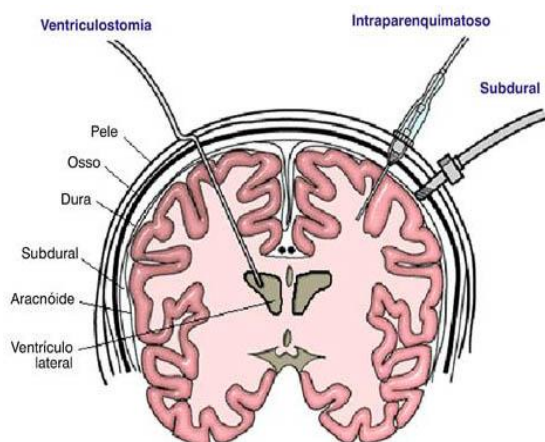


Figura 2 - Monitorização da pressão intracraniana

Elaborado por: Enf.ª Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Nelson Moreira
---------------------------------------	--------------	---------------------------------

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

Riscos da colocação da PIC

- Infecção.
- Hemorragia.
- Lesão do tecido cerebral com efeitos neurológicos
- Risco da anestesia geral.

MONITORIZAÇÃO DA PIC

O volume craniano de um adulto é de, aproximadamente, 1900ml e é ocupado com 80% de cérebro, 10% de sangue e 10% de LCR.

O volume dos componentes deve ser compensado se houver aumento de um dos componentes ou aparecimento de outro elemento “que ocupe espaço”, pois o crânio é uma caixa inextensível.

Efeitos da PIC sobre o fluxo sanguíneo cerebral

O fluxo sanguíneo cerebral (FSC) é igual à relação entre a pressão Intracerebral (PIC) e a resistência vascular cerebral (RVC).

O fluxo sanguíneo cerebral é mantido estável à custa de adaptações da RVC, que é modificada por mecanismos de auto-regulação.

$$\text{FSC} = \frac{\text{PAM} - \text{PIC}}{\text{RVC}}$$

Na prática clínica dificilmente se mede FSC, logo é a PPC que assume o papel fundamental no diagnóstico e tratamento da HIC.

Elaborado por: Enf. ^a Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Nelson Moreira
---	--------------	---------------------------------

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N°	Elaborado em:	Junho 2009
---	---	---------------	------------

DESCRIÇÃO:

Por isso, a PPC, que consiste na diferença entre a pressão arterial e a venosa, tem valor aproximado da diferença entre as pressões arterial e intracraniana.

Estas relações podem ser sistematizadas na seguinte equação:

$$\text{PPC} = \text{PAM} - \text{PIC}$$

PPC= Pressão Perfusão Cerebral

PAM= Pressão Arterial Média

PIC= Pressão Intra-craniana

RVC= Resistência Vascular cerebral

$$\text{PAM} = \frac{2\text{TAS} + 1\text{TAD}}{3}$$

TA sistolica = Tensão arterial Sistolica

TA diastolica =Tensão arterial diastolica

Elaborado por: Enf. ^a Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Nelson Moreira
--	---------------------	--

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

Cuidados de Enfermagem ao doente com Hipertensão Intra – Craniana:

- ✓ Avaliação do estado neurológico – **Escala Glasgow que mede a resposta verbal motora e abertura ocular utiliza-se para avaliar o estado de consciência**

Abertura Ocular	
Espontânea	4
Ao estímulo verbal	3
Ao estímulo doloroso	2
Não responde	1

Resposta Verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Inapropriado	3
Incompreensível	2
Não Responde	1

Resposta Motora	
Cumprir Ordens	6
Localiza a Dor	5
Fuga à Dor	4
Resposta em Flexão	3
Resposta em Extensão	2
Não Responde	1

Elaborado por: Enf. ^a Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Nelson Moreira
---	--------------	---------------------------------

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

COMA	SCORE
Grave	< 8
Moderado	9 - 12
Leve	>12

A pontuação das três respostas indica o estado neurológico do doente e a sua gravidade

Cuidados de Enfermagem ao doente com Hipertensão Intra-Craniana: (cont.)

- ✓ Proporcionar um ambiente calmo tranquilo evitando qualquer tipo de tratamento que aumente a incidência de estímulos nocivos ao doente e que podem incrementar a Pressão Intracraniana. Como: (dor, aspiração de secreções, mudança de posição, cuidados de higiene)
- ✓ Elevação da cabeceira 30° com o doente em decúbito dorsal com o fim de facilitar a drenagem venosa
- ✓ Manter a cabeça alinhada com o corpo (linha média)
- ✓ Evitar rotação externa do pescoço e a sua flexão porque pode provocar a compressão das veias jugulares
- ✓ Evitar a flexão da anca e cintura. Estas posições aumentam a pressão intra-abdominal e a pressão intra-torácica, aumentando assim a pressão venosa impedindo o retorno venoso.
- ✓ Avaliação dos Sinais Vitais (TA, FC, FR) Controlo da pressão arterial
- ✓ Ao existir lesão nas áreas do tecido cerebral os mecanismos auto-regulação perdem-se e as alterações na pressão arterial produzem alterações na pressão de perfusão cerebral

Elaborado por: Enf.ª Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Nelson Moreira
---------------------------------------	--------------	---------------------------------

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

- ✓ As variações do **padrão respiratório** ajudam a identificar o nível de disfunção da lesão do tronco cerebral, também valorizar a efectividade do intercâmbio gasoso para manter níveis adequados de oxigénio e dióxido de carbono.
- ✓ O bulbo e o nervo vago têm o controlo parassimpático do coração. Ao estimular esta zona inferior do tronco cerebral produz-se bradicardia, que também se dá quando tem lugar um incremento da PIC, podendo produzir arritmias como bloqueios ventriculares ou fibrilhação ventriculares.

NÍVEL DA LESÃO	PADRÃO RESPIRATORIO
MESENCEFALO	KUSSMAUL
PROTUBERANCIA	APNEICA
BULBO	ATAXICA
DIENCEFALO	CHEYNE-STOKES

- ✓ Oximetria de Pulso
- ✓ Oxigenação e ventilação adequada Hiperventilação -a hiperventilação controlada há sido um importante factor adjuvante no tratamento do doente com hipertensão intracraniana. quando a PaCO₂ se reduz desde seus níveis normais de 35 – 40 mm Hg o doente com HIC, apresentará vasoconstrição das artérias cerebrais, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e incremento do retorno venoso em consequência da redução do volume sanguíneo intracraniano dá lugar à diminuição global da PIC.
- ✓ Aspiração de secreções
- ✓ Administração de analgesia / sedativos
- ✓ Avaliação do Balanço Hídrico
- ✓ Avaliação da Diurese
- ✓ Alteração do termo regulação (manter temperatura corporal nos limites normais / hipotermia o ideal é manter uma temperatura entre 35 e 37º C nas primeiras 14 horas após ter-se produzido a lesão cerebral mantendo-se durante as seguintes 72 horas.
- ✓ Medição da Pressão de Perfusão Cerebral PPC=PAM-PIC
- ✓ Registo no final de cada turno do nível a que fica a câmara assim como das características do liquor, a quantidade drenada e se está功能ante

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Enf.ª Paula Paramés		Nelson Moreira

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N°	Elaborado em:	Junho 2009
---	--	----------------------	-------------------

Tratamento

- Posição do doente
- Hiperventilação
- Manipulação de Fluidos
- Sedação e fármacos bloqueantes (lidocaina, midazolan, fentanilo, propofol, tiopental)
- Controlo da Temperatura
- Controlo da Pressão Sanguínea
- Diuréticos osmóticos
- Corticosteroides
- Calcio antagonistas
- Drenagem de LCR



MONITOR DA PIC



SENSOR DA PIC

Elaborado por: Enf. ^a Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Nelson Moreira
--	---------------------	--

ANEXO VII

Norma de procedimento dos cuidados de enfermagem ao doente com DVE

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

ASSUNTO: Norma de Procedimento dos Cuidados de Enfermagem a doentes com DVE DESTINATÁRIO: Enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência

OBJECTIVO: Uniformizar Cuidados de Enfermagem a doentes com Drenagem Ventricular Externa

DESCRIÇÃO: Devido ao carácter agudo e emergente da hipertensão Intra Craniana (HIC), da Hidrocefalia e da Hemorragia Intracraniana a evolução do processo vai depender do tratamento médico e dos cuidados de enfermagem os cateteres Intracranianos, especialmente as ventriculostomias, ou drenagens ventriculares externas, constituem uma ferramenta de diagnóstico e terapêutica. Para os doentes neurocirúrgicos por um lado permitem a monitorização de PIC, por outro permite a drenagem de líquido cefalorraquidiano (LCR) SISTEMA VENTRICULAR ✚ Estruturas cavitárias profundas do SN, revestidas por epitélio e plexo coróide (estrutura especializada em produzir LCR); ✚ LCR: produzido por células epiteliais do plexo coróide do III e IV ventrículos, indo para espaço subaracóide pelos forames específicos; ✚ LCR é reabsorvido pelas granulações aracnoideas, junto aos seios venosos do encéfalo. ✚ O volume total de LCR no adulto é de cerca de 150ml, com produção contínua, sendo a cada 8h, aproximadamente, este total é renovado.
--

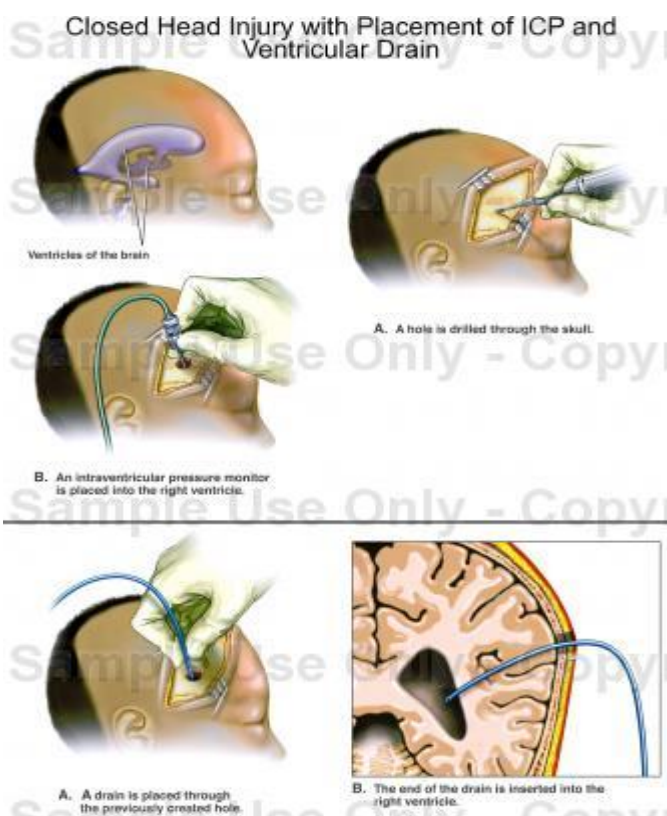
Elaborado por: Enf.ª Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Nelson Moreira
--	---------------------	--

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

INDICAÇÃO PARA COLOCAÇÃO DE DVE

- ✚ Hidrocefalia por meningite;
- ✚ Hidrocefalia por sangramento intraventricular (no AVC hemorrágico hipertensivo ou por ruptura de aneurisma cerebral ou outra formação cérebro-vascular);
- ✚ Qualquer forma de hidrocefalia aguda, com rápida e progressiva deterioração neurológica, pela facilidade e rapidez do procedimento;
- ✚ Colocar em simultâneo sistema transdutor para monitorização da PIC;



Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Enf. ^a Paula Paramés		Nelson Moreira

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

Cuidados Enfermagem a doentes com Drenagem Ventricular Externa

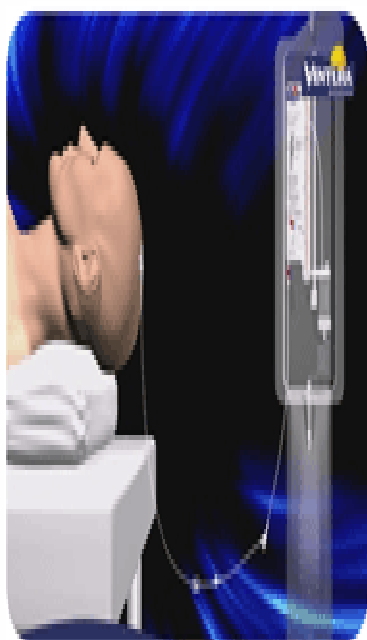
- + Avaliação do estado neurológica através da Escala de Glasgow
- + Manter o doente em decúbito de 30 graus
- + Zerar o cateter de DVE no conduto auditivo externo, devendo ser zerado na admissão e toda a vez que for alterado o nível da cabeceira.
- + Manter altura da drenagem a de acordo com prescrição clínica. Registrar o débito, aspecto e cor do liquor, a cada 2 horas ou hora a Hora em situação de instabilidade
- + Observar sinais e sintomas de infecção (mudança da coloração normal, límpido incolor)
- + Posicionar o doente de modo a evitar mobilização do cateter
- + Nunca aspirar ou injectar solução no cateter
- + Verificar a permeabilidade do cateter (baixando a câmara a um nível inferior do que está instituído)
- + Realizar penso uma vez põe dia
- + Quando realizar um transporte ou baixar cabeceira da cama zero graus fechar sempre o cateter de DVE, assim como de não se esquecer de abri-lo após a realização dos procedimentos
- + Sempre que o saco colector se encontrar a 2/3 deve ser mudado. Manter técnica asséptica
- + Registos diários sobre débito características e nível drenado, assim como o nível de altura a que fica a Drenagem
- + Após 14 dias de colocação do cateter deve-se avisar os clínicos.

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Enf. ^a Paula Paramés		Nelson Moreira

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

- ✚ A câmara só deve ser despejada no final do turno e registado o nível que fica. Ex. (NC=0)
- ✚ Quando DVE monitorizada com transdutor de pressão para verificar o valor da PIC, fechar para a drenagem, zerar o transdutor para registar o valor correcto e após, abrir a via de drenagem. Este procedimento deve ser realizado todas as vezes que se vai registar o valor da PIC.
- ✚ Registo no final de cada turno do nível a que fica a câmara assim como das características do liquor, a quantidade drenada e se está funcionante.



Doente monitorizado com cateter de DVE



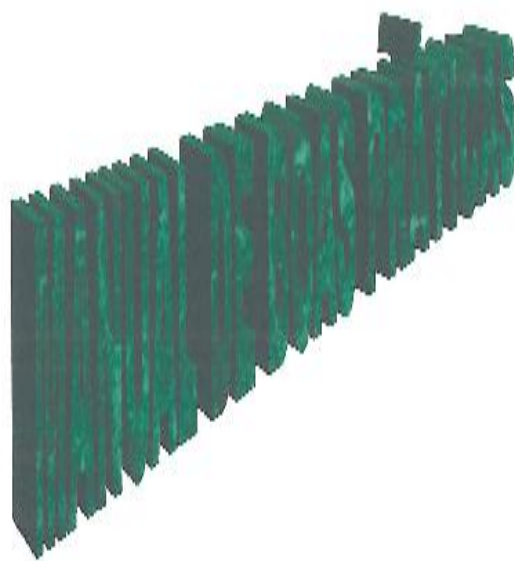
Sistemas de DVE

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Enf. ^a Paula Paramés		Nelson Moreira

ANEXO VIII

Manual de boas práticas de procedimentos de enfermagem no tratamento do doente com ulcera de pressão

HOSPITAL GARCIA DE ORTA
SERVIÇO URGÊNCIA GERAL



Elaborado por: Paula Paramés

ALMADA 2009

HGO EPE

Serviço Urgência Geral

HGO EPE

Hospital Garcia de Orta Entidade Publica Empresarial

PNCI

Protector Cutâneo Não Irritativo

UP

Ulcera de Pressão

Paula Paramés

INDICE

INTRODUÇÃO	4
TRATAMENTO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO	6
AVALIAÇÃO INICIAL DA ÚLCERA DE PRESSÃO	7
AVALIAÇÃO DA DOR	12
ALIVIO DA PRESSÃO	13
CUIDADOS COM A ÚLCERA DE PRESSÃO	14
COLONIZAÇÃO E INFECÇÃO BACTERIANA	20
TRATAMENTO COM APÓSITOS	22
CUIDADOS COM A PELE PERI-ÚLCERA	25
CUIDADOS PALIATIVOS	28
TRATAMENTOS ALTERNATIVOS	29
PRODUTOS USADOS NA FERIDA	34
SISTEMA DE REGISTO	52
BIBLIOGRAFIA	54

INTRODUÇÃO

A alteração da integridade da pele que comumente resultam em lesões denominadas úlceras de pressão (U.P.), escaras ou úlceras de decúbito, tem sido relatado como sendo objecto de preocupação do Cuidar em Enfermagem

Hoje sabe-se que algumas lesões são decorrentes de factores inerentes à doença e ao estado do doente de alto risco no entanto a maior parte do problema pode ser evitado através do uso de materiais e equipamentos adequados para o alívio da pressão, cuidados adequados com a pele e considerações com os aspectos nutricionais. A presença da úlcera de pressão tem sido considerado um indicador de qualidade dos serviços de saúde e esforços têm sido feitos para o estabelecimento de directrizes que norteiam a prática visando a redução do problema.

Desde dos anos 80 que houve um despoletar dos produtos relacionados com feridas, impulsionando desde a inovação e avanços de cura em ambiente húmido e foi crescendo em progressão geométrica de forma imparável até aos dias de hoje.

Este impulso fez ampliar as miras de observação e as linhas de investigação,

Que já não se centram só na evolução dos produtos mas também, no êxito, e rapidez de cicatrização.

Tendo em conta que a maioria das UP são evitáveis e uma das competências dos Enfermeiros é promover a saúde e prestar cuidados de qualidade, tornando-se premente investir na formação, assim como, na educação do doente e seus familiares.

Uma prevenção bem conduzida para além de ser um cuidado de enfermagem por excelência, é a melhor abordagem à problemática das UP.

Este guia de boas práticas foi realizado na perspectiva de ser um marco de trabalho para os profissionais de saúde; na medida de melhorar os cuidados prestados ao doente com úlcera de pressão.

São vários os objectivos que me propus:

- Unificar critérios de realização do penso da úlcera de pressão
- Estabelecer um método uniforme de descrição da úlcera por pressão, o seu registo, evolução, avaliação cuidado e tratamentos pelo pessoal de enfermagem
- Identificar os doentes com risco de úlceras por pressão
- Melhorar os cuidados prestados com as úlceras por pressão, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

Ao realizar este manual de boas práticas considero-o fundamental para o tratamento das úlceras de pressão, de forma que seja útil na prática clínica

Este guia foi realizado segundo as recomendações da Comissão de Feridas do HGO EPE



TRATAMENTO DAS ULCERAS DE PRESSÃO

Aparecimento das UP é um importante problema de saúde com grave e múltiplas consequências a diferentes níveis; e não só para o doente / família, assim para o sistema de saúde (Hospital), e diferentes profissionais de saúde que nele trabalham.

De forma geral o aparecimento de UP vai originar desconforto tanto para o doente / família, pode agravar o seu estado de saúde, pelo aumento de risco de infecção e chegando a elevar a incidência mortalidade em indivíduos de idade avançada; Provoca ainda alteração do bem-estar devido à dor e impotência funcional como à perda de autonomia e auto estima, leva a um aumento de ansiedade na família e importantes repercussões sociais, laborais.

Incrementam o custo económico derivado ao tratamento e cuidados prestados às lesões das possíveis complicações e do aumento das cargas de trabalho para a Enfermagem;

Por tudo isto as UP convertem-se se num indicador negativo da qualidade dos cuidados prestados ao doente.

É evidente que nos encontramos perante um grave problema que necessita de um planeamento serio, racional e consequente, assim como a implicação de todos os envolvidos neste processo.

Desta perspectiva, e dentro dos possíveis estratégias a desenvolver no Serviço de Urgência Geral, considero a elaboração deste guia de tratamento da Ulcera de Pressão no âmbito de uma serie de acções encaminhadas para abordar este problema.

AVALIAÇÃO INICIAL DA ÚLCERA DE PRESSÃO

Avaliação é o ponto de partida para planificar o tratamento de um indivíduo com UP e a evolução dos seus efeitos. A avaliação inicial ao doente com UP abraça dimensões: estado do doente, as lesões, e os cuidados na comunidade

Avaliar a presença de factores de risco imobilidade, incontinência, pressão, nutrição, idade avançada, patologias graves, tóxicos, tratamentos farmacológicos. Temos d corrigir qualquer factor e risco se queremos que o tratamento seja eficaz e não apareçam novas lesões

Um tratamento eficaz passará sempre por: um bom estado nutricional, controlo e higiene da pele, da pressão e mobilidade e melhorar o estado geral do indivíduo.

Reavaliar as UP pelo menos uma vez por semana. Se a situação do doente ou da ferida se deteriora, reavaliamos o tratamento tão pronto como seja possível.

Uma UP, limpa deve mostrar sinais de que estar tratada em 2-4 semanas. Se não acontecer tem que reavaliar de novo.

