



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras

MESTRADO EM ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ORIENTADOR: MESTRE OLIVÉRIO RIBEIRO

Daniela Martins Figueiredo da Cruz Fernandes

Viseu, outubro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras

MESTRADO EM ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de estágio apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Daniela Martins Figueiredo da Cruz Fernandes

Viseu, outubro de 2012

“Ainda que os teus passos pareçam inúteis, vai abrindo caminhos, como a água que desce cantando da montanha. Outros te seguirão...”

(SAINT - EXUPÉRY)

RESUMO

A constante evolução e sofisticação tecnológicas tem-se vindo a repercutir na área da saúde, o que obriga os profissionais a alargarem os seus conhecimentos e campos de atuação. Desta forma, é fundamental que o Enfermeiro acompanhe este progresso, pelo que o desenvolvimento de competências de Enfermagem especializada é favorável para uma melhor prestação dos cuidados.

É neste âmbito que surge o Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que preconiza a prática duma Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave ou em estado crítico, sendo o meu principal objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências nesse sentido.

O ensino clínico deste curso foi dividido por 3 módulos, os quais decorreram no Hospital São Teotónio de Viseu, EPE. No serviço de Urgência Geral delineei como principal objetivo o desenvolvimento de competências instrumentais na área da *enfermagem de urgência e emergência*, de *gestão e supervisão clínica em enfermagem*. Por sua vez, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, para além de desenvolver competências na área da *gestão*, não foi descurada a abordagem ao doente crítico. Por fim, a Unidade de Pneumologia foi propícia para desenvolver atividades relacionadas com a *gestão* e, principalmente *competências científicas*.

Para cada módulo foram delineados objetivos específicos aos serviços, que duma maneira geral considero terem sido atingidos. Para além disso este ensino clínico permitiu-me desenvolver competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente instrumentais, relacionais, científicas e de gestão.

ABSTRACT

The constant technological evolution and sophistication have been constantly reflected in the health area, making professionals widen their knowledge and performance. This way, it is fundamental that the Nurse follows up on this progress, therefore developing the specialized nursing abilities in favour of better service care.

It is in these bounds that the Course Degree of Licentiate in Surgical Medical Nursing, that exceeds the practice of an advanced Nursing of a sick adult or elderly person with a serious illness, thus being my main objective the acquisition and development abilities in this sense.

The clinical education of this course is divided in 3 modules, which took place in the Hospital of Sao Teotonio in Viseu, EPE. In the General Emergency Service, I pointed out as the main objective being the development of instrumental abilities in the area of Urgency and Emergency nursing, of management and clinical supervision in Nursing. Whereas, in the Coronary Intensive Care Unit, other than the development of abilities in the area of management, the approach of the critical sick person was not negligent. Therefore, the Pneumatology Unit was fortunate in developing activities in relation with management and mainly scientific abilities

For each section were defined specific aims in each clinical service. In a general way I believe it has been accomplished. The practice gave me instrumental, relationship, scientific and management competences in the area of Surgical Medical Nursing.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAM – Auxiliares de Ação Médica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo da Infeção

CDI's – Cardiodesfibriladores Implantáveis

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEEMC – Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

HSTV – Hospital São Teotónio de Viseu

IC – Insuficiência Cardíaca

IJPV – Instituto Jean Piaget de Viseu

ORL – Otorrinolaringologia

O₂ – Oxigénio

p. – Página

PCR – Paragem Cardio – Respiratória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

Srs. – Senhores

SUG – Serviço de Urgência Geral

TEP – Troboembolismo Pulmonar

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDC – Unidade de Decisão Clínica

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	13
2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	17
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	18
2.3. REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	19
3. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS	27
3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA UCIC	27
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA A UCIC	28
3.3. REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	29
4. MÓDULO III – UNIDADE DE PNEUMOLOGIA/HEMATOLOGIA	33
4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA/HEMATOLOGIA	33
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA A UNIDADE DE PNEUMOLOGIA/HEMATOLOGIA	34
4.3. REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	35
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
BIBLIOGRAFIA	

ANEXOS:

ANEXO I – GRELHA PARA REGISTO DOS PARÂMETROS OBSERVADOS (MÉDICOS, ENFERMEIROS, AAM)

ANEXO II – *”MANIPULAÇÃO E GESTÃO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES”* e *”PRECAUÇÕES PADRÃO UNIVERSAIS”* (apresentações em *power point*); *”TRIAGEM E ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES”* (poster)

ANEXO III – APRESENTAÇÃO DO “GUIA DO ORIENTADOR” E “INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO”

ANEXO IV – POSTERS APRESENTADOS EM JORNADAS DE ENFERMAGEM

ANEXO V – PADRÃO EXPERIMENTAL DA UCIC (INICIAL)

ANEXO VI – APRESENTAÇÃO DO “PADRÃO EXPERIMENTAL CIPE REFORMULADO”

ANEXO VII – “MELHORIA CONTÍNUA NA ALTA HOSPITALAR”

ANEXO VIII – VENTILAÇÃO MECANICA NÃO INVASIVA

1. INTRODUÇÃO

É dever dos Enfermeiros, aprimorar, sistematicamente a qualidade e a eficácia da prática de Enfermagem e obter conhecimentos e competências que reflitam a nossa prática atual. Os ensinamentos clínicos facultam-nos a vivência de uma panóplia de experiências enriquecedoras para a nossa formação profissional e também pessoal.

Desta forma, o Curso de Pós Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e, é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. Por conseguinte, de acordo com o decreto - lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo decreto - lei n.º 104/98 de 21 de Abril do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Enfermeiro especialista é aquele que está

“ (...) habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) sempre foi uma área que me despertou interesse e, apesar de exercer funções como Enfermeira há 4 anos na Unidade de Neonatologia do Hospital São Teotónio de Viseu (HSTV), EPE, sempre me senti aliciada e motivada para a realização deste curso.

O ensino clínico do CPLEEMC divide-se por 3 módulos (Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos e um último opcional), cada um com 180h, perfazendo um total de 540h. Optei por realizar os 3 módulos no HSTV, EPE, uma vez que os serviços selecionados são áreas específicas do meu interesse e, cujos cuidados de enfermagem são destacados pela sua primazia e qualidade.

De acordo com a realidade com que me deparei em cada módulo, senti necessidade de fazer algumas alterações em relação ao projeto realizado inicialmente. No que diz respeito ao *Módulo III* (opcional) estava previsto a sua realização no Serviço de Cardiologia, no entanto, tendo em conta os meus objetivos e uma proposta que ia de encontro à consecução dos mesmos, este módulo foi realizado na Unidade de Pneumologia/Hematologia do HSTV, EPE. Para além disso, em consonância com os srs. enfermeiros tutores de cada serviço e, por considerar que conseguia uma melhor organização e delineação dos objetivos, realizei um projeto para cada campo de estágio, no qual constavam os objetivos específicos para cada um deles, bem como as atividades que pretendia desenvolver.

Tendo em conta a especificidade de cada um dos serviços, era meu objetivo adquirir e aprofundar conhecimentos em cada área em particular. Para além disso, procurei desenvolver competências instrumentais, relacionais, científicas e de gestão adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da EMC.

Neste sentido, o presente relatório visa descrever e proceder a uma reflexão e análise sobre as atividades desenvolvidas em cada um dos 3 módulos do ensino clínico do CPLEEMC, para além de relatar as experiências vividas. Por isso tem como objetivos:

- Contextualizar e caracterizar cada campo de estágio;
- Realizar uma análise crítica sobre as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico;
- Descrever o meu percurso de aprendizagem durante o ensino clínico.

Para melhor perceção e compreensão, este relatório encontra-se dividido em 5 capítulos gerais: o primeiro é constituído por uma introdução ao presente trabalho; os 3 capítulos subsequentes referem-se a cada um dos módulos de estágio (seguindo a ordem Módulo I, Módulo II, Módulo III), os quais englobam subcapítulos relacionados com a contextualização dos serviços, objetivos delineados para cada um dos módulos e uma reflexão das atividades desenvolvidas. No último capítulo, teço algumas considerações finais do relatório de estágio.

2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Este estágio decorreu no período compreendido entre 24 de novembro de 2008 e 31 de janeiro de 2009, sob orientação da sra. enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Anabela Antunes e da sra. enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Goreti Fernandes.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O Serviço de Urgência Geral (SUG) localiza-se no 2º piso do HSTV e, é considerado como a porta de entrada do hospital, tendo como áreas de abrangência o distrito de Viseu e distritos adjacentes.

É uma urgência polivalente e cujo serviço se encontra dividido por várias valências: triagem, sala de emergência, sala de pequena cirurgia, sala de tratamentos urgentes, sala de tratamentos não urgentes, unidade de decisão clínica (UDC), sala de observação (SO), sala de inaloterapia, sala de gessos e gabinetes médicos referentes a cada especialidade.

A equipa de enfermagem do SUG é composta por 58 elementos, dos quais um é o enfermeiro chefe e 4 são enfermeiros especialistas. Por sua vez, a equipa subdivide-se em 6, cada uma com um enfermeiro responsável ou chefe de equipa. Diariamente, são distribuídos 11 enfermeiros para o turno da manhã (8h às 16h) e da tarde (16h às 24h) e, 7 para o turno da noite (0h às 8h).

Devido à elevada afluência de doentes com suspeita de isquemia cerebral ou coronária, em 2008 foram implementadas as vias verdes *Acidente Vascular Cerebral (AVC)* e *Coronária*.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

De acordo com a realidade com que me deparei no SUG, reestruturei os objetivos delineados inicialmente e, para uma melhor organização de todo o processo ensino – aprendizagem realizei um projeto de estágio específico para o SUG. Por conseguinte, para melhor perceção e análise do presente trabalho, enumero neste subcapítulo os objetivos delineados para o SUG apresentados no projeto de estágio realizado:

- Conhecer a estrutura física e organizacional do SUG no que refere à sua estrutura física, recursos materiais e humanos;
- Integrar na equipa multidisciplinar e de enfermagem;
- Abordar questões complexas relacionadas com o doente e família, em contexto de urgência/emergência, na área da EMC;
- Desenvolver competências profissionais ao nível dos diferentes saberes, na área da EMC tendo em conta as diferentes valências do SUG;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em contexto de urgência/emergência;
- Participar em atividades de gestão no SUG, na área da EMC;
- Participar e promover a formação em serviço na área da EMC.

2.3. REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A Enfermagem de Urgência teve início com Florence Nightingale, mas foi nos últimos 25 anos que evoluiu como prática especializada. SHEEHY (2001, p. 3) define enfermagem de urgência como

“prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções”.

O autor supracitado defende que a enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiências e saber personalizado que, implica ao enfermeiro um alargado leque de conhecimentos acerca da fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas no que diz respeito a equipamentos, monitorização e tratamentos.

Assim pela sua abrangência foi um serviço que desde logo me cativou e motivou no sentido do enriquecimento e aquisição de novas competências, conhecimentos e experiências. Desta forma, atendendo à diversidade de situações que o serviço abarca e às diferentes valências existentes, foi meu propósito prestar cuidados de enfermagem nos vários sectores, bem como conhecer os circuitos pelos quais o doente poderá passar dentro do SUG.

Nos cuidados de urgência nada é rotineiro, aliás a única constante é a mudança que, habitualmente é rápida, drástica e imprevisível (SHEEHY, 2001). Um dos objetivos traçados no projeto estava relacionado com a prestação dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência/emergência, pelo que alguns dos turnos foram passados na Sala de Reanimação. Dentro das situações encontradas, destaco como mais frequentes o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), paragem cardio – respiratória (PCR), politraumatizados (resultantes de acidentes de viação e quedas de árvore), pneumonias, hipoglicemias severas e, alguns doentes em fase terminal.

A sala de reanimação proporciona um leque complexo e diversificado de situações clínicas relacionadas com o doente crítico. Desta forma, encontra-se repleta de instrumentos complexos, devido ao tipo de situações clínicas aí existentes, os quais servem de apoio aos cuidados específicos e diferenciados prestados. Ao longo dos anos foi reestruturada com vista ao melhor atendimento do doente emergente ou em risco imediato de vida. É uma sala ampla com uma rampa em todo o comprimento de onde emergem quatro unidades assistenciais. Cada uma delas com equipamentos de monitorização com acesso a desfibrilhação, cardioversão, pace externo, ventilador, insuflador manual com reservatório de O₂, rampas de O₂, ar respirável, aspirador de secreções, seringa infusora e bomba perfusora.

Para além do desenvolvimento de competências no que diz respeito à componente técnica e instrumental, outro aspeto fundamental e, que eu procurei aperfeiçoar foi a parte relacional e a abordagem da família em contexto de urgência/emergência. Isto porque sendo um serviço tão inconstante e imprevisível no que diz respeito a situações de urgência e/ou emergência, penso que algumas vezes é descuidada a componente relacional e o apoio à família. JESUS (2007) refere que o serviço de urgência é propício ao desenvolvimento de *“sentimentos e emoções negativas”* por parte dos familiares, *“tais como o medo, a ansiedade e a angústia”*. Por sua vez, a incerteza em relação ao estado clínico e ao futuro do doente, geram sentimentos pessimistas e de impotência face à situação do seu familiar. ALMINHAS (2007, p. 60) opina que *“cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente”*.

Diariamente, os profissionais de saúde do serviço de urgência são confrontados com a necessidade de tomar decisões que envolvem princípios fundamentais da ética e a confrontá-los com fatores científicos, tecnológicos e a relação custo/benefício. Na maioria das vezes, o enfermeiro de urgência limita-se *“a actuar com técnicas especializadas que tratam “uma parte” de um todo que está afectada, seguindo o modelo Biomédico genuíno”* (ALMINHAS, 2007, p. 58 –

59), acabando por condicionar de certa forma o sucesso da relação de ajuda no serviço. Este facto prende-se, essencialmente, com a elevada afluência característica deste tipo de serviço e, à necessidade de atuar rapidamente nalgumas situações.

São vários os papéis que o *enfermeiro especialista* desempenha num serviço de urgência, para além da prestação de cuidados ao doente, é um elemento fundamental nos campos da investigação, gestão e ensino. SHEEHY (2001) opina que, para além das suas atribuições específicas, o enfermeiro especialista é responsável por um desempenho inovador e abrangente com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em enfermagem o termo competência diz respeito à capacidade de conhecer e atuar sobre determinadas situações. É pois, um conjunto de habilidades que visam o desenvolvimento de atividades, implicando um planeamento prévio, uma implementação e, posteriormente uma avaliação. Para GRECO (2004), é fundamental que o enfermeiro seja preparado para lidar com conflitos e problemas, que tenha capacidade de dialogar, argumentar, definir estratégias no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, isto é, espera-se do enfermeiro capacidade de gestão na saúde.

Este estágio na urgência geral abarcou os meses de novembro, dezembro e janeiro, que são considerados meses de grande afluência, essencialmente devido às condições climatéricas. Como consequência, constatou-se o congestionamento de doentes/familiares dentro do serviço e uma grande dificuldade em tentar solucionar problemas que daí vão surgindo (p. ex. falta de espaço devido à lotação de macas, aumento do tempo de espera, falta de macas/cadeiras de rodas, entre outros).

A gestão em enfermagem é algo bastante complexo que exige responsabilidade, pelo que nem sempre é possível atingir os objetivos previstos nem satisfazer todos os intervenientes. São frequentes os problemas que vão surgindo ao longo dos turnos, sendo a sua resolução muitas vezes dificultada devido à dimensão e imprevisibilidade característica do serviço.

Ainda no campo da gestão, para além de atividades pontuais em que fui colaborando relacionadas com a coordenação do serviço (p. ex. verificação e reposição de stock de material, entre outros), foi-nos solicitado pelo sr. enfermeiro chefe a realização de uma grelha (ver anexo I) na qual constavam as tarefas realizadas por enfermeiros, médicos e auxiliares de ação médica (AAM), através do método de observação. O objetivo era averiguar até que ponto cada um deles desempenharia a função específica ao seu cargo. Concluiu-se que algumas tarefas referentes aos AAM eram desempenhadas tanto por enfermeiros como por médicos, o que nos leva a pensar que o número de AAM no SUG seja escasso. Atividades estas, que englobavam o transporte de doentes em maca/cadeira de rodas para gabinetes médicos, encaminhamento de doentes até à respetiva sala de espera e/ou realização de exames complementares de diagnóstico, envio de tubos de sangue para o laboratório, troca de sacos coletores de urina, entre outros. Estes dados foram entregues ao sr. enfermeiro chefe do serviço para posterior análise, com vista a um possível aumento da equipa de AAM.

Uma das características intrínsecas a um serviço de urgência é o fator tempo que é primordial no sentido de uma rápida atuação. Perante isto, apercebi-me que nem sempre a triagem de lixos é feita da forma mais correta, pelo que foi colocada a questão ao sr. enfermeiro chefe e, juntamente com 2 colegas de Mestrado realizámos uma ação de formação subordinada ao tema “*Manipulação e Gestão Dos Resíduos Hospitalares*” e “*Precauções Padrão Universais*” (ver anexo II). Esta teve lugar na sala de reuniões do SUG, no dia 23 de janeiro de 2009 pelas 14h30. Houve uma adesão de 14 pessoas, sendo 8 enfermeiros, 4 AAM e 2 alunos do curso de licenciatura em enfermagem. Para além disso e, no sentido de reforçar o objetivo da formação foi elaborado um poster (ver anexo II) que seria afixado nas várias salas do SUG, o mais perto possível dos sacos de lixo. Parte da informação recolhida para a realização deste trabalho foi conseguida na Comissão de Controlo da Infecção (CCI) do HSTV, EPE.

Sendo uma das minhas tutoras (Enfermeira Anabela Antunes) a responsável pela supervisão e coordenação dos estágios dos alunos do curso de

licenciatura em enfermagem, desde cedo me senti aliciada para desenvolver trabalho e investigar neste campo. Com base em pesquisas efetuadas e bibliografia consultada, apercebi-me que cada vez mais são as escolas que estabelecem parcerias com as instituições onde decorrem os ensinos clínicos, tendo por base legislação devidamente aprovada. É, portanto necessária uma colaboração mútua entre a escola e os enfermeiros dos serviços na supervisão dos alunos em ensino clínico. Supervisão esta, que deverá permitir ao aluno a construção do seu conhecimento pessoal, profissional e, conseqüentemente a sua identidade profissional. Daqui urge a importância do conceito de supervisão clínica em enfermagem, que é definido como

“o processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos alunos para alcançarem a plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática de prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação”.

(FRANCO, 2000, p. 23 *cit in* BERNARDINO, 2007, p.6)

O SUG é um serviço em que grande parte dos elementos que compõe a equipa de enfermagem fica encarregue pela orientação de alunos dos cursos de licenciatura em enfermagem de várias escolas. Perante isto, uma das questões que se levanta neste campo no SUG é: *“será a avaliação dos alunos feita da forma mais correta e justa?”*, *“os itens avaliados no instrumento de avaliação serão aplicáveis a todos os alunos da mesma forma?”*. Mais uma vez o mesmo grupo decidiu dar continuidade a um trabalho iniciado por uma colega de Mestrado do grupo anterior. O objetivo era elaborar o *Guia do Orientador*, de forma a sistematizar e uniformizar os critérios de avaliação dos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. Desta forma, demos continuidade ao trabalho já iniciado, acrescentando algumas pesquisas bibliográficas que considerámos pertinentes para constarem no Guia. Por conseguinte, foi elaborada e entregue uma grelha a cada enfermeiro, na qual iriam enumerar os pontos que considerassem mais relevantes de serem avaliados em cada uma das valências

do serviço (exceto para a sala de reanimação, pois já estava elaborado pela colega), de forma a construir-se o Instrumento de Avaliação. Esta foi entregue antes do início das férias de Natal e, foi pedido que a entregassem até meados de janeiro de 2009. Contudo, a adesão foi bastante fraca e, tendo em conta a escassez de tempo, efetuámos pesquisas no sentido de elaborar o guia da melhor forma possível. Este foi apresentado numa ação de formação (ver anexo III) realizada na sala de reuniões do SUG no dia 19 de fevereiro (por conveniência do serviço) pelas 15h, onde estiveram presentes 10 enfermeiros. As opiniões divergiram muito, houve quem concordasse com a elaboração do Guia e apenas considerasse necessário efetuarem-se alguns ajustes na Grelha de Avaliação. Contudo, alguns colegas discordaram, afirmando que o suporte que é fornecido pelas diferentes escolas para avaliação do estágio no SUG dos alunos de licenciatura em enfermagem é suficiente. Apesar do objetivo principal não ter sido totalmente atingido, devido à minoria de participantes tanto na resposta à grelha como na formação, penso que foi o ponto de partida para a mudança neste sentido, pois gerou debate e partilha de opiniões dos elementos da equipa presentes na reunião.