Os sinais de deterioração são: aumento do exsudado, edema, perda de tecido de granulação, descarga purulenta, sinais evidentes de infecção.

Identificar as complicações potenciais associadas às UP como podem ser endocardite, artrite séptica, osteomielite, bacteriémia ou celulite progressiva

Avaliar o meio entorno do cuidado ao doente: Reunir informação do entorno familiar, recursos, possibilidades, motivação, conhecimentos, e quem é o prestador de cuidados principal do doente.

Em doentes terminais o objectivo será manter o conforto e bem-estar do doente

1º - Avaliação Inicial

- ✚ Realizar uma História e exame físico completa, tendo em conta
- ✚ : Factores de risco das UPP (imobilidade, incontinência, nutrição, nível de consciência)
- ✚ Identificar doenças que podem interferir no processo de tratamento da UPP (alt vasculares, respiratórias, metabólicas, imunológicas, processo neoplásicos, depressão...)
- ✚ Idade avançada
- ✚ Hábitos tabagismos
- ✚ Hábitos alcoólicos
- ✚ Hábitos de higiene
- ✚ Tratamentos Farmacológicos (corticoides, anti-inflamatórios, imunossuppressores, fármacos citotóxicos)

2º - Avaliação Nutricional

- ✚ A desnutrição é um factor de risco para a formação de UPP
- ✚ Dieta que contenha alimentos necessários para ajudar no tratamento

- Medidas antropométricas valores de albumina sérica, valores da transferrina sérica, e da contagem dos linfócitos podendo assim identificar o estado de desnutrição.

3º - Avaliação Psicossocial

- Reunir informação necessária para elaborar um plano de cuidados de acordo com as preferências, objetivos e capacidades do indivíduo e da família.
- Identificar o prestador de cuidados
- Avaliar a capacidade, habilidade e motivação do indivíduo / prestador de cuidados para participar no tratamento terapêutico

4º - Avaliação do ambiente do cuidado

- Reunir informação sobre os recursos, capacidades e motivação à volta dos cuidados para compreender e cumprir o plano de tratamento.
- Identificar o prestador de cuidados

- ✚ Avaliar as atitudes, habilidades, conhecimentos, disponibilidade, economia equipamento e possibilidade do prestador de cuidados (família, cuidador informal)

5º -Avaliação da Lesão

- ✚ Avaliação e documentação da lesão têm que se realizar uma vez por semana, excepto se há sinais de deteriorização do doente e da úlcera, ou em casos de agravamento do estado geral do doente. Deve ficar sempre registado qualquer alteração do tratamento do doente.
- ✚ Avaliar os parâmetros da Lesão:
 - ✚ Localização da lesão
 - ✚ Estádio da lesão
 - ✚ Tipo de tecido do leito da UPP
 - ✚ Dimensões: longitude, Largura
 - ✚ Estado da pele à volta da lesão
 - ✚ Quantidade e características do exsudado
 - ✚ Dor
 - ✚ Sinais de infecção

- 📌 Tipo de desbridamento
- 📌 Tratamento que se realiza
- 📌 Periodicidade do tratamento
- 📌 Realização do Penso

Registo na folha de avaliação Os sinais de deterioração da UPP que inclui aumento de exsudado, edema, perda de tecido de granulação,

Uma lesão limpa com adequada enervação e aporte vascular, deve ficar curada entre de 2 a 4 semanas Se tal não acontecer voltar a reavaliar o plano de tratamento

O início de agravamento do estado de consciência do doente, febre, hipotensão ou taquicardia podem sugerir um agravamento súbito.

Em doentes terminais, manter o conforto e o bem-estar do indivíduo.



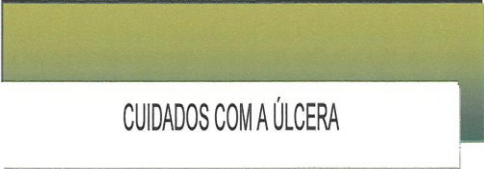
AVALIAÇÃO DA DOR

- ✚ Avaliar todos os doentes com dor relacionados com UP ou com o seu tratamento
- ✚ Aliviar a dor eliminando ou controlando a sua origem com Colocação de pensos, ajustando as superfícies de apoio, mobilizando o doente.
- ✚ Administração de terapêutica analgésica prescrita



ALIVIAR A PRESSÃO

- ✚ Aliviar a pressão supõe evitar a anoxia, a Isquémia tecidular e, as lesões relacionadas por má perfusão., o que nos leva à viabilidade dos tecidos moles e fazendo que a lesão fique em condições ótimas para a cura.
- ✚ Sendo as medidas de prevenção fundamentais para evitar as UPP, nas situações de lesão é fundamental aliviar a pressão com técnicas de posicionamento
- ✚ Não colocar o doente sobre as suas úlceras de pressão
- ✚ Usar dispositivos estáticos quando o doente pode assumir varias posições sem realizar sobrecarga sobre a UP. Actuam aumentando a área de contacto com a pessoa. Quanto maior seja a superfície de contacto menor será a pressão que tenha que suportar. Entre os materiais utilizados encontram-se espumas de poliuretano especiais, fibras de silicone, silicone gel.
- ✚ Usa – se dispositivos dinâmicos se o paciente não pode assumir várias posições sem sustentar o seu peso sobre a úlcera de pressão. Permite variar de maneira continua os níveis de pressão das zonas de contacto do doente com a superfície de apoio.
- ✚ Há que considerar o alinhamento postural, a redistribuição do peso, o equilíbrio, a estabilidade e o alívio da pressão quando colocamos os doentes sentados.
- ✚ Quando o excesso de humidade sobre a pele é fonte potencial de maceração e lesões cutâneas, deve-se evitar uso de dispositivos que impedem a livre circulação de ar através da pele.



CUIDADOS COM A ÚLCERA

- 1º - Para iniciarmos um tratamento correcto é necessário estabelecer uma serie de cuidados com uma mesma finalidade : reconstrução e remodelação do tecido lesado.
- 2º - A nível local, do cuidado da lesão, cada um dos cuidados que se estabeleçam tem de ir em função do processo evolutivo da ferida, pelo que se estabelecerá um tratamento específico dependendo do estágio e das características da lesão. Este tratamento irá sendo mudado conforme a resposta da ferida.
- 3º - Elegir a posição mais adequada para o doente
- 4º - Realizar o tratamento em condições de assepsia
- 5º - Retirar o penso mediante técnica não agressiva
- 6º - Avaliar a pele à volta da lesão
- 7º - Utilização de cremes protectores
- 8º - Avaliar a lesão e eleger o tratamento adequado
- 9º - Cuidados no estágio I, devem-se basear:
- 10º - Aliviar a zona de pressão afectada.
- 11º - Utilização de pensos de alívio da pressão como: efectivos no manuseamento da pressão, que reduz a fricção que permita a visualização da zona lesionada, e que não danifique a pele à volta da lesão. Hidrocoloide extrafino

Cuidados no estágio II, III, IV deve contemplar:

1º - Desbridamento do tecido necrótico

2º - Limpeza da ferida

3º - Prevenção e abordagem da infecção bacteriana

4º - Eleição de um produto que mantenha continuamente o leito da ferida húmido e a temperatura corporal.

Limpeza

1º - Material

🧤 Luvas

🧻 Compressas esterilizadas

🧻 Gaze esterilizada

💧 Solução soro fisiológico

🩹 Kit de penso para tratamento

2º - Procedimento

🧻 Utilizar gaze humedecida e limpar de uma forma linear de cima para baixo, trabalhando de dentro para fora da incisão em linha paralela a esta. Numa ferida aberta, humedecer a compressa com soro fisiológico e espremer o excesso de solução. Limpar a ferida em círculos fechados ou semi fechados, começando no centro da ferida e ir trabalhando até ao exterior da ferida

- ✚ A irrigação de uma ferida pode ser feita por vários métodos incluindo seringas, ampolas. A irrigação sobre pressão é um método efectivo de limpar feridas que estão infectadas ou muito contaminadas, Irrigação com elevada pressão usa-se seringas de 30ml e agulha nº18 G , diminui a taxa de infecção em feridas contaminadas. A utilização de pressões baixas É recomendada na irrigação de feridas em granulação limpas, devendo as pressões elevadas utilizadas em feridas infectadas.
- ✚ Solução de limpeza Deve-se utilizar uma solução salina pois providencia um ambiente húmido e promove a formação do tecido de granulação
- ✚ Temperatura recomenda-se afecta directamente a velocidade de cicatrização da ferida. A temperatura ideal é de 28º
- ✚ Nunca utilizar soluções salinas frias para desinfecção da ferida

3º - Desbridamento

Material especial

- ✚ - Luvas, compressas e gaze estéreis
- ✚ Solução salina fisiológica
- ✚ - Kit de penso
- ✚ - Anestésico local
- ✚ Desbridamento autolítico: Hidrogel
- ✚ Desbridamento enzimático: Colagenase
- ✚ Penso baseado em princípio da cura húmida

Tipos e Procedimentos

O desbridamento está indicado em qualquer ferida aguda ou crónica, e também infectada. O desbridamento reduz a carga bacteriana. No entanto está contra-indicado em duas situações: Úlceras por pressão localizadas no calcanhar, coberta por escara seca e feridas isquémicas secas e sem infecção, não devem ser submetidas a desbridamento até que a circulação na extremidade comprometida seja restabelecida.

O método de desbridamento deve ter em conta o estado e patologia associadas do doente, características da ferida e prática do profissional de saúde.

Tipos de Desbridamento:

1 - Cirúrgico: É o método mais rápido e eficiente. Todas as feridas devem ser lavadas antes e após a execução do desbridamento (justifica-se o uso de antissépticos pelo risco de contaminação). É necessário que os profissionais de saúde que se proponham efectuar o desbridamento por este método tenham a competência necessária para o fazer e que seja excluída a presença de sépsis sem cobertura antibiótica, úlcera sem potencial de cicatrização e doente com mau estado geral. A anticoagulação é uma contra indicação relativa. Deve ser considerado o método de primeira escolha.

2 - Enzimático: Utiliza agentes proteolíticos para degradar o tecido necrótico (papeína, collagenase, ADN-ase/fibrinolisa e a tripsina). São seguros e específicos para o tecido necrótico, mas podem causar irritação local devido às alterações do pH. À excepção da collagenase, existe pouca literatura sobre a eficácia dos outros agentes.

3 - Autolítico: Baseia-se na presença, em todas as feridas crónicas, de um processo altamente selectivo que envolve macrófagos e enzimas proteolíticas endógenas que liquidificam e separam o tecido necrótico do tecido saudável. Pensos interactivos húmidos tais como os hidrogeles, hidrocolóides, etc podem proporcionar um ambiente óptimo para este desbridamento autolítico e ajudam a criar um ambiente capaz de liquidificar o tecido necrosado e promover a granulação tecidual.

4 - Biológico (larvas): As evidências disponíveis indicam esta terapia como apresentando uma excelente relação custo/benefício, no entanto existe perigo de infecção se utilizarem larvas não estéreis.

5 - Mecânico: Remove fisicamente os detritos das feridas. Incluem pensos de compressa húmida, irrigação pressurizada e banhos em turbilhão de água. Os pensos humedecidos têm a desvantagem do desconforto durante a mudança e possível lesão do tecido de granulação.

6 - Químico: Através de anti-sépticos; os mais usados são as soluções iodadas, hipoclorito de sódio 0,5% e peróxido de hidrogénio. Em casos pontuais de infecção associada a necrose, sem necessidade de recorrer a antibióticos sistémicos, o iodo e por último, o hipoclorito de sódio podem ser utilizados.

Resumo dos Métodos de Desbridamento

Método	Indicação	Vantagens	Desvantagens
Desbridamento cirúrgico	Remoção de tecido desvitalizado; Celulite e sépsis são indicação urgente	Método rápido e selectivo; Extremamente eficaz	Não deve ser utilizado em escaras aderentes e na remoção de tecido desvitalizado em úlceras extensas; Doloroso para o doente;
Desbridamento autolítico	Utilizado no caso de intolerância a outros métodos; Envolve a utilização de um penso sintético a cobrir a ferida; Recomendado para feridas não infectadas com volume limitado de tecido necrosado;	Permite que o tecido desvitalizado se "auto-digira", utilizando as enzimas existentes nos fluidos da ferida; Efectivo, versátil, selectivo; Dor mínima ou inexistente	Método lento; Contra-indicado em feridas infectadas; Pode promover crescimento anaeróbio no caso de se utilizar um penso oclusivo;
Desbridamento enzimático	Aplicação tópica de agentes de desbridamento nos tecidos necrosados na superfície da ferida; Caso não haja indicação cirúrgica;	Danos mínimos para o tecido são; método rápido; pode ser utilizado junto com o desbridamento mecânico;	Contra-indicado em feridas infectadas; Dispendioso; Pode levar ao aparecimento de inflamação;

Foi retirado da norma de procedimento de feridas da Comissão de Feridas do HGO EPE

COLONIZAÇÃO E INFECÇÃO BACTERIANA

A limpeza e desbridamento eficaz vai minimizar a colonização das UP e melhorar o tratamento visando a cura.

Actualmente a determinação de se uma úlcera está infectada ou não é realizada por critérios clínicos Conjuntamente com os critérios clássicos:

- ✚ Eritema
- ✚ Edema
- ✚ Calor
- ✚ Exsudado purulento ou seroso, se há inflamação
- ✚ Dor
- ✚ Odor

✚ Em UP limpas que não se curam e continuam a produzindo exsudado depois de 2 - 4 semanas considera-se o início de antibioterapia

✚ Quando uma UP não responde ao tratamento local realiza-se culturas bacterianas

- ✚ Não usar antibióticos locais para reduzir o nível de bactérias nas UP
- ✚ Quando a úlcera não responde ao antibiótico local, realizar culturas dos tecidos moles para despiste osteomielite
- ✚ O uso de antibióticos sistémicos em situações de infecção disseminada
- ✚ Proteger a UP de fontes exógenas de contaminação (urina, fezes)
- ✚ Na presença de sinais de infecção local deverá intensificar a limpeza e o desbridamento
- ✚ Seguir as precauções universais em ambiente das UP e do material contaminado. Utilizar o protocolo de resíduos do hospital
- ✚ Usar técnica estéril e instrumentos estéreis para o desbridamento das UP. Se o doente tem mais de uma UP tratar a mais contaminada em ultimo lugar.



TRATAMENTO COM APOSITOS

Eleger um produto que permita ter em conta o tipo de ferida, fase de cicatrização, presença de necrose e quantidade de exsudado

- 1 -Que mantenha uma alta humidade na interface ferida / penso
- 2 -Que remova o excesso de exsudado e componentes tóxicos
- 3 -Permita trocas gasosas
- 4 - Manterá temperatura a 37°C
- 5 - Ser impermeável às bactérias.
- 6 - Estar livre de partículas tóxicas
- 7 - Manter pH de 6.1
- 8 - Permitir a remoção sem provocar traumatismos
- 9 - Boa capacidade de adesão à pele circundante
- 10 - Composto de material hipoalérgico
- 11 - Confortável para o doente
- 12 - Estéril
- 13 - Custo-efectividade

- 14 – Respeitar a pele circundante
- 15 – O penso deverá passar em 2,5 – 4 cm o bordo da ferida
- 16 – A mudança de penso realiza-se segundo protocolo, salvo se o penso se encontrar enrugado ou com exsudado extra ferida
- 17 – O penso deve ser usado segundo as características da ferida

Um penso ideal deve ser biocompatível, proteger a ferida de agressões externas físicas, químicas e bacterianas, manter o leito da úlcera continuamente húmido e a pele circundante seca, eliminar e controlar exsudado e tecido necrótico mediante a sua absorção deixar a mínima quantidade de resíduos na lesão, ser adaptável à localizações difíceis, respeitar a pele circundante
E ser fácil de aplicar e de se retirar.

TABELA DOS TIPOS DE MATERIAL PENSO DISPONIVEL HGO EPE

Classe	Desb.	Infec	Equil.Humidade	INDICAÇÕES (I) E CONTRA-INDICAÇÕES (CI)
Películas (mudar 2/2 dias)	+	-	-	I: Feridas granuladas, pouco exsudativas, não infectadas em via de epitilização. Cria uma barreira oclusiva contra a infecção externa. CI: Não utilizar em feridas infectadas ou muito exsudadas.
Hidrogeles (mudar máx. 3 dias)	++	-	+	I: Feridas com tecido necrótico seco ou fibrina aderente. CI: Não utilizar em feridas exsudativas
Hidrocolóides (mudar máx. 7 dias)	+++	-	++	I: Feridas pouco exsudativas e não infectadas que possam manter um penso encerrado durante 2/3 dias. Cria uma barreira oclusiva para proteger a ferida de contaminação externa. CI: Utilizar com prudência em pele frágil. Não utilizar em feridas muito exsudativas ou infectadas.
Alginato de cálcio (mudar max. 3 dias)	++	+	+++	I: Feridas com quantidade de exsudado moderado. CI: Não utilizar em feridas secas. Fraca resistência à tracção – evitar utilizar em zonas cavitárias estreitas. Bio-reabsorvíveis.
Hidrofibras (mudar max. 3 dias)	+	-	+++	I: Adequado para uma quantidade moderada de exsudado. CI: Não utilizar em feridas secas. Fraca resistência à tracção – evitar utilizar em zonas cavitárias estreitas.
Espumas (mudar max. 3 dias)	+	-	+++	I: Feridas de exsudado moderado mínimo sem risco de aderência ao leito da ferida. CI: Não utilizar em feridas secas, pode macerar pele circundante.
Carvão Activado (mudar max. 3 dias)	-	+	+	I: Absorvente de odores, pode ser usado em todos os estádios da infecção como apósito 1º. CI: Alguns produtos com carvão são inativados pela humidade.
Antimicrobianos (mudar max. 3 dias)	+	+++	+	I: Amplo espectro contra bactérias. CI: Não utilizar em indivíduos com hipersensibilidade a alguns dos componentes

Retirado da norma das feridas elaborada pela comissão de feridas

+++ - muito; ++moderado; + reduzido – Não tem



CUIDADOS COM A PELE PERI-ULCERA

Os pontos-chave a ter em conta no cuidado com a pele peri-ulcera podem-se resumir nos seguintes:

- ✚ Deve-se observar a pele circundante cada vez que se inspecciona, uma ferida
- ✚ É conveniente utilizar um sistema de medida de acordo com os recursos e a disponibilidade
- ✚ Registrar os limites da pele circundante à ferida e alterada
- ✚ Deve-se comparar o tipo de pele sã com o que está alterada
- ✚ O aposito deve estar condicionado ao tipo de pele
- ✚ Convém saber se o doente já esteve submetido a outros tipos de matérias e outros tipos de tratamentos
- ✚ A pele circundante à lesão deve-se manter o mais seco e integra possível
- ✚ Questionar o doente / família sobre antecedentes alérgicos, imitativos e de desconforto.
- ✚ Utilizar a mínima força mecânica na limpeza e secagem da pele circundante à lesão

Na pele circundante a eleição do aposito e a sua mudança

- ✚ Deve-se mudar quando aparece o aumento de dor na pele circundante à lesão
- ✚ Não é aconselhável manter a ferida exposta

- ✚ Deve-se manusear a ferida com cuidado, pois ao mínimo roçar provoca dor
- ✚ O bordo circundante deve manter-se livre de resíduos
- ✚ Ao realizar uma intervenção sobre uma ferida crónica não se pensa que esta vá responder como se fosse uma ferida aguda
- ✚ Há que respeitar o bordo das lesões crónicas e ser metuculoso No equilíbrio entre exsudado, leite e aposito encontra-se a chave do cuidado da pele circundante.
- ✚ Deve-se ajustar os tamanhos do aposito a ferida e não ao contrário.
- ✚ Se um aposito não confere comodidade ao doente, significa que não é o apropriado.

A pele peri-ulcera e a infecção

A pele circundante reflecte critérios de infecção, objectivos e subjectivos, a que se deve dar importância que requer
O Eritema e a dor circundante mudam durante a presença e a instauração da infecção

Tratamento da pele peri-ulcera

- ✚ No tratamento da pele circundante à lesão, é imprescindível utilizar produtos que possibilitem a sua visualização e o seu controlo periódico.
- ✚ Não se deve introduzir linhas cosméticas na pele circundante há lesões, nem em peles frágeis, ou de risco, pois não estão indicadas nem elaboradas para este fim

- ✚ Os Protectores Cutâneos não Irritantes (PCNI) são produtos que estão mais especificamente direccionados para a pele que rodeia as feridas agudas e crónicas .
- ✚ Deve-se avaliar a utilização periódica de protectores cutâneos não irritantes, ante os apositos adesivos
- ✚ Os PCNI não se devem aplicar se existe irritação da pele ou se suspeita que possa haver

CUIDADOS PALIATIVOS E ULCERA DE PRESSÃO

O estágio terminal não justifica o abandono de medidas preventivas de aparecimento de UP, Se apesar de aparecerem novas lesões, não se deve questionar os cuidados nem culpabilizar o nosso meio envolvente.

- ✚ Deve-se planejar objectivos realistas de acordo com as possibilidades de cura evitando técnicas agressivas
- ✚ Garantir o conforto manter a ferida, limpa mediante a limpeza com soro fisiológico agua e sabão.
- ✚ Controlo da dor. Dar analgesia segundo protocolo antes de cada tratamento.
- ✚ Em caso de tecido necrótico, evitar qualquer técnica de desbridamento
- ✚ Em caso de odor e / ou infecção utilizar apositos de carvão activado, prata.
- ✚ Em caso de sangrar aposito hemostatico ou alginatos.

TRATAMENTO ALTERNATIVOS

A cura húmida foi o que o tratamento referido até é o tratamento mais recomendado por todas as sociedades científicas da actualidade.

Iremos abordar alguns dos tratamentos alternativos

- ✚ **Tratamento cirúrgico** mediante enxertos. Alternativa recomendada perante o fracasso da cura húmida .Precisa do leito limpo e bom tecido de granulação
- ✚ **.Oxigénio Hiperbarico**. Pouco utilizado ainda que pode ser um tratamento de primeira eleição quando a ferida se infecta com gérmes aeróbios
- ✚ **Estimulação Eléctrica**. Não existe estudos suficientes, nem consenso científico sobre as características do seu uso , ainda que na prática dê bons resultados.
- ✚ **Terapia com Laser** de baixa intensidade. Similar à estimulação eléctrica.
- ✚ **Terapia com larvas**: as larvas da moscarda verde (*Lucilia Seriata*) atacam o tecido necrótico das feridas em humanos , produzindo desbridamento da mesma. Também reduz a taxa de infecções. .
- ✚ **Terapia térmica**. Consiste em aquecer e humedecer a ferida até alcançar 38ºo que produz um aumento de fluxo sanguíneo no leito da ferida.

Existem outra serie de alternativas minoritárias para a cura em ambiente húmido baseadas em **Fito terapia, Acupunctura electro acupunctura, Hipnose.**

Na actualidade estamos a assistir ao nascimento de novas alternativas terapêuticas, que prometem grandes resultados.

Entre elas destaco:

Factores de crescimento. Trata-se de muitos e variados pépticos multifuncionais com uma grande actividade in vitro. Os estudos publicados na última década, sobre o tratamento de feridas crónicas deixam ver um futuro esperançador.

Substitutos da pele. São cultivos da pele ou dermo enxertos tratados pela bioengenharia e que são capazes de substituir a pele.

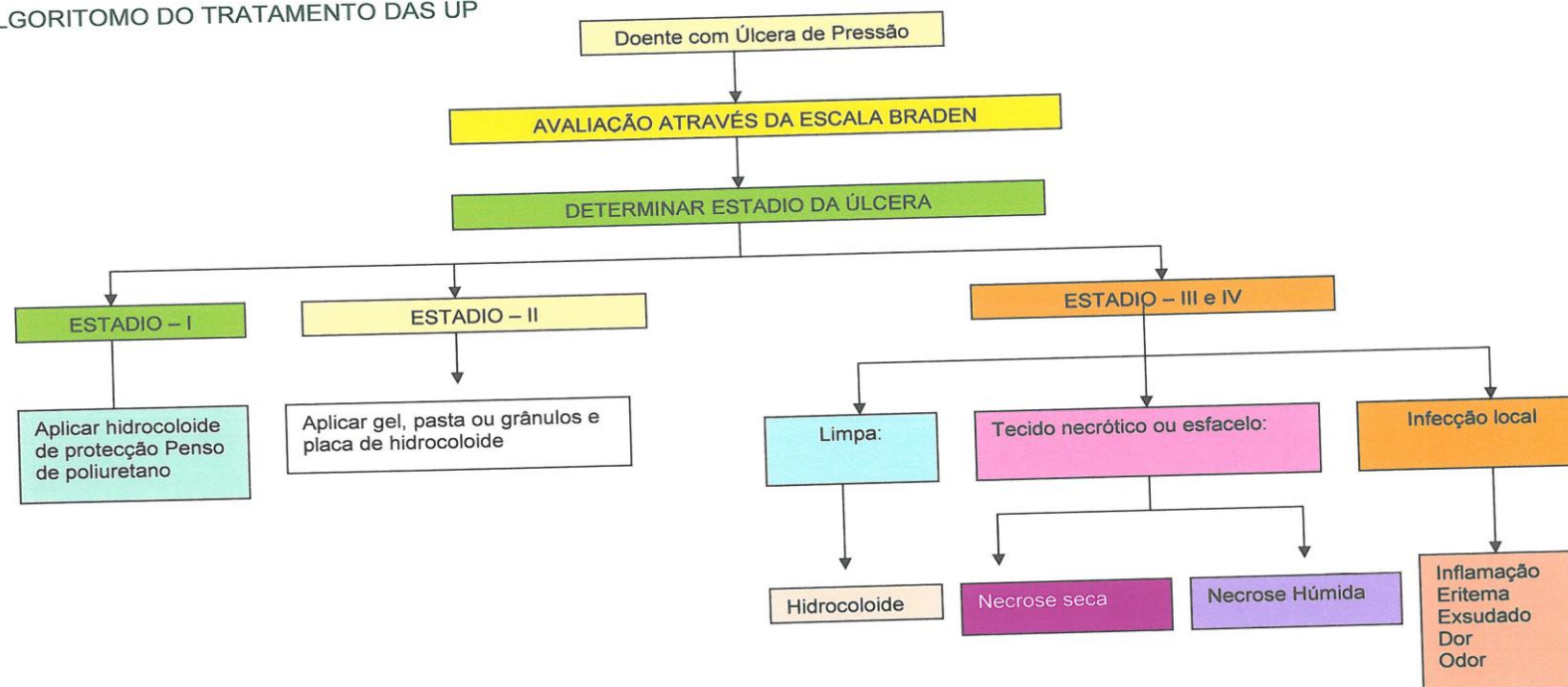
Terapia de VAC. De grande implementação. é uma terapia não invasiva , que consiste na utiliza cão depressão negativa localizada e controlada sobre a ferida para estimular e promover a cicatrização das feridas agudas e crónicas em meio húmido e fechado, favorecendo a eliminação do excesso de fluidos , estimulando o tecido de granulação e diminuindo a colonização bacteriana. Entre suas vantagens encontra-se:

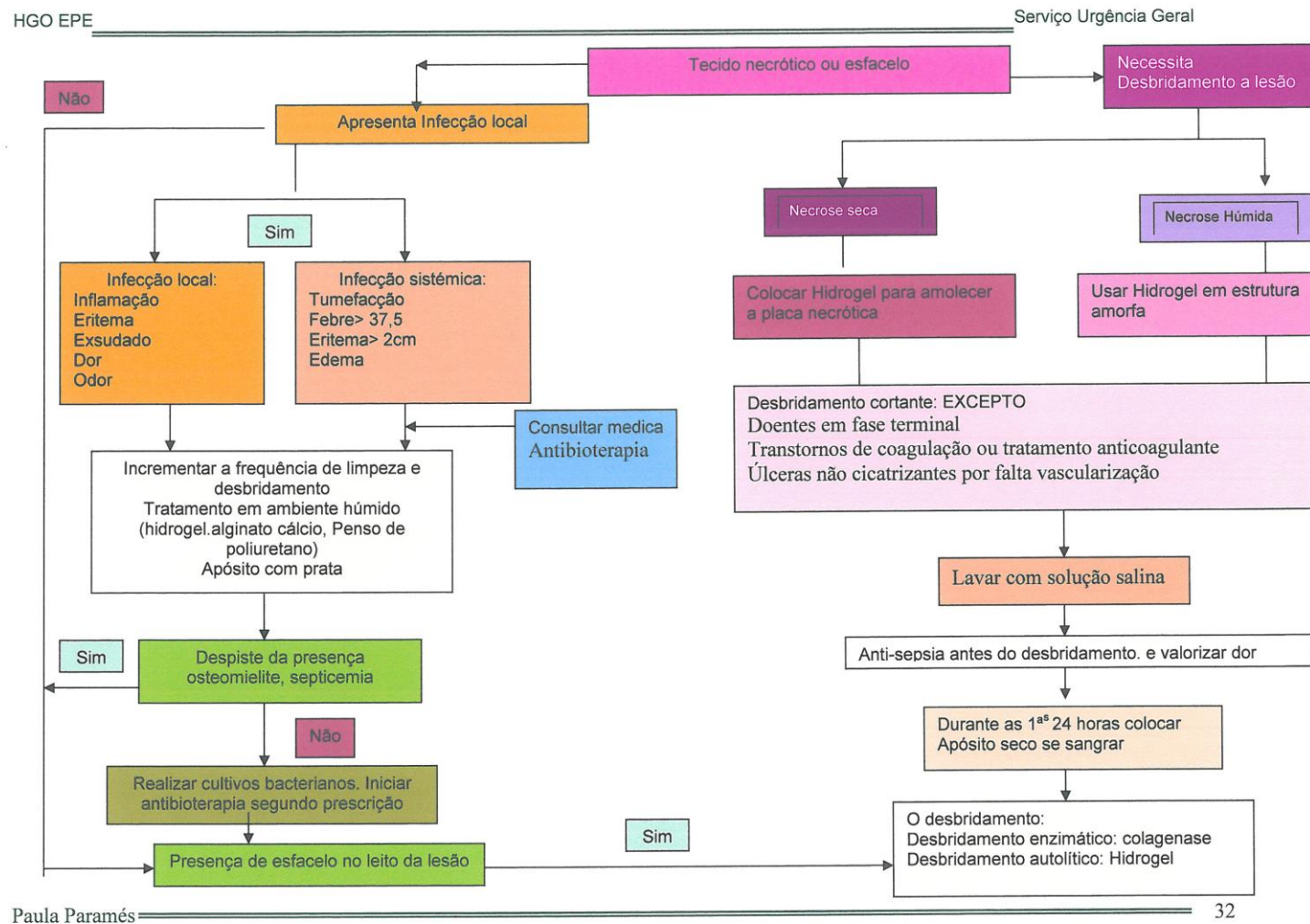
- ✚ Redução do edema local
- ✚ Estimulação sanguínea local.
- ✚ Formação de tecido de granulação
- ✚ Redução do numero de infecções
- ✚ Favorece o ambiente húmido
- ✚ Melhora a migração epitelial

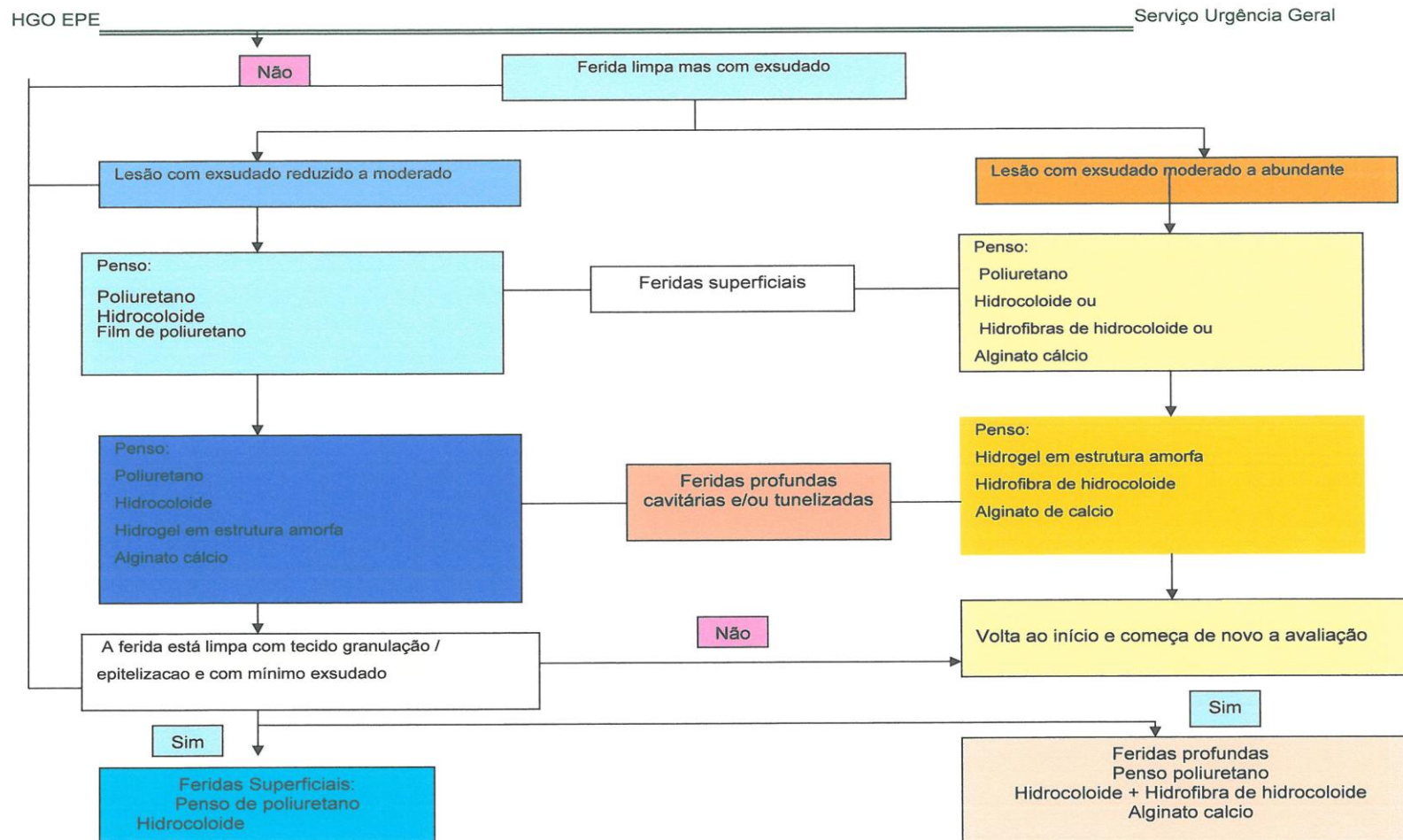
As desvantagens:

- ✚ Dependência de um sistema mecânico, bomba de vácuo, que limita os movimentos dos doentes
- ✚ Alto custo do tratamento, ainda não existe estudos que avaliem o custo efectividade.

ALGORITOMO DO TRATAMENTO DAS UP







PRODUTOS

HIDROGELES

Composição

Polímeros compostos de água (25% - 96%) e outras substâncias (alginato, amido, carboximetil, celulósica sódica), pectinas, propileno – glicol

Variedades

Gel Amorfo

Com alginato e carboximetil celulósica sódica

Com carboximetil celulósica sódica

Placa

Com polímeros de poliuretano

Propriedades

Ajuda a manter um grau de humidade no leito da ferida. Promove o desbridamento autolítico continuado e favorece o crescimento do tecido de granulação e epitilização. Diminui a dor local ao humedecer as terminações nervosas na ferida.

Indicações

Limpeza autolítica e hidratação em UP secas, com fibrina aderente ou tecido necrosado. Estimulação do tecido granulação, promove a cicatrização.

Contra – Indicações

Sensibilidade a alguns dos seus componentes. A apresentação em placas não pode utilizar-se em feridas infectadas ou com exposição de osso ou tendão. Não utilizar em feridas exsudativas

Modo de Aplicação

- 1 - Limpar a ferida com soro fisiológico através de pequenos jactos
- 2 - Quando necessário a remoção do exsudado utilizar gaze estéril embebida numa solução salina 0,9% com o cuidado de executar o procedimento com movimentos leves e lentos para não prejudicar o processo cicatricial.
- 3 - Introduzir o gel na cavidade da ferida com técnica asséptica
- 4 - Secar bem a pele à volta da lesão
- 5 - Introduzir até 2/3 do volume da ferida
- 6 - Evitar o uso em pele íntegra
- 7 - Aplicar um penso secundário de tratamento húmido, que pode ser um Hidrocoloide, uma espuma ou uma placa de film de poliuretano
- 8 - Trocar diariamente o penso em lesões infectadas ou sempre que houver saturação do curativo secundário. Em lesões com Necrose seca o penso pode permanecer no máximo por 72 horas.

Placa

- 1 -Limpar a ferida com soro fisiológico
- 2 - Secar bem a pele à volta da lesão
- 3 - Aplicar a ferida um penso secundário estéril

Mudança de Penso

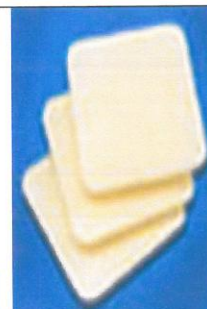
O gel amorfo deve-se mudar cada dois a três dias. no máximo

Recomendações

A forma e de canula de alguns produtos facilita a sua utilização em cavidades e tunelizações.
Utilizar de uma só vez para assegurar a esterilidade

Produtos

Braun – Askina Biofilm
Transparent



ALGINATO DE CALCIO**Composição**

São sais de polímero natural ácido alginico derivado de algas marinhas marrons. Os pensos de alginato de cálcio são compostos pelos ácidos gulurônico e manurônico com íons de cálcio e sódio incorporados as suas fibras durante o processo de fabrico. Estes pensos apresentam-se em embalagens individuais estéreis.

Variedade

Placa

Composto de alginato de cálcio

Propriedades

Absorção e retenção de exsudado a volta das fibras. As que tem maior quantidade de ac. Manurônico formam um gel rápido mas de estrutura débil, enquanto o ac. gulurônico

Indicações

Feridas abertas altamente exsudativas com ou sem infecção e lesões cavitárias com necessidade de estímulo rápido de do tecido de granulação

Contra – Indicações

Lesões por queimaduras ou lesões superficiais e feridas sem ou com pouca exsudado. (feridas secas) Fraca resistência a tracção evitar utilizar em zonas cavitárias estreitas.

Modo de Aplicação

- 1 - Se necessário, remover o tecido fibrotico ou necrótico da lesão.
- 2 - Limpar o leito da ferida com grande quantidade de solução salina através de pequenos jactos.
- 3 - Quando necessário a remoção do exsudado utilizar gaze estéril embebida em solução salina 0,9% com o cuidado de executar o procedimento com movimentos leves e lentos para não prejudicar o processo cicatricial.
- 4 - Após a limpeza rigorosa, colocar o alginato de cálcio assepticamente em todo o leito da ferida com o cuidado de não deixar as fibras sobre as bordas da lesão. Utilizar solução fisiológica 0,9% como auxiliar para modelação do penso ao leito da ferida.
- 5 -Ocluir a ferida com um penso secundário de gaze estéril seca.
- 6 -Trocar o penso sempre que o penso secundário estiver húmido ou no máximo a cada 24 horas.

7 -Quando reduzir a quantidade de exsudado e a ferida estiver granulada, deve-se substituir o penso de alginato por Hidrocoloide, AGEs ou para tratamento tradicional com solução salina 0,9% (critério dependente do local, tamanho e Profundidade da lesão)

Mudança de Penso

Quando está saturado. Tem uma duração máxima de sete dias.

Recomendações

Em fístulas e cavidades não introduzir mais de 75%

Produtos

Askina Sorbsan
Sorbagon T

PRATA**Composição**

Prata em diferentes formas químicas

Variedade

Hidrocoloide

Hidrofibra com iões de prata

Propriedades

Devido ao seu mecanismo de acção podem-se dividir em:

Libertam prata de forma gradualmente e sustentada minimizando a possibilidade de risco citotóxico

Não libertam prata, é naquelas em que exsudado é absorvido pelo aposito não há risco citotóxico

Em ambas se destacam:

Não criam resistência

Não são tóxicas frente aos fibroblastos

Capacidade de gestão do exsudado

Diminuem o odor ao reduzir a carga bacteriana

Diminuem a dor

Indicações

Pequenas abrasões, lacerações, corte,
Queimaduras superficiais e de II grau
Úlceras vasculogênicas
Feridas crônicas, traumáticas, infectadas e colonizadas

Contra – indicações

Hipersensibilidade a alguns dos componentes (nos não libertadores a prata não entra em contacto)
Doentes submetidos a exploração como RMN (ressonância nuclear magnética)
Não utilizar soro fisiológico

Produtos

AquacelAg



HIDROCOLOIDES

Composição

São curativos estéreis compostos por duas camadas: uma externa de espuma de poliuretano e uma interna de polímeros elastoméricos associados a três hidrocolóides: gelatina, pectina e carboximetilcelulose (C.M.C.- sódica, protegidos por um papel protector de silicone.

Mecanismo de acção –

A camada externa tem a propriedade de servir como barreira térmica, aos gases, a líquidos, microbiana e mecânica.

A camada interna tem as propriedades de absorção do exsudado (gel, manutenção do PH ácido, manutenção do ambiente húmido (granulação estimulando a angiogenese e o desbridamento autolítico, alivia a dor pela protecção das terminações nervosas e não aderências ao leito

da ferida, e auto aderente dispensando curativo secundário.

Variedade

Fino de protecção ou de baixa absorção

Grosso de media e alta absorção, com ou sem rebordo.