Considero que a minha breve passagem pelo serviço de urgência foi bastante rica em termos de aquisição de competências e conhecimentos. Partilho da mesma opinião que VASCONCELOS (1992, p. 28) *cit in* SILVA e SILVA (2004, p. 103) ao referir que os ensinamentos clínicos complementam *“a formação teórica – prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”*.

Tal como já referi anteriormente, uma das funções do enfermeiro especialista é promover e fomentar a investigação em enfermagem. Durante este período surgiu oportunidade de participar em 2 eventos distintos com a apresentação de posters, constituindo-se um grupo de 3 pessoas: eu e as enfermeiras tutoras, Anabela Antunes e Goreti Fernandes. O *Simposium de Enfermagem* decorreu no auditório do HSTV, EPE nos dias 15 e 16 de janeiro de 2009. Neste, apresentámos 2 posters subordinados aos temas: *“Integração/Acolhimento a Novos Profissionais no Serviço de Urgência Geral”* (ver

anexo IV) e “*Supervisão Clínica em Enfermagem*” (ver anexo IV). Nos dias 12 e 13 de fevereiro, no 2º Congresso do Serviço de Urgência Geral do Hospital Infante D. Pedro – E.P.E, concorreremos com 3 posters subordinados aos temas: “*Projecto SIV: Perguntas mais Frequentes*” (ver anexo IV); “*Projecto SIV a nível Nacional*” (ver anexo IV) e “*Projecto SIV no distrito de Viseu*” (ver anexo IV), com o qual conseguimos o 3º lugar.

3. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS

Este estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) decorreu no período compreendido entre 12 de maio de 2008 e 5 de julho de 2008, sob orientação da sra. enfermeira chefe Natália e do sr. enfermeiro José António.

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA UCIC

O principal objetivo da UCIC é assistir os utentes do foro cardíaco que necessitam de vigilância e tratamento intensivo devido à gravidade da sua situação, proporcionando cuidados de qualidade, salvaguardando a vida e o bem-estar dos utentes e seus familiares, promovendo a qualidade de vida para além do internamento. As doenças coronárias, arritmias, insuficiências cardíacas (IC) graves e tromboembolismo pulmonar (TEP), constituem as patologias mais específicas da unidade.

A unidade localiza-se no 3º piso do HSTV, EPE e é constituída por 3 áreas funcionais, nomeadamente: *Unidade de Cuidados Intensivos* (engloba 5 quartos individuais); *Unidade Intermédia* (sala com três camas); *Sala de Implementação de Pacemakers* (constituída por uma adufa para desinfecção e pela sala de implementação).

A constante evolução e sofisticação tecnológicas, tem-se vindo a repercutir na UCIC/Cardiologia tal como se pode comprovar através de determinados procedimentos de diagnóstico e tratamento, nomeadamente a implementação de Pacemakers Definitivos e Provisórios, realização de Ecocardiografias e implementação de Cardiodesfibriladores Implantáveis (CDI's).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA A UCIC

Para o módulo relativo à UCIC, elaborei um projeto onde me proponha a desenvolver determinadas atividades, tendo como objetivos específicos:

- Participar em atividades de gestão na área da EMC;
- Promover a formação e participar em atividades de interesse para o serviço na área da EMC (reformulação do padrão experimental CIPE);
- Adquirir conhecimentos na interpretação dos traçados eletrocardiográficos mais frequentes, suas causas e consequências;
- Prestar cuidados de enfermagem, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o doente e família, na área da EMC (identificar causas de reinternamento e participar como agente dinamizador na preparação para a alta do doente/família);
- Promover a adesão ao regime terapêutico e a aquisição de hábitos de vida saudáveis;
- Avaliar a evolução do doente em função da terapêutica administrada, tendo em conta as suas indicações e efeitos secundários;
- Adquirir experiências profissionais e académicas que possam ocorrer no decurso do ensino clínico (conhecer a dinâmica e funcionamento dos diferentes serviços com que a UCIC se articula e, colaborar na implantação de *pacemakers* e CDI's).

3.3. REFLEXÃO SOBRE AS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

A adaptação à UCIC, às suas rotinas, processos burocráticos não foi fácil, pois tudo se tratava duma nova realidade para mim. Para além disso, os cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários são bastante específicos, com metodologias e objectivos particulares, pelo que não me sentia muito à vontade com os mesmos.

Uma das minhas muitas preocupações foi procurar material bibliográfico acerca de cardiologia, patologias do foro cardíaco, cuidados intensivos, etc. Para além disso, a consulta do manual e protocolos existentes na unidade foi primordial para uma melhor compreensão e adaptação às rotinas do serviço.

De acordo com DIAS (2008, p. 19), *“a leitura e interpretação de traçados cardíacos deve ser uma competência dos enfermeiros”*, sendo esta fundamental para uma rápida e adequada atuação, para além de melhorar a qualidade do trabalho na equipa multidisciplinar. Tendo por base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os enfermeiros são detentores duma profissão autónoma e interdependente, sendo capazes despistar e atuar precocemente perante situações que coloquem em risco a vida dos doentes. Uma característica intrínseca a uma unidade de cuidados intensivos coronários é a ampla diversidade de monitores cardíacos existentes junto dos doentes. No entanto, apesar deste tipo de monitorização garantir maior segurança e uma intervenção precoce, não substitui o olhar atento e a observação do doente. SUL (2006, p. 4) *cit in* DIAS (2008, p. 21) considera que em *“primeiro lugar está sempre o cliente, os seus sinais e sintomas”*.

Sendo uma unidade de cuidados intensivos, alberga doentes em estado crítico e, neste caso do foro cardíaco. Aqui, para além da dor que o doente sente como consequência da sua situação patológica, procedimentos invasivos de diagnóstico e/ou cirurgias, os recursos materiais e toda a envolvência deste tipo de unidades são geradoras de sentimentos como ansiedade, angústia e medo que, por conseguinte agravam a experiência da dor. De acordo com a

International Association for the Study of Pain, a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita como tal” (KEAN e SWEARINGEN, 2001, p. 73). Apesar da dor nos doentes em estado crítico contribuir para o seu agravamento com imunossupressão, ventilação inadequada, privação do sono, depressão e confusão, continua a assumir uma prioridade reduzida quando confrontada com a instabilidade hemodinâmica, comum neste tipo de unidades. No entanto, foi com muito agrado aperceber-me que toda a equipa zela pelo bem-estar do doente, proporcionando um ambiente calmo e sem estímulos negativos.

Ainda na primeira semana de estágio, no dia 23 de maio, tive oportunidade de assistir e colaborar na colocação de um *Pacemaker Definitivo* num doente do sexo masculino. Foi cumprido o protocolo de *Pacemaker* existente na unidade. É um procedimento que só por si gera ansiedade nos doentes, mas o facto de ser administrada anestesia localmente, permite que o doente fique acordado durante o procedimento, facilitando o diálogo com a equipa, o que a meu ver acaba por “quebrar um pouco o gelo” e reduzir o medo e angústia sentidos.

A equipa para colocação de *Pacemaker* (definitivo/temporário) é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, e 1 técnico de cardiopneumografia. Para uma melhor organização e gestão da unidade, é destacado 1 enfermeiro, para a *sala de pacemakers*, que fica responsável pela mesma durante 1 semana.

Ao longo do estágio fui-me apercebendo da ocorrência de alguns reinternamentos e, pelo que pude averiguar tal facto acontecia, essencialmente, porque os doentes não estavam despertos nem motivados para mudança de hábitos de vida. Muitas vezes devido à não adesão ao regime terapêutico; efeitos secundários da terapêutica e elevados custos da medicação. Neste sentido, procurei realizar ensinamentos orientados para a alta desde o momento da admissão do utente, atividade esta que fui desenvolvendo ao longo do estágio. Comecei por ser, inicialmente, uma espetadora atenta do que se passava à minha volta, tentando captar tudo o pudesse enriquecer os meus conhecimentos nesta área. Em todos os processos dos doentes internados na unidade, existe um “modelo”

referente ao registo dos ensinamentos efetuados. Constitui um ótimo guia para o enfermeiro se orientar e realizar, oportunamente, os devidos ensinamentos ao doente/família durante o seu internamento. Em todo este processo é fundamental o papel da família, pela sua proximidade e conhecimentos acerca do doente. KEAN e SWEARINGEN (2001, p. 99) consideram que *“o suporte psicossocial dos doentes e famílias/pessoas significativas é componente integral de qualquer plano de cuidados”*.

Com o objetivo de uniformizar a linguagem relativa à prática de enfermagem, começou a ser implementado no serviço a linguagem CIPE. Na UCIC, foi instituído um padrão experimental CIPE (ver anexo V) 2 meses antes do início do estágio. Segundo a equipa de enfermagem, este possuía algumas lacunas, tal como depois pude constatar. Assim, juntamente com a colega de Mestrado propusemo-nos reformular o padrão experimental CIPE em vigor na unidade tendo em conta as dúvidas e sugestões por parte dos enfermeiros que integram a equipa. O trabalho seria complementado com uma reunião de serviço, em que seriam debatidas as novas propostas no sentido de uma melhor adaptação do padrão à unidade. A reunião ficou agendada para o dia 18 de junho pelas 14h e, até lá tentámos abordar o maior número de enfermeiros, de forma a tentar perceber os parâmetros que suscitavam mais dúvidas e aspetos sugestivos de serem alterados para, posteriormente serem analisados e debatidos em grupo. A recolha de informação neste sentido não foi tarefa fácil, pois as opiniões neste campo são muito divergentes e há quem se oponha à implementação da filosofia CIPE. A reunião em questão dividiu-se em 2 partes: por um lado ficámos incumbidas de moderar a apresentação de um estudo de caso de um doente com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), realizada por 2 alunas do curso de licenciatura do Instituto Jean Piaget de Viseu (IJPV); de seguida apresentámos as várias propostas para alterar o padrão experimental da CIPE em vigor na unidade (ver anexo VI). Esta segunda parte gerou debate aceso, por se tratar dum tema que ainda sugere bastante divergência de opiniões.

Nos dias subsequentes à reunião foi elaborado o novo padrão experimental, de acordo com as alterações acordadas, ficando um exemplar à

disposição da equipa para ser consultado e avaliado no sentido de perceber a opinião dos enfermeiros em relação ao mesmo, ficando em aberto um espaço para novas sugestões. Depois de realizadas todas as alterações propostas pelos elementos da equipa de enfermagem, foi entregue à sra. enfermeira chefe um exemplar do padrão experimental da CIPE (ver anexo VI), que posteriormente entrou em vigor.

Tive oportunidade de acompanhar a sra. enfermeira chefe Natália nas atividades relacionadas com a gestão e administração da unidade durante uma semana. Para além dos manuais e protocolos consultados, tentei colaborar e apreender o máximo de conhecimentos nesta área. Um dos meus objetivos era (tentar) adaptar na prática alguns dos conhecimentos lecionados na disciplina de gestão.

Coordenar um serviço não é tarefa fácil, para além dos habituais pedidos semanais para a farmácia, consumo hoteleiro e consumo administrativo, surgem constantemente problemas e questões que necessitam de resolução ou resposta (quase) imediata. Participei ainda em reuniões de avaliação de alunos do curso de licenciatura da ESSV, o que para mim foi uma experiência bastante agradável por poder estar numa posição diferente que não a de “avaliada”, mas ao mesmo tempo estranha, pois é uma situação um pouco constrangedora.

Hoje em dia, para uma melhor evolução nos cuidados de enfermagem e para um melhor funcionamento dos serviços, estes e respetivos cuidados de enfermagem são auditados regularmente. Assisti na auditoria de alguns processos do serviço de Otorrinolaringologia (ORL) e, pude verificar quais os itens a serem avaliados e procedimentos a seguir neste processo de auditoria.

Foi-me proposto fazer uma espécie de “auditoria”, durante esta semana, a todos os processos dos doentes internados na UCIC com o objetivo de verificar se, nos processos constavam os modelos requeridos para a correta ordenação dos mesmos, para além de verificar se os mesmos estavam devidamente preenchidos e validados pelos Enfermeiros. O resultado não podia ter sido mais satisfatório para a equipa de enfermagem.

4. MÓDULO III – UNIDADE DE PNEUMOLOGIA/HEMATOLOGIA

Este estágio decorreu no período compreendido entre 6 de outubro de 2008 e 22 de novembro de 2008, sob orientação do sr. enfermeiro chefe especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Carlos Portugal.

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA/HEMATOLOGIA

A *Unidade de Pneumologia/Hematologia* localiza-se no 8º piso do HSTV, EPE e, passou a ser assim designada no ano de 2003, pois até aí era conhecida por *Quartos Particulares*. Enquanto *Quartos Particulares*, o serviço abrangia várias especialidades médicas, nomeadamente Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Obstetrícia e Medicina.

Com o aumento progressivo de patologias do foro respiratório e hematológico, em 2003, urge a necessidade de aumentar o serviço, sendo por isso denominado por Pneumologia/Hematologia. Era composto por 20 camas, sendo que 8 eram distribuídas para a especialidade de Pneumologia, 4 para Hematologia e 8 eram quartos particulares.

Em janeiro de 2007 foi criado no serviço a Unidade de Sono, que engloba 2 quartos.

Mais tarde, em agosto de 2008 foram extintas as últimas camas (8) destinadas a *Quartos Particulares* para ser instituída uma *Unidade de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI)* para doentes em fase aguda, que engloba 5 camas. A abertura desta aconteceu em dezembro de 2008.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA A UNIDADE DE PNEUMOLOGIA/HEMATOLOGIA

De acordo com as características da Unidade de Pneumologia/Hematologia do HSTV, EPE, delineei os seguintes objetivos para a realização deste estágio:

- Conhecer a estrutura física e organizacional da Unidade de Pneumologia/Hematologia no que refere à sua estrutura física, recursos materiais e humanos;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados aos doentes com patologia do foro respiratório e hematológica;
- Integrar na equipa multidisciplinar e de enfermagem;
- Adquirir competências em procedimentos específicos de maior complexidade (colaboração na realização dos exames complementares de diagnóstico mais frequentes);
- Promover a adesão ao regime terapêutico e à aquisição de hábitos saudáveis;
- Participar e promover a formação em serviço na área da EMC (subordinada ao tema da VMNI);
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EMC (avaliar a qualidade e continuidade de cuidados, tendo em conta a articulação do Hospital com os Cuidados de Saúde Primários).

4.3. REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Estando eu habituada a um serviço totalmente distinto, em termos de estrutura física, orgânica, tipologia de doentes, metodologia e equipamentos, tudo era novidade para mim o que me deixava um pouco confusa e ansiosa, mas ao mesmo tempo com uma imensa vontade de apreender ao máximo toda a informação que me iam fornecendo e, que eu ia colhendo.

A apresentação geral da Unidade foi feita no primeiro dia de estágio, pelo sr. enfermeiro chefe Carlos Portugal. Essa familiarização foi tendo continuidade com o apoio de toda a equipa multidisciplinar, que desde logo mostraram disponibilidade e interesse.

Pneumologia é uma área bastante aliciante, uma vez que as patologias do aparelho respiratório são cada vez mais frequentes em qualquer idade e, pela sua gravidade, têm um impacto muito grande na qualidade de vida dos indivíduos. Para além disso, estão correlacionadas com agressões ambientais contínuas (tabágicas, poluição, profissionais, alergológicas, entre outras), acabando por provocar patologias com alta taxa de morbilidade e mortalidade (pneumonia, bronquite crónica, enfisema pulmonar, asma, carcinoma brônquico, tuberculose pulmonar, patologia respiratória do sono, entre outras). O mesmo se passou em relação a Hematologia, por se tratar duma especialidade médica que cada vez mais abarca um elevado número de indivíduos.

A maioria dos indivíduos internados na unidade de Pneumologia/Hematologia são portadores de doença terminal. Lidar com um doente terminal, a sua família, o sofrimento e angústia de ambos, era algo que não vivenciava há muito tempo. Embora sejam situações complicadas e perturbadoras para qualquer profissional de saúde, sinto que tanto os doentes como as suas famílias, conseguem transmitir e ensinar uma nova forma de estar na vida. É difícil de descrever mas a verdade é que são doentes que possuem uma força interior incrível e, muitas vezes são eles quem confortam, dão ânimo e força aos seus familiares, amigos e até mesmo aos profissionais de saúde que

deles cuidam. Sofrer de doença oncológica é catastrófico mas o meu sentimento de impotência e até mesmo revolta aumentou quando me apercebi do aumento exponencial desta patologia e da quantidade de jovens que dela padecem.

Neste contexto, saliento o conceito de *Doente Terminal* citado por Daniel Serrão no Código Deontológico do Enfermeiro (2003, p. 91), definindo-o como sendo *todos “aqueles para quem a ciência e a tecnologia não têm meios para suspender a morte (...).”* Desta forma, o atendimento e os cuidados a um doente em fim de vida devem ser de cariz humano e personalizado, respeitando sempre a sua dignidade humana tanto pelos profissionais de saúde como pelos seus familiares ou pessoas significativas. Cuidar de um doente terminal constitui um verdadeiro desafio para os enfermeiros, pois são eles quem permanecem mais tempo com o doente e família, acabando por conhecer melhor as suas necessidades. Desta forma, é fundamental que a família seja devidamente integrada na equipa de saúde para que possa acompanhar de perto o seu familiar, criando à sua volta um ambiente familiar próximo do que ele teria no seu domicílio. Durante o estágio, a minha atuação como enfermeira foi de encontro a este pressuposto. Apesar de nós, enfermeiros, lidarmos com a morte de perto e, infelizmente vezes sem conta, cada vez que me deparo com uma situação destas fico perturbada e, pergunto a mim no que mais poderemos fazer para que o doente possa ter uma morte digna, como ser bio – psico – social e cultural. ARIÉS cit in CARDOSO (1999, p. 104) refere que *“a morte deve apenas tornar-se a saída discreta mas digna (...) sem dor nem sofrimento e finalmente sem angústia.”* Por sua vez, RODEIA (1998, p. 112) acrescenta que

“ajudar uma pessoa a morrer bem, é apoiar o sentido de amor próprio, dignidade e escolha dessa pessoa até ao último momento de vida. Para o conseguir, devemos prestar cuidados calmos, sensíveis e individualizados a cada pessoa de forma a que a sua experiência humana final, seja tão livre de dor, sentindo-se reconfortada, por ser vista como uma pessoa digna de cuidados mais atentos”.

Durante este ensino clínico, apercebi-me que os procedimentos inerentes à alta dos doentes não eram uniformes nem devidamente programados, o que

gerava uma constante descontinuidade na transmissão da informação clínica. Desta forma, juntamente com a colega de estágio, elaborámos um pequeno estudo qualitativo intitulado: *“Melhoria Contínua na Alta Hospitalar – Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares”* (ver anexo VII), dando continuidade ao projeto iniciado na unidade neste âmbito. Um dos objetivos deste estudo foi investigar, descrever e analisar aspetos organizativos da articulação entre Hospital, Centros de Saúde e as Famílias de doentes dependentes ou semi – dependentes do concelho de Viseu.

Este estudo desenvolveu-se em 2 fases. Numa primeira fase procedemos à recolha de informação de processos dos doentes com alta clínica no ano de 2008 da Unidade de Pneumologia/Hematologia do HSTV. Destes, foram selecionados os processos de doentes dependentes/semi-dependentes inscritos nos centros de saúde do concelho de Viseu. Numa segunda fase, realizaram-se entrevistas de acordo com o cumprimento de alguns pré – requisitos metodológicos que, foram organizadas formalmente através de um contato prévio, efetuado direta e individualmente a cada enfermeiro chefe dos Centros de Saúde, a fim de formular a proposta de entrevista. Este procedimento situou-se no contexto do estudo em que se explicitava aos intervenientes os objectivos da investigação, o propósito desejado e o seu âmbito. Posteriormente procedeu-se a uma análise documental dos processos de enfermagem nos respetivos Centros de Saúde.

O passo seguinte consistiu na realização duma nova entrevista, mas esta dirigida aos cuidadores informais dos doentes pertencentes à nossa amostra. Esta, foi uma experiência bastante enriquecedora, pois contactámos diretamente com os doentes e seus familiares, sendo possível avaliar a situação clínica dos mesmos e as condições em que estes se encontram.

Do estudo emerge a existência de desfasamentos entre o programa de cuidados proposto pelo Hospital e o realizado pelos Centros de Saúde. O que se notou e, tendo em conta alguns cuidadores informais, o Centro de Saúde não responde às necessidades do doente dependente ao nível da alimentação, higiene e conforto, posicionamentos e mobilizações. Por norma, estas constituem

o grupo de necessidades do doente dependente consideradas básicas, as quais a família/cuidador informal tem mais dificuldade em dar resposta, devido à idade já avançada e limitações físicas.

É notória uma desarticulação entre os cuidados executados pela equipa de enfermagem do Centro de Saúde e os propostos pela equipa de enfermagem do Hospital, o que potencia a diminuição da qualidade dos cuidados dos doentes dependentes no seu domicílio, contribuindo para a degradação e agravamento da saúde dos doentes dependentes e do consumo de recursos de saúde. Esta situação propicia uma sobrecarga para a família e Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como uma perda de ganhos em saúde.

Estas disfunções, ou seja, possíveis insuficiências dos Centros de Saúde e da sua articulação com os Hospitais, levam a um aumento significativo da afluência aos serviços de urgência. Estas insuficiências são também apontadas por HESPANHA e CARAPINHEIRO (1997) ao referirem que os doentes continuam a dirigir-se diretamente ao hospital sem passarem pelo seu médico de família e, que os médicos hospitalares quando procedem a alta dos doentes, não fornecem qualquer informação aos médicos de família.

No âmbito da preparação da alta dos doentes dependentes, verificou-se que, no Hospital não se estabelece um contato prévio com o médico ou enfermeiro de família. Neste domínio, a pressão que recai sobre a atividade hospitalar poderá não propiciar uma adequada programação das altas, dado que, por vezes, as famílias e os doentes dependentes são avisados das altas médicas, sem que haja a possibilidade de se providenciar uma prévia preparação dos familiares para o acolhimento dos seus doentes dependentes.

Tal como já referi, hoje em dia são cada vez mais frequentes patologias do foro respiratório, muitas vezes acabando por comprometer a ventilação alveolar, exigindo por isso recurso a ventilação artificial. Por conseguinte, houve necessidade de reestruturar a Unidade de Pneumologia e criar uma Unidade de Ventilação Mecânica Não Invasiva, cuja remodelação no serviço decorreu ainda durante o estágio. Desta forma, MAGANO [et al.] (2007, p. 13), definem VMNI

“como uma técnica que permite aumentar a ventilação alveolar, que melhora, assim, as trocas gasosas, evitando o recurso à entubação endotraqueal e todas as complicações associadas.” A VMNI é uma técnica que abre boas possibilidades em Unidades de Cuidados Intermédios, pois não só é mais cómoda para o doente como evita complicações graves, tais como infeção, lesão e irritação traqueal, consequências da ventilação invasiva. Para além disso melhora a qualidade de vida do doente com patologia respiratória crónica, aumentando a sua qualidade de vida e, conseqüentemente a sua auto – estima.

Desta forma, tendo em conta a nova unidade e a entrada de novos elementos para a equipa de enfermagem no serviço, realizámos um compêndio relativo a esta temática. Foi entregue ao sr. enfermeiro chefe um trabalho escrito e o suporte em power point (ver anexo VIII) dum formação realizada para toda a equipa de enfermagem que teve como principal objetivo contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem relacionados com VMNI. Esta teve lugar na sala de reuniões da Unidade de Pneumologia/Hematologia no dia 20 de novembro de 2008 pelas 14h, com uma forte adesão por parte da equipa de enfermagem. No final da formação houve espaço para esclarecimento de dúvidas no que diz respeito à montagem e manutenção de suporte ventilatório não invasivo. A realização desta formação prende-se essencialmente com a integração de novos elementos na equipa de enfermagem da Unidade de Pneumologia/Hematologia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a evolução sentida nos últimos tempos, nota-se uma maior articulação entre o campo da formação e das situações de trabalho. Isto porque pressupõe-se uma análise reflexiva sobre as práticas como estratégia de construção de saberes, cujo foco de atenção é o doente e a família. ALARCÃO e TAVARES (2003) cit in ABREU (2003, p. 57) defendem o desenvolvimento de “*espaços de formação reflexivos*” que permitam aos profissionais reconhecerem “*a capacidade de pensarem as suas práticas e reconstruírem o conhecimento a partir do seu campo de acção*”.

Neste sentido, durante o ensino clínico do CPLEEMC foi constante a reflexão da ação e, a realização do presente relatório urge como consequência da reflexão e análise de todo o trabalho e atividades desenvolvidas no decorrer do estágio. De uma forma geral, considero ter atingido os objetivos a que me propus para cada módulo de estágio, para além de ter adquirido e desenvolvido competências instrumentais, relacionais, científicas e de gestão.

Tendo em conta a minha experiência profissional na Neonatologia, foi meu propósito abarcar o máximo de experiências e situações, prestando cuidados de enfermagem diretos a doentes em PCR, doentes com ventilação artificial invasiva e não invasiva, politraumatizados, desenvolvendo assim competências instrumentais na área da EMC.

A componente relacional é um fator preponderante nos cuidados de enfermagem, porque para além do saber e saber fazer, o saber ser é o que distingue um *Bom Enfermeiro*. A meu ver, esta competência deve ser trabalhada e aperfeiçoada diariamente por qualquer enfermeiro, pois constitui uma condição necessária à prática de enfermagem.

Desenvolvi competências pedagógicas ao participar na orientação e processo de avaliação de alunos do curso de licenciatura em enfermagem.

As competências científicas estão relacionadas com a área de investigação e emergem para os diversos trabalhos efetuados nos diferentes módulos de estágio. A realização dos mesmos teve por base, diversa pesquisa bibliográfica e trabalho de campo.

De realçar que em qualquer um dos módulos o acolhimento por parte da equipa multidisciplinar foi excelente, mostraram-se profissionais de saúde disponíveis, atentos e, principalmente com muito gosto no desempenho das suas tarefas. Senti-me integrada em qualquer um dos serviços e considero que a minha evolução foi bastante positiva durante este percurso.

O balanço geral do ensino clínico é bastante positivo e considero ter atingido o meu objetivo pessoal, realização e evolução não só profissional como também pessoal.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. C. – Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para excelência em saúde? **Cadernos Sinais Vitais** nº 1. Coimbra : FORMASAU, 2003. ISBN 972-8485-35-2.

ALMINHAS, S. M. P. – Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : FORMASAU. 72 (2007). ISSN 0872-8844.

BENARDINO, D. – Supervisão e Relações Supervisivas: A Importância Na Construção da Identidade do Enfermeiro. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : FORMASAU. 72 (2007). ISSN 0872 0844.

CARDOSO, Alice – **Manual de Tratamento da Dor Crónica**. Lisboa : Lidel. ISBN 972 – 757 – 056 – 9. (1999) 102 – 104.

DIAS, C. – O papel do Enfermeiro face ao cliente com alterações cardíacas. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : FORMASAU. 80 (2008). ISSN 0872-8844.

GRECO, R. M. – Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF). (4:54), (2004), p. 504 – 507.

HESPANHA, M. J. F. & CARAPINHEIRO, G. - **Articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares. Relatório de investigação.** Coimbra CES/JNICT/MS, 1997.

JESUS, É. H. – “**Ataque Cardíaco e Família**” [em linha]. Madeira [2007]. [Consult. 26 Fev. 2009].

Disponível na WWW:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=522&print=1>

KEEN, J. H.; SWEARINGEN, P. L. – **Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos.** Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-52-5.

MAGANO, Conceição [et al.] – Ventilação Não Invasiva. **Revista Sinais Vitais.** Coimbra : Formasau. ISSN 0872-8844. 72 (2007) 13 – 19.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – “**Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**”. 2003. S/ISBN. P 91 – 92.

RODEIA, J. – O Enfermeiro Perante o Doente Terminal. **Revista Servir.** Lisboa. 46(1998). ISSN 0871 – 2370.

SHEEHY, S. – **Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática.** 4ª Edição. Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9.

SILVA, D. M.; SILVA, E. M. B. – Escola Superior de Enfermagem 30 anos – Na Construção do conhecimento e no percurso do cuidar. **Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu**. Viseu : Millenium. 30 (2004). ISSN 0873-3015.

DECRETO - LEI n.º 104/98 de 21 de Abril de 2006 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

ANEXOS

ANEXO I

● **Grelha para registo dos parâmetros observados** (Médicos, Enfermeiros, AAM)

PARÂMETROS OBSERVADOS (entre dezembro de 2008 e janeiro de 2009)

<i>MÉDICOS</i>	<i>ENFERMEIROS</i>	<i>AAM</i>
TRIAGEM		
	<ul style="list-style-type: none"> • Vão buscar macas, cadeiras de rodas; • Passam doentes para maca; • Encaminham doentes até à respetiva sala de espera; • Limpam o chão; • Despem doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fecham sistemas de soros; • Transportam doentes (até ao gabinete de triagem e, desta às respetivas especialidades); • Auxiliam na transferência de doentes da maca para cadeira de rodas e vice-versa; • Colocam pulseira de triagem; • Limpam o chão, ocasionalmente; • Repõem material; • Despejam o lixo.

MÉDICOS	ENFERMEIROS	AAM
SALA DE EMERGÊNCIA		
<ul style="list-style-type: none"> • Despem doentes; • Preparam material. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicam o estado clínico dos doentes aos familiares; • Realizam gasometrias; • Efetuam punções femurais; • Limpam bancadas; • Colocam e retiram arrastadeiras urinóis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etiquetagem de tubos de sangue; • Retiram soros; • Obturam cateteres; • Fecham sistemas de soros; • Limpam e desinfetam bancadas; • Limpam e desinfetam macas; • Retiram os lixos; • Auxiliam na transferência de doentes; • Repõem material; • Ajudam a despir os doentes; • Limpam o chão, ocasionalmente; • Transportam doentes para realização de exames complementares de diagnóstico; • Colocam e retiram arrastadeiras urinóis; • Colaboram nos cuidados a cadáveres; • Trocam sacos de aspiração; • Limpam bancadas;

		• Limpam monitores e teclados.
MÉDICOS	ENFERMEIROS	AAM
PEQUENA CIRURGIA		
<ul style="list-style-type: none"> • Despem doentes; • Chamam doentes; • Transportam doentes maca e cadeiras de rodas; • Fazem transferências de doentes da cadeira de rodas para a marquesa e vice-versa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suturam feridas; • Despejam os lixos; • Limpam de bancada e marquesa; • Limpam o chão; • Enviam de tubos de sangue; • Retiram cortantes do campo esterilizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparam material de pensos; • Abrem material para campos esterilizados; • Fecham sistemas de soros; • Retiram os cortantes do campo esterilizado; • Retiram os lixos; • Auxiliam na transferência de doentes; • Repõem material; • Ajudam a despir os doentes; • Limpam o chão, ocasionalmente; • Transportam doentes para realização de exames complementares de diagnóstico; • Colaboram com Enfermeiro para encaminhar o material para esterilização

MÉDICOS	ENFERMEIROS	AAM
SALA ABERTA		
<ul style="list-style-type: none"> • Despem doentes; • Chamam e transportar macas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpam bancada e marquesa; • Limpam o chão; • Enviam tubos de sangue; • Comunicam informações médicas aos familiares; • Colocam de arrastadeiras/urinóis; • Mudam sacos de urina; • Colocam máscaras de oxigénio; • Retiram nebulizações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etiquetam de tubos de sangue; • Retiram soros; • Retiram cateteres ev; • Transportam doentes para realização de exames complementares de diagnóstico; • Colocam e retiram arrastadeiras urinóis. • Ajudam a despir os doentes; • Etiquetagem de tubos de sangue; • Retiram soros; • Obturam cateteres; • Fecham sistemas de soros; • Limpam bancadas; • Transportam doentes até à sala de trabalho de Enfermagem; • Reposição de material.

MÉDICOS	ENFERMEIROS	AAM
SALA DE TRATAMENTOS NÃO - URGENTES		
<ul style="list-style-type: none"> • Vão buscar doentes macas, cadeiras de rodas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vão buscar doentes, cadeiras de rodas; • Envia(m) de sangue ao laboratório; • Vão buscar suporte de soros; • Encaminham doentes para realização de exames complementares de diagnóstico; • Repõem de material. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fecham sistemas de soros; • Colaboram no transporte dos exames para realização de exames complementares de diagnósticos ou para outras especialidades; • Repõem material a pedido do Enfermeiro; • Aviam pedidos de farmácia.

MÉDICOS	ENFERMEIROS	AAM
UDC		
	<ul style="list-style-type: none">• Limpam bancada e marquesa;• Limpam o chão;• Envia de tubos de sangue;• Transportam doentes em maca;• Repõem material;• Colocam e retiram arrastadeiras/urinóis.	<ul style="list-style-type: none">• Fecham sistemas de soros;• Colaboram na prestação dos cuidados de higiene e conforto;• Auxiliam durante a alimentação;• Retiram os lixos.

MÉDICOS	ENFERMEIROS	AAM
SO		
	<ul style="list-style-type: none"> •Alteração da prescrição médica (p. ex. ritmos de perfusão); •Preparar material para cuidados de higiene e conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> •Colocação e remoção de máscaras de Oxigénio; •Monitorização de doentes; •Limpam o chão; •Repõem material; •Auxiliam na prestação dos cuidados de higiene; •Auxiliam na reposição de fármacos, sob supervisão do Enfermeiro; •Fazem e desinfetam camas; •Desinfetam cabeceiras das camas; •Trocam sacos coletores de urina; •Colaboram nos cuidados a cadáveres; •Aviam pedidos de farmácia, consumo clínico, consumo hoteleiro, consumo administrativo.

Daniël Paiva

Daniela Fernandes

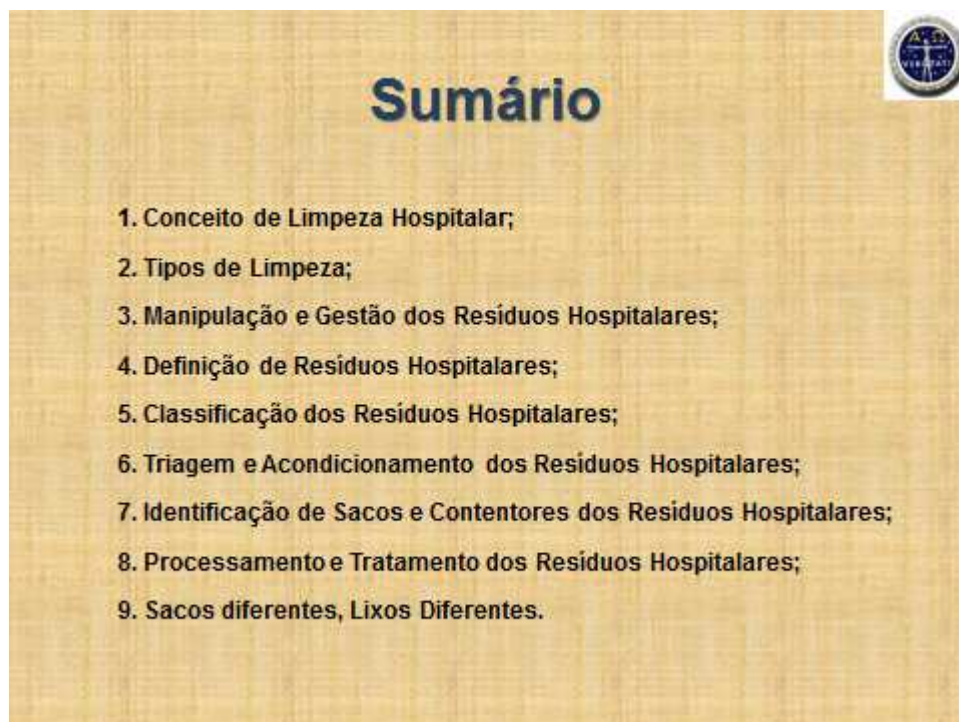
Juliana Lopes

ANEXO II

● **Manipulação e Gestão dos Resíduos Hospitalares** - *Apresentação em Power Point*

● **Precauções Padrão Universais** - *Apresentação em Power Point*

● **Triagem e Acondicionamento dos Resíduos Hospitalares** - *Poster*




Objectivos

- Transmitir conhecimentos gerais acerca da limpeza hospitalar e resíduos hospitalares;
- Uniformizar uma correcta triagem dos resíduos hospitalares;
- Promover um correcto manuseamento dos lixos hospitalares, reduzindo o número de acidentes de trabalho;
- Optimizar recursos materiais do serviço.

1. Conceito de Limpeza Hospitalar


Processo de remoção de sujidades, mediante a aplicação de energia química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo.





ACÇÃO OU ENERGIA QUÍMICA

Proveniente da acção dos produtos que têm a finalidade de limpar através da propriedade de dissolução, dispersão e suspensão da sujidade.




ACÇÃO OU ENERGIA MECÂNICA

Deve-se à força física aplicada sobre a superfície para remover a sujidade resistente à acção do produto químico (p. ex. esfregar manualmente com esponja, escova, pano ou sob pressão de uma máquina de lavar).

ACÇÃO OU ENERGIA TÉRMICA

Resulta da actuação do calor, reduzindo a viscosidade da graxa e gordura tornando-as mais facilmente removíveis pela aceleração da acção química.




2. Tipos de Limpeza Hospitalar



Limpeza Diária - realizada diariamente e, sempre que necessário. Utiliza-se a **limpeza húmida** com o uso de água e sabão.



Limpeza terminal - limpeza mais completa, abrangendo todo o ambiente, materiais e equipamentos (todas as suas superfícies externas e internas).



Limpeza imediata - realizada na presença de sujidade em áreas críticas e semicríticas, em qualquer período do dia. Consiste na remoção imediata de respingos ou deposição de matéria orgânica, evitando a sua veiculação ou ressecamento e, consequente libertação para o ambiente dos microrganismos presentes.

3. Manipulação e Gestão dos Resíduos Hospitalares



- Utilização de forma correcta de equipamento de proteção individual (EPI);
- Uso de uniforme completo;
- Higiene pessoal básica;
- Prevenção de acidentes de trabalho;
- Programas de actualização em técnicas de limpeza, controle de infecção, ética, soluções (diluição, uso e riscos);
- Gestão do serviço: actualmente tem-se delegado esta atribuição a profissionais de Enfermagem (Gestão de Risco e Dinamizador da CCI).

4. Conceito de Resíduos Hospitalares

Art.º 3º do Decreto-Lei nº 239/97

Os **resíduos hospitalares** (RH) são definidos como
“Todos os resíduos produzidos em Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde, incluindo as actividades médicas de diagnóstico, prevenção e tratamento da doença e ainda as actividades de investigação relacionadas.”

5. Classificação dos Resíduos Hospitalares



De acordo com o despacho nº 242/96 de 13 de Agosto, os RH classificam-se em quatro grupos distintos face às suas características e/ou tipo de perigosidade, bem como ao seu tratamento diferenciado (consoante o grupo a que pertencem).

Resíduos do Grupo I e II

Resíduos hospitalares não perigosos (não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos).



5. Classificação dos Resíduos Hospitalares



Resíduos do Grupo III

Resíduos hospitalares perigosos de risco biológico (contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz como, a autoclavagem, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano).



5. Classificação dos Resíduos Hospitalares

Resíduos do Grupo IV

Resíduos hospitalares perigosos, específicos de vários tipos, de incineração obrigatória.