Propriedades

Facilita o desbridamento ao estimular o processo de autólise do tecido necrótico numa lesão húmida.
Acelera a cicatrização baseada em efeito combinado da hipoxia produzida por oclusão e a dissociação da fibrina.
Estas condições levam à formação de novos capilares sanguíneos e ao crescimento de fibroblastos e células epidérmicas.
Previnem o risco de infecção devido ao efeito de barreira e à actividade dos macrofagos no gel que preenche a lesão, tornando-a ligeiramente ácida.
Aliviam a dor devido a humedificação das terminações nervosas.
Melhoram a cicatrização pela humidade permanente sobre a lesão e a manutenção da temperatura corporal, que protege a integridade dos tecidos neoformados.
Facilitam a aplicação e o conforto devido ao menor número de curas, a sua simplificação e a sua possibilidade de higienizar o doente sem ter que retirar o apósito.
Grande capacidade de absorção. Grande aderência. Altamente confortável, Isolam a ferida de contaminação bacteriana. Impedem a penetração de fluidos, permitindo lavar-se. Fácil aplicação e manipulação.
Reduzem a dor superficial. Protege a pele superficial. Protege a pele peri-ulcera. Não provoca reacções de hipersensibilidade cutânea. Facilitam o tratamento ambulatorio ao reduzir a frequência da mudança.

Indicações

- Prevenção ou tratamento de úlceras de pressão não infectadas. Tratamento de feridas abertas leve a moderadamente exsudativas não infectadas.

Contra Indicações

- Qualquer lesão com processo infeccioso local.

Modo de Aplicar

- Limpar o leito da ferida com grande quantidade de solução salina através de pequenos jactos.
 - Quando necessário a remoção do exsudado utilizar gaze estéril embebida em solução salina 0,9% com o cuidado de executar o procedimento com movimentos leves e lentos para não prejudicar o processo cicatricial.
 - Enxugar bem a pele periúlcer.
 - Seleccionar um curativo que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 3 cm.
 - Segurar as bordas do curativo e aplica-lo sobre a ferida.
 - Pressionar levemente as bordas do curativo.
 - Trocar o curativo sempre que o gel extravasar e o curativo deslocar ou no máximo em 7 dias.
- Observações · A interacção do exsudado com o Hidrocoloide produzam um gel amarelo viscoso (semelhante a secreção purulenta e nas primeiras trocas poderá ocorrer odor desagradável devido a remoção de tecidos desvitalizados.

Mudança de Aposito

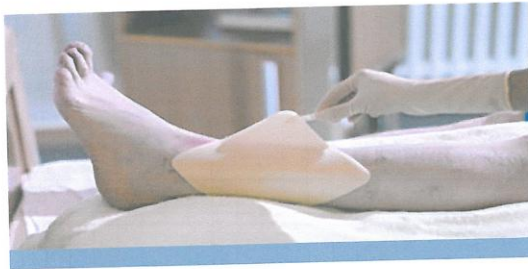
Quando o gel ultrapassa o diâmetro da ferida ou ao 7º dia
Para retirar, pressionar sobre a pele e levantar com cuidado os bordos

Recomendações

A limpeza da lesão deve realizar-se com soro fisiológico por irrigação, não sendo necessário retirar os restos de gel, já que contém células vivas.
Deve-se secar suavemente, por tamponamento, com gaze estéril.
Deve-se advertir o doente para o cheiro especial do gel e que este desaparece depois da limpeza da úlcera
Podem utilizar-se alginatos ou Hidrofibra para aumentar a absorção do exsudado

HGO EPE

Produtos
Askina Biofilm
Varihesive



Paula Paramés

CARVÃO

Composição

Capa de lamina de carvão activado

Variedade**Impregnado em prata**

Com cobertura de nylon

Com material absorvente

De carboximetil celulose sódica, alginato e film de poliuretano

Propriedades

Inactivar o odor actuando sobre exsudado, ao entrar esta área de contacto com o carvão activado

Indicações

Feridas com cheiro fétido e exaustivo

Contra-Indicações

Hipersensibilidade a alguns componentes

Modo de Aplicar

Depois da limpeza colocar o apósito secundário

Mudança de Aposito

Podem manter-se até 7 dias em feridas infectadas deve-se mudar diariamente

Recomendações

Alguns não se devem recortar

Produtos

Actisorb



APÓSITO DE POLIURETANO (ESPUMA POLIMÉRICAS)**Composição e Variedades**

Aposito de capa interna não aderente, capa media hidrófila muito absorvente e externamente poliuretano semipermeável a gases
Aposito de capa interna de espuma o gel de poliuretano e externa de poliuretano semi permeável.
Aposito de estrutura trilaminar internamente lamina de poliuretano microperfurado; capa de absorvente hidrocélular e externamente poliuretano

Propriedades

Não se descompõe em contacto com o exsudado. Não deixam resíduos
Evitam fugas, manchas e odores
Evitam a maceração dos tecidos peri-ulcera.
Por sua grande capacidade de absorção, incluso baixa compressão reduzem o número de mudanças de apositos
São apositos adaptáveis e flexíveis

Indicações

Absorção do exsudado o manutenção de um meio húmido e prevenção da maceração

Mudança de Aposito

Devem de permanecer colocados sem mover-se até que o exsudado seja visível e se aproxima a 1,5 cm do bordo do aposito ou até 7 dias.

Recomendações

Estes apositos não devem utilizar-se junto a agentes oxidantes que contem hipoclorito, peróxido de hidrogénio ou eter

Produtos

Allevyn e suas variedades
Askina Transorbent



HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE**Composição**

Fibra de carboximetilcelulose sódica

Variedades

Lamina

Propriedades

Não adesivo. De alta capacidade absorvente, em contacto com o exsudado forma um gel que mantém sua integridade estrutural facilitando a sua posterior retirada. Proporciona um meio húmido com risco de maceração mínimo, para a retenção do exsudado no seu interior das fibras. Promove, por tanto, o desbridamento autolítico e apesar disso tem um efeito bloqueante para as bactérias e é hemostático

Indicações

Feridas com exsudado de moderado ou abundante, estejam ou não infectadas. Feridas com trajecto com fistulas ou cavitário

Contra-indicação

Sensibilidade ao produto

Modo de Aplicar

Em feridas planas aplicar sobre a ferida para de modo a ultrapassar 1cm dos bordos.

Em feridas cavitárias não preencher mais 75% do volume. Deve utilizar-se um aposito secundário que dependendo das características da ferida possa ser um Hidrocoloide ou uma espuma.

Mudança Aposito

Quando o aposito está saturado ou ao fim de 7 dias. Apesar de em feridas infectadas deve-se mudar diariamente.

Recomendações

Apesar que é um aposito inerte, deve-se tomar precaução para retira-lo das feridas cavitadas.

Produtos

Aquacel

SISTEMAS DE REGISTO

O registo das actividades de prevenção, assim como em caso de aparecimento da UP os tratamentos devem contemplar todos os dados quantitativos e qualitativos tanto subjectivos como objectivos necessários para conhecer os resultados esperados e tomar as melhores decisões. O registo das intervenções realizadas é um instrumento fundamental para o processo de enfermagem. Dispor em todo o momento da informação das actividades que se realizam e da evolução do estado de saúde do doente é um requisito ético e legal, assim como um direito do doente / família no Sistema de Saúde.

REGISTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DAS ULCERAS DE PRESSÃO

ACTIVIDADE	DADOS A RECOLHER	QUANDO RECOLHER	AONDE REGISTRAR	POR QUEM
Avaliação do risco Escala de Braden	Pontuação do nível de risco	À entrada do internamento Segundo o nível de risco (cada 1,3,7, dias)	SAPE	ENFERMEIRA
Avaliação do estado da pele	Em caso de UP, localização, estágio	À entrada Sempre que mude a situação do doente		
Prevenção e Planificação	Actividade a realizar	Diariamente sempre que mude a situação do doente		
Prevenção e Resultado	Avaliação Nutricional, Educação Saúde Medidas Preventivas	Segundo a Periodicidade estabelecida		
Tratamento Lesão	Parâmetros da UP	No momento de seu aparecimento Semanalmente e sempre que haja alteração da lesão doente e/ ou tratamento.		
Tratamento Planificação	Material de Tratamento, Periodicidade	Semanalmente Quando se mude o tratamento		
Tratamento resultado	Evolução da lesão	Semanalmente quando haja mudanças na lesão, doente e/ou tratamento		
Avaliação	Indicação do resultado	Semestral		CHEFE e COM.FERIDAS

BIBLIOGRAFIA

BRADEN SCALE FOR PREDICTING PRESSURE SCORE RISK em [http:// www.brabenscala.comcom](http://www.brabenscala.comcom) acesso em 2009

Dealey Carol – tratamento de feridas. guia para enfermeiros 1º Ed. Lisboa 2006

European Pressure Ulcer Advisory (EPUAP) Panel Recomendações nutricionais para o tratamento e prevenção da úlcera de pressão Disponible

http://www.epuap.org/guidelines/Portugal_nutritioal_guidelines.pdf ,Acesso Junho 2009

.European Wound Management association (EWMA). Preparação do leito da ferida 2004. Disponible em [http://www.ewma.org/may07/posdoc%20potugal %2007final.pdf](http://www.ewma.org/may07/posdoc%20potugal%2007final.pdf) acesso em Junho de 2009

Fontes Ribeiro, Ricardo C., Berta A., Zélia A. – Feridas e úlceras cutâneas Grupo para estudo e assessoria em úlceras de pressão 1ª Ed. Coimbra 1999

Normas de procedimentos da Ferida da Comissão de Feridas do HGOEPE. 2008

ANEXO IX

Folheto informativo para visitas do SUG

INFORMAÇÕES

INTERNAMENTO PISO 2	AMBULATÓRIO PISO 1
HORARIO DE VISITAS	INFORMAÇÕES
12 h—14 h	10 h—11 h
18.30 h—20.30 h	17 h—18 h
	00 h—01 h

Agradecemos :

Tranquilidade é fundamental para a recuperação do seu familiar

Seja breve na sua visita, principalmente se houver outros visitantes à espera.

Respeite o numero de visitas estipulado para cada Unidade de tratamento.

Procure não falar alto nas Unidades de Tratamento e corredores.

Não toque nos equipamentos médicos, aparelhos, soros ou outros materiais.

Não se sente ou deite na cama do cliente ,mesmo que esteja desocupada.

Visitas dependentes da situação clínica dos clientes , no momento.

Elaborado por:

Paula Paramés – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional; Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Com a Colaboração da Enfermeira Natércia Oliveira

A EQUIPA DE SAÚDE

Nós somos a sua Equipa de Saúde: Médicos / Enfermeiro / assistentes Operacionais / Assistente Social / Voluntários

Encontrará neste guia algumas informações que esperamos lhe sejam úteis durante a sua permanência no Serviço de Urgência.

Coloque as suas duvidas e peça esclarecimento ao Enfermeiro /a que se encontra de Informações.

Para Visitar e ou Obter informações do seu familiar deverá preencher um Impresso de Inscrição que se encontra na Sala de Espera e entregue-o no Secretariado do Serviço de Urgência

O familiar de referencia poderá obter informações. Restantes familiares e amigos devem obter informações junto do familiar de referencia

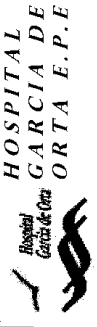
Durante o período de visitas há um Enfermeiro no posto de Informações para obter informações acerca do seu familiar.

PEDIMOS A SUA COLABORAÇÃO PARA O SERVIR MELHOR



Hospital Garcia de Orta, EPE

Av. Torrado da Silva, 2801- 951 Almada



Serviço de Urgência Geral

Guia de Informação



FOI REALIZADO A PENSAR EM SI

ESPERAMOS PROPORCIONAR-LHE O APOIO QUE NECESSITA

Telefone: 212940294 (Geral)

Extensão: 7272 / 7269

geral@hgo.mn-saude.pt

HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Hospital Garcia de Orta situa-se no Distrito de Ietúbal , Conselho de Almada, freguesia do Pragal, na w. Prof. Torrado da Silva-Almada.

seu nome surge em homenagem ao notável médico naturalista Português do sec. XVI Garcia de Orta 1501-1568), natural de Castelo de Vide,

O SEU PERCURSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Inscrição no secretariado

Aguarde na Sala de Espera

1- TRIAGEM DE MANCHESTER

O sistema de triagem de Manchester está em vigor neste Hospital, utiliza um protocolo clínico que possibilita a avaliação e a classificação da gravidade da situação de cada cliente que recorre ao Serviço de Urgência

Destina-se a estabelecer prioridades no atendimento dos clientes, de acordo com a sua gravidade clínica

A triagem de Manchester baseia-se numa nomenclatura, organizada em categorias que consideram : uma cor e um período de tempo considerado aceitável entre:

O momento inicial de aferição da queixa do paciente pelo enfermeiro



O momento do primeiro Contato com o médico de Serviço

ESTRUTURA DA ESCALA DE TRIAGEM

NUMERO	NOME	COR
1	Emergente	
2	Muito Urgente	
3	Urgente	
4	Pouco Urgente	
5	Não Urgente	

Depois de atendido na Triagem poderá ser encaminhado (segundo as prioridades) para :

- Balcão de Atendimento (Medicina / Cirurgia / Traumatologia
- Sala de Espera aguardando a chamada para o respectivo balcão
- Ou o encaminhamento para a Especialidade Médico-Cirurgia

MEDICINA: Especialidades Médicas:
Balcão — Homens / Mulheres

CIRURGIA : Especialidades Cirúrgicas
Balcão — Mulheres / Homens

TRAUMATOLOGIA:
Balcão — Mulheres / Homens

PSIQUIATRIA

GABINETE DE ESPECIALIDADES:

- Dermatologia (Consulta Externa Piso 1)
- Oftalmologia (Serviço Oftalmologia Piso 3)
- Otorrinaringologista (Serviço ORL Piso 3)

3 - APÓS OBSERVAÇÃO MÉDICA

- Exames Complementares de Diagnóstico
- Cuidados de Enfermagem / Tratamentos



O cliente será de novo **Reavaliado** ,após realização de exames e resultados dos mesmos.

4 - DECISÃO MÉDICA

- Alta Clínica
- Internamento no Serviço Urgência
- Internamento Directo : Serviço. do Hospital Bloco Operatório Transferência de Hospital

ANEXO X

Norma de procedimento de enfermagem para acolhimento das visitas no SUG

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, Nº	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

ASSUNTO: Norma de Visitas / Informações

DESTINATÁRIO: Enfermeiros que exercem funções no serviço SUG: área do ambulatório e área do internamento

OBJECTIVO: Uniformizar o regulamento de Visitas / Informações

DESCRIÇÃO:

- ✓ A decisão sobre a visita compete ao doente, excepto quando a situação clínica não o permitir
- ✓ As informações só devem ser facultadas com autorização do doente, excepto quando o mesmo, por motivos clínicos, não se encontrar com capacidade para decidir
- ✓ O acompanhante deve permanecer junto do seu doente, e preservar a privacidade do mesmo
- ✓ Não é permitido a circulação dos acompanhantes em outro leito que não seja o do seu doente
- ✓ As visitas realizadas por crianças, implica idade superior a 12 anos, idade inferior deve ser autorizada pela equipa de saúde e as crianças devem estar acompanhadas por um adulto

HORÁRIO E NUMERO DE VISITANTES

AMBULATÓRIO PISO 1
INFORMAÇÕES
10 h – 11 h
17 h -18 h
00 h - 01.h

INTERNAMENTO PISO 2
HORÁRIO DE VISITAS
12 h - 14 h
18.30 h - 20.30 h

Elaborado por: Enf.ª Paula Paramés	Revisto por:	Aprovado por: Nelson Moreira
--	---------------------	--

 Serviço de Urgência Geral	NORMA DE PROCEDIMENTO SUG, N.º	Elaborado em:	Junho 2009
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão	Junho 2011

DESCRIÇÃO:

- ✓ Para **Visitar** e ou **Obter** informações do seu familiar deverá preencher o **Impresso de Inscrição** que se encontra na Sala de Espera, e entregue-o no **Secretariado** do Serviço de Urgência
- ✓ O familiar de referência poderá obter informações. Os restantes familiares e amigos devem obter informação através do familiar de referência
- ✓ Durante o período de visitas existe um enfermeiro de referência de **informação / Humanização** do seu familiar
- ✓ O cliente tem direito a 2 visitas, entrando uma de cada vez.
- ✓ Duração da visita é de 10 minutos
- ✓ Visitas dependentes da situação clínica dos doentes, no momento

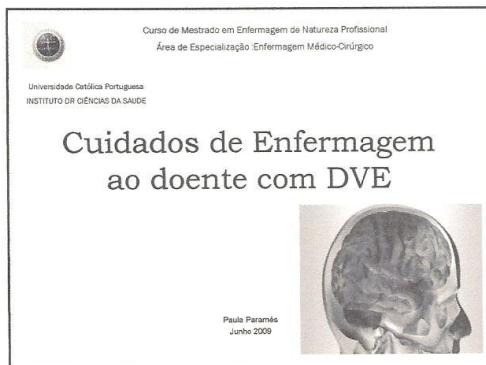
AGRADECEMOS ÀS VISITAS:

- ✓ Tranquilidade, é fundamental para a recuperação do doente
- ✓ Seja breve na sua visita, principalmente se houver outros visitantes à espera.
- ✓ Respeite o número de visitas estipuladas para cada unidade de internamento
- ✓ Procure não falar alto nas enfermarias e corredores Mantenha o silêncio
- ✓ Sempre que solicitadas, as visitas deverão retirar-se do quarto.
- ✓ Não toque nos equipamentos médicos, aparelhos, soros ou outros materiais.
- ✓ Não se sente ou deite nas camas dos doentes, mesmo que estejam desocupadas

Elaborado por: Enf. ^a Paula Paramés	Revisto por: 	Aprovado por: Nelson Moreira
--	-----------------------------	--

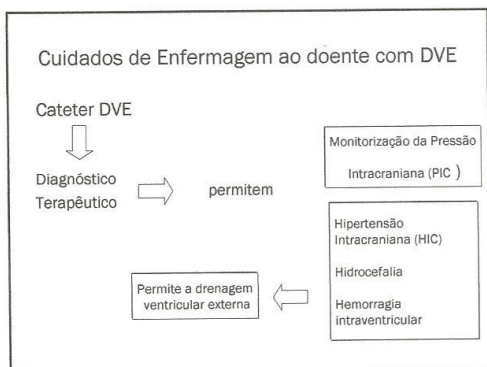
ANEXO XI

Acção de formação – cuidados de enfermagem ao doente com DVE



Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

A drenagem ventricular externa consiste na colocação de um Cateter intracraniano na haste frontal do ventrículo lateral. O cateter pode estar em linha comum transdutor e um monitor de registo, que permite a monitorização contínua da (PIC) e ao mesmo tempo drenagem LCR



Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Causas da HIC:

- Traumatismos craneo encefálicos graves, dos quais 54% tem tem pressões acima de 20mm.Hg.
- Hemorragias Intracranianas de diferente etiologia, sendo os aneurismas rotos a mais comum dentro de este grupo.
- Os tumores cerebrais que se podem apresentar de forma aguda subaguda e crónica que modificam a PIC pelo seu próprio efeito nos tecidos adjacentes ou por bloqueio da circulação de LCR.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

- Em doentes com compromisso do estado de consciencia com uma pontuação de sete ou inferior na Escala de Coma de Glasgow.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Doentes com patologia multisistémica, que apresentam compromisso de consciencia que, a causa do masuseamento, podem ter um efeito nocivo sobre a PIC.

Después de cirurgías em situações onde houve resseção um tumor ou lesão vascular.