5. Triagem e Acondicionamento dos Resíduos Hospitalares

- ◆ A triagem de RH deve ser feita correctamente no local de produção, de modo a permitir que sejam tratados consoante o grupo
 - ◆ Resíduos do grupo I e II em sacos transparentes;
 - ◆ Resíduos do grupo III em sacos de cor branca;
 - ◆ Resíduos do grupo IV em sacos de cor vermelha, com excepção dos materiais cortantes e perfurantes;
 - ◆ Os materiais cortantes e perfurantes devem ser colocados em contentores apropriados, imperfuráveis e que fechem hermeticamente.
- ◆ Os R... modo
- ◆ a perm... o seu
- ◆ grupo;

5. Triagem e Acondicionamento dos Resíduos Hospitalares



- Utilização de barreiras protectoras como as luvas de borracha e avental plástico/bata descartável, aquando da recolha de resíduos;
- Remoção das luvas utilizadas nas recolhas dos resíduos, sempre que tenham que contactar qualquer superfície do hospital (portas, elevadores, etc.);
- Remoção do lixo no chão (no caso de queda accidental do mesmo) com luvas ou pinça;



5. Triagem e Acondicionamento dos Resíduos Hospitalares



- Redução ao mínimo da manipulação dos RH, para minimizar o risco de infecção;
 - *Não amarrotar os resíduos dentro do saco com o pé ou qualquer outro utensílio, para reduzir o volume;*
 - *Não remover resíduos de um saco para encher outro, no caso do primeiro conter apenas alguns resíduos.*



5. Triagem e Acondicionamento dos Resíduos Hospitalares

- O nível máximo de resíduos no saco não deve ultrapassar dois terços da sua capacidade de forma a permitir um encerramento eficaz do mesmo;
- Encerramento dos sacos com nó duplo de forma a evitar a sua abertura e extravasamento;
- As caixas de cartão devem ser desfeitas, dobradas e colocadas de forma ordenada (utilizando cordel ou corda);




6. Identificação de Sacos e Contentores de Resíduos Hospitalares

- Todos os sacos de resíduos (transparentes, **brancos** e **vermelhos**) têm que estar;
- Nos contentores de uso múltiplo dos grupos III (**verdes**) e IV (**amarelos** e **vermelhos**) que já trazem obrigatoriamente a etiqueta da empresa, a etiqueta identificadora do serviço não deve ocultar a classificação do grupo nem o código de barras;




7. Processamento e Tratamento dos Resíduos Hospitalares



Após triagem ou separação selectiva na origem, os RH não perigosos (grupos I e II) são conduzidos para o mesmo destino dos resíduos urbanos, enquanto que os RH perigosos (grupos III e IV) são submetidos a tratamento.

7. Processamento e Tratamento dos Resíduos Hospitalares



Os RH com perigosidade biológica (grupo III) são tratados por autoclavagem (processo de esterilização/descontaminação de resíduos). Depois de esterilizados (são equiparados a urbanos) são triturados e compactados antes de serem enviados para aterro sanitário controlado.

Os RH do grupo IV (essencialmente com perigosidade química) são eliminados por incineração e representam cerca de 5% do total dos resíduos perigosos.

8. Sacos Diferentes, Lixos Diferentes



GRUPO I (Saco transparente)

Resíduos equiparados a urbanos (não apresentam exigências especiais para o seu tratamento)

- Resíduos provenientes de serviços gerais (ex: gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários);
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (ex: oficinas, jardins, armazéns);
- Embalagens e invólucros comuns (ex: papel, cartão, mangas mistas);
- Resíduos provenientes da hotelaria resultantes da confeção e restos de alimentos servidos a doentes, não incluídos no Grupo III).

8. Sacos Diferentes, Lixos Diferentes



GRUPO II (Saco transparente)

Resíduos hospitalares não perigosos (não estão sujeitos a tratamento específico, sendo equiparados a urbanos)

- Material ortopédico não contaminado e sem vestígios de sangue (ex: talas, gessos e ligaduras gessadas);
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos;
- Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e/ou comum, com excepção dos incluídos no Grupo III e no Grupo IV;
- Frascos de soros não contaminados, com excepção dos do Grupo IV.

8. Sacos Diferentes, Lixos Diferentes




GRUPO I (Saco transparente)

Resíduos equiparados a urbanos (não apresentam exigências especiais para o seu tratamento)

- Resíduos provenientes de serviços gerais (ex: gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários);
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (ex: oficinas, jardins, armazéns);
- Embalagens e invólucros comuns (ex: papel, cartão, mangas mistas);
- Resíduos provenientes da hotelaria resultantes da confecção e restos de alimentos servidos a doentes, não incluídos no Grupo III).

8. Sacos Diferentes, Lixos Diferentes



GRUPO III (Saco branco)

Resíduos hospitalares perigosos (sujeitos a tratamento específico, não são equiparados a urbanos)

- Todos os resíduos provenientes dos quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com exceção dos do Grupo IV;
- Todo o material utilizado em diálise;
- Peças anatómicas não identificáveis;
- Resíduos que resultam da administração de soros e medicamentos, com exceção dos do Grupo IV;
- Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas;
- Material ortopédico contaminado ou com vestígios de sangue (ex: talas, gessos e ligaduras gessadas), material de prótese retirado a doentes;
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (ex: luvas, máscaras, aventais e outros).

8. Sacos Diferentes, Lixos Diferentes

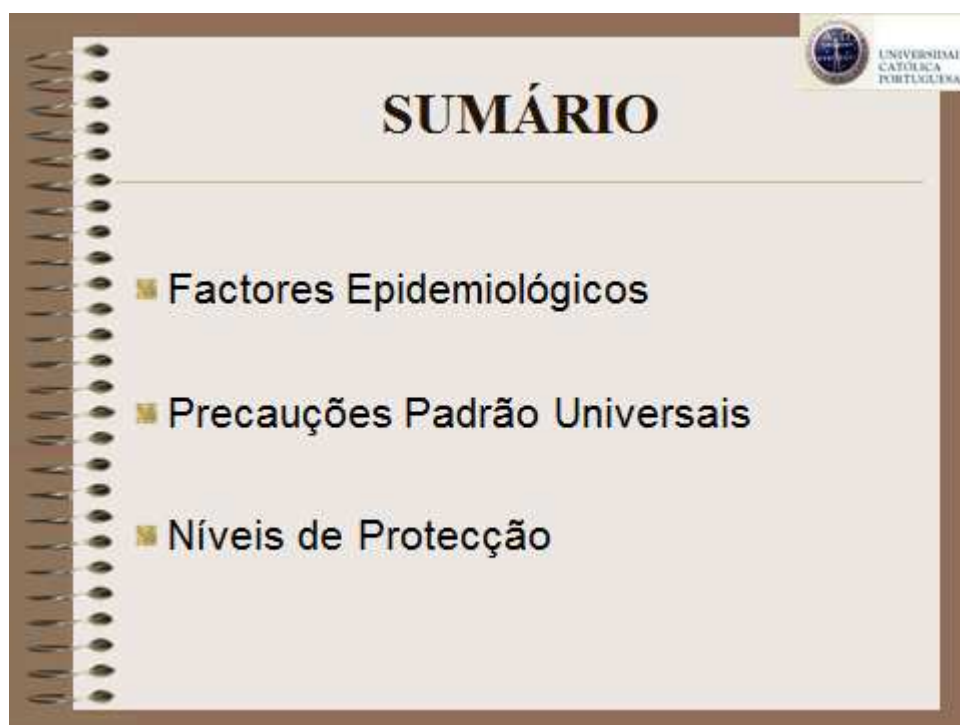
GRUPO IV (Saco vermelho)

Resíduos hospitalares específicos (resíduos de incineração obrigatória)

- Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas;
- Materiais cortantes e perfurantes (ex: agulhas, cateteres e todo o material invasivo);
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.







UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

OBJECTIVOS

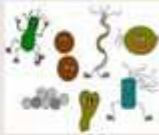
- Informar sobre os diferentes tipos de Precauções Padrão
- Transmitir conhecimentos gerais sobre o processo infeccioso, agente, hospedeiro e formas de transmissão.
- Identificar as Barreiras de Protecção Individual adaptadas a situações específicas.
- Diminuir a incidência de infecções associadas aos cuidados de saúde.
- Diminuir o número de acidentes de trabalho.
- Uniformizar procedimentos.
- Optimizar os recursos materiais do Serviço de Urgência.


UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

AGENTE

- o que provoca a infecção ou doença;
- só 3% dos microrganismos são patogénicos para o Homem;
- microrganismos indígenas (microrganismos próprios do Ser Humano) mantêm uma simbiose com o Homem;
- para ocorrer infecção depende do número de microrganismos (inócuo) e da sua carga vírica (virulência);
- tem um reservatório onde permanece até encontrar uma porta de entrada no hospedeiro.





 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

HOSPEDEIRO

- ✦ tem que ser susceptível ao agente;
- ✦ ter as linhas de defesa diminuídas;
- ✦ tem de haver uma porta de entrada para o agente:
 - pele;
 - aparelho respiratório;
 - aparelho urinário/aparelho reprodutor;
 - outra não natural (ex. cirurgia, cateteres, etc...)



 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

AMBIENTE

- ✦ animado (pessoas ou animais);
- ✦ inanimado (água, ar, alimentos, roupa, superfícies, resíduos, dispositivos médicos, etc...)
- ✦ é onde se encontra o reservatório do agente.


 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

VIAS DE TRANSMISSÃO

Directa: quando os microrganismos são transmitidos directamente de uma pessoa infectada para outra pessoa sem haver contaminação intermédia de objectos ou pessoas.

Indirecta: a transferência do agente infeccioso faz-se através da contaminação intermédia de um objecto ou pessoa, o mais usual são as mãos, brinquedos, equipamentos, superfícies, roupa, fardamento, etc...

 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

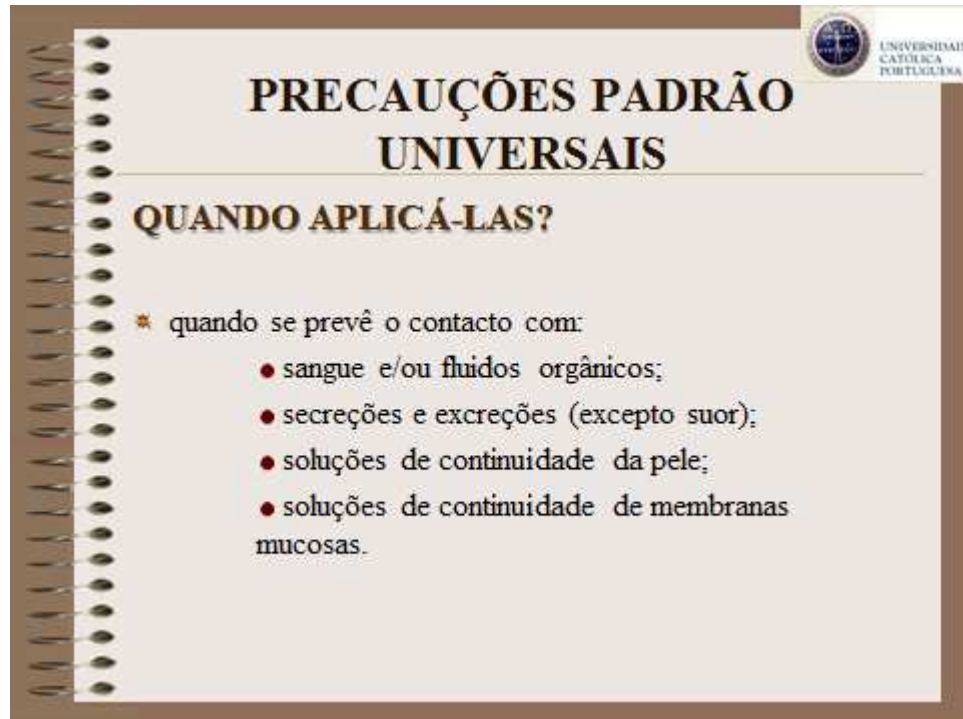
PRECAUÇÕES PADRÃO UNIVERSAIS

CONCEITO

Medidas aplicadas nos cuidados prestados a todos os doentes em todas as unidades de saúde, independentemente se há suspeita ou confirmação da presença de um agente infeccioso.

OBJECTIVO

- prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde sejam prestados cuidados de saúde.



PRECAUÇÕES PADRÃO UNIVERSAIS

QUANDO APLICÁ-LAS?

- * quando se prevê o contacto com:
 - sangue e/ou fluidos orgânicos;
 - secreções e excreções (excepto suor);
 - soluções de continuidade da pele;
 - soluções de continuidade de membranas mucosas.



NIVEIS DE PROTECCÃO

- LAVAGEM DAS MÃOS
- EQUIPAMENTO DE PROTECCÃO INDIVIDUAL (EPI)
- CONTROLO AMBIENTAL
- SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS
- HIGIENE RESPIRATÓRIA
- PRÁCTICAS DE INJECCÃO SEGURAS

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

LAVAGEM DAS MÃOS

- Flora residente (normalmente não causa infecções)
- Flora transitória (adquirida por contacto)
- Lavagem:
 - social;
 - higiénica ou asséptica;
 - cirúrgica.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA


LAVAGEM DAS MÃOS

LAVAGEM SOCIAL

Objectivo: manter as mãos socialmente limpas e eliminar microrganismos transitórios;

Agente De Limpeza: água e sabão líquido sem anti-séptico;

Duração: 30/60 segundos;

 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

LAVAGEM DAS MÃOS

Lavagem Social, quando?

- início e fim do turno;
- antes e depois de prestar cuidados;
- antes e depois de comer;
- antes e depois de preparar medicação;
- antes e depois de ir ao WC;
- depois de contacto com roupa ou superfícies/equipamentos contaminados;
- depois de remover as luvas;
- contactos entre doentes;
- depois de contacto com sangue, fluidos orgânicos, pensos de feridas;
- SOS (sempre que necessário).

 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

LAVAGEM DAS MÃOS


Lavagem Higiénica ou Asséptica

Objectivo: eliminar os microrganismo transitórios e reduzir os microrganismos residentes;

Agente De Limpeza: água e sabão líquido antimicrobiano ou solução alcoólica*

Duração: 30/60 segundos ou 15/30 segundos*

*Se mãos visivelmente isentas de matéria orgânica ou sujidade.

 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

LAVAGEM DAS MÃOS

Lavagem Higiênica ou Asséptica, quando?

- antes de cuidar de doentes imunodeprimidos;
- antes e depois de contacto com doentes em isolamento;
- antes de procedimentos invasivos;
- antes de procedimentos assépticos;
- antes e depois de contacto com doentes com estirpes multiresistentes;
- na presença de surtos de infecção.

 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

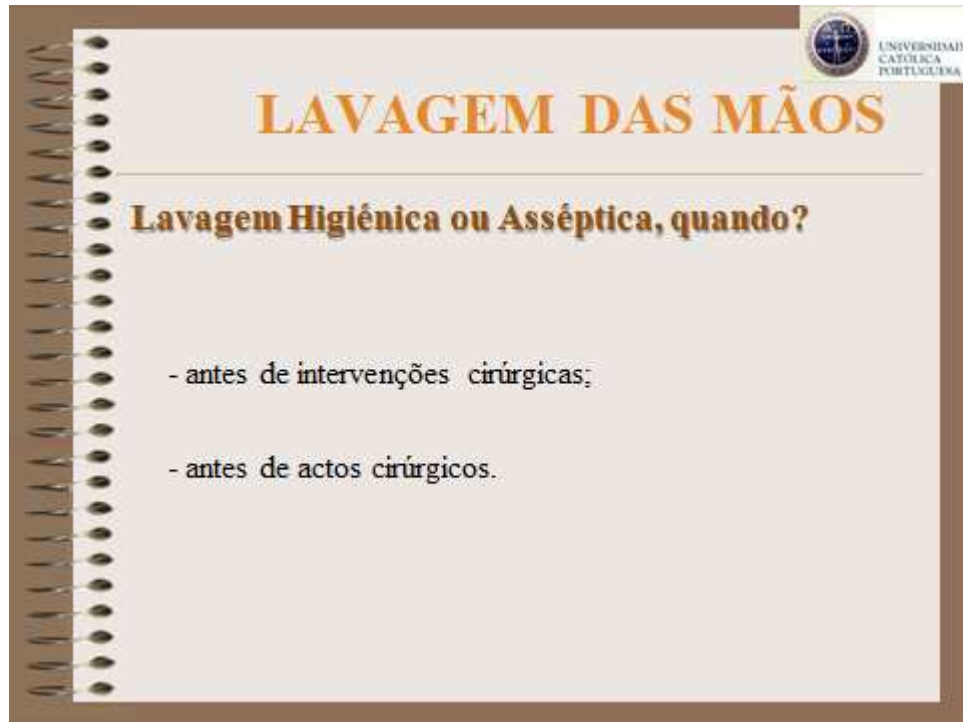
LAVAGEM DAS MÃOS

Lavagem Cirúrgica

Objectivo: eliminar microrganismos transitórios e destruir microrganismos residentes das camadas mais profundas da pele;

Agente De Limpeza: água e solução aquosa antisséptica ou água e sabão, secagem das mãos com toalhetes e fricção com solução alcoólica;

Duração- 3/5 minutos para ambos os casos.



LAVAGEM DAS MÃOS

Lavagem Higiénica ou Asséptica, quando?

- antes de intervenções cirúrgicas;
- antes de actos cirúrgicos.



NIVEIS DE PROTECCÃO

- LAVAGEM DAS MÃOS
- EQUIPAMENTO DE PROTECCÃO INDIVIDUAL (EPI)
- CONTROLO AMBIENTAL
- SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS
- HIGIENE RESPIRATÓRIA
- PRÁCTICAS DE INJECCÃO SEGURAS

EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

- Utilizar sempre que se previr contacto com sangue ou fluidos orgânicos.
- Prevenir contaminação da roupa e pele, mesmo durante a remoção do EPI.
- Remover EPI junto do doente, antes de sair do quarto ou unidade do doente.

EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Luvas:

- cirúrgicas;
- látex/ "ménage" (reutilizáveis);
- palhaço;
- nitrilo (para contacto com químicos).

Máscaras/Óculos:

- protecção da face (boca e nariz)
- protecção da face com viseira (boca nariz e olhos);
- PCM 2000 (agentes infecciosos).

Batas:

- tecido;
- plástico/descartáveis.


Aventais, Botas de plástico



EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Luvas:

- ♦ usar quando é possível antecipar com tacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções, materiais contaminados, mucosas, pele não intacta;
- ♦ no mesmo doente deve mudar-se de luvas quando se contacta com um local contaminado e se passa para um local limpo (da zona perineal para a face);
- ♦ lavar sempre as mãos antes e depois de usar luvas;
- ♦ cobrir sempre cortes ou outros ferimentos das mãos antes de calçar luvas.



EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Batas e Aventais:

- prevenir sujar ou contaminar a roupa durante actividades no doente;
- usar em doentes que não contêm as secreções ou excreções;
- remover bata/avental e lavar as mãos antes de sair da unidade do doente.

EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Máscaras:

- ✗ usar protecção para boca, nariz e olhos nos procedimentos em que se prevê a formação de salpicos e aerossóis com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções;
- ✗ seleccionar de acordo com a tarefa a desempenhar;
- ✗ na broncoscopia, aspiração de secreções, entubação endotraqueal, para além de luvas e bata deve usar-se máscara com viseira ou máscara +óculos;
- ✗ doentes com infecção ou suspeita de transmissão por via aérea usar **respirador de partículas (PCM 2000)**.

NIVEIS DE PROTECÇÃO

- **LAVAGEM DAS MÃOS**
- **EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)**
- **CONTROLO AMBIENTAL**
- **SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS**
- **HIGIENE RESPIRATÓRIA**
- **PRÁCTICAS DE INJECCÃO SEGURAS**

 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CONTROLO AMBIENTAL

Uma boa higiene do ambiente nas unidades de saúde é um componente integral na estratégia de prevenção da infecção nas instituições hospitalares.

Devem ser desenvolvidas políticas e procedimentos de rotina, limpeza e desinfeção das superfícies manuseadas com mais frequência nas áreas de cuidados aos doentes e de acordo com o grau de sujidade.