No post-operatorio de patologia intracraniana severa.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Indicações:

Monitorização da PIC(ajustar terapêuticas detectar complicações)

Drenagem de LCR para tratamento da (HIC, Hidrocefalia, Hemorragia)

Administração de terapêutica intratecal

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

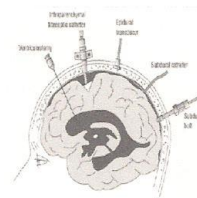
Os cateteres podem ser colocados a nível:

Intraparenquimatoso

Intraventricular

Espaço subaracnoideu

Espaço Epidural



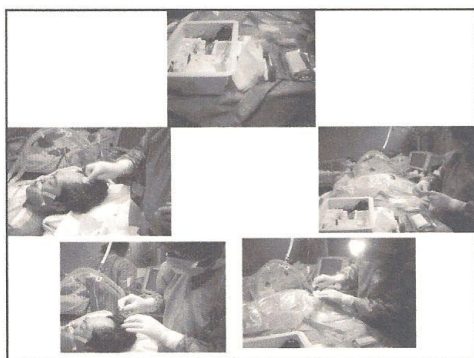
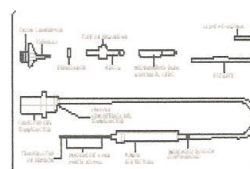
Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Contra-indicação:

Doente consciente

Na presença de coagulopatias, os diversos procedimentos podem desencadear hemorragias ou hematomas intraparenquimatosos

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE



Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

RISCOS :

- Infecção
- Re-Hemorragia
- Destruição do tecido cerebral cerebral
- Risco de Anestesia geral
- Risco da cirurgia

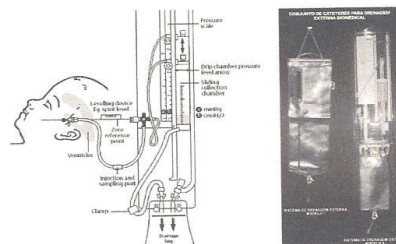
Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

TRATAMENTO

Posição do doente
 Hiperventilação
 Sedação e fármacos bloqueantes (lidocaina, midazolam, fentanilo, propofol, tiopental)
 Controlo da Temperatura
 Controlo da Pressão sanguínea
 Diuréticos osmóticos
 Corticosteroides
 Calcio antagonistas.
 Drenaje de LCR

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

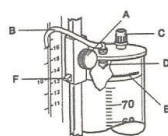
Descrição do sistema



Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

MANIPULAÇÃO DO SISTEMA

O sistema deve ser manipulado o menos possível para evitar o risco de infecção



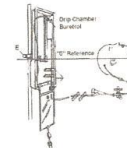
A - Botão
 B - tubuladura
 C - filtro
 D - ponto de queda
 E - limite câmara de ar
 F - nível para Zerar a câmara

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

MANIPULAÇÃO DO SISTEMA

É fundamental, condições de assepsia rigorosa prévio à sua manipulação como : lavar as mãos, e utilizar luvas estéreis
 Nível do sistema consiste:

1º - Zerar o sistema tomando como ponto de referencia o meato auditivo de externo

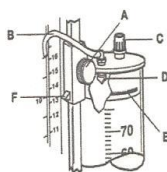


Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

MANIPULAÇÃO DO SISTEMA

2º - Altura deve-se ajustar o sector proximal da câmara ou bolsa colector à altura determinada pelo médico

A - Botão para subir e descer a drenagem
 B - tubuladura
 C - Filtro
 D - Ponto de queda
 E - limite máximo de liquor
 F - medição com pavilhão auricular



Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

MANIPULAÇÃO DO SISTEMA

3º - Sempre que se mobilizar o doente o sistema de drenagem deve-se fechar e quando aberto de novo deve-se realizar o zero se não realizarmos esta manobra pode ocorrer: colapso ventricular, hemorragia intraventricular, ou refluxo do liquor para o ventrículo provocando a Infecção.

4º - Limpeza da pele no local de inserção : diário, com gase estéril y alcohol al 70%.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE
MANIPULAÇÃO DO SISTEMA

5º- Protecção do sistema com campo estéril.

6º - Vasar a bolsa colectora quando apresente ocupação de $\frac{3}{4}$ partes da mesma ou se passa mais de 24 horas sem vasar.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE
MANUSEAMENTO

Duas situações:

Controlo da HIC:

- Permanecer fechadas
- Deve-se abrir só para controlo da HIC
- Vigiar a quantidade drenado por hora: 20 ml/h é o limite máximo (risco de colapso ventricular)
- Abertura da drenagem: sempre contra uma pressão de drenagem que deve estar entre 15 e 20 mm de Hg.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE
MANUSEAMENTO

Controlo da Hidrocefalia:

- Devem ser deixados abertos em forma permanente
- Drenando contra uma pressão que deverá pre-estabelecer-se
- a medida de PIC deve ser registada.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE
PROBLEMAS DE FUNCIONAMENTO

- Obstrução ou mau funcionamento do sistema:
Realizar uma TC controlo: posição do catéter.
 - Chamar o neurocirurgião.
- NÃO: aspirar nem infundir soluções por o catéter
Sangue intraventricular: possibilidade de fibrinolíticos intratecais.
- Seccionamento ou rotura do catéter:
Convocar o Neurocirurgião.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Diagnósticos de Enfermagem

- ALTERAÇÃO SENSORIAL PERCEPTUAL DO DOENTE
- ALTERAÇÃO ADAPTATIVA INTRACRANEANA
- DETERIORAÇÃO NEUROLÓGICO
- OBJETIVOS:
 - VALORIZAR O ESTADO NEUROLÓGICO
 - UTILIZAR AS ESCALAS NECESARIAS
 - IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE O
 - APARECIMENTO DE ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE
Diagnósticos de Enfermagem

- RISCO DE AUMENTAR O DANO NEUROLÓGICO
- RISCO A RESANGRAMENTO
- RISCO A VASOESPASMO
- OBJETIVOS:
 - GARANTIR A DIMINUIÇÃO DOS ESTÍMULOS CEREBRAIS.
 - DIMINUIR A PIC.
 - IDENTIFICAR O APARECIMENTO DE SINAIS E
 - SINTOMAS QUE SUGIRAM HIC.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Diagnósticos de Enfermagem

- ALTERAÇÃO DO PADRÃO RESPIRATORIO
- ALTERAÇÃO DOS VALORES GASIMÉTRICOS
- OBJETIVOS:
 - CONSERVAR OS NÍVEIS DE OXIGÉNIO E GAS CARBÓNICO NOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PARA O DOENTE CRÍTICO NEUROLÓGICO SEGUNDO A SUA PATOLOGIA.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Diagnósticos de Enfermagem

- ALTERAÇÃO DA TERMOREGULAÇÃO.
- OBJETIVOS:
 - IDENTIFICAR A HIPERTERMIA
 - MANTER A TEMPERATURA CORPORAL NOS LIMITES NORMAIS
 - DIMINUIR O METABOLISMO CORPORAL

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Diagnósticos de Enfermagem

- ALTERAÇÃO DO VOLUME DE LÍQUIDOS
- OBJETIVOS:
 - MANTER O BH ADEQUADO.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Diagnósticos de Enfermagem

- ALTERAÇÕES DA INTEGRIDADE DA PELE
- OBJETIVOS:
 - VALORIZAR A INTEGRIDADE DA PELE
 - ACTIVAR A CIRCULAÇÃO SANGÜÍNEA

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Diagnósticos de Enfermagem

- OBSTRUÇÃO DA DRENAGEM DE LCR.
- OBJETIVOS:
 - GARANTIR O RETORNO VENOSO MEDIANTE A POSIÇÃO ADEQUADA DO PACIENTE.
 - DIMINUIR A PIC.

Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Diagnósticos de Enfermagem

- RISCO DE INFECÇÃO (VENTRICULITIS).
- OBJETIVOS:
- DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES DO CATETER DA PIC.
 - DETECTAR OPORTUNAMENTE SINAIS DE INFECÇÃO.

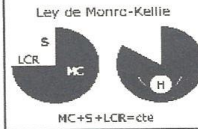
Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE

Diagnósticos de Enfermagem

- DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL OU ALTERAÇÃO DA NUTRIÇÃO.
- OBJETIVOS:
 - MELHORAR O ESTADO NUTRICIONAL.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

É o resultado da relação dinâmica entre o crânio e seus componentes intracranianos..

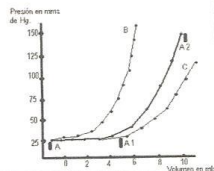


Hipótese de Monro-Kellie:
os componentes intracranianos deve ser compensado por um ou mais dos restantes componentes, para que o volume total permaneça inalterado.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

Curva Volume Pressão

A medida que a PIC aumenta produzem-se alterações na relação entre o volume pressão, um pequeno aumento no volume pode ocasionar uma importante elevação da PIC.



Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

A avaliação da PIC:

A **resistencia (Elastance)** interpreta-se como a **capacidade que tem a componente cerebral**, especialmente referindo-se ao **encéfalo**, de ser comprimido ou de expandir-se ou seja de modificações substanciais na PIC.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

FLUXO SANGÜÍNEO CEREBRAL. AUTORREGULAÇÃO

- O fluxo sanguíneo cerebral (FSC)
- O cérebro normal tem uma capacidade complexa para manter constante o FSC, a apesar das amplas alterações da pressão arterial, este fenómeno denomina-se **AUTORREGULAÇÃO**.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

- PAM entre 50 e 150 mmHg, não altera o FSC quando existe autorregulação

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

PRESSÃO DE PERFUSÃO CEREBRAL

É um valor de pressão estimado no gradiente de pressão sanguínea que atravessa o cérebro e se calcula mediante:

$$PPC = PAM - PIC$$

La PPC de um adulto esta entre 80-100 mmHg para proporcionar um adequado aporte sanguíneo ao cérebro.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

Se a PPC desce para baixo de este nível pode produzir-se isquemia.

Uma PPC mantida nos 30 mmHg ou menos produzirá, habitualmente hipoxia e morte celular.

Quando a pressão arterial sistémica media igual a PIC o FSC pode parar.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

Monitorização da PIC

Com a medição da pressão intracraniana podemos deduzir a pressão de perfusão cerebral, a qual é importante para ter uma ideia indirecta do metabolismo cerebral. Esta realiza-se mediante a seguinte fórmula:

$$PPC = PAM - PIC$$

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

$$PAM = \frac{2 \times \text{diastólica} + \text{sistólica}}{3}$$

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

PADRÃO DA PIC

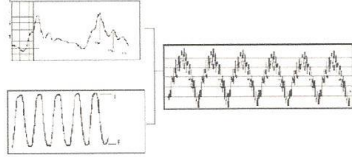
os traçados da monitorização da PIC dependem das variações dos componentes intravasculares que se manifestam por dois tipos de ondas, as que correspondem ao latido cardíaco e/ou as secundárias da respiração pulmonar.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

As ondas cardíacas u ondas de pulso do LCR que se devem primariamente à contração do ventrículo esquerdo. Aparece una onda de pulso inicial correspondiente à sístole cardíaca (Onda de percussão).

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

Estas ondas do LCR semelhantes à do electrocardiograma. Não obstante a forma e amplitude de estas ondas dependem da entrada arterial, da saída venosa e do estado do resto dos componentes intracranianos.



Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

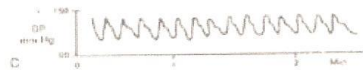
O padrão normal das curvas assemelha-se a uma curva de pressão arterial algo deprimida curva normalmente tem tres ou mais picos identificados como P1, P2, P3.



A: Traçado normal P1-P2-P3.

B: Traçado harmónico

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)



P1 = onda de percussão, corresponde à pressão sistólica. Apresenta um pico agudo e uma amplitude consistente.

P2 = onda de maré, é o resultado da pressão de LCR, tem uma amplitude e uma forma variável e termina numa fissura dicrótica.

P3 = onda dicrótica, devido a que a pressão diastólica encontra-se imediatamente depois da fissura dicrótica e declina até à posição diastólica basal.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

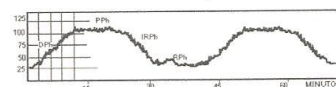
Tipos de Onda

Ondas A: "Plateau" indica descompensação intracraniana severa, caracteriza-se por aumentos repentinos com pressões intracranianas de 50 a 100 mmHg que duram de 5 a 20 minutos, acompanham a deteriorização neurológica. Produzem-se com intervalos variáveis, e indicam a iminência de herniações.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

As ondas A são expressão de um mecanismo compensatorio ante da diminuição da Pressão de Perfusão Cerebral (P.P.C.) pois aparece durante a hipercapnia, mudanças metabólicas e outras situações.

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)



A onda A tem quatro fases bem delimitadas as quais reflectem todo o mecanismo de autorregulação antes da diminuição da P.P.C.

Fase de queda da P.P.C. (Drift phase).

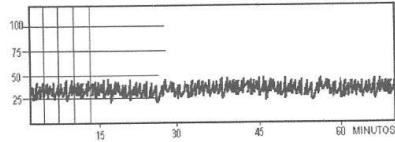
Fase de Plateau (Plateau phase).

Fase de resposta isquémica (Ischemic Response phase).

Fase de resolução (Resolution phase).

Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

Ondas B: São oscilações agudas e rítmicas que duram de 0,5 a 2 minutos com PIC que oscila entre 20 a 50 mmHg aparecem antes das ondas Plateau; apresentam-se em doentes em que a respiração é do tipo Cheyne-Stokes, em estados de sonolência e durante a fase REM do sono.



Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)

Ondas C: Aparecem no cimo das ondas A com uma frequência de 4 a 8 por minuto e com uma amplitude menor das ondas A e B. Não são clinicamente significativas, corresponde a mudanças respiratorias ou de pressão arterial (reflexo Traube-Hering-Mayer).

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

ALTERAÇÃO DA PERFUSÃO CEREbral R/C AUMENTO DOS NÍVEIS DE PRESSÃO INTRACRANEA.

- **Objetivo:** Manter o doente com uma PIC adequada que garanta uma adequada PPC.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- A colocação do doente é um factor importante para prevenir e tratar a elevação da PIC. A cabeceira da cama deve manter-se elevada para facilitar a drenagem venosa cerebral. Manter a cabeça com elevação mínima 45° para facilitar a drenagem venosa.

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

- Conservar a cabeça em posição alinhada com o tronco neutro com o fim de facilitar a drenagem venosa.
- Evitar o aumento da pressão intratorácica ou intraabdominal (manobra de Valsalva) em posições como a flexão extrema da cadeira incrementam a pressão do sistema venoso, impedindo a drenagem cerebral e aumentando a PIC.

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

- Evitar a rotação extrema do pescoço e sua flexão, já que a compressão das veias jugulares aumentam a PIC.
- Se é necessário mudar a posição do doente, deve ter em atenção o controlo da PIC e os sinais vitais e implementar outros mecanismos para diminuir a PIC (sedação, drenagem ventricular).

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

- Outros factores que impedem a drenagem venosa cerebral é a pressão positiva no final da expiração (PEEP) superior a 5 - 10 CC H₂O, a tosse, a aspiração, a fita de nastro da traqueostomia muito apertada; É importante durante os cuidados de higiene bronquial deve-se sedar o doente assegurando a estabilidade da PIC.
- Monitorização da saturação de oxigénio durante algumas circunstâncias como a aspiração e na agitação, podem produzir dessaturação e elevação da PIC.

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

- A hiperventilação controlada é um importante factor adjuvante no tratamento do doente com HIC. Quando a PaCO₂ apresenta-se abaixo dos seus níveis normais 35 - 40 mm Hg no doente com HIC, este irá apresentar uma vasoconstricção das artérias cerebrais, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e incremento do retorno venoso em consequência. La reducción del volumen sanguíneo intracraneal da lugar à diminuição global da PIC.
- Os níveis elevados de PaCO₂ produzem vasodilatação cerebral e contribuem para elevar a PIC. Por esta razão, níveis de PaCO₂ superiores a 40 mm Hg se consideram perigosos.

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

Manter um ambiente tranquilo evitando qualquer tipo de procedimento que aumente a incidência de estímulos nocivos ao doente (dor, presença TOT, tosse, aspiração, mudança de posição, os cuidados de higiene

- Para assegurar uma ventilação adequada e evitar estes efeitos, deve-se utilizar fármacos sedantes y bloqueadores neuromusculares, a pesar que a sedação nos doentes inconscientes pode tornar-se um obstáculo na avaliação neurológica, los beneficios pueden superar los riesgos.

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

- A vigilância e controlo da temperatura do doente tem uma grande importância porque a velocidade das reacções metabólicas cerebrais eleva-se de forma directamente proporcional ao aumento da temperatura corporal de 5 a 7% por cada grau centígrado.
- Para prevenir a hipertermia nos doentes com alteração neurológica, quando está indicado pode-se utilizar antipiréticos e arrefecimento natural.

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

- A hipertensão sistólica (> 160 mm Hg), deve ser tratada quando existe aumento da PIC. O controlo da hipertensão arterial pode-se realizar com doses baixas que evitam o aumento da Quando estes não são suficientes para controlar a hipertensão utiliza-se anti-hipertensores.
- Existem diferentes manobras que podem provocar aumentos significativos da PIC e da PAM por estimulação sensitiva (intubação traqueal, laringoscopia e aspiração).

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

- As convulsões aumentam a elevação do volume sanguíneo cerebral e da PIC. Quando o fluxo sanguíneo não é capaz de atingir estas áreas desenvolve-se a isquemia. Devido ao risco de uma lesão isquémica secundária associada às convulsões, administra-se medicação anti-convulsivante.
- A drenagem de líquido cefalorraquidiano pode-se realizar de forma combinada com as medidas terapêuticas para a HIC.

Cuidados de Enfermagem ao doente com HIC

O diurético osmótico mais utilizado é o manitol, melhora a perfusão das áreas isquémicas cerebrais, produzindo vasoconstricção cerebral, e portanto a diminuição da PIC. Talvez a maior dificuldade associada ao uso de estes medicamentos seja o aparecimento de alterações electrolíticas.

- Devemos vigiar:
 - BH.
 - Controlar a hipernatremia e a hipokalemia já que se associam ao uso de diuréticos osmóticos.
 - Monitorizar a PVC para evitar a hipovolemia.

ANEXO XII

Trabalho sobre indicador de qualidade em cuidados paliativos e proposta de instrumento de medida



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado de Natureza Profissional
da Universidade Católica
Área de Especialização Médico-cirúrgica

INDICADORES DE QUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS E PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA

Autoras:

Maria Eduarda Diniz Pereira

Maria Paula Paramés

Lisboa

Novembro 2009

SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

Epd2 – Indicador epidemiológico

EUA – Estados Unidos América

PC – Prestador de Cuidados

RI – Indicador de resultado

R2 – Indicador de resultado

RMDE – Resumo mínimo de dados Enfermagem

SECPAL - Sociedad Española de Cuidados Paliativos

INDICE

INTRODUÇÃO.....	3
CONCEITO DE INDICADOR DE QUALIDADE.....	7
INDICADORES DE QUALIDADE INTERNACIONAIS.....	10
INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS...	20
INSTRUMENTOS DE MEDIDA ADOPTADOS PELA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DA LUZ	29
PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA A UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DA LUZ.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXO.....	41
Anexo I – <u>FAMCARE Scale</u>.....	42

INTRODUÇÃO

Baseada na maior procura dos serviços de saúde públicos e privados por diferentes grupos da população, as instituições de saúde e os seus profissionais têm enfrentado vários desafios no sentido de responder às necessidades dos clientes de forma eficiente e eficaz e procurando a melhoria e excelência da qualidade dos cuidados que prestam (Adami, 2000; Monte et al., 2001; Peres da Mota et al., 2007; Corrêa et al., 2009). A procura da qualidade nos serviços de saúde deixou de ser uma exigência de cada indivíduo isoladamente para passar a ser um imperativo social em resultado de uma maior consciencialização/informação (Carta dos direitos e deveres do doente) e mudança de comportamentos dos seus clientes em termos das suas opções em saúde (Kluck et al., 2002; Polizer; D’Innocenzo, 2006; Peres da Mota et al., 2007; Vituri; Matsuda, 2009).

Com efeito, a aposta das organizações de saúde tem sido no sentido da avaliação do desempenho e da qualidade em serviços de saúde e a adopção de novas políticas de saúde cada vez mais preocupadas com os crescentes custos da assistência (redução dos tempos de internamento hospitalares, o aumento das readmissões hospitalares entre outros) em consequência do aumento de doenças crónicas e degenerativas (Monte et al., 2001; Polizer; D’Innocenzo, 2006; Petronilho, 2007; Corrêa et al., 2009). Mas, este desafio não pode ser visto apenas como uma responsabilidade exclusiva de alguns profissionais mas deve ser partilhada pelos diferentes elementos que integram as equipas multidisciplinares de saúde numa combinação de conhecimentos e esforços para a um bem comum (Lopes Ferreira, 1991; Adami, 2000; Peres da Mota et al., 2007).

Falar em qualidade dos serviços de saúde e em particular dos serviços de enfermagem remete para a reflexão sobre as práticas e para a definição de projectos que sublinhem o compromisso dos profissionais e das instituições em conceber um ambiente favorável à sua implementação e consolidação. Contudo, definir e medir qualidade em cuidados de saúde envolve algumas dificuldades e subjectividades já que a sua avaliação *“significa atribuir valor a uma coisa emitindo um juízo de valor que depende muitas vezes dos valores de quem avalia, contendo questões subjectivas e de interesse, critérios e valores do observador.”* (D’Innocenzo et al., 2006: 85). No que respeita à sua definição, a

Organização Mundial de Saúde definiu qualidade em saúde em 1993 recorrendo a um conjunto de aspectos tais como o elevado nível de competência dos profissionais, o elevado grau de satisfação dos clientes, o controlo dos riscos a um nível mínimo, a eficiência no uso dos recursos disponíveis e que a conjugação destes aspectos tivessem efeito favorável na saúde das populações (D’Innocenzo et al., 2006). Para Donabedian é necessário que haja uma definição exacta do que se entende por qualidade de cuidados de saúde para que se possa proceder à sua avaliação pelo que não devem se descurados os aspectos relacionados com a componente técnica dos cuidados (conhecimento e tecnologia e sua aplicação na prática), a competência dos prestadores de cuidados (eficácia e minimização dos riscos nas suas actividades), os aspectos interpessoais e de humanização dos cuidados, a acessibilidade, disponibilidade e a continuidade dos cuidados (Lopes Ferreira, 1991).

Neste contexto e atendendo a que a qualidade em saúde se tornou uma exigência actual e que deve fazer parte das práticas diárias de todos os profissionais de saúde, não é excepção para os enfermeiros que se vêm defrontados com a necessidade de aperfeiçoar a organização e gestão dos seus processos de trabalho com o objectivo de assegurar cuidados de qualidade (Vituri; Matsuda, 2009). Com efeito, foi com Florence Nigthingale que se iniciou todo um processo de avaliação dos cuidados de enfermagem (colheita de dados de mortalidade e morbilidade hospitalar, introdução de princípios básicos de saneamento e higiene) através de uma observação e registos sistematizados das suas práticas factos que constituíram os alicerces para a enfermagem como ciência (Adami, 2000; Polizer; D’Innocenzo, 2006; Corrêa et al., 2009). Na verdade, a enfermagem sempre se importou *“com o controle informal da qualidade da assistência, representado pela preocupação das enfermeiras em seguir à risca os procedimentos executados, acreditando-se com isto, que seriam assegurados os resultados desejados”* (Adami, 2000:191). Nesta lógica, o desafio nas últimas décadas tem-se centrado no desenvolvimento *“das competências relativas à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* e das instituições de saúde, assumindo-se que esta é uma *“tarefa multiprofissional”* que obriga a uma reflexão colectiva sobre a temática da qualidade dos cuidados de saúde direccionados não somente para a medicina curativa mas apostando numa perspectiva holística do processo de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2001:3,4; Akerman; Nadanosky; 1992; Monte et al., 2001; Decreto-lei nº 1001/2006; Direcção-Geral da Saúde, 2009).

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros a enfermagem alcançou um dos seus mais importantes desafios com a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e que configuram a reflexão sobre o exercício profissional de enfermagem (num contexto multidisciplinar) com o objectivo da sua excelência no estabelecimento de uma efectiva relação terapêutica, na ajuda ao cliente/família a tornarem-se proactivos na conquista do seu processo de saúde e no perfilhamento de princípios humanistas de respeito pelos valores, crenças e costumes dos seus pares e clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001; D’Innocenzo et al., 2006). O mesmo é dizer que os cuidados de enfermagem “*tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue*” com a finalidade de “*ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação*” ao mesmo tempo que procura a satisfação das necessidades dos clientes, a sua máxima autonomia e (re) adaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2001: 8). Neste pressuposto a garantia e controlo da qualidade efectiva dos cuidados de enfermagem faz-se alicerçando-se em indicadores que podem ser utilizados como instrumentos de avaliação e monitorização (Monte et al., 2001; D’Innocenzo et al., 2006; Peres da Mota et al., 2008; Vituri; Matsuda, 2009).

Com base nestes propósitos e na proposta feita pela Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz de realizarmos um trabalho sobre Indicadores de Qualidade de Cuidados de Enfermagem em Cuidados Paliativos, o trabalho que agora se apresenta foi esboçado e realizado em diferentes etapas. Num primeiro momento foi realizada uma pesquisa (por países) de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem na área dos cuidados paliativos, num segundo momento procedeu-se à descrição dos indicadores que considerámos mais relevantes e um terceiro momento que corresponde à proposta de uma escala de medida susceptível de ser adoptada futuramente pela unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz. De referir que a pesquisa realizada através da Internet foi efectuada de forma aleatória para, posteriormente, se proceder a um refinamento dos dados encontrados. Avaliando o material encontrado verificamos que existiam poucas publicações sobre indicadores de qualidade embora esteja explícito que a avaliação e monitorização da qualidade dos serviços de saúde seja hoje uma prática exigida nas instituições de saúde. Deste modo e de entre os países pesquisados seleccionamos Portugal e Espanha pela parceria que tem sido estabelecida nesta área dos cuidados paliativos e pela

disponibilização de informação relativa aos indicadores adoptados enquanto a opção pelos Estados Unidos da América, Canada, Reino Unido, Holanda deveu-se à quantidade de informação respeitante a um conjunto de instrumentos de medida que permitem avaliar a qualidade de vida dos clientes e não ao facto de termos encontrado indicadores de qualidade. Nesta lógica e de acordo com Corrêa et al. (2009.sp), outra forma “*de se usar indicadores de qualidade em enfermagem é ouvir queixas e insatisfações de profissionais da saúde e clientes.*” recorrendo à escuta, acolhimento e humanização dos cuidados que se prestam. Deste modo pretendemos estabelecer a “ponte” entre estes dois aspectos abordados justificando as nossas escolhas.

Com base nestes pressupostos traçamos os seguintes objectivos:

- 1 – Descrever os indicadores de qualidade existentes em Portugal e em outros países.
- 2 – Apresentar os instrumentos de medida existentes na Unidade de cuidados Paliativos do Hospital da Luz.
- 3 – Propor um instrumento de medida a ser adoptado pela Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

CONCEITO DE INDICADOR DE QUALIDADE

Embora recente, o desenvolvimento da avaliação da qualidade nos serviços de saúde teve a sua origem nos meados do século passado (anos 30) nos EUA e a partir do conceito de qualidade aplicado ao sector industrial (material bélico e projectos de energia nuclear) (D’Innocenzo et al., 2006; Giaponesi et al., 2008) ao contrário do que se verificou no campo da saúde pública (em particular na epidemiologia) cujos estudos do estado da saúde das populações remontam ao século IX (Soarez et al., 2005). Deste modo foi através de Avedis Donabedian (pediatra arménio radicado nos EUA) que *“absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado”* que se passou a abordar a temática da avaliação da qualidade em saúde (D’Innocenzo et al., 2006: 85).

Neste sentido, o entendimento que Donabedian faz do conceito de qualidade em saúde subentende a obtenção de superiores benefícios com os menores riscos e custos para os clientes, isto é, através de procedimentos que maximizem o bem-estar dos clientes *“após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes.”* (Lopes Ferreira, 1991: 98).

Pelas características dos processos de trabalho em saúde, o conceito de qualidade tem um sentido diferente daquele que é adoptado pelos serviços/actividades envolvidos na produção de bens e *“é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um número de riscos ao paciente-cliente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes.”* (Kuregant et al., 2006:90). É um conceito geral, complexo e cuja avaliação só poderá ser conduzida a partir de critérios, padrões e normas pré-estabelecidas que têm em consideração a variabilidade das práticas de saúde, a elevada competência dos profissionais para a satisfação dos clientes, a utilização adequada dos recursos disponíveis e o menor custo/risco possível socorrendo-se de um conjunto de indicadores de qualidade (Kluck et al., 2002; Giaponesi et al., 2008; Corrêa et al., 2009).

Um indicador pode ser definido como:

- *“uma unidade de medida de actividade, com a qual se está relacionado ou uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a*

qualidade assistencial e as actividades de um serviço.” (Joint Commission American Hospital Organization, 2004 citado por Kuregant et al., 2006:90);

- *“variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade anteriormente estabelecidos.” e que fornecem informações importantes e mensuráveis susceptíveis de descrever a realidade e as mudanças ocorridas no serviço e/ou na assistência (Kluck et al., 2002: 29; Soares et al., 2005);*

Para Corrêa et al., (2009:sp), indicadores de qualidade dos serviços de enfermagem são instrumentos elaborados e usados para avaliar o cumprimento dos objectivos e metas e são percebidos como variáveis dependentes usadas para quantificar o resultado das acções, ou seja, são critérios explícitos de medida que permitem estabelecer conclusões objectivas sobre aspectos particulares dos planos de cuidados de enfermagem definidos para determinada unidade. São várias as medidas de cuidados de saúde que têm sido identificadas ao longo dos anos como indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem e que estão direccionados para áreas distintas tais como o valor do cuidado prestado, os efeitos da assistência, a contribuição nos cuidados aos clientes, a relação entre o enfermeiro e o cliente, a visibilidade da profissão e a influencia nas politicas de saúde (American Nurses Association citado por Reis, sd). Tal remete para o que foi afirmado por Kuregant et al. (2006: 90) de que *“nos serviços de enfermagem, a gestão da qualidade da assistência volta-se para a prática profissional fundamentada no corpo do conhecimento da ciência enfermagem, nas habilidades, nas crenças e nos valores individuais, profissionais e institucionais.”*

Na prática e de acordo com Donabedian, os indicadores podem ser desenvolvidos para avaliar a estrutura, os processos e os resultados dos serviços de saúde (Bittar, 2001; Monte et al., 2001; Soares et al., 2005; D’Innocenzo et al., 2006; Giaponesi et al., 2008; Lopes Ferreira; Barros Pinto, 2008; Corrêa et a., 2009). Assim e parafraseando D’Innocenzo et al. (2006:85) as componentes referidas são definidas do seguinte modo:

- Estrutura – *“corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (...), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos apoio político e condições organizacionais.”*

- *Processo – “corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceites na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.”*
- *Resultados – “corresponde às consequências das actividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.”*

Para além destas componentes cada indicador deve ter os seguintes atributos (Bittar, 2001; Kluck et al., 2002; Soares et al., 2005; Giaponesi et al., 2008):

Validade – o indicador deve mensurar somente o fenómeno que pretende mensurar e frequentemente a validade de um indicador é determinada pelas características de sensibilidade (medir as alterações do fenómeno) e a especificidade (medir apenas o fenómeno em análise);

Confiabilidade – o indicador deve retratar os mesmos resultados quando aplicado por diferentes indivíduos e em diferentes meios desde que seja em condições semelhantes.

Disponibilidade – os dados para o cálculo do indicador devem estar disponíveis ou serem de fácil acesso;

Simplicidade – quanto mais simples de calcular, analisar e interpretar maiores são as possibilidades de utilização;

Relevância – deve ser útil para a tomada de decisões e responder a prioridades de saúde;

Custo-efectividade – os resultados obtidos pela tomada de decisões baseados nesses indicadores devem justificar o investimento de tempo e recursos na recolha de dados para o cálculo dos mesmos.

Os indicadores são usualmente construídos através de uma expressão matemática podendo apresentar-se sob a forma de uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um facto (Bittar, 2001; Giaponesi et al., 2008; Corrêa et al., 2009). Para a sua estruturação é essencial conhecer os clientes a quem se destinam os indicadores, quais as necessidades para a sua construção devendo seguir-se uma determinada sequência lógica e que compreende as seguintes etapas: nome do indicador; fórmula

para cálculo; tipo de indicador (taxa, índice, número absoluto, facto); método (retrospectivo, prospectivo, transversal); amostra; responsável pela elaboração; frequência (número de vezes que será medido); objectivo/meta (Bittar, 2001; Peres da Mota et al., 2008). Trata-se de um processo complexo e rigoroso que pode ir de uma contagem directa (número absoluto) a cálculos mais complicados (índices, etc.) devendo ser claramente definido o objecto em análise pois que *“dependendo da forma como o objecto foi definido, ele abrangerá domínios distintos que futuramente precisarão ser mantidos pelos indicadores.”* (Soarez et al., 2005: 59).

Em resumo, um indicador isolado dificilmente é capaz de reproduzir a realidade pelo que, para assegurar o acesso a um conjunto de indicadores passíveis de serem estudados e compatíveis com os objectivos do serviço, é necessário dispor de um sistema de informação para a sua construção e utilização (Kuregant et al., 2006). Desta maneira, pretende-se que os indicadores aplicados possam *“atender aos objectivos de melhorar a assistência ao cliente, de fortalecer a confiança da clientela, de atender às exigências de órgãos financiadores, de reduzir custos, de atrair e estimular o envolvimento dos profissionais”* ao mesmo tempo que permitem encontrar respostas, mostrar resultados dos cuidados prestados e implementar acções de melhoria baseadas em padrões de qualidade (Kuregant et al., 2006: 90).

INDICADORES DE QUALIDADE INTERNACIONAIS

Depois de uma revisão cuidadosa da literatura e levantamento de dados sobre indicadores de qualidade, procedeu-se à selecção de alguns países atendendo ao facto de serem pioneiros na área dos cuidados paliativos e à pertinência dos dados encontrados já que podem ajudar a interpretar diferentes aspectos do desempenho dos cuidados de enfermagem. Nesta procura encontrou-se alguma informação nas publicações da SECPAL, da ANCP e da Ordem dos Enfermeiros relacionada com indicadores de qualidade e “gold standards” de boa prática em Cuidados Paliativos (abrangência dos cuidados, controlo eficaz dos sintomas, apoio no luto, etc.). Dada a escassez de informação considerou-se importante incluir nesta listagem alguns países que, apesar de não apresentarem indicadores de qualidade, propõem instrumentos de medida que permitem realizar registos sistemáticos de detecção precoce e monitorização de problemas dos doentes e famílias e, conseqüentemente, permitir a formulação de planos de avaliação/monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem. Salienta-se que sempre que se pretende estabelecer comparações entre diferentes países se deve ter em consideração a definição dos conceitos e a metodologia empregues no desenvolvimento dos indicadores porque *“muitas vezes as variações encontradas são decorrentes de mudanças nas definições, nas medições e construções desses indicadores e não de variação no valor do próprio indicador.”* (Soarez et al., 2005:64).

PORTUGAL

Em Portugal a **Ordem dos Enfermeiros** tem vindo a investir na qualidade da organização e gestão dos cuidados de enfermagem no que respeita à uniformização das boas práticas e satisfação das necessidades dos clientes, pelo que elaborou um documento onde é abordada a temática dos Sistemas de Informação de Enfermagem e Resumo Mínimo de Dados que permitem a produção de um conjunto de indicadores de Enfermagem cuja *“implementação requererá que se considere um maior nível de pormenorização, quanto ao modelo de agregação da conhecimento e às regras a utilizar na produção dos indicadores.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007: 1). Este documento apresenta um conjunto de indicadores baseados na conceptualização das componentes da avaliação da qualidade propostas por Donabedian (estrutura, processo e resultado),

estruturados para avaliar o estado de saúde das populações e para reflectir as práticas dos enfermeiros no que respeito aos ganhos em saúde das populações.

São definidos alguns indicadores de enfermagem (aplicáveis a diferentes níveis de cuidados) tendo em conta as suas componentes, designações, definições e fórmulas gerais, dos quais passaremos a enunciar aqueles que consideramos mais pertinentes e de acordo com os focos de atenção (RMDE).

Foco principal	Diagnósticos	Indicadores	Tipo	Formula Numerador /denominador	Periodicidade
Aceitação do estado de saúde	Aceitação do estado saúde actual	Taxa de prevalência	Epd2	$\frac{\text{Nº de utentes com aceitação do estado de saúde}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$	Semestral
DOR	Dor actual	Taxa de prevalência	Epd2	$\frac{\text{Nº de utentes com dor}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$	Semestral
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre a gestão dos analgésicos	Modificação positiva no estágio do diagnóstico	R2	$\frac{\text{Nº de PC com ganhos de conhecimento}}{\text{Nº total de PC com défice}} \times 100$	Anual
TOMAR CONTA	Risco de stress do prestador de cuidados por tomar conta	Taxa de efectividade na prevenção	R1	$\frac{\text{Nº de PC com risco de stress/sem stress}}{\text{Nº de PC com risco de stress}} \times 100$	Anual
	Stress actual do prestador de cuidados por tomar conta	Taxa de prevalência	Epd2	$\frac{\text{Nº de prestador de cuidados por tomar conta}}{\text{Nº de total de prestadores de cuidados}} \times 100$	Semestral

* Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2007

Nota:

Epd2 – indicador epidemiológico e consiste na relação entre o numero total de casos de ocorrência de um determinado foco de enfermagem num determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.

R1 – indicador de resultado que se baseia nas relações entre o diagnostico potencial (risco) e o diagnostico real.

R2 – indicador de resultado e que se baseia na relação entre o numero total de casos que resolveram um determinado fenómeno diagnostico de enfermagem através de intervenções de enfermagem e o universo daqueles que apresentaram este fenómeno / diagnostico num determinado período de tempo.

Associação Nacional Cuidados Paliativos

No âmbito dos programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados de saúde, a ANCP optou pela produção de um conjunto de Critérios de Qualidade para as Unidades de Cuidados Paliativos e que são considerados como *“nucleares para a prestação, entre nós, de cuidados paliativos de qualidade, e podem/devem ser aplicados em qualquer tipologia de recursos específicos.”* (ANCP, 2006:2). Tal significa dizer que não foram definidos Indicadores de Qualidade mas critérios que podem conduzir à formulação de protocolos e standards para a intervenção nos cuidados paliativos.

Os critérios definidos pela ANCP abrangem:

- Cuidados ao doente e família;
- Trabalho em equipa;
- Avaliação e melhoria da qualidade.

Segundo a ANCP e sempre que se justifique a avaliação será escorada por instrumentos de medida apropriados (ANCP, 2006:4).

ESPANHA

Em Espanha os Cuidados Paliativos (CP) foram considerados como um direito dos cidadãos com o objectivo de abranger todos os doentes terminais (oncológicos e não oncológicos), assim como outras doenças crónicas incuráveis. A fim de melhorar os cuidados prestados, uma das estratégias de intervenção foi a definição de indicadores-chaves da qualidade de assistência. Medir qualidade de vida dos doentes oncológicos ao longo das várias etapas da sua doença é considerado um acto clínico fundamental.

De acordo com a SECPAL foram criados vários indicadores de qualidade em áreas relevantes dos quais passamos a descrever aqueles que têm pertinência para o trabalho:

ASSISTENCIA AO CLIENTE E FAMILIA

AREA RELEVANTE	CRITERIO	JUSTIFICAÇÃO	FÓRMULA DE CALCULO	Tipo de Indicador
DAS AVALIAÇÃO NECESSIDADES	Avaliação inicial das suas necessidades e registo da sua historia clínica	Os doentes e famílias apresentam uma serie de necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais que precisam de ser avaliadas e registadas	$\frac{\text{Nº de doentes com registo de avaliação inicial da sua historia clínica}}{\text{Nº total de doentes ingressados ou seguidos no domicilio}}$	PROCESSO
	A equipa deve avaliar periodicamente as necessidades do doente	As necessidades do doente e família podem-se alterar sendo importante uma avaliação periódica	$\frac{\text{Nº de doentes em que se consta a anotação da avaliação de necessidades e situações que requerem uma reavaliação}}{\text{Nº total de doentes internados ou seguidos no domicilio}}$	PROCESSO
OBJECTIVOS TERAPEUTICOS	O plano de assistência deve contemplar o apoio às necessidades da família ou cuidador.	A necessidade de cobrir e dar resposta de forma personalizada e multidisciplinar às necessidades da família / cuidados obriga à elaboração de um plano de avaliação assistência.	$\frac{\text{Nº de doentes que constam d dossier das necessidades da família / cuidador}}{\text{Nº total de doentes internados com mais de oito dias ou seguidos no domicilio mais de quinze dias}}$	PROCESSO
	Registo do controlo de sintomas e dos resultados do plano terapêutico	O principal objective dos cuidados paliativos é a melhoria da qualidade de vida e do conforto definidos para o doente e família e um dos instrumentos para sua concretização é o controlo e alivio de sintomas pelo que é conveniente estabelecer um registo dos mesmos e dos resultados do plano terapêutica estabelecido	$\frac{\text{Nº de doentes com registo de controlo de sintomas e resultados do plano terapêutica na sua historia clínica}}{\text{Nº total de doentes internados com mais de quinze dias ou seguidos no domicilio à mais de quinze dias}}$	PROCESSO

	As equipas devem utilizar escalas validadas para avaliação da dor	Para avaliação do doente deve-se utilizar I instrumentos (escalas analógicas visuais) que permitam determinar o grau de intensidade e níveis de respostas adaptados às necessidades de cada doente	Nº de três medições complementadas com um a escala de avaliação da dor Nº total de doentes internado os à mais de quinze dias ou seguidos no domicílio à mais de quinze dias	PROCESSO
	Os objectivos terapêuticos do doente devem ser avaliados periodicamente	Atendendo às necessidades globais do doente deve-se proceder a uma avaliação continuada com mínimo de 15 dias para detectar aspectos relevantes da sua evolução, poder oferecer um assistência individual e personalizada e propor as modificações que se considerem oportunas no plano terapêutica INICIAL	Nº de Doentes onde conste na sua história clínica uma anotação ou referência do seguimento a mensal do seu plano terapêutica Nº total de doentes internados à mais de 15 ou seguidos no domicílio à mais de 15 dias	PROCESSO
ASSISTENCIA INTEGRADA	O doente deve ter identificado um cuidador principal desde o primeiro momento	È importante que todo o doente tenha um cuidados principal e que seja o interlocutor habitual com a equipa de saúde com a finalidade de o envolver no processo de cuidados.	Identificar na história clínica do doente o seu cuidador	PROCESSO

EDUCAÇÃO DO DOENTE E FAMÍLIA	A unidade deve de dispor de um protocolo de identificação das necessidades do doente e sua família	Um dos direitos do doente e família é educação e informação para poder aceitar o processo terapêutica, envolver-se nos planos de assistência e seu seguimento pelo que a equipa deve previamente identificação as necessidades específicas de educação	Existência de um protocolo de identificação de necessidades de educação	ESTRUTURA
	A unidade deve registar a educação do doente e da família em documento criado para o efeito	A identificação das necessidades específicas de educação devem estar reflectidas na documentação assistencial para que a equipa possa trabalhar-las segui-las e avaliar os seus resultados	$\frac{\text{Nº d doentes com registo da história clínica das actividades educativas realizadas}}{\text{Nº total de doentes internados ou seguidos no domicílio com necessidades de educação ou identificadas}}$	PROCESSO