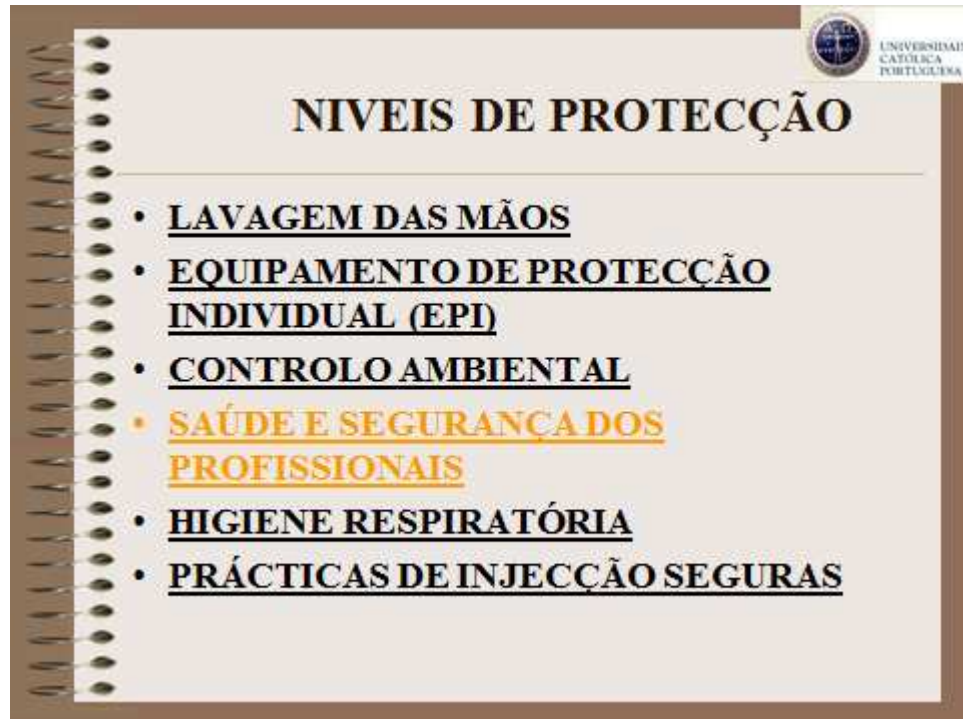


 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CONTROLO AMBIENTAL

Superfícies e Equipamentos:

Lavar e desinfectar as superfícies com maior probabilidade de contaminação com agentes patogénicos, incluindo as superfícies junto do doente (grades da cama, mesas de apoio) e as superfícies do ambiente frequentemente manuseadas (manipulos das portas, instalações sanitárias dos doentes) com uma maior frequência do que as outras superfícies;



NIVEIS DE PROTECCÃO

- LAVAGEM DAS MÃOS
- EQUIPAMENTO DE PROTECCÃO INDIVIDUAL (EPI)
- CONTROLO AMBIENTAL
- SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS
- HIGIENE RESPIRATÓRIA
- PRÁCTICAS DE INJECCÃO SEGURAS



SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

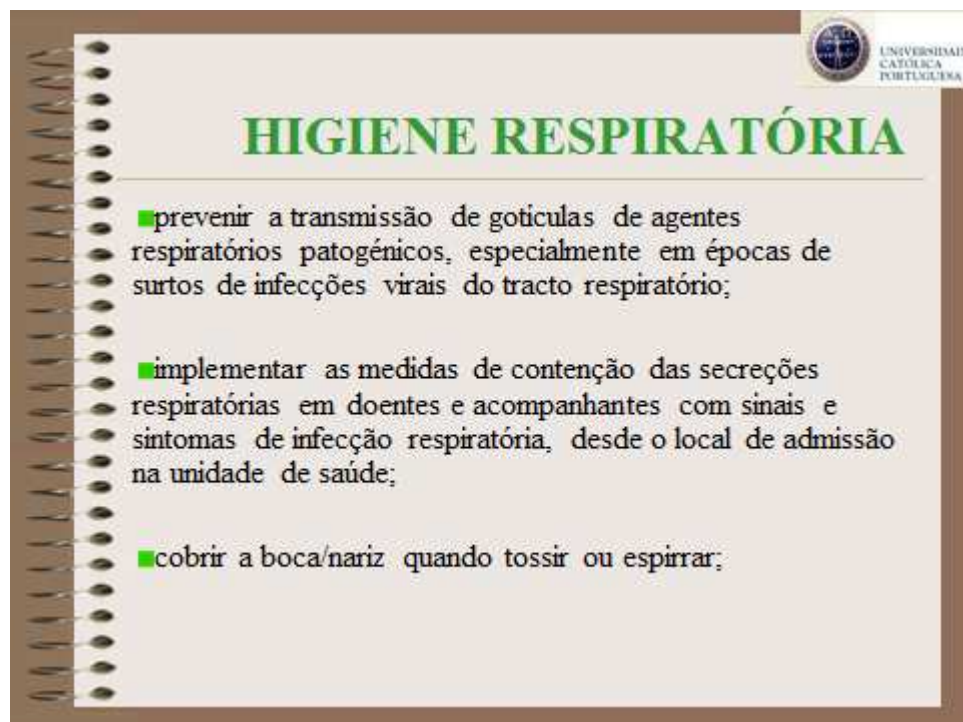
Prevenção de acidentes com cortoperfurantes:

- fazer a triagem correcta do material corto-perfurante;
- não reencapsular as agulhas;
- não retirar com a mão a agulha da seringa usada, utilizar a abertura própria do contentor;
- colocar as agulhas, lâminas de bisturi, etc. no contentor rígido adequado;
- fechar o contentor quando este estiver com cerca de $\frac{3}{4}$ da sua capacidade total.



NIVEIS DE PROTECCÃO

- LAVAGEM DAS MÃOS
- EQUIPAMENTO DE PROTECCÃO INDIVIDUAL (EPI)
- CONTROLO AMBIENTAL
- SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS
- HIGIENE RESPIRATÓRIA
- PRÁTICAS DE INJECCÃO SEGURAS



HIGIENE RESPIRATÓRIA

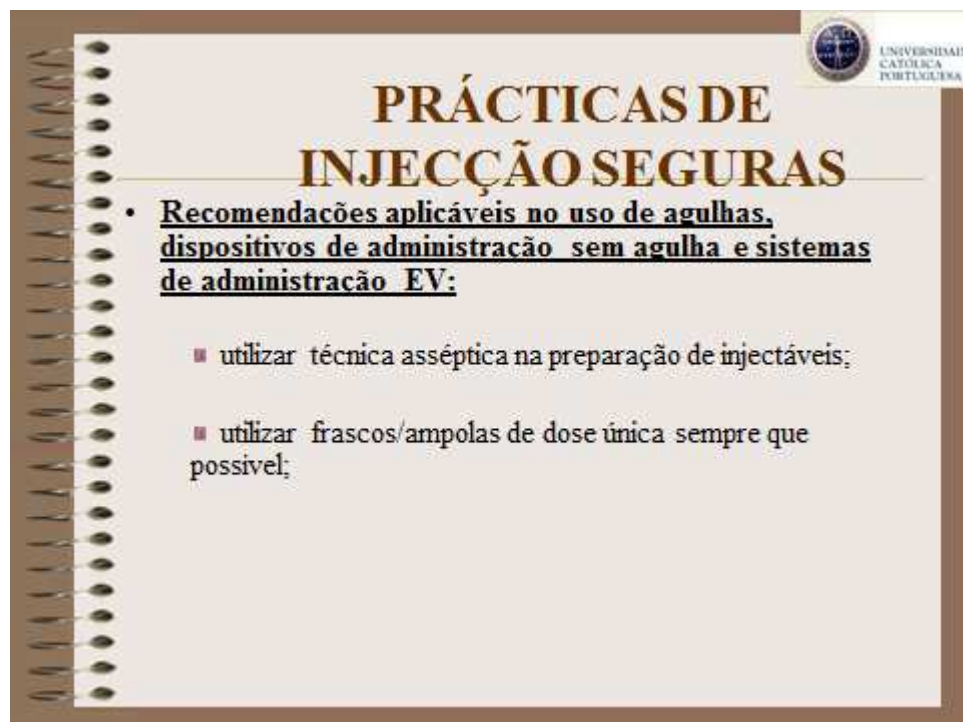
- prevenir a transmissão de gotículas de agentes respiratórios patogénicos, especialmente em épocas de surtos de infeções virais do tracto respiratório;
- implementar as medidas de contenção das secreções respiratórias em doentes e acompanhantes com sinais e sintomas de infeção respiratória, desde o local de admissão na unidade de saúde;
- cobrir a boca/nariz quando tossir ou espirrar;




 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

NIVEIS DE PROTECCÃO

- LAVAGEM DAS MÃOS
- EQUIPAMENTO DE PROTECCÃO INDIVIDUAL (EPI)
- CONTROLO AMBIENTAL
- SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS
- HIGIENE RESPIRATÓRIA
- PRÁTICAS DE INJECCÃO SEGURAS



 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PRÁTICAS DE INJECCÃO SEGURAS

- Recomendações aplicáveis no uso de agulhas, dispositivos de administração sem agulha e sistemas de administração EV:
 - utilizar técnica asséptica na preparação de injectáveis;
 - utilizar frascos/ampolas de dose única sempre que possível;

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PRÁTICAS DE INJEÇÃO SEGURAS

- **Recomendações aplicáveis no uso de agulhas, dispositivos de administração sem agulha e sistemas de administração EV:**
 - utilizar frascos/ampolas de dose única sempre que possível;
 - não administrar medicamentos de frasco/ampola de dose única em múltiplos doentes ou guardar as sobras para utilizar mais tarde;
 - se utilizar frascos/ampolas de dose única, tanto a seringa como a agulha devem estar estéreis para aceder ao frasco/ampola.



Triagem e Acondicionamento de Resíduos Hospitalares



GRUPO I (SACO TRANSPARENTE)

Resíduos equiparados a urbanos (não apresentam exigências especiais para o seu tratamento)

- Resíduos provenientes de serviços gerais (ex: gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários);
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (ex: armazéns);
- Embalagens e invólucros comuns (ex: papel, cartão);
- Resíduos provenientes da hotelaria resultantes da confeção e restos de alimentos servidos a doentes, não incluídos no Grupo III).



GRUPO II (SACO TRANSPARENTE)

Resíduos hospitalares não perigosos (não estão sujeitos a tratamento específico, sendo equiparados a urbanos)

- Material ortopédico não contaminado e sem vestígios de sangue (ex: talas, gessos e ligaduras gessadas);
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos;
- Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e/ou comum, com excepção dos incluídos no Grupo III e no Grupo IV;
- Frascos de soros não contaminados, com excepção dos do Grupo IV.



GRUPO III (SACO BRANCO)

Resíduos hospitalares não perigosos (não estão sujeitos a tratamento específico, sendo equiparados a urbanos)

- Todos os resíduos provenientes dos quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com excepção dos do Grupo IV;
- Todo o material utilizado em diálise;
- Peças anatómicas não identificáveis;
- Resíduos que resultam da administração de soros e medicamentos, com excepção dos do Grupo IV;
- Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas;
- Material ortopédico contaminado ou com vestígios de sangue (ex: talas, gessos e ligaduras gessadas), material de prótese retirado a doentes;
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (ex: luvas, máscaras, aventais e outros).



GRUPO IV (SACO VERMELHO)

Resíduos hospitalares específicos (resíduos de incineração obrigatória)

- Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas;
- Cadáveres de animais de experiência laboratorial;
- Materiais cortantes e perfurantes (ex: agulhas, cateteres e todo o material invasivo);
- Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.



MATERIAIS CORTANTES E PERFURANTES (AGULHAS)

SACO VERMELHO

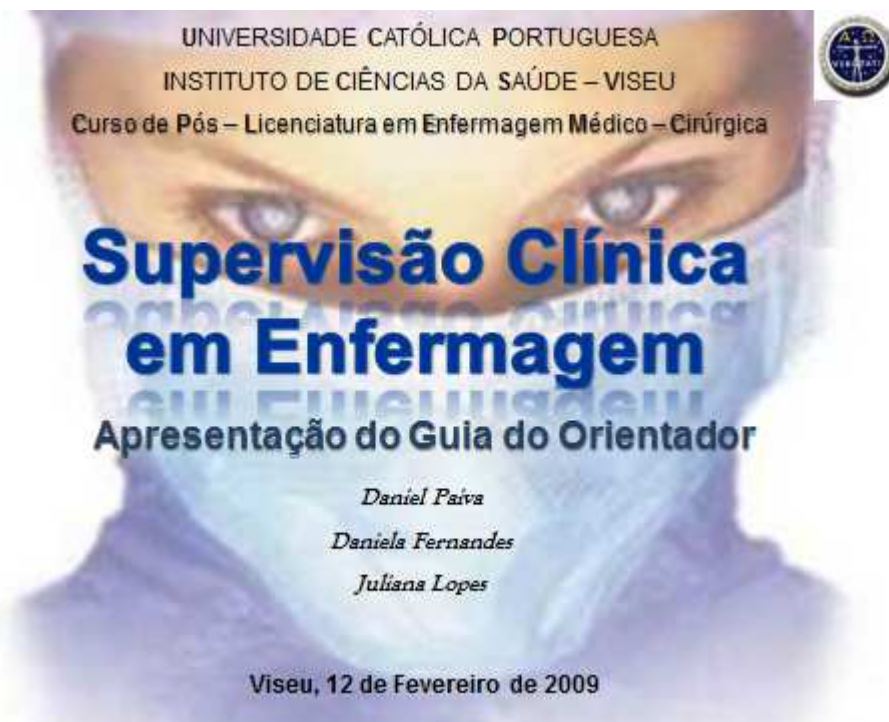
ANEXO III

- **Supervisão Clínica em Enfermagem**

– *Apresentação em Power Point*



- **Guia do Orientador**

- **Instrumento de Avaliação**



Sumário

1. Representação do Conceito de Supervisão
2. Supervisão Clínica em Enfermagem
3. Funções do Supervisor
4. Características de um Bom Supervisor Clínico
5. Estilos de Supervisão
6. Etapas do Processo de Supervisão
7. Modelos de Orientação da Prática Clínica
8. Construção do Conhecimento através da Reflexão sobre a Prática
9. Guia do Orientador Instrumento de Avaliação



Objectivos

- Breve abordagem sobre Supervisão Clínica em Enfermagem;
- Apresentação do Guia do Orientador;
- Apresentação do Instrumento de avaliação.



1. Representação do Conceito de Supervisão



Conceito etimológico:

Etimologicamente, deriva de:

- “Super” – acima de...
- “Visão” – observação, visualização...


SUPER - VISÃO:

Há um campo de observação que é visto.
Olhar = Compreender





2. Supervisão Clínica em Enfermagem

Ao longo do século XX tem-se vindo a verificar alterações nos processos de formação.




O ensino deixa de estar centrado no professor (pessoa que recebe e transmite o conhecimento), passando o aluno a ser o foco de atenção do processo ensino – aprendizagem

Relativamente à formação em Enfermagem, as mudanças são também reflexo da evolução da sociedade em geral.



2. Supervisão Clínica em Enfermagem

Anos 80



Integração do ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico.



2. Supervisão Clínica em Enfermagem



O “sucesso da formação deverá basear-se numa estreita articulação entre o mundo do trabalho e a escola, numa partilha sistemática de experiências onde o processo formativo seja o seu principal objectivo”.

(RAMOS, 2003, p. 6 *cit in* PIRES [et al.], 2004)



2. Supervisão Clínica em Enfermagem



“Forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das acções profissionais.”

(United Kingdom Central Council for Nursing, 1996)



2. Supervisão Clínica em Enfermagem



“Processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos alunos para alcançarem a plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática de prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação”.

(FRANCO, 2000, p. 23 *cit in* BERNARDINO, 2007, p.6)



3. Funções do Supervisor



É mais do que orientar as práticas clínicas e pedagógicas.

- Sustentar a formação e a actividade profissional dos supervisandos, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao doente;
- Promover a mudança positiva;
- Recomendar, desafiar e promover o desenvolvimento do espírito crítico dos supervisandos.




4. Características de um Bom Supervisor Clínico




- Perícia;
- Experiência ;
- Aceitabilidade;
- Formação.



COTRELL (2000)




5. Estilos de Supervisão




NÃO – DIRECTIVO: aquele que manifesta desejo e capacidade de atender ao mundo do professor, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas.


Sabe ouvir o supervisando, é capaz de verbalizar as ideias e os sentimentos que este, explícita ou implicitamente, lhe vai manifestando.


Sabe encorajá-lo e ajudá-lo a clarificar as suas ideias e os seus sentimentos.




5. Estilos de Supervisão




 **DE COLABORAÇÃO:** verbaliza muito o que o supervisando lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas apresentados, ajudando a resolvê-los;

 **DIRECTIVO:** concentra-se em orientar, estabelecer critérios e condicionar as atitudes do professor.



5. Estilos de Supervisão



Comportamentos Estilos de supervisão	Prestar atenção	Clarificar	Encorajar	Servir de espelho	Dar opinião	Ajudar a encontrar soluções	Negociar	Orientar	Estabelecer critérios	Condicionar
Não-directivo	X									
De colaboração				X	X					
Directivo								X	X	

Estilos de Supervisão, segundo GLICKMAN (1985)



6. Etapas do Processo de Supervisão



- **Objectivo** – apreciação de situações – problema;
- **Identificação do Problema** – clarificação dos problemas identificados;
- **Contextualização** – definição de objectivos de intervenção;
- **Planeamento** – preparação e programação da intervenção;
- **Implementação** – implementação das acções planeadas;
- **Avaliação** – avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

WILSON ABREU (2003)



7. Modelos de Orientação da Prática Clínica



▫ **MENTORSHIP**: está associado ao profissional mais experiente, o qual terá a responsabilidade da aprendizagem do tutorado;

▫ **PRECEPTORSHIP**: preceptor é o profissional *que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para o formando, durante um período limitado de tempo*;



7. Modelos de Orientação da Prática Clínica



▣ **MULTITUTOR:** 2 ou mais formandos são apoiados por 2 ou mais tutores, promovendo uma relação de proximidade entre os vários tutores com o objectivo da partilha de informações acerca do formando, com vista a um melhor desenvolvimento do mesmo;

▣ **INTEGRATIVO:** pressupõe uma interactividade entre o ensino teórico e o prático.



8. Construção do Conhecimento através da Reflexão sobre a Prática



“Não é a prática que ensina.

É a reflexão sobre a prática”

(ZEICHER)

Após reflexão acerca da prática, levamos à construção do conhecimento e maior desenvolvimento.



8. Conclusão



Actualmente verificam-se algumas dificuldades na área da *Supervisão* do aluno em *contexto clínico*, não só pelo elevado número de alunos que as organizações de saúde recebem, como também pela dificuldade em assegurar a qualidade da supervisão por motivos de várias ordens, nomeadamente, a falta de formação específica dos profissionais.



9. Guia do Orientador Instrumento de Avaliação



Guia do Orientador

Instrumento de Avaliação





10. Bibliografia

ABREU, W. C. – Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para excelência em saúde? *Cadernos Sinais Vitais* nº 1. Coimbra : FORMASAU, 2003. ISBN 972-8485-35-2.

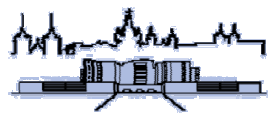
BENARDINO, D. – Supervisão e Relações Supervisivas: A Importância Na Construção da Identidade do Enfermeiro. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra : FORMASAU. 72 (2007). ISSN 0872 0844.

PIRES [et al.] – Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra : FORMASAU. 54 (2004). ISSN 0872 0844.

Supervisão Clínica de Enfermagem, no Caminho da Excelência – **Conceitos de Supervisão Clínica** [em linha]. Funchal, [2007]. [Consult. 30 Nov. 2008].

Disponível na WWW:

<http://supervisaoclinicaenfermagem.wikidat.com/conceitos-de-supervisao-clinica>



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU
CPLEEMC



Daniel Paiva

Daniela Fernandes

Juliana Lopes

Guia do Orientador



Viseu, fevereiro de 2009

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU
CPLEEMC



Daniel Paiva

Daniela Fernandes

Juliana Lopes

Guia do Orientador: Curso de Licenciatura em Enfermagem

Trabalho realizado no âmbito do Curso de Pós –
Licenciatura de Especialização em Enfermagem
Médico – Cirúrgica no Serviço de Urgência Geral do
Hospital S. Teotónio de Viseu, EPE, no período entre
24 de novembro de 2008 e 31 de janeiro de 2009,
orientado por enf. Anabela Antunes.