AVALIAÇÃO E MELHORIA

AREA RELEVANTE	CRITERIOS	JUSTIFICAÇÃO	FORMULA DE CÁLCULO	TIPO
MELHORIA DA QUALIDADE	A equipa deve conhecer periodicamente a opinião e satisfação dos doentes e famílias	Dentro das diferentes dimensões de serviços destaca-se a satisfação dos doentes com enfoque nas suas expectativas sendo necessária avaliação periódica das mesmas	Realização periodica de um inquérito de satisfação dos doentes, suas famílias ou cuidadores.	PROCESSO
	A equipa deve dispor de um sistema de monitorização dos seus indicadores assistenciais	A cultura da avaliação da qualidade faz parte o modelo de trabalho de cuidados paliativos devendo introduzir-se instrumentos de medição da melhoria da qualidade.	Existência de sistema de monitorização baseado em indicadores de avaliação de âmbito assistencial e organizativo	ESTRUTURA / PROCESSO
	A equipa e identificará e trabalhará um plano de melhoria continua da qualidade	A cultura da avaliação da qualidade faz parte o modelo de trabalho de cuidados paliativos devendo introduzir-se instrumentos de medição da melhoria da qualidade.	Existência na unidade de um plano documentado de melhoria contínua da qualidade existente	PROCESSO / RESULTADO

TRABALHO EM EQUIPA

AREA RELEVANTE	CRITERIOS	JUSTIFICAÇÃO	FORMULA DE CÁLCULO	TIPO
DE EM SISTEMAS TRABALHO EQUIPA	A equipa deve dispor de um conjunto protocolo mínimo de assistência	O trabalho profissional nas unidades de cuidados paliativos devem protocolar para diminuir a variabilidade da prática e garantir uma assistência óptima aos doentes sua famílias ou cuidador. A uniformização de critério facilita as tarefas, aumenta a eficácia e a responsabilidade	Existence de protocolos 	ESTRUTURA
E CUIDADOS SUPORTE DA EQUIPA	A equipa deve definir formalmente as suas actuações para prevenir o Burnout dos seus membros	Um dos objectivos de qualquer programa de cuidados paliativos é de manter os profissionais que prestam cuidados ao moribundo em condições óptimas evitando repercussões psicológicas negativas e tratando de prevenir Burnout. Para o efeito devem ter reuniões mensais com método formal de prevenção e avaliar a necessidade das mesmas.	Existência de um documento em que se definem o meto do formal de prevenção de Burnout que se utilize na equipa	ESTRUTURA

INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Para a avaliação das diferentes áreas de intervenção em saúde recorre-se a instrumentos ou escalas adequadas que permitem a recolha de informação específica e a escolha dos mesmos têm por referência a informação prévia (Polit et al., 2004). De acordo com Polit e Hungler (1995:363) escala é *“uma medida composta de um atributo que consiste em vários itens que possuem uma relação lógica ou empírica, uns com os outros; envolve um escore para colocar os sujeitos em um continuum, no que diz respeito ao atributo.”*

No que respeita à avaliação da qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos, Lopes Ferreira e Barros Pinto (2008) realizaram um estudo onde fizeram uma análise detalhada de um instrumento de medida – Palliative Scale Outcomes Scale (POS) – por considerarem ser o mais adequado ao doente oncológico em cuidados paliativos. Por outro lado, procederam a uma revisão bibliográfica para o levantamento de outros instrumentos de avaliação/monitorização da qualidade de vida dos doentes oncológicos em cuidados paliativos e de entre estes, para este trabalho, seleccionamos os de maior pertinência:

Therapy impact Questionnaire (TIQ) é um questionário que avalia o impacto da doença e da terapêutica na qualidade de vida do doente oncológico em fase avançada. Contém 36 perguntas que medem dimensões como fadiga (insónia, problemas como o sono, fraqueza e sensação de cansaço), sintomas gastrointestinais (náuseas, vómitos, dores de estômago e indigestão), estado global de saúde, limitação funcional, estados emocional e cognitivo, interacção social, para além de outros 16 sintomas como a dor, a perda de apetite, tonturas, boca seca e a dificuldade de respirar.

QLQ-C30 – é um instrumento de medição concebido pela European Organization for Research and Treatment of Câncer (EORTC) e destinado a ser usado numa vasta gama de populações oncológica. Concebido para ser complementado por módulos mais específicos, nenhum deles está directamente orientado para os cuidados paliativos.

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System (FACT) - é um sistema que pretende avaliar a qualidade de vida de doentes oncológicos sob terapia. Possui também uma versão genérica com 27 perguntas e versões específicas de doença oncológica (mama, bexiga, cérebro, colorrectal, sistema nervoso central, cervical, esofágica, hepatobiliar, cabeça e pescoço, pulmão. Ovário,

próstata), de tratamento (infecção HIV, transplante ósseo, neurotoxicidade), de sintomas (anorexia, anemia, diarreia, sintomas endócrinos, fadiga, incontinência fecal, incontinência urinária) e outras (dimensão espiritual da qualidade de vida, esclerose múltipla, condições não ameaçadoras de vida). A versão genérica destina-se a medir as dimensões de bem – estar físico, social, e familiar, emocional e funcional.

McGill Quality of Life Questionnaire (MQQL) – é um questionário relevante para todas as fases da trajectória da doença em situações ameaçadoras de vida. São medidas quatro dimensões principais: sintomas físicos, sintomas psicológicos, perspectivas da vida e significado da existência

Para além destes indicadores outros são usados para a avaliação de domínios mais específicos tais como *“a melhoria da qualidade de vida antes da morte, o controlo dos sintomas, o apoio e a satisfação da família, assim como as percepções do doente acerca do objectivo e do significado da vida.”* (Lopes Ferreira; Barros Pinto, 2007:114) e que passamos a enunciar:

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) – é um questionário desenhado para monitorizar a avaliação de nove dos sintomas mais frequentes dos doentes oncológicos em cuidados terminais. Estes sintomas são a dor, o cansaço, a náusea, a depressão, a ansiedade, a tontura, a falta de apetite, a sensação de bem-estar, a dispneia e outros.

Support Team Assessment Schedule (STAS) – é um instrumento orientado para as equipas de apoio a doentes oncológicos em cuidados paliativos registarem e avaliarem os seus cuidados. Englobando (o controlo da dor e de outros sintomas, a ansiedade do doente e dos seus familiares, a comunicação entre o doente e a família, entre os profissionais de saúde e entre estes e o doente ou a família) e outras perguntas sobre o planeamento, as ajudas práticas, o financiamento, o tempo perdido, a componente espiritual, a ansiedade profissional e o aconselhamento ao doente.

Palliative Care Assessment (PACA) – é um questionário concebido para avaliar a efectividade de uma equipa hospitalar de cuidados. Composto por perguntas que cobrem três dimensões: controlo dos sintomas (dor, náuseas, vômitos, prisão de ventre, anorexia, dispneia, imobilidade, insónia), juízo dos doentes e família acerca do diagnóstico e do prognóstico e do posicionamento do doente

Assessment of Quality of Life at the End of Life (AQEL) – é um questionário desenhado para doentes terminais qualquer que seja o tipo de neoplasias. Que cobrem

os domínios físicos, psicológicos, social, existencial e de cuidados médicos, para além de uma dimensão global.

Quality of Life at the of Life (QUAL – E) – é uma medida criado para apoiar a avaliação da qualidade e da efectividade das intervenções destinadas a melhorar a qualidade no fim de vida. As perguntas abarcam dimensões relacionadas com o cumprimento da vida, o impacto dos sintomas, o relacionamento com os profissionais de saúde e a preparação para o fim de vida.

Palliative Scale Outcomes Scale (POS) – é um instrumento específico para avaliação da qualidade de vida e resultados em saúde de doentes em cuidado paliativos. Trata-se de um questionário cujas perguntas se relacionam com os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais da vida das pessoas e prestação de cuidados paliativos.

Das várias escalas seleccionadas pelos autores citados e tendo em conta os objectivos deste estudo, estes optaram pela análise mais pormenorizada da **POS** concebida por Irene Higginson do **Department of Palliative Care and Policy** do **King's College** de Londres, por ser um instrumento específico que pode ser implementado em doentes oncológicos em cuidados paliativos para avaliação da qualidade de vida e de resultados em saúde. É uma escala que avalia e monitoriza a intensidade dos sintomas e número de vezes que estes ocorrem nas várias fases da doença oncológica. Trata-se de um instrumento de medição de fácil compreensão e simples de preencher. Em Portugal esta escala encontra-se em validação por estes autores motivo pelo qual não optamos pela sua proposta para a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

De acordo com o site da Scranton-Temple Residency Program (STRP; <http://www.palliativecare-nepa.com/index.html>), : são descritos vários instrumentos de medida de acordo com diferentes áreas de intervenção assistencial: a avaliação de sintomas, o estado funcional do doente, as necessidades psicossociais do doente e família, a avaliação do cuidador face à gestão do luto e ainda a avaliação da qualidade de vida do doente com doença crónica avançada. Deste modo passamos a fazer a descrição dos instrumentos que nos parecem mais pertinentes para os cuidados paliativos e em particular para a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz:

Pain and Symptom Management: ferramenta de avaliação e monitorização da dor e de outros sintomas.

Brief Pain Inventory (long form): para avaliação da dor em doentes oncológicos e fornece informações sobre a intensidade da dor (a dimensão sensorial), bem como o grau em que a dor interfere com a função (a dimensão reactiva).

Brief Fatigue Inventory: avalia rapidamente a gravidade do impacto da fadiga relacionada com o cancro.

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): através de uma escala analógica visual o doente avalia os sintomas e é composto por 9 itens

McGill Pain Inventory (Short Form): Um questionário que incorpora uma série de adjectivos para descrever as características e intensidade da dor.

Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS): inclui 32 itens de avaliação de sintomas físicos e psicológicos em três dimensões diferentes: intensidade, frequência e distress.

Needs at the End-of-life Screening Tool (NEST): é um instrumento de avaliação global e de resultados.

FUNCIONALIDADE: Estado funcional é a capacidade de um indivíduo para realizar actividades diárias normais necessárias para satisfazer as necessidades básicas. Declínio no estado funcional é medido pela perda de autonomia de um indivíduo para a realização das actividades da vida diária (AVD) durante um período de tempo. Segue-se uma lista de instrumentos que podem ser usados para avaliar a capacidade dos doentes para manter a sua independência no contexto da sua vida diária e abrange dimensões do estado físico, emocional e cognitivo.

ECOG Performance Status: um indicador que serve para os profissionais de saúde poderem avaliar como a doença está em curso, como a doença afecta as habilidades da vida diária do doente e como determinar o tratamento apropriado e prognóstico.

Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT): para documentar os graus de desempenho funcional dos pacientes **ECOG Performance Status** antes durante toda a fase terminal.

Karnofsky Performance Scale: comumente usada para avaliar doentes em fim de vida e muitas vezes para determinar a adequação do encaminhamento para unidades de cuidados paliativos.

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living: avalia as capacidades do doente para a realização das actividades de vida diária.

CUIDADOS PSICOSSOCIAIS: Segue-se uma selecção de instrumentos que servem para avaliar as necessidades psicológicas e sociais dos doentes e seus cuidadores.

Afterdeath Bereaved Family Interview: Mede a qualidade dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida a partir da perspectiva dos familiares. São usadas versões para os doentes internados em hospitais e a residir em “Nursing homes”

Hamilton Depression Scale: fornece uma indicação da depressão e ao longo do tempo, fornece um guia de progressão do sintoma.

Herth Hope Index: inclui 12 itens contendo três dimensões: temporalidade, esperança e interconectividade. Testado na comunidade e com doentes internados em hospital e aos seus familiares.

Palliative Care Outcome Scale (POS): escala de 10 itens (mais uma questão aberta), que foi especificamente desenvolvida e validada para os cuidados paliativos e abrange os sintomas físicos, doente e familiar ou cuidador ansiedade / medos e bem-estar.

Scales of Psychological Well-Being:

Escalas de auto-relato para avaliar o bem-estar num determinado momento e através das seguintes dimensões: autonomia, domínio do ambiente, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, propósito na vida, auto-aceitação.

AVALIAÇÃO DO CUIDADOR: A seguinte lista é uma selecção de indicadores que avaliam as reacções de tristeza, perda relacionadas com as necessidades de luto, bem como a medição da satisfação dos prestadores de cuidados em relação aos cuidados prestados ao doente em fim de vida. O prestador de cuidados é um elo fundamental nos cuidados prestados ao doente em fim de vida, as escalas seleccionadas vão de acordo com a necessidade de medir e monitorizar os cuidados de saúde prestados pelo prestador de cuidados.

FAMCARE Scale: indicador com 20 itens para medir a satisfação da família com cuidados de saúde prestados ao doente e aos próprios.

Grief Resolution Index: preparação para o luto.

Inventory of Complicated Grief: Indicador que avalia os sintomas de má adaptação relacionadas com as perdas.

QUALIDADE DE VIDA: A lista que se segue é uma selecção de ferramentas que medem a qualidade de vida dos doentes com doença avançada. Presentemente os doentes morrem durante o internamento nos hospitais, ao contrario do que acontecia alguns anos, em que os doentes morriam em casa. Esta alteração em relação alteração da morte, levou à necessidade de implementação nos hospitais de estratégias de intervenção para melhoria da qualidade dos cuidados. Estas escalas foram seleccionadas de acordo com a melhoria da qualidade de vida dos doentes em fim de vida.

McGill Quality of Life Index: Escala com 20 itens especificamente desenvolvida para medir a qualidade de vida no fim de vida

Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI): é uma escala que inclui 5 dimensões ou domínios da qualidade de vida: sintomas, funcionalidade, relações interpessoais, bem-estar e transcendência. É especificamente destinado à avaliação da experiência de cada doente em cada uma das dimensões.

Needs at the End-of-life Screening Tool (NEST): é um instrumento de avaliação global e de resultados.

Quality of Life at the End of Life (QUAL – E) Uma ferramenta para auxiliar na avaliação da qualidade e eficácia das intervenções em matéria de saúde e se melhorou no final da vida.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA / CANADA

Para Byock e Merriman (1998), a qualidade de vida no contexto avançado de doença progressiva e incurável, é definida como a experiência subjectiva de indivíduo que vive com os desafios interpessoais, psicológicos, existenciais e espirituais que acompanham o processo de declínio físico e emocional e o conhecimento de morte eminente. Assim, a qualidade de vida de uma pessoa pode variar de sofrimento (associado com sofrimento físico e/ou uma sensação de desintegração) a experiência de bem-estar e crescimento pessoal.

Para avaliação da qualidade de vida foi desenvolvida a seguinte escala: **Missoula – VITAS Quality of Life Index (MVQOLI)** – avalia cinco dimensões da qualidade de vida: sintomas, funcionalidade, relações interpessoais, bem-estar e transcendência.

Dentro de cada dimensão existe três tipos de informação a fim de elucidar a sua experiência subjectiva e global: **avaliação** (medição subjectiva dos estado real ou circunstância); **satisfação** (mede o grau de aceitação ou domínio da circunstancia real); **importância** (até que uma determinada dimensão tem um impacto na qualidade de vida global). Esta escala também é referida pela associação de cuidados paliativos do Canada tal como vem referido no artigo da The Pan-Canadian Gold Standard for Palliative Home Care (2006).

De acordo com a Alberta Health Services o programa regional de cuidados paliativos (RPCP) é um programa que está integrado nos diferentes níveis organizacionais, clínico e de prestação de serviços. De modo a facilitar e melhorar o atendimento em cuidados paliativos este programa recorreu ao uso dos seguintes instrumentos de avaliação: Edmonton **Symptom Assessment System (ESAS)**, **Mini-Mental State Exam (MMSE)**, **Edmonton Classificação do Câncer (dor ECSCP)** e **escalas de desempenho (PPS)**.

REINO UNIDO

Segundo o King College London a **Support Team Assessment Schedule (STAS)** é um instrumento de avaliação muito usado em hospitais e na comunidade tanto na Europa como no Canada, Estados Unidos, Austrália, Ásia e África. Trata-se de um instrumento que foi pensado, desenvolvido e validado no Reino Unido para ser adicionado na história clínica e documentação dos doentes, abrangendo questões relacionadas com aspectos psicossociais do doente e sua família mas não foca os aspectos ligados com o luto. É um instrumento extenso (ainda assim considerado prático e confiável) o que pode tornar difícil a sua aplicação porque faz a avaliação de vários domínios: controlo da dor, controlo de outros sintomas, ansiedade no doente/família, discernimento do doente/família, comunicação entre doente e família, comunicação entre profissionais, comunicação entre profissionais doente e família, planeamento, ajudas práticas, financiamentos, final de vida e espiritualidade, ansiedade dos profissionais, escala de Karnofsky, contacto com a equipa e índice de qualidade de vida (mobilidade, vida diária, saúde, suporte, aspecto exterior, ansiedade da equipa). Através deste instrumento a equipa pode monitorizar os cuidados prestados aos doentes durante todo o seu internamento e introduzir mudanças nos seus planos de cuidados.

Para poder ser aplicada em cuidados paliativos na comunidade, o Dr. Jurgen Abela criou uma versão modificada e simplificada (STAS – M) deste instrumento e onde se pretende fazer a avaliação de apenas 11 sintomas referentes ao doente e família: dor, dispneia, anorexia, náusea, vômitos, obstipação, desconforto oral, ansiedade no doente e na família, visão do doente, visão da família, comunicação entre o doente e família. Para cada um destes domínios são criadas 4 afirmações que são colocadas ao doente e que traduzem a ausência total do sintoma (grau 1) até ao máximo do que o doente pode suportar (grau 4).

HOLANDA

Um instrumento para medir a qualidade de vida dos doentes oncológicos deve ter a preocupação de transmitir os sintomas relatados pelos doentes e a criação de um instrumento como **The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)** permitiu mostrar que é possível monitorizar os níveis de ansiedade e depressão nos doentes com cancro (Haes et al., 1996). Foi construído a partir dos instrumentos usados e os dados obtidos em três estudos (doentes do foro psiquiátrico, doentes oncológicos, doentes e com artrite reumatóide) e a selecção dos itens baseou-se na análise factorial das variáveis em estudo, na apreciação por um grupo de especialistas em oncologia e na distribuição das respostas. No final resultaram itens referentes aos sintomas físicos, psicológicos, emocionais dos doentes, itens referentes à actividade de vida diária para avaliar o estado funcional e uma avaliação global da qualidade de vida dos doentes. As questões são colocadas no sentido do doente referir a intensidade dos sintomas nos últimos três dias e através de uma escala de Lickert (Haes et al., 1996).

O RSCL foi inicialmente validado na Holanda por Haes et al. (1983 citado por Haes et al., 1996: 7) e desde então tem sido utilizado em vários estudos nacionais, britânicos, italianos e portugueses que lhe têm conferido confiabilidade e validade. Tem sido utilizado e tem-se mostrado adequado em estudos com doentes com cancro em situação de doença avançada (ou não), sujeitos a diferentes terapias (cirurgia, quimioterapia, radioterapia) ou com outro tipo de doença e em estudos comparativos com indivíduos saudáveis (Haes et al., 1996).

Apesar da sua ampla aplicação, para alguns autores o RSCL peca pela omissão na avaliação de alguns sintomas físicos em estudos com doentes com determinados tipos de cancro e estadio da sua doença bem como apresentou limitações metodológicas em

estudos de validação anteriores (Stein et al., 2003). Estes autores realizaram um estudo cujos objectivos foram a modificação da RSCL através do acréscimo de vários sintomas físicos e posteriormente validar esta versão modificada - RSCLM – com uma amostra heterogénea de doentes oncológicos nos EUA. Apesar de se ter mostrado um instrumento válido e confiável, apresentou algumas limitações: embora tenham aumentado o número de sintomas físicos a serem avaliados criou uma nova escala que não é comparável com a original; não foi realizado o teste-reteste; a amostra difere em vários aspectos da população em que o RSCL foi validado; os resultados obtidos neste estudo não poderão ser generalizados; fraca adesão dos participantes o que pode ter enviesado o tipo de amostra entre outras. Mas os autores consideram que estas limitações podem ser superadas atendendo ao facto do objectivo do seu estudo ter sido medir a utilidade da RSCLM propondo que nos próximos estudos se continue a analisar o desempenho dos novos itens para justificar a sua inclusão (Stein et al., 2003).

INSTRUMENTOS DE MEDIDA ADOPTADOS PELA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOPITAL DA LUZ

Apesar do sucesso conquistado nas últimas décadas na melhoria do nível de saúde dos portugueses não se tem conseguido dar respostas às necessidades dos doentes com doença crónica, incurável e progressiva e têm sido poucos os investimentos ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos e *“das novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas”* capazes de satisfazer a procura de cuidados desta natureza (Decreto-lei nº 1001/2006: 3856). Na sequência destas novas demandas e do reconhecimento da existência de lacunas na assistência ao indivíduo (família) na fase final da sua vida, a Organização Mundial de Saúde e o Conselho da Europa passaram a considerar os cuidados paliativos como uma prioridade em termos das novas políticas de saúde com a finalidade de assegurar a prevenção e alívio da solidão e sofrimento pelo qual estes doentes/famílias passam (Programa Nacional de Cuidados Paliativos – Despacho Ministerial; 2004; Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006). Para a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006:2) *“os cuidados paliativos devem ser prestados em qualquer estadio da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto, tendo em atenção o grau de sofrimento associado.”*, Com o propósito de obter a melhor qualidade de vida possível para os doentes/famílias.

No entanto somente a partir da década de 90 se veio a verificar a abertura em Portugal de algumas unidades de Cuidados Paliativos em resultado do interesse e iniciativa de *“alguns pioneiros pelo tratamento da dor crónica dos doentes com doença oncológica avançada e ainda pela necessidade de ser garantida a continuidade dos cuidados dos doentes nas fases mais avançadas das doenças incuráveis e irreversíveis.”* e não propriamente através de diligências governamentais (Lourenço Marques et al., 2009). Este facto aliado a um pesado legado da medicina curativa e alguma demora na aplicação de políticas específicas para este nível de cuidados (alargamento da rede de cuidados continuados integrados, formação das equipas), tem limitado o seu desenvolvimento e minimizado o trabalho em cuidados paliativos. Porém, o número exíguo de serviços de cuidados paliativos não inviabiliza que estes tenham a responsabilidade de proporcionar cuidados adequados às necessidades globais e personalizadas dos doentes/famílias reunindo critérios de qualidade *“para a garantia e a monitorização da mesma, nos diferentes recursos específicos de cuidados paliativos e também*

para a uniformização das práticas assistenciais.” (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006: 2).

Tendo em conta que é uma unidade que tem como finalidade o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica que condiciona a perda importante de autonomia funcional permanente ou transitória e que necessite de reabilitação, a prestação personalizada de cuidados ao doente e família através de abordagem global e integral e interdisciplinar especializada e à aposta na área de formação e investigação, é de todo pertinente a existência de um projecto de melhoria contínua da assistência a prestar a esta população alvo. Com base nesta lógica, a procura de qualidade assistencial vem sendo discutida e compartilhada entre os profissionais de Saúde sendo importante a utilização / aplicação de indicadores como uma ferramenta que afira essa qualidade. A sua aplicação poderá permitir comparar interna e externamente os processos de trabalho das instituições, subsidiando as tomadas de decisão e a avaliação dos serviços pelos gestores. (Tronchin et al., 2006.). De acordo com estes autores “ *o alcance da qualidade pelos serviços de saúde passa a ser uma atitude colectiva, tornando-se um diferencial técnico e social para atender a demanda de uma sociedade cada vez mais exigente, que envolve não só o usuário do sistema como também as gestões* “, o que requer execução de uma política de qualidade nas organizações tanto da rede pública como da privada (Tronchin et al., 2006:302).

Baseado nestes pressupostos, a unidade de cuidados paliativos seleccionou e tem aplicado os seguintes indicadores:

- Avaliação Pupilar,
- Avaliação Sintomatologia Edmonton (ESAS),
- Avaliação Úlcera Pressão,
- Escala Cicatrização (PUSH e PSST),
- Escala de Braden,
- Escala de Karnofsky,
- Escala de Glasgow,
- Escala de MEWS,
- Escala de quedas de Morse,
- Escala MMSE
- Escala de Barthel.

PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA A UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DA LUZ

Em cuidados paliativos não são somente os doentes que estão dependentes dos cuidados mas também a sua família ou cuidadores uma vez que para estes a experiência de uma doença terminal representa uma ameaça e um desafio que requer ajuda/acompanhamento especializado que permitam que essas vivências dolorosas, de angústia, incertezas e dificuldades possam ser “*gratificantes e geradoras de crescimento.*” (Neto, 2003: 74; Twycross, 2003). Como tal torna-se importante que tantos uns como outros sejam alvo do apoio e dos cuidados de profissionais de saúde especializados e sensibilizados para uma abordagem global da satisfação das suas necessidades através da identificação: “*de quem é o cuidador principal, de quais as principais dificuldades dos elementos familiares, do tipo de comunicação entre eles e dos recursos (internos e externos) de que dispõem para enfrentar a situação actual.*” (Neto, 2003: 68).

Para Neto (2003: 69), para além do controlo da dor e de outros sintomas dos doentes é no âmbito da comunicação que as famílias referem sentir e verbalizar as maiores dificuldades pelo que, antes da elaboração de um plano de intervenção assistencial, é importante que sejam identificadas as suas necessidades: informação adequada e realista sobre a doença, recursos disponíveis e planos terapêuticos; respeito pelas suas crenças e valores; que a equipa se mostre disponível para prestar apoio emocional; poder estar plenamente com o doente e participar nos cuidados; poder expressar os seus sentimentos e restabelecer relações e ter a garantia de que são prestados todos os cuidados que o doente precisa.

Perante estes pressupostos, a proposta de uma escala relacionada com a satisfação das famílias com os cuidados prestados ao seu familiar doente mas também ao apoio recebido da equipa multidisciplinar prende-se, em primeiro lugar, com a noção da necessidade de se incluir no conjunto dos instrumentos existentes na unidade um que analise os aspectos relacionados com a família/cuidador enquanto parceiro de cuidados e potencial indivíduo a precisar de cuidados. Através da aplicação desta escala é possível perceber se existem algumas dificuldades/incapacidades da família no envolvimento no plano terapêutico e qual o seu entendimento acerca da assistência oferecida ao doente e a si, acerca da gestão dos cuidados e da disponibilidade dos profissionais de saúde para lhe fornecer informação/apoio. Na medida em que se observa um aumento de doentes e famílias/cuidadores a precisarem de cuidados gerais

e em particular de cuidados paliativos, acredita-se que é cada vez mais importante o recurso a instrumentos de avaliação das necessidades, na determinação de diagnósticos, na tomada de decisão e definição de planos terapêuticos com base em rigor científico e não meramente em pressupostos. A utilização de instrumentos de medida contribui para a implementação do rigor na assistência e na melhoria da qualidade da assistência prestada à família.

Dos instrumentos anteriormente mencionados entendemos como pertinentes pelo seu conteúdo e aplicabilidade o que passamos a descrever:

Famcare Scale

Trata-se de um indicador (Anexo I – versão original) constituído por quatro categorias – disponibilidade de atendimento, assistência física, psicossocial e fornecimento de informações – e por vinte itens para medir a satisfação da família com os cuidados de saúde prestados ao doente e aos próprios. A escala refere-se nalguns itens exclusivamente ao médico e neste aspecto faz-nos todo o sentido que sejam incluídos os enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os valores e princípios que inspiram e orientam os cuidados paliativos são os primeiros e mais importantes critérios de qualidade, que devem enformar toda a organização e prestação deste tipo de cuidados e a sua melhoria continua (Programa Nacional de Cuidados Paliativos). Torna-se importante, no entanto enunciar no âmbito do actual programa, desde já, alguns princípios gerais de qualidade que devem ser tidos em consideração na organização e no funcionamento das unidades de cuidados paliativos. Assim, cada unidade de cuidados paliativos deverá ter em conta: a sua adequação às necessidades; a sua efectividade e eficiência; a garantia da equidade e acessibilidade; as estruturas e recursos mínimos de funcionamento; os critérios de boa prática; os resultados atingidos; a satisfação de doentes, familiares e profissionais; e os mecanismos de avaliação interna, atendendo a estes critérios referidos no programa.

Também a ANCP (2006:3) vem afirmar que é importante a definição de critérios de qualidade com intuito de monitorizar e uniformizar a prática dos cuidados entendendo que os mesmos *“são uma plataforma para o desenvolvimento de futuros protocolos e standards nesta área”*. Com o objectivo de servir de referência aos profissionais e instituições que prestam cuidados paliativos, com estes critérios pretende-se criar uma cultura de avaliação e de melhoria assistencial que facilite e estimule a implementação e consolidação de boas práticas.

É de referir que a implementação e monitorização de indicadores de qualidade em enfermagem, ao possibilitar a tomada de decisões têm implicações na melhoria da qualidade da assistência prestada ao doente / família e, simultaneamente, constituem-se como instrumentos de organização / gestão dos cuidados de enfermagem com base na construção de uma cultura de avaliação orientada por um paradigma educacional e de formação contínua. Contudo, a construção de indicadores é um processo moroso, que implica o envolvimento das equipas de saúde devidamente preparadas e treinadas e de peritos para a orientação e validação dos trabalhos (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Para tal é essencial o recurso a *“métodos de avaliação crítica, sistemática e contínua dos problemas, das necessidades, dos recursos, das políticas e das formas de intervenção, de modo a serem tidas em conta e serem incorporados na gestão de projectos de intervenção (...) em saúde.”* (Direcção-Geral da Saúde, 2003:7). Para que estes projectos de intervenção possam ser catalisadores de mudança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde têm de ser escorados por indicadores de qualidade adequados.

Neste sentido o primeiro passo para a melhoria da qualidade é a auto-monitorização e auto-avaliação da própria equipa e das necessidades sentidas pela população-alvo numa perspectiva de identificação das diferentes áreas que carecem de melhoria e a selecção dos indicadores tem de ser visto como um processo contínuo, isto é, não se trata de uma prática única e definitiva (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Tendo em conta estes pressupostos sobre a implementação de indicadores de qualidade optámos por delinear o trabalho com a disposição apresentada mas, de modo a dar um contributo à equipa de enfermagem, deixamos a proposta de um instrumento de medida que não existe na unidade e que poderá fornecer dados relevantes a respeito das famílias que conduzam à melhoria/manutenção das boas práticas de enfermagem.

Mas, não sendo possível dar continuidade a este trabalho – aferir a eficácia do instrumento proposto em termos da sua aplicabilidade e avaliação dos resultados – dada a limitação do tempo de estágio na unidade de Cuidados Paliativos, gostaríamos de propor à equipa de enfermagem que ponderasse a elaboração de um Manual Operacional de Indicadores de Qualidade dos cuidados de enfermagem em Paliativos que incluísse a descrição de cada indicador, procedimentos, tipo de indicador, fórmula de cálculo do indicador, fonte de informação, critério para qualificação avaliação, análise da conformidade e periodicidade da avaliação (Vituri; Matsuda, 2009:436). Este Manual teria a finalidade de armazenar a informação disponível para servir de guia para a organização/gestão das práticas e eventuais mudanças a introduzir nos indicadores já definidos. Para o efeito sugerimos alguns indicadores:

- Percentagem de doentes com avaliação e monitorização de sintomas segundo a escala de ESAS;
- Percentagem de doentes com dor crónica que melhoraram a escala da dor;
- Percentagem de doentes dependentes avaliadas com a escala de risco de úlceras de pressão;
- Percentagem de contactos realizados com os familiares após a morte do doente;
- Taxas de readmissão.

E critérios para eventuais indicadores:

- Incidência de quedas de doentes;
- Satisfação do doente com os cuidados de enfermagem;

- Satisfação do doente e família com a informação recebida;
- Satisfação dos profissionais de enfermagem com as actividades que desenvolvem;
- Incidência de Burnout na equipa de enfermagem;
- Doentes referenciados para outras instituições de saúde.

Por último queremos realçar a nossa satisfação pelo nosso contributo e permanência nesta unidade onde nos foi dada a oportunidade de enriquecimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, N.P. - Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**. V.13, Número Especial. (2000), P.190-196
http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_espl/pdf/art23.pdf

AHRQ QUALITY INDICATORS - Guide to inpatient Quality Indicators: Quality of care in Hospitals – Volume, Mortality and utilization. Department of Hearths and Human Services – Agency for Healthcare Research and Quality (Junho 2002).
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF AND WELFARE – National Palliative Care performance indicators – Results of the 2007 performance indicator data collection. Camberra (Junho 2008), p.1-35 <http://www.aihw.gov.au/>

ALBERTA HEALTH SERVICES – Regional Palliative Care Program. Balanced Scorecard Report 2008-2009. Seniors Health – Edmond Zone. (Agosto 2009), P.2-29
<http://www.albertahealthservices.ca/>

AKERMAN, M; NADANOSKY, P. – “Avaliação dos serviços de saúde – Avaliar o quê?”, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8 (4), (Outubro/Dezembro 1992), p. 361-365 <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n4/v8n4a02.pdf>

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP) – Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para unidades de Cuidados Paliativos. (2006), P. 1 -19 http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP) - Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP, Março de 2006, p. 2-22

BITTAR, O. J. N. V. – Indicadores de Qualidade e Quantidade em saúde. **RAS**. Vol. 3, Nº12.(Julho/Setembro 2001) <http://www.webartigos.com/articles/14667/1/indicadores-de-qualidade-do-servico-de-enfermagem/pagina1.html>

BYOCK, I.R.; MERRIMAN, M.P. – The Missoula – VITAS Quality of Life Index (MVQOLI). Guide to using the MVQOLI. 1998. 1-18
www.dyingwell.org/.../MVQOLIWebManualUPDATED5-09.doc

CANADIAN HOSPICE PALLIATIVE CARE ASSOCIATION – Hospice Palliative Care Nursing Standards of Practice. (Fevereiro. 2002), pp. 2-31 <http://www.chpca.net/>

CANADIAN HOSPICE PALLIATIVE CARE ASSOCIATION – The Pan-Canadian Gold Standard for Palliative Home Care. Toward Equitable Access to High Quality Hospice Palliative and End-of-Life Care at Home. (December 2006), p. 1-20 <http://www.chpca.net/>

CORRÊA et al. – “Indicadores de qualidade do serviço de enfermagem. Administração em Enfermagem”. **Universidade de Uberaba** (UNIUBE), 2009 <http://www.webartigos.com/articles/14667/indicadores-de-qualidade-do-servico-de-enfermagem/pagina1.html>

D'INNOCENZO et al. – O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brás Enfermagem** 59 (1) (Janeiro-Fevereiro 2006) pp. 84-88 <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Saúde na Comunidade. Guia Orientador para a Elaboração de Indicadores. Lisboa. 2003. 36p. ISBN 675-3

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Nº 14/DGCG. 13/07/04. p. 1-17

EUROPEAN Commission – Strategy on European Community Health Indicator (ECHI) – The “Short List “. **Health & Consumer Protection Directorate** – General, Luxemburgo. (Julho 2004) p.2 -5. http://www.ec.europa.eu/index_en.htm

GIAPONESI et al. – Manual de Indicadores. Edição Sociedade Hospital Samaritano – São Paulo. (Fevereiro de 2008). p. 3-33 <http://www.samaritano.org.br/files/anexos/771.pdf>

HAES et al. – Measuring the quality of life of cancer patients with: The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL). Northern Centre for Healthcare Research (NCH). University of Groningen. The Netherlands. 1996 http://www.rug.nl/gradschoolshare/research_tools/assessment_tools/RSCL_handleiding.pdf

HIGGINSON, Irene – The Support Team Assessment Schedule (STAS). Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation. King's College London. Londres. <http://www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliatiive/qat/stas.htm>

INTERNACIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT (IQIP). Sd. P. 1-19 <http://www.internationalqip.com/>

KLUCK et al. – A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **RAS**. Vol. 4, Nº 16 (Julho/Setembro. 2002) p. 27-32 <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS16.pdf>

KUREGANT et al. – A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paulista Enfermagem** 19 (1). 2006, p. 88-91 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000100014&script=sci_arttext

LEUNG et al. – The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patient. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol 31. Nº 5. (Maio 2006) p. 449-456 <http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/93789/1/116.pdf>

LOPES FERREIRA, P.BARROS PINTO, A. – Medir Qualidade de Vida em cuidados paliativos. **Acta Medica Portuguesa**, (2008,) 21, p.111-124 WWW.actamedicaportuguesa.com

LOURENÇO MARQUES et al. – O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. **Patient Care**. (Outubro 2009). P. 32-38 <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>

MONTES et al. – Métodos avaliativos de assistência de enfermagem em instituições hospitalares. **Acta Paulista Enfermagem**. V. 14. Nº 1 (Janeiro. /Abril 2001). p. 89-97 http://www.unifesp.br/denf/acta/2001/14_1/pdf/art10.pdf

NETO, Isabel Galriça – A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. (2003.) (19) P. 68-74 <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304114613156224.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Conselho de enfermagem. Lisboa. (Dezembro 2000) p. 2-16

PALLIATIVE MEDICINE PROGRAM – Suport Web sites /Measurement and evaluation tools. <http://www.palliativecare-nepa.com/>

PERES DA MOTA et al. – A construção de Indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. **RAS** Vol. 10, nº 40 (Julho / Setembro 2008) p. 124-130 http://www.cqh.org.br/files/RAS34_a%20constru%C3%A7%C3%A3o.pdf

PINTO, C; PAIS-RIBEIRO, J.L. – Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. Investigação Original **ArquiMed**, 2007 ISSN 0871-3413 <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>

POLIZER, R; D'INNOCENZO, M. – Satisfação do cliente na avaliação da Assistência de enfermagem. **Revista Brás Enfermagem** 59 (4). (Julho/Agosto 2006) pp. 548-551 <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a14v59n4.pdf>

POLIT et al – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização.** 5ª ed. ARTMED EDITORA S.A. São Paulo. 2005. ISBN 0-7817-2557-7

POLIT, D.E.; HUNGLER, B.P – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3ª ed. ARTES MÉDICAS. Porto Alegre. 1995. ISBN 85- 7370-101-X

REIS, Elisa A.A. – Indicadores de Enfermagem: importância e aplicação na gestão da assistência. **Gerência de qualidade** – Hospital Albert Einstein (sd) <http://www.cqh.org.br/files/Indicadores%20de%20Enfermagem%20importancia%20e%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20na%20gest%C3%A3o%20da%20assistencia.l.pdf>

SCRANTON – TEMPLE RESIDENCY PROGRAM (STRP9 - <http://www.palliativecare-nepa.com/index.html>)

SOAREZ et al. – Indicadores de Saúde no Brasil: um processo em construção. **RAS.** Vol. 7, Nº 27. (Abril. /Junho 2005), p. 57-64 http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:i3eoDNI27I8J:www.cqh.org.br/files/RAS27_indicadores.pdf+Indicadores+de+Saúde+no+Brasil:+um+processo+em+construção.&hl=pt-PT&gl=pt

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL) – Indicadores y Estandares de Calidad en Cuidados Paliativos. Ministério de Sanidad y Consumo. **Fundación Avedis Donabedian** (Janeiro de 2006) <http://www.secpal.com/index.php>

STEIN et al. – Validation of a modified Rotterdam Symptom Checklist for the use with cancer patients in the United States. **Journal of Pain and Symptom Management.** Vol. 26 No. 5 (November 2003), p. 975-989

TRONCHIN et al. – Indicadores de qualidade de enfermagem. Uma experiencia compartilhada entre instituição integrantes do “ Programa de Qualidade Hospitalar “. **O Mundo da Saúde.** São Paulo. 30(2) (Abril/Junho 2006.) p.300-305 http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/indicadores_qualidade.pdf

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos.** 2ª ed. CLIMEPSI EDITORES. Lisboa. 2003. ISBN 972-796-093-6

VITURI, D.W; MATSUDA, L.M. – Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para a avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista Escolar Enfermagem USP.** 43(2). 2008, P. 429-537 www.ee.us.br/reeusp/

ANEXOS

Anexo I
FAMCARE Scale

FAMCARE Scale

Instructions:

Think about the care that your family member has received. Please answer the questions below indicating how satisfied you are with the care received very satisfied (VS), satisfied (S), undecided (U), dissatisfied (D), or very dissatisfied (VD), Please circle the letters below that best match your experience.

How satisfied are you with

1	The patient's pain relief	VS	S	U	D	VD
2	Information provided about the patient's prognosis	VS	S	U	D	VD
3	Answers from health professionals	VS	S	U	D	VD
4	Information given about side effects	VS	S	U	D	VD
5	Referrals to specialists	VS	S	U	D	VD
6	Availability of a hospital bed	VS	S	U	D	VD
7	Family conferences held to discuss the patient's illness	VS	S	U	D	VD
8	Speed with which symptoms are treated	VS	S	U	D	VD
9	Doctor's attention to patient's description of symptoms	VS	S	U	D	VD
10	The tests and treatments are performed	VS	S	U	D	VD
11	Availability of doctor's to the family	VS	S	U	D	VD
12	Availability of nurses to the family	VS	S	U	D	VD
13	Coordination of care	VS	S	U	D	VD
14	Time required to make a diagnosis	VS	S	U	D	VD
15	The way the family is included in treatment and care decisions	VS	S	U	D	VD
16	Information given about how to manage the patient's pain	VS	S	U	D	VD
17	Information given about the patient's tests	VS	S	U	D	VD
18	How thoroughly the doctor assesses the patient's	VS	S	U	D	VD
19	The way tests and treatments are followed up by the doctor	VS	S	U	D	VD
20	Availability of the doctor's to the patient	VS	S	U	D	VD