Viseu, fevereiro de 2009



SIGLAS E ABREVIATURAS

A – Anos

cit in – citado por

EPE – Entidade Pública Empresarial

HSTV – Hospital São Teotónio de Viseu

p. - página

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência



ÍNDICE	PÁG.
1. INTRODUÇÃO	7
2. CONCEITO DE SUPERVISÃO CLÍNICA	11
3. MODELOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA	13
4. CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO ORIENTADOR	15
5. CARACTERIZAÇÃO ACADÊMICO/PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	17
6. CONCLUSÃO	23
BIBLIOGRAFIA	

ANEXO – Instrumento de Avaliação





1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica, integrado no plano de estudos do *Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, realizado no Serviço de Urgência Geral do Hospital São Teotónio de Viseu (HSTV), urge a pertinência da realização do presente trabalho.

O principal objetivo do ensino clínico do 4^o ano do curso de licenciatura em enfermagem é a integração do aluno na vida profissional. Sendo assim, o estágio no *Serviço de Urgência* é fundamental, pois permite o confronto do aluno com a *Enfermagem de Urgência*. Esta, representa um misto complexo de capacidades, experiências e saberes, desenvolvidos de acordo com as boas práticas, visando sempre a qualidade e excelência dos cuidados. Por conseguinte, CLAYTON (2000, p. 586) define enfermagem de urgência como a “ (...) *prática de cuidados de saúde/técnicas profissionais sofisticadas necessárias nas situações de emergência e/ou risco de vida (...)*”

Cada vez mais a formação dos profissionais de Enfermagem deve estar assente numa parceria entre as instituições de saúde e as instituições de ensino, no sentido de formar profissionais com competências baseadas em conhecimentos sólidos, que permitam a construção do conhecimento pessoal e profissional, o desenvolvimento das capacidades crítico – reflexivas e, a consolidação da identidade profissional do aluno. Para isso, é fundamental que parte dessa formação aconteça em contexto real, sendo por isso necessária a colaboração dos profissionais de saúde, no âmbito da supervisão dos estudantes. Existe para tal, legislação que prevê essa colaboração das instituições de saúde e dos enfermeiros na formação em Enfermagem. Esta cooperação assenta no que



é legalmente preconizado pelo Despacho Ministerial 1/87 de 21/4/87, reforçado no Despacho 8/90 de 28/2/90 o qual determina que:

“(...) os estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde devem prestar a maior colaboração às Escolas Superiores de Enfermagem nomeadamente:

• Facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequados à formação de novos enfermeiros;

• Permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços (...)”

Desta forma, os ensinamentos clínicos permitem a *“(...) transmissão de conhecimentos e competências relativos à clínica, através da observação directa do paciente (...)”* (<http://www.infopedia.pt>). Portanto, surgem como meios imprescindíveis para que o aluno de enfermagem adquira as competências necessárias para a sua prática.

Assim, VASCONCELOS (1992, p. 28) *cit in* SILVA e SILVA (1996, p. 103) considera que os ensinamentos clínicos complementam *“a formação teórica – prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”*.

A realização deste *Guia do Orientador* visa atingir os seguintes objetivos:

➤ Realizar um guia para os enfermeiros orientadores de alunos do curso de licenciatura em enfermagem;

➤ Uniformizar o grau de exigência na avaliação dos alunos do curso de licenciatura em enfermagem;

➤ Sistematizar e uniformizar os critérios de avaliação dos alunos do curso de licenciatura em enfermagem.

Para melhor percepção, o *Guia do Orientador* encontra-se dividido em 4 partes: primeiro é feita uma abordagem ao conceito de supervisão clínica em



enfermagem; seguidamente, são explanados os modelos de supervisão clínica; a terceira parte está relacionada com as características de um bom orientador e, por último são apresentadas as características académico/profissionais dos elementos que compõem a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral do HSTV.





2. CONCEITO DE SUPERVISÃO CLÍNICA

Tendo em conta os desenvolvimentos ocorridos nos últimos tempos, cada vez mais são as escolas que estabelecem parcerias com as instituições onde decorrerá o ensino clínico, tendo por base legislação devidamente aprovada. É, portanto necessária uma colaboração mútua entre a escola e os enfermeiros dos serviços na supervisão dos alunos em ensino clínico. Supervisão esta, que deverá permitir ao aluno a construção do seu conhecimento pessoal e profissional, adquirindo assim a sua identidade profissional. Contudo, PINTO (2000) *cit in* PIRES [et al.] (2004) opina que, o processo de supervisão deve ser benéfico para ambas as partes.

Assim, entende-se por supervisão clínica

“o processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos alunos para alcançarem a plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática de prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação”.

(FRANCO, 2000, p. 23 *cit in* BERNARDINO, 2007, p.6)

A UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING (1996) define supervisão clínica como uma *“forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das acções profissionais”.*





3. MODELOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA

Existem vários modelos acerca do desenvolvimento do processo supervisivo, que vão desde uma abordagem mais prescritiva até uma abordagem mais reflexiva. Contudo, de acordo com ARMITAGE e BURNARD (1991) *cit in* ABREU (2003, p. 55), não existe “*consenso sobre a terminologia a utilizar nos processos de tutoria que se desenvolvem em ensino clínico*”. Apesar disso, os estudos realizados nesta área remetem para a existência de 4 modelos de orientação da prática clínica, nomeadamente o de *mentorship*, *preceptorship*, *multitutor* e *integrativo*.

Segundo NICKLIN (1997) *cit in* ABREU (2003), o processo de supervisão clínica tem por base 3 variáveis fundamentais: *gestão*, *formação* e *suporte emocional*. O mesmo autor defende existir um ciclo no processo da supervisão clínica, que abrange 6 etapas:

- *Objetivo* – apreciação de situações – problema;
- *Identificação do Problema* – clarificação dos problemas identificados;
- *Contextualização* – definição de objetivos de intervenção;
- *Planeamento* – preparação e programação da intervenção;
- *Implementação* – implementação das ações planeadas;
- *Avaliação* – avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

Desta forma, o trajeto da supervisão tem por base situações reais, sobre indivíduos em interação e sobre dinâmicas de colaboração. Só assim, é que a relação entre a teoria e a prática clínica, bem como a configuração do “*modus operandis*”, permitem não só a resolução de problemas, como também a construção gradual da identidade profissional do jovem enfermeiro.



Inerente à supervisão clínica e a todo o processo ensino – aprendizagem, está a importância da formação em contato com o mundo real e da aprendizagem através do confronto consigo próprio. Neste sentido, não será uma ação solitária mas sim coletiva, isto é, uma co – ação entre alunos, enfermeiros, docentes e tutores, de forma a permitir construções sobre si mesmo e sobre a profissão.

Para ALARCÃO e TAVARES (2003) *cit in* ABREU (2003), independentemente do modelo de tutoria adotado, é imprescindível que este promova nas instituições de saúde “*espaços de formação reflexivos*”, no sentido de despertar nos profissionais a capacidade de reflexão sobre as suas práticas, permitindo a reconstrução do conhecimento a partir do seu campo de ação.

Na área da formação clínica, o conceito de *mentorship* baseia-se numa relação de proximidade entre um profissional experiente e um formando (DARLIND, 1984 *cit in* ABREU, 2003).

Por sua vez, no *modelo de preceptorship*, o preceptor é o profissional “*que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para o formando, durante um período limitado de tempo, com o objectivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel*” (MORROW, 1984 *cit in* ABREU, 2003, p. 56).

NOLINSKE (1995) *cit in* ABREU (2003) descreveu o *modelo multitutor* e, define-o como o processo em que 2 ou mais formandos são apoiados por 2 ou mais tutores. Este modelo promove uma relação de proximidade entre os vários tutores com o objetivo da partilha de informações acerca do formando, com vista a um melhor desenvolvimento do mesmo.

Finalmente, o *modelo integrativo* implica a existência duma interação entre o ensino teórico e o ensino clínico.

Em suma, em todo este processo é fundamental a união entre supervisão, relações que se estabelecem entre os intervenientes e a importância deste processo na construção da identidade dos jovens enfermeiros.



4. CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO ORIENTADOR

O orientador deve construir-se como “modelo” para o aluno, facultando-lhe uma integração humana e científica, mobilizando recursos no sentido da sua aprendizagem, de forma a proporcionar-lhe experiências construtivas e momentos consistentes de formação. Tudo isto, tendo sempre presente uma boa relação pedagógica, conhecendo e fazendo respeitar as normas em vigor na área da qualidade.

Desta forma, COTRELL (2000) considera como principais características de um bom orientador:

- ▀ **Perícia:** através da habilidade, da experiência, ou do status e da formação;

- ▀ **Experiência:** ser reconhecido como tendo a profundidade da experiência no seu campo de especialidade, sendo a prática clínica altamente desejável;

- ▀ **Aceitabilidade:** é importante que seja aceite por aqueles que supervisiona;

- ▀ **Formação:** é desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em supervisão clínica, bem como formação contínua.





5. CARACTERIZAÇÃO ACADÉMICO/PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Nomes	Habilitações académicas				Formação				Outros	Tempo de serviço	Hab. literárias
	Licenciatura	Pós-graduação	Especialidade	Mestrado	TNCC	SAV	SIV	SBV			
António Luís Presas	X	-	Enfermagem de Reabilitação	-	X	X	-	X	Cargo de chefia	22 A	12º
Paulo Silva	X	Enfermagem de Emergência	Enfermagem Médico-Cirúrgica	-	X	X	-	X	Resp. pela Formação em serviço; Auditor Triagem de Manchester	24 A	12º
Anabela Antunes	X	Supervisão de Ensino Clínico Ciências Sociais	Saúde Mental e Psiquiátrica	Ciências Sociais	X	X	-	X	Coordenador do Ensino clínico	19 A	12º
Amélia Narciso	X	-	Saúde Mental e Psiquiátrica	-	X	X	-	X	Elo ligação CCI e Padrões de Qualidade	25 A	11º
Deolinda Frias	X	-	Saúde Mental e Psiquiátrica	-	X	X	-	X	Coordenador do grupo CIP	23 A	12º
Isabel Fernandes	X	Trauma	-	-	X	X	-	X	-	13 A	12º
Elisabete Sousa	X	Enfermagem de Urgência e Emergência	-	-	X	X	-	X	-	12 A	12º



José Paulo Silva	X	-	-	-	X	-	X	X	Grupo Escala de Braden	15 A	12º
Isabel Tavares	X	Enfermagem de Emergência	Enfermagem Médico-Cirúrgica a)	Enfermagem Médico - Cirúrgica a)	X	X	-	X	Emergência Interna	20 A	12º
Helena Rosário	X	Trauma Supervisão de Ensino Clínico	-	-	X	X	-	X	-	18 A	12º
Nuno Loureiro	X	Higiene e segurança no trabalho	-	-	X	X	-	X	Gestão de risco	12 A	12º
Ana Maria	X	-	-	-	X	X	-	X	-	30 A	CGL
Lurdes Vale	X	Psico-Gerontologia	-	-	X	X	-	X	-	13 A	12º
Regina Mendonça	X	-	-	-	X	X	-	X	Elo de ligação CCI	15 A	12º
Clara Bacêlo	X	-	-	-	X	X	-	X	Grupo Escala de Braden	21 A	11º
Maria José Francisco	X	Enfermagem de Emergência	Enfermagem Médico-Cirúrgica	-	X	X	-	X	Padrões de Qualidade	17 A	12º
Luís Felizardo	X	Enfermagem de Urgência e Emergência	-	-	X	X	-	X	Grupo CIP	9 A	12º
Francisco Mergulhão	X	-	-	-	X	X	-	X	Padrões de Qualidade	17 A	12º
Alda Loureiro	-	-	-	-	-	-	-	X	-	18 A	12º
Rita	X	-	-	-	X	X	-	X	-	5 A	12º
Carla Andrade	X	-	-	-	X	-	X	X	Padrões de Qualidade	9 A	12º



Raquel Duque	X	-	Enfermagem Médico-Cirúrgica	-	X	X	-	X	Grupo CIP	13 A	12º
Zita Machado	X	-	-	-	X	X	-	X	Auditor Triagem de Manchester	30 A	CGL
Marisa Lopes	X	-	-	-	X	X	-	X	-	4 A	12º
Marisa Saraiva	X	-	Enfermagem Médico-Cirúrgica a)	Enfermagem Médico-Cirúrgica a)	X	-	X	X	-	13 A	12º
Ana Amaral	X	-	Enfermagem Médico-Cirúrgica a)	-	X	X	-	X	Grupo CIP	14 A	12º
Fernando Pina	X	-	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Sócio - Psicologia	X	X	-	X	Especialidade reabilitação a)	17 A	12º
Natividade Luís	X	Gestão	-	-	-	X	-	X	-	13 A	12º
Paulo Monteiro	X	-	-	Sócio - Psicologia	X	X	X	X	Padrões de Qualidade	12 A	12º
Marilinda Rebelo	X	-	-	-	X	-	X	X	-	13 A	12º
Marilina Marques	X	Enfermagem de Emergência	Enfermagem Médico-Cirúrgica a)	Enfermagem Médico - Cirúrgica a)	X	X	-	X	-	10 A	12º
José Carlos Fonte	X	-	-	-	-	X	X	X	Auditor Triagem de Manchester	31 A	CGL
Ana Paula Rodrigues	X	-	-	-	X	X	-	X	Grupo CIP	18 A	12º
Jorge Ribeiro	X	Enfermagem de Emergência e Urgência	-	-	X	X	-	X	EPLS	5 A	12º



Rui Mendes	X	-	-	-	X	X	-	X	-	9 A	12º
Luís Filipe Silva	X	-	-	-	X	X	-	X	Emergência interna	20 A	12º
Pedro Moutela	X	Enfermagem de Urgência e Emergência	Enfermagem Médico-Cirúrgica a)	Enfermagem Médico-Cirúrgica a)	X	X	-	X	-	4 A	12º
Olga Loureiro	X	-	-	-	X	X	-	X	Padrões de Qualidade	17 A	12º
Albino Alberto	X	-	Enfermagem Médico-Cirúrgica	-	X	X	-	X	-	9 A	12º
Fernando Abílio	X	Enfermagem de Emergência	-	-	X	X	-	X	EPLS	26 A	12º
Eduardo Esteves	X	-	-	-	X	-	X	X	-	12 A	12º
Rui Zambujal	X	Higiene e segurança no trabalho	-	-	X	X	-	X	-	9 A	12º
Pedro Oliveira	X	-	-	-	X	X	X	X	-	12 A	12º
Octávio Duarte	X	Enfermagem de Emergência	-	-	X	X	X	X	Padrões de Qualidade	6 A	12º
José Figueiredo	X	Enfermagem de Emergência	-	-	X	X	-	X	-	9 A	12º
Maria Goreti Fernandes	X	Trauma	Enfermagem Médico-Cirúrgica	-	X	X	-	X	Grupo Escala de Braden	14 A	12º
Andreia	X	-	-	-	X	X	-	X	-	4 A	12º



oliveira												
Ana Campos	X	-	-	-	X	X	-	X	-	15 A	12º	
José Manuel Romão	X	-	-	-	X	X	X	X	-	13 A	12º	
António Fernandes	X	Trauma Supervisão Clínica	Saúde Infantil e Pediátrica	-	X	X	-	X	Curso de Catastrofe SAVPed NPC	12 A	12º	
Odete Rodrigues	X	Enfermagem de Urgência e Emergência	Enfermagem Médico- Cirúrgica a)	Gestão e administração	-	X	-	X	PHTLS	11 A	12º	
Nuno Santos	X	Enfermagem de Urgência e Emergência	-	-	X	X	-	X	Grupo CIP	8 A	12º	
Anabela Ferreira	X	-	-	-	X	X	-	X	-	13 A	12º	
João Baptista	X	Enfermagem de Urgência e Emergência	-	-	X	X	-	X	EPLS	11 A	12º	
Catarina Correia		-	-	-	X	X	-	X	-	12 A	12º	
Rui Libório	X	Enfermagem de Urgência e Emergência	-	-	X	X	-	X	EPLS	2 A	12º	
Teresa Marques	X	-	-	-	X	X	-	X	Grupo Escala de Braden	16 A	12º	
Helena Coelho	X	-	-	-	-	X	-	-	X	30 A	CGL	

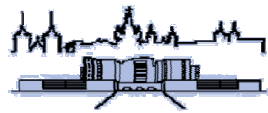


Sónia C.	X	-	-	-	X	-	X	X	-	8 A	12º
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	-----



6. CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente Guia do Orientador, pretende-se que o mesmo seja aprovado institucionalmente no Serviço de Urgência do HSTV, EPE, para que possa contribuir para a satisfação dos enfermeiros envolvidos no processo ensino/aprendizagem de alunos de enfermagem.





BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. C. – Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para excelência em saúde? **Cadernos Sinais Vitais** nº 1. Coimbra : FORMASAU, 2003. ISBN 972-8485-35-2.

BENARDINO, D. – Supervisão e Relações Supervisivas: A Importância Na Construção da Identidade do Enfermeiro. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : FORMASAU. 72 (2007). ISSN 0872 0844.

PIRES [et al.] – Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : FORMASAU. 54 (2004). ISSN 0872 0844.

SILVA, D. M.; SILVA, E. M. B. – Escola Superior de Enfermagem 30 anos – Na Construção do conhecimento e no percurso do cuidar. **Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu**. Viseu : Millenium. 30 (2004). ISSN 0873-3015.

Supervisão Clínica de Enfermagem, no Caminho da Excelência – **Conceitos de Supervisão Clínica** [em linha]. Funchal, [2007]. [Consult. 30 Nov. 2008].

Disponível na WWW:

<http://supervisaoclinicaenfermagem.wikidat.com/conceitos-de-supervisao-clinica>



THOMAS, C. L. – **Dicionário Médico Enciclopédico**. São Paulo: Manole, 2000.
ISBN 85-204-0940-7.

<http://www.infopedia.pt> [Consult. 30 Nov. 2008].

HOSPITAL S. TEOTÓNIO DE VISEU, EPE
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL



Instrumento de Avaliação

ENSINO CLÍNICO: *Integração à Vida Profissional*

(de ___/___/___ a ___/___/___)

Aluno: _____

Enf. Orientador: _____

Prof. Orientador: _____

Instituição _____

Classificação Final: _____ valores



Atribua um valor numérico (0 a 20), tendo em conta o seguinte quadro de classificação.

Excelente	Muito Bom	Bom	Satisfaz	Satisfaz Pouco	Não Satisfaz
20 - 18	17 - 16	15 - 14	13 - 12	11 - 10	≤ 9

N/A – Não Aplicável

	N/A	0 - 20
CONSIDERAÇÕES GERAIS		
É assíduo e organiza o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo		
Evidencia apresentação cuidada		
É correto na maneira de estar e comunicar		
Demonstra sentido de honestidade, empatia e respeito pelos agentes intervenientes no processo de prestação de cuidados		
Respeita o direito do doente à privacidade		
Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos		
Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente		
Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, mantendo relações de colaboração		
Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social		
Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas		
Assume responsabilidade pela aprendizagem, revelando sentido auto – crítico e recetividade à crítica na construção das competências		
Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde		
TRIAGEM		
Acolhe o doente e família		
Aplica a metodologia da <i>Triagem de Manchester</i> , determinando a prioridade clínica face às queixas apresentadas		
Adquire e demonstra conhecimentos relacionados com o programa ALERT®		
Identifica grau de urgência face às queixas apresentadas		
Faz colheita sistematizada de informação através da observação e entrevista ao doente/acompanhante		
Demonstra capacidade de articulação e organização face às diversas intervenções a executar		
Identifica e satisfaz as necessidades dos doentes		
Executa corretamente a transferência do doente		



SALA DE REANIMAÇÃO		
Conhece organização e estrutura da sala		
Utiliza métodos de proteção individual, adequadamente		
Acolhe o doente na sala e estabelece prioridades de atuação		
Mostra conhecimentos sobre SBV e SAV		
Avalia o utente de forma sistemática tendo em consideração a metodologia A, B, C, D, E		
A – Via Aérea		
Permeabilização		
• Elevação do queixo		
• Aspiração de secreções		
• Adjuvante da via aérea orofaríngea (tubo de Guedell)		
Imobilização da cervical		
• Técnica manual		
• Colar cervical (tipos, tamanhos, técnica de aplicação)		
• Apoios laterais e cabrestos		
• Planos duros (técnica de colocar e retirar)		
• Técnica de mobilização e transferência de politraumatizados		
B – Ventilação		
Verificar eficácia da ventilação		
Oxigenoterapia (MAC, Ventury, Simples)		
Insuflador manual com reservatório de O₂		
Colocação de TOT		
• Manuseamento de laringoscópio		
• Proceder à fixação		
• Aspirar com técnica asséptica		
Ventilação mecânica		
• Parâmetros standards		
• Testar o ventilador		
• Conectar prótese ventilatória		
• Capnografia		
C – Circulação		
Palpação do pulso central		
Fluidoterapia		
Sinais de choque/hipoperfusão		
Monitorização		
• Colocar elérodos		
• Posicionar elérodos multifunções e pás (Pace, Cardioversão e desfibrilhação elétrica)		
• Identificar ritmo sinusal		
• Identificar ritmos desfibrilháveis (FV/TV sem pulso)		
• Identificar ritmos não desfibrilháveis (Assistolia e DEM)		
D – Disfunção neurológica		
Avaliação da ECG		
Reflexos pupilares		
Défices neurológicos		
E – Exposição/Controlo do ambiente		
Exposição corporal		



Hipotermia		
Demonstra conhecimentos relacionados com fármacos de emergência		
Realiza os cuidados com destreza, demonstrando segurança e organização na execução dos mesmos		
Efetua cateterismos:		
• Venoso		
• Nasogástrico		
• Vesical		
Executa procedimentos relativos à colheita de espécimes		
Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados		
Gere a imprevisibilidade de forma eficaz, pautando a sua atuação por dinamismo e rapidez		
Demonstra controlo emocional, gerindo de forma positiva situações promotoras de (dis) stress		
Avalia e documenta a evolução do doente, demonstrando conhecimentos relacionados com o programa ALERT®		
Presta cuidados ao cadáver (executa a múmia)		
SALA DE PEQUENA CIRURGIA		
Conhece organização e estrutura da sala		
Utiliza métodos de proteção individual, adequadamente		
Acolhe o doente		
Estabelece e define prioridades das intervenções de Enfermagem em função das necessidades do doente		
Colabora na preparação dos doentes para exames complementares de diagnóstico e tratamentos		
Executa técnicas e procedimentos relativos à colheita de espécimes, respeitando o conforto do doente		
Executa pensos		
• Identifica os diversos tipos de kits		
• Conhece a constituição dos vários kits		
• Mostra conhecimentos acerca dos diferentes tipos de fios de sutura e sua aplicabilidade		
• Efetua cuidados de Enfermagem inerentes a traumatismos oculares, fundamentando os mesmos		
Aplica as diferentes técnicas de ligadura		
Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados		
Avalia e documenta a evolução do doente, demonstrando conhecimentos relacionados com o programa ALERT®		
Colabora no processo de alta do doente		
SALA DE TRATAMENTOS URGENTES/SALA DE TRATAMENTOS NÃO URGENTES		
Conhece organização e estrutura da sala		
Utiliza métodos de proteção individual, adequadamente		
Acolhe o doente e estabelece prioridades de atuação		
Estabelece comunicação, esclarece dúvidas à família e/ou acompanhantes do doente		



Gere a imprevisibilidade de forma eficaz, pautando por dinamismo e rapidez		
Realiza cuidados de enfermagem com destreza, utilizando metodologia científica		
Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados		
Avalia e documenta a evolução do doente, demonstrando conhecimentos relacionados com o programa ALERT®		
Efetua registos de forma sistemática e objetiva		
Colabora na preparação dos doentes para exames complementares diagnósticos e tratamento		
Executa procedimentos relativos à colheita de espécimes		
Assegura ventilação adequada:		
• Administra nebulizações, justificando o procedimento		
• Adjuvantes da via aérea		
• Administra O ₂ por sonda, máscara (adaptando o dispositivo de acordo com as necessidades de O ₂)		
• Efetua aspiração de secreções via naso/oro faríngeas e via TET, justificando o procedimento		
• Aplica conhecimentos sobre ventilação mecânica		
Efetua cateterismo (justificando o procedimento):		
• Venoso		
• Nasogástrico		
• Vesical		
Presta cuidados relativos à eliminação vesical (avaliação de globo vesical)		
Promove cuidados de higiene e conforto		
Procede ao posicionamento eletivo do doente nos diferentes decúbitos, identificando e satisfazendo as suas necessidades		
Previne úlceras de pressão		
Presta cuidados relativos à eliminação intestinal (toque rectal, enema de limpeza)		
Garante a segurança na administração de substâncias terapêuticas e descreve os mecanismos de ação dos fármacos mais utilizados		
Prepara o utente para alta, garantindo a continuidade dos cuidados		
Executa corretamente a transferência do doente		
UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA (UDC)		
Conhece organização e estrutura da sala		
Utiliza métodos de proteção individual, adequadamente		
Acolhe o doente e estabelece prioridades de atuação		
Efetua a monitorização do estado do doente, estabelecendo prioridades de atuação		
Avalia e regista sinais vitais		
Estabelece comunicação, esclarece dúvidas à família e/ou acompanhantes do doente		
Realiza cuidados de enfermagem com destreza, utilizando metodologia científica		
Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados		
Avalia e documenta a evolução do doente, demonstrando conhecimentos relacionados com o programa ALERT®		



Efetua registos de forma sistemática e objetiva		
Colabora na preparação dos doentes para exames complementares diagnósticos e tratamento		
Promove cuidados de higiene e conforto		
Procede ao posicionamento eletivo do doente nos diferentes decúbitos, identificando e satisfazendo as suas necessidades		
Previne úlceras de pressão		
Presta cuidados relativos à eliminação vesical (avaliação de globo vesical)		
Presta cuidados relativos à eliminação intestinal (toque rectal, enema de limpeza)		
Garante a segurança na administração de substâncias terapêuticas e descreve os mecanismos de ação dos fármacos mais utilizados		
Prepara o utente para alta, garantindo a continuidade dos cuidados		
Executa corretamente a transferência do doente.		
SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO (SO)		
Conhece organização e estrutura da sala		
Utiliza métodos de proteção individual, adequadamente		
Acolhe o doente e estabelece prioridades de atuação		
Efetua a monitorização do estado do doente, estabelecendo prioridades de atuação		
Avalia e regista sinais vitais		
Estabelece comunicação, esclarece dúvidas à família e/ou acompanhantes do doente		
Realiza cuidados de enfermagem com destreza, utilizando metodologia científica		
Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados		
Avalia e documenta a evolução do doente, demonstrando conhecimentos relacionados com o programa ALERT®		
Efetua registos de forma sistemática e objetiva		
Colabora na preparação dos doentes para exames complementares diagnósticos e tratamento		
Promove cuidados de higiene e conforto		
Procede ao posicionamento eletivo do doente nos diferentes decúbitos, identificando e satisfazendo as suas necessidades		
Previne úlceras de pressão		
Presta cuidados relativos à eliminação vesical (avaliação de globo vesical)		
Presta cuidados relativos à eliminação intestinal (toque rectal, enema de limpeza)		
Garante a segurança na administração de substâncias terapêuticas e conhece os mecanismos de ação dos fármacos mais utilizados		
Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde		
Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos/famílias/cuidadores		
Executa corretamente a transferência do doente, contactando previamente o serviço que irá acolher o doente		
Colabora no processo de alta do doente		

ANEXO IV

● Posters apresentados em Jornadas de Enfermagem:

- *Supervisão Clínica em Enfermagem*
- *Integração/Acolhimento a Novos Profissionais no Serviço de Urgência Geral*
- *Projeto SIV no distrito de Viseu*
- *Projeto SIV a nível Nacional*
- *Projeto SIV: Perguntas mais Frequentes*

SIMPOSIUM DE ENFERMAGEM

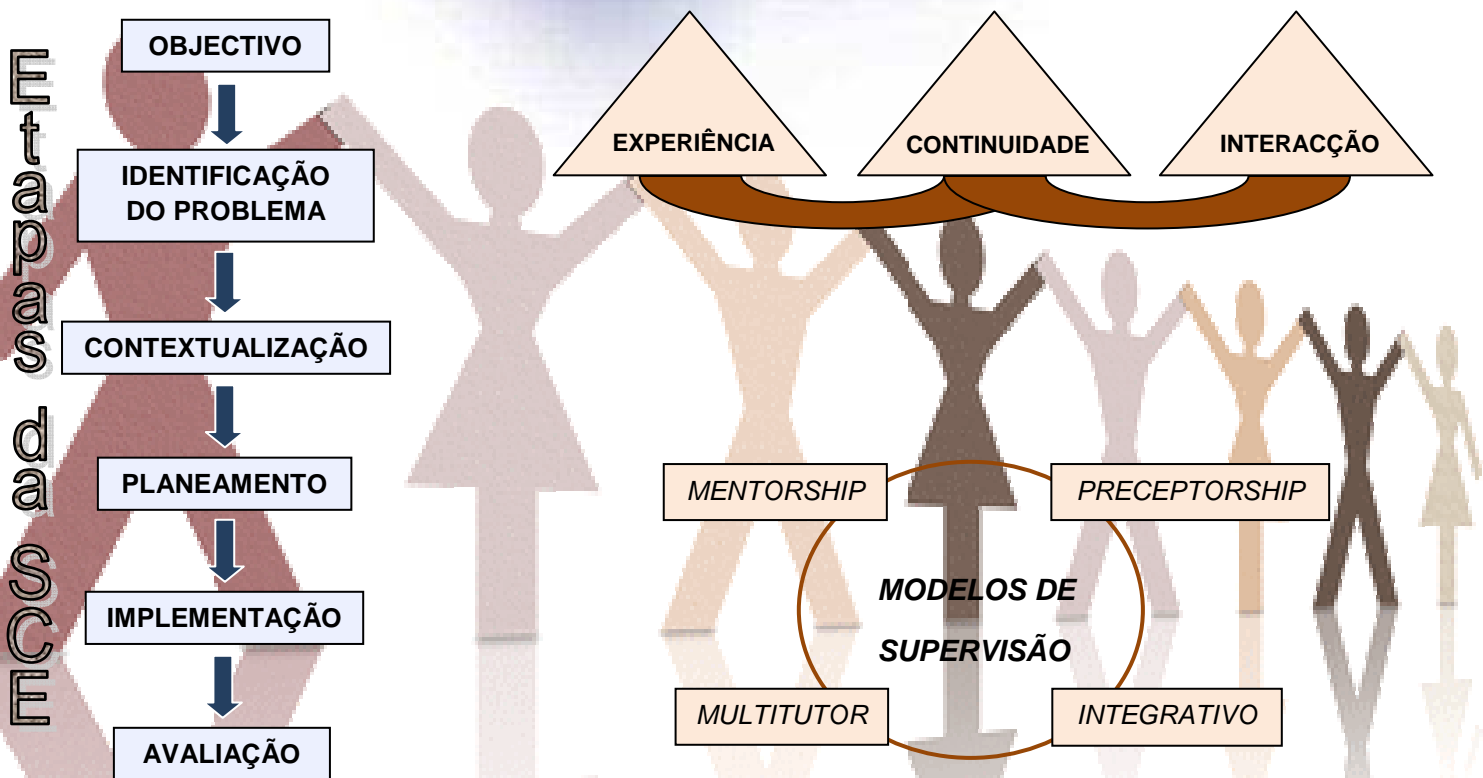
15 e 16 de Janeiro

Antunes A., Fernandes G., Fernandes, D.
Hospital S. Teotónio Viseu, EPE

Supervisão Clínica em Enfermagem

“Processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos alunos para alcançarem a plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática de prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação”.

FRANCO, 2000, p. 23 cit in BERNARDINO, 2007, p.6



Independentemente do modelo de tutoria adoptado, é fulcral que este promova nas instituições de saúde “espaços de formação reflexivos”, no sentido de despertar nos profissionais a capacidade de reflexão sobre as suas práticas, permitindo a reconstrução do conhecimento a partir do seu campo de acção.

BIBLIOGRAFIA:

- ABREU, W. C. – Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para excelência em saúde? **Cadernos Sinais Vitais**. Coimbra : FORMASAU. 1 (2003). ISBN 972-8485-35-2.
- BENARDINO, D. – Supervisão e Relações Supervisivas: A Importância Na Construção da Identidade do Enfermeiro. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : FORMASAU. 72 (2007). ISSN 0872 0844.
- PIRES [et al.] – Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : FORMASAU. 54 (2004). ISSN 0872 0844.
- SILVA, D. M.; SILVA, E. M. B. – Escola Superior de Enfermagem 30 anos – Na Construção do conhecimento e no percurso do cuidar. **Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu**. Viseu : Millenium. 30 (2004). ISSN 0873-3015.
- Supervisão Clínica de Enfermagem, no Caminho da Excelência** – Conceitos de Supervisão Clínica [em linha]. Funchal, [2007]. [Consult. 30 Nov. 2008]. Disponível na WWW: <http://supervisaoclinicaenfermagem.wikidat.com/conceitos-de-supervisao-clinica>

Integração/Acolhimento a Novos Profissionais no Serviço de Urgência Geral

INTEGRAÇÃO – é “uma actividade global, uma forma de educação, pela qual se produzem mudanças ou aperfeiçoamento de atitudes, padrões de eficiência e comportamento”.

FONTES (1990)



Características e Competências do Integrador:

- Relacionais;
- Comunicacionais;
- Técnicas;
- Cognitivas;
- Metodológicas;
- Psicomotoras;
- Planeamento e de organização.

Um programa de Integração adequado trará benefícios efectivos tanto para o serviço como para o elemento recém admitido, tratando-se dum processo bidireccional e reciproco, tendo em vista “uma verdadeira simbiose entre as partes”.

BIBLIOGRAFIA:

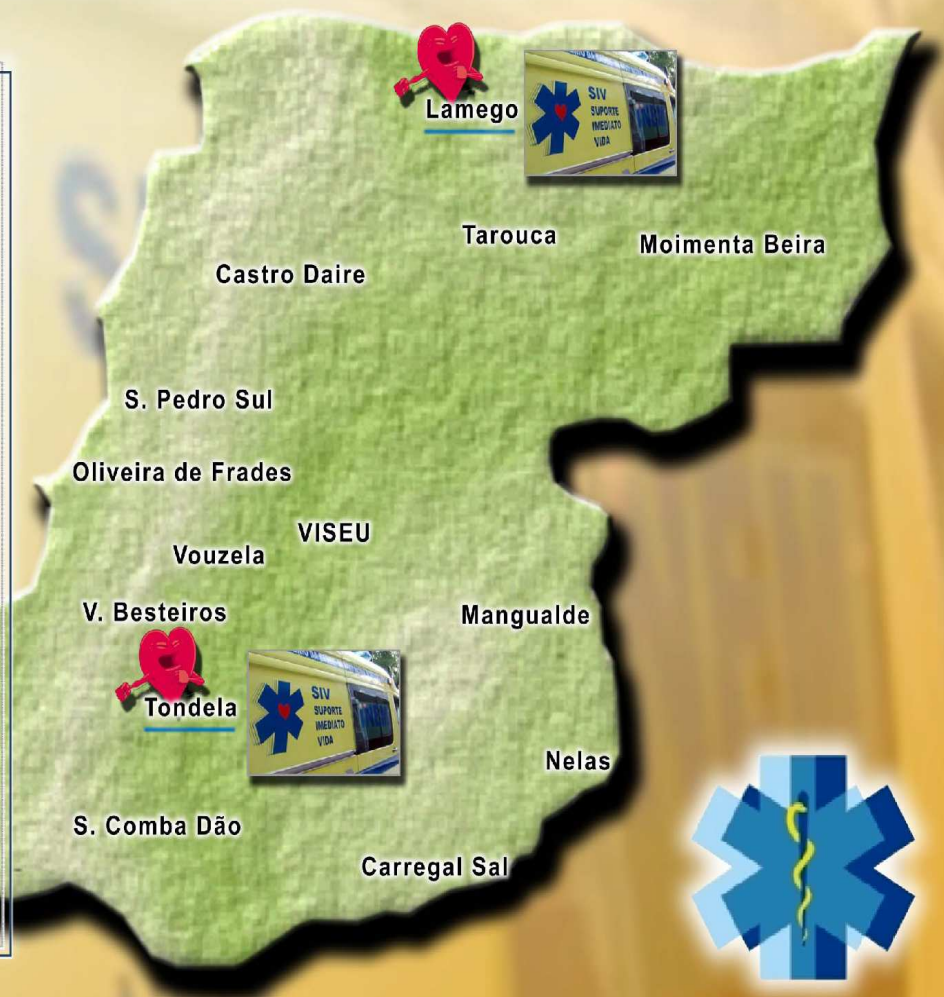
- AZEVEDO, C. - Integração de Enfermeiros as Unidades/Serviços. "Divulgação" Porto, 38 (1996);
CARREIRA, M. L. V. F.; CAMACHO, M. L. C. - Acolhimento de uma profissional recém - admitida nas unidades do serviço regional de saúde. Nursing, Lisboa: 234 (2005), ISSN 0871 - 8195.
CHIAVENATO, I. - Gestão de Pessoas, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. ISBN 85-352-0427-X.
FONTES, L. E. - Manual de Treinamento na Empresa Moderna, 4ª Ed. Atlas, 1990.
TORRES, M.; SILVA, I. - Integração do Pessoal de Enfermagem. Revista Saúde Vitalis, Coimbra: FORMASAU, 22 (1999), ISSN 0672-8844.

Antunes A., Fernandes G., Fernandes, D.
Hospital S. Teotónio Viseu, EPE



Projecto SIV no distrito de Viseu

O **Projecto Suporte Imediato de Vida** (SIV) tem como premissa melhorar o nível de cuidados de Emergência Pré - Hospitalar. Este Projecto engloba ambulâncias dispersas por todo o país e, são tripuladas por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE). Projecto inserido na reforma das urgências que o Ministério da Saúde tem em curso.



Em algumas zonas do distrito, nas situações em que o tempo é um factor crucial e a distância a que se encontram os meios diferenciados de emergência médica, é necessário recorrer a meios com capacidade para prestar cuidados ao nível do SIV, promovendo o seu envio em tempo útil.

BIBLIOGRAFIA:

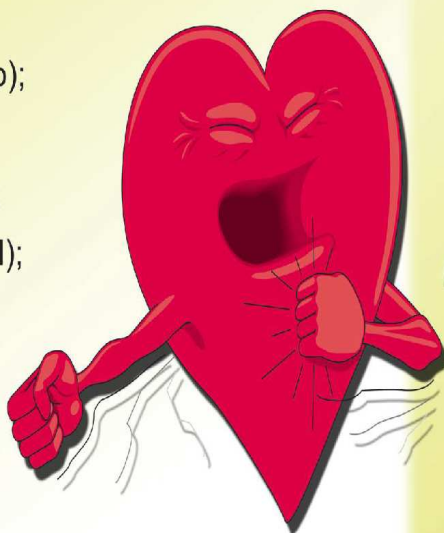
Suporte Imediato de Vida – Via Verde para a Vida: Comunicação para a Vida. Lisboa : Ministério da Saúde, INEM. 21 (2007). ISSN 1645-3751. [em linha]. Dezembro, 2007. [Consult. 15 Jan. 2009]. Disponível na WWW: http://www.inem.pt/pageGen.asp?sys_page_id=472404&news_id=1961
http://www.inem.pt/pageGen.asp?SYS_PAGE_ID=487812 [Consult. 15 Jan. 2009].



Projecto SIV a nível Nacional

Em funcionamento estão já 26 ambulâncias de *Suporte Imediato de Vida* nos seguintes locais:

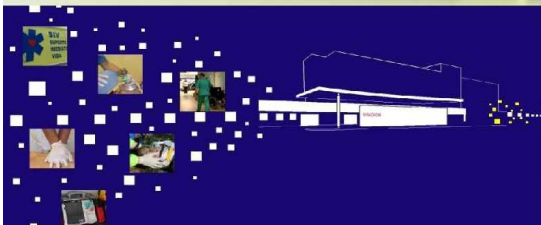
-  **Viana do Castelo** (Valença, Melgaço, Arcos de Valdevez, Ponte de Lima);
-  **Braga** (Fafe, Cabeceiras de Basto);
-  **Vila Real** (Alijó, Peso da Régua, Montalegre);
-  **Bragança** (Mirandela);
-  **Porto** (Amarante, Santo Tirso, Gondomar, Vila do Conde);
-  **Viseu** (Tondela, Lamego);
-  **Guarda** (Seia);
-  **Coimbra** (Cantanhede);
-  **Leiria** (Peniche, Pombal);
-  **Portalegre** (Elvas);
-  **Évora** (Estremoz);
-  **Beja** (Moura, Odemira);
-  **Faro** (Lagos, Tavira).



Durante o ano de 2009, altura em que se prevê a concretização da última fase do projecto, deverão ter entrado em funcionamento 41 unidades **SIV**.

BIBLIOGRAFIA:

- Suporte Imediato de Vida – Via Verde para a Vida: Comunicação para a Vida. Lisboa : Ministério da Saúde, INEM. 21 (2007).
ISSN 1645-3751. [em linha]. Dezembro, 2007. [Consult. 15 Jan. 2009]. Disponível na WWW:
http://www.inem.pt/pageGen.asp?sys_page_id=472404&news_id=1961
http://www.inem.pt/pageGen.asp?SYS_PAGE_ID=487812 [Consult. 15 Jan. 2009].



Antunes A., Fernandes G., Fernandes, D.
Hospital S. Teotónio Viseu, EPE



Projecto SIV:

Perguntas mais frequentes

O que significa Suporte Imediato de Vida (SIV)?

Cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso, até estar disponível uma equipa médica, isto é, SAV (Suporte Avançado de Vida).

O que é uma ambulância SIV?

Ambulância de Suporte Imediato de Vida, meio operacional do INEM que visa melhorar os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população.

Estas ambulâncias significam um *upgrade* relativamente aos cuidados prestados pelas ambulâncias de socorro.

Quem constitui a tripulação das ambulâncias SIV?

Um Enfermeiro e um TAE (Técnico de Ambulância de Emergência).

Quais as funções do Enfermeiro numa ambulância SIV?

- Prestação de cuidados de Emergência Médica de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e a Direcção Médica do serviço;
- Chefiar a equipa de tripulantes da Ambulância SIV, coordenada operacionalmente pelo CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) respectivo.

A SIV substitui a VMER?

NÃO. As ambulâncias SIV podem ser usadas em articulação com ambulâncias de socorro, isoladamente ou em conjunto com a VMER, dependendo da especificidade de cada situação.

Como é garantida a qualidade dos cuidados?

- Acções prévias ou prospectivas;
- Acções concomitantes;
- Acções retrospectivas.

Quais as funções do TAE numa ambulância SIV?

- Prestação de cuidados de emergência médica de acordo com as suas competências e com as orientações do enfermeiro da ambulância SIV;
- Responsáveis pela condução do veículo.

Como vai ser regulada a actividade das ambulâncias SIV?

A actividade das ambulâncias SIV vai ser regulada a nível operacional pelo CODU respectivo (Porto, Coimbra, Lisboa e Vale do Tejo, Algarve).

Quais os pré-requisitos para que um Enfermeiro se possa candidatar às equipas SIV?

- Licenciatura em Enfermagem;
- Inscrição na Ordem dos Enfermeiros;
- Robustez física;
- Lugar no quadro ou um Contrato Individual de Trabalho com uma entidade integrada no SNS.

A formação específica necessária será proporcionada pelo INEM.

Como proceder à candidatura e como é feita a selecção dos candidatos?

A candidatura deve ser formalizada junto da Delegação Regional do INEM da área da Ambulância SIV que o candidato pretende, através do envio pelo correio da documentação necessária.

A selecção é feita com base na avaliação curricular de cada candidato.

Os Enfermeiros seleccionados são requisitados pelo INEM pelo período de 1 ano, prorrogável até um máximo de 3. Durante este período poderão candidatar-se a um Contrato Individual de Trabalho sem termo com o INEM.

ANEXO V

● **Padrão Experimental CIPE (inicial)**

24												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
ST												
TOTAL												
TOTAL ENTRADAS:								TOTAL SAÍDAS:				
BALANÇO:								BALANÇO DIA ANTERIOR:				

OBSERVAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM		
<p>Estado de Consciência: Consciência <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Orientado no Tempo e no Espaço <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Inconsciente <input type="checkbox"/> Escala de Glasgow: _____ Total</p> <p>Estado Hemodinâmico: Ta ___/___ Pulso ___ ppm SpO₂: ___% Temp. Ax.: ___ °C Ritmo: _____</p> <p>FR: ___ c/min <i>Caraterísticas:</i> Intercostal <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Colateral Superior <input type="checkbox"/></p>		
Próteses: _____	Medicação Habitual: _____	Centro de Saúde: _____
Alergias: _____		Quando tiver alta para onde vai? Domicilio <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/>
HTA: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Tem quem o ajude? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Diabetes: Sim <input type="checkbox"/> _____ Não <input type="checkbox"/>		Necessita da intervenção da Ass. Social? Sim <input type="checkbox"/> Contactada a ___/___/___ Não <input type="checkbox"/>
Hábitos Tabágicos: Sim <input type="checkbox"/> ___ cigarros/dia Não <input type="checkbox"/>		

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR				RESPOSTA MOTORA						RESPOSTA VERBAL				
Espontânea	Ao comando verbal	À dor	Ausente	Obedece comandos	Localização à dor	Flexão inespecífica (retirada)	Flexão hipertônica	Extensão hipertônica	Sem resposta	Orientado e conversando	Desorientado e conversando	Palavras inapropriadas	Sons incompreensíveis	Sem resposta
4	3	2	1	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

RESPIRAÇÃO

1 – Grau Reduzido – a pessoa é capaz de tolerar as atividades diárias			2 – Grau Moderado – a pessoa necessita de períodos de repouso intercalados com as atividades diárias			3 – Grau Elevado – A pessoa não tolera as atividades diárias.					
DISPNEIA FUNCIONAL:			1	2	3	Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.		
Ausente <input type="checkbox"/>											
Presente <input type="checkbox"/>											
DISPNEIA EM REPOUSO:						Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.		
Ausente <input type="checkbox"/>											
Presente <input type="checkbox"/>											
<ul style="list-style-type: none"> • Predominantemente abdominal <input type="checkbox"/> • Predominantemente torácica <input type="checkbox"/> • Mista <input type="checkbox"/> • Polipneia <input type="checkbox"/> • Presença de sons respiratórios anormais <input type="checkbox"/> 											
DISPNEIA (devido a alteração cardíaca)						Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.		
Ausente <input type="checkbox"/>											
Presente <input type="checkbox"/>											
<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia <input type="checkbox"/> • Sudorese <input type="checkbox"/> • Baixo débito urinário <input type="checkbox"/> • Taquicardia <input type="checkbox"/> • Agitação psicomotora <input type="checkbox"/> • Edemas <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Membros inferiores <input type="checkbox"/> ▪ Generalizada <input type="checkbox"/> • Estertores <input type="checkbox"/> 											
Em Grau Reduzido – não necessita de ser aspirada			Em Grau Moderado – necessita ser aspirado 1x turno			Em Grau Elevado – necessita ser aspirado 2x turno			Em Grau Muito Elevado – necessita ser aspirado + de 4x turno		
Limpeza das vias aéreas:						Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.		
Eficaz <input type="checkbox"/>											
Ineficaz <input type="checkbox"/>											
<ul style="list-style-type: none"> • Em grau _____ 											

FUNÇÃO CARDÍACA					
ARRITMIAS:		Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
Risco de <input type="checkbox"/>					
Devido a:					
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças do Músculo Cardíaco <input type="checkbox"/> • Desequilíbrios hidroeletrólitos <input type="checkbox"/> • Terapêutica <input type="checkbox"/> 					
Ausente <input type="checkbox"/>					
Presente <input type="checkbox"/>					
Gravidade:					
<i>Tipo</i>	• Reduzida <input type="checkbox"/>				
	• Moderada <input type="checkbox"/>				
	• Elevada <input type="checkbox"/>				
<i>Frequência</i>	• Aguda <input type="checkbox"/>				
	• Crônica <input type="checkbox"/>				
	• Contínua <input type="checkbox"/>				
	• Intermitente <input type="checkbox"/>				
	• Esporádica <input type="checkbox"/>				

CIRCULAÇÃO		Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
Risco de Hemorragia <input type="checkbox"/>					
Hemorragia <input type="checkbox"/>					
Hematoma <input type="checkbox"/>					
• Pequena extensão <input type="checkbox"/>					
• Grande extensão <input type="checkbox"/>					
Topologia – Localização:					

PRESSÃO SANGUÍNEA					
Hipotensão <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>	Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
___/___ mmHG	___/___ mmHG				
___/___ mmHG	___/___ mmHG				
___/___ mmHG	___/___ mmHG				
___/___ mmHG	___/___ mmHG				

TEMPERATURA CORPORAL				INICIO	Ass./Mec.	TERMO	Ass./Mec.
HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> _____ °C							
FEBRE <input type="checkbox"/> _____ °C							
SENSAÇÕES							
Apreciação Inicial				Consciente <input type="checkbox"/> Visão Diminuída <input type="checkbox"/> Audição Diminuída <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Uso de aparelho auditivo <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> _____ (escala de Hitchcock) _____ (0 a 10)			
DOR <input type="checkbox"/> _____ AGUDA <input type="checkbox"/> CRÓNICA <input type="checkbox"/>				Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
<ul style="list-style-type: none"> CONTÍNUA <input type="checkbox"/> INTERMITENTE <input type="checkbox"/> 							
TOP./LOCAL.: _____							
TURNO							
ESC.INICIAL							
ESC.FINAL							

ESCALA DE DOR



COMPORTAMENTO

Dia	COMPORTAMENTO								
	Escala de Glasgow			Escala de Glasgow			Escala de Glasgow		
	N	M	T	N	M	T	N	M	T
Parciais	___	___	___	___	___	___	___	___	___
Total									
Ass./Mec									

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR				RESPOSTA MOTORA						RESPOSTA VERBAL				
Esponânea	Ao comando verbal	À dor	Ausente	Obedece comandos	Localização à dor	Flexão inespecífica (retirada)	Flexão hipertónica	Extensão hipertónica	Sem resposta	Orientado e conversando	Desorientado e conversando	Palavras inapropriadas	Sons incompreensíveis	Sem resposta
4	3	2	1	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

AUTO - CUIDADO	<i>Dependente a um nível reduzido (inicia e completa as atividades mas precisa de ajuda, de equipamento ou de supervisão de pessoas)</i>		<i>Dependente a um nível moderado (Inicia as atividades mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamento)</i>		<i>Dependente a um nível elevado (não inicia nem completa as atividades sem ajuda de pessoas)</i>	
	<i>INÍCIO</i> <i>Ass. Mec.</i>	<i>TERMO</i> <i>Ass. /Mec.</i>	<i>INÍCIO</i> <i>Ass. Mec.</i>	<i>TERMO</i> <i>Ass. /Mec.</i>	<i>INÍCIO</i> <i>Ass. Mec.</i>	<i>TERMO</i> <i>Ass. /Mec.</i>
HIGIENE <input type="checkbox"/>						
IR AO SANITÁRIO <input type="checkbox"/>						
VESTUÁRIO <input type="checkbox"/>						
COMER/BEBER <input type="checkbox"/>						
ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/>						
ATIVIDADE RECREATIVA <input type="checkbox"/>						
POSICIONAR-SE <input type="checkbox"/>						
DEAMBULAR <input type="checkbox"/>						
COMPORTAMENTO SONO – REPOUSO <input type="checkbox"/>						
ADESÃO INEFICAZ AO REGIME TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/>						

ANEXO VI

- **Reunião de Serviço** (Propostas para possíveis alterações do padrão experimental em vigor na UCIC) – *Apresentação em Power Point*

- **Padrão Experimental CIPE** (após reformulação)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – VISEU
Curso de Pós – Licenciatura em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Reunião de Serviço

*Daniela Fernandes
Juliana Lopes*

Visou, 18 de Junho de 2008



Sumário

1. Apresentação dos objectivos traçados para a reunião;
2. Estudo de Caso: Doente com EAM;
3. Proposta para possível alteração do Padrão Experimental (CIPE) em vigor na unidade.



Objectivos

- Apresentar um estudo de caso referente à patologia mais frequente na UCIC - o **enfarte agudo do miocárdio** (EAM), suas formas de tratamento e riscos associados;
- Identificar focos afectados; efectuar diagnósticos e desenvolver acções de enfermagem presentes no estudo de caso;



Objectivos

- Apresentar algumas sugestões para melhoria do padrão experimental da CIPE dos registos de enfermagem, permitindo que os profissionais de saúde exponham dúvidas e emitam as suas opiniões;
- Permitir uma uniformização e sistematização dos registos e cuidados de enfermagem;
- Procurar consenso em relação a alguns aspectos do actual padrão experimental;
- Permitir aos enfermeiros o ganho de tempo para uma prestação de cuidados de saúde de excelência.



Apresentação do Estudo de Caso

**Enfarte Agudo do
Miocárdio**



**Propostas para possíveis
Alterações do Padrão
Experimental
em vigor na UCIC**

Propostas para possíveis alterações do Padrão Experimental em vigor na UCIC



U.C.I. CORONÁRIA
CAMA: _____
INT.: _____



U. C. I. Coronária

Cama: _____
Int. (Data/Hora): _____



LEGENDA		Data
1		
2		
3		
4		
5		

Data de colocação



LEGENDA		Data
1		
2		
3		
4		
5		

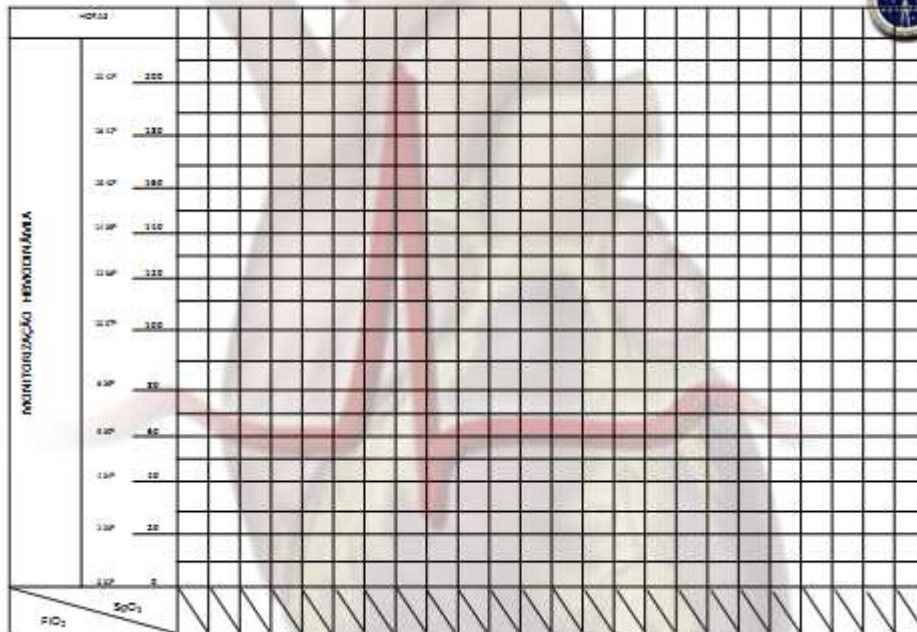
Data de colocação



PESO: _____ ALTURA: _____

PESO: _____ kg ALTURA: _____
*IMC: _____

***IMC** = peso / (altura)²



OBSERVAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM		
Estado de Consciência: Consciência <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Orientado no Tempo e no Espaço <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Escala de Glasgow: _____ Total		
Estado Hemodinâmico: Ta ___/___ Pulso ___ ppm SpO ₂ : ___% Temp. Ax.: ___°C Ritmo: _____ FR: ___ c/min <i>Características:</i> Intercostal <input type="checkbox"/> Abdomina <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Colateral Superior <input type="checkbox"/>		
OUTROS DADOS	Antecedentes: _____	
	Oxigenoterapia no Domicílio: ___ l/min ___ horas/dia Hábitos Tabágicos: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ___ cigarros/dia	
Próteses:	Medicação Habitual:	Centro de Saúde: _____
Alergias:	Quando tiver alta vai para onde?	
	Domicílio <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/>	
	Tem quem o ajude? Sim Não	
	Necessita da intervenção da Ass. Social?	
	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Contactada a ___/___/___	



Escala de Glasgow

Abertura Ocular	Espontânea	4
	Ao comando verbal	3
	À dor	2
Resposta Motora	Ausente	1
	Obedece comandos	6
	Localização à dor	5
	Flexão inespecífica (retirada)	4
	Flexão hipertônica	3
	Extensão hipertônica	2
	Sem resposta	1
Resposta Verbal	Orientado e conversando	5
	Desorientado e conversando	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1



RESPIRAÇÃO				
Dispneia devido a falência cardíaca	Início	Ass./N° Mec.	Termo	Ass./N° Mec.
Ausente <input type="checkbox"/>				
Presente: <input type="checkbox"/>				
• Dispneia <input type="checkbox"/>				
• Sudorese <input type="checkbox"/>				
• Baixo débito urinário <input type="checkbox"/>				
• Taquicardia <input type="checkbox"/>				
• Agitação psicomotora <input type="checkbox"/>				
• Edemas: <input type="checkbox"/>				
• Membros inferiores <input type="checkbox"/>				
• Generalizada <input type="checkbox"/>				
• Estertores <input type="checkbox"/>				



FUNÇÃO CARDÍACA				
ARRITMIAS:	Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
Risco de: <input type="checkbox"/>				
Devido a:				
- Doença do músculo cardíaco <input type="checkbox"/>				
- Fibrinólise <input type="checkbox"/>				
- Desequilíbrios hidroelectrolíticos <input type="checkbox"/>				
Ausente <input type="checkbox"/>				
Presente <input type="checkbox"/>				
Gravidade				
Tipo	Reduzida <input type="checkbox"/>			
	Moderada <input type="checkbox"/>			
	Elevada <input type="checkbox"/>			
Frequência	Aguda <input type="checkbox"/>			
	Crónica <input type="checkbox"/>			
	Contínua <input type="checkbox"/>			
	Intermitente <input type="checkbox"/>			
	Esporádica <input type="checkbox"/>			



AUTO - CUIDADO	Dependente a um nível reduzido (Inicia e completa as actividades mas precisa de ajuda, de equipamento ou de supervisão de pessoas)		Dependente a um nível moderado (Inicia as actividades mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamento)		Dependente a um nível elevado (não inicia nem completa as actividades sem ajuda de pessoas)	
	INÍCIO Ass. Mec.	TERMO Ass./Mec.	INÍCIO Ass. Mec.	TERMO Ass./Mec.	INÍCIO Ass. Mec.	TERMO Ass./Mec.
HIGIENE						
IR AO SANITÁRIO						
VESTUÁRIO						
COMER/BEBER						
ACTIVIDADE FÍSICA						
ACTIVIDADE RECREATIVA						
POSICIONAR-SE						
DEAMBULAR						
COMPORTAMENTO SONO - REPOUSO						
ADESÃO INEFICAZ AO REGIME TERAPÉUTICO						



OBSERVAR	INICIO	TERMO	INICIO	TERMO	INICIO	TERMO
	Ass./Mec.	Ass./Mec.	Ass./Mec.	Ass./Mec.	Ass./Mec.	Ass./Mec.
Avaliação contínua de sinais vitais						
(...)						
Medir balanço hídrico						
Medir diurese horária						
Medir diurese das 24h						
(...)						
Supervisionar actividades da vida diária (AVD's)						
(...)						

Avaliar sinais vitais contínuos
4/4 horas 2x turno



INFORMAR	INICIO	TERMO	INICIO	TERMO	INICIO	TERMO
	Ass./Mec.	Ass./Mec.	Ass./Mec.	Ass./Mec.	Ass./Mec.	Ass./Mec.
(...)						
Ensinar sobre hábitos alimentares						
Ensinar sobre complicações do excesso de peso						
(...)						
Ensinar sobre importância do repouso						
Ensinar sobre precauções de segurança: Hipotensão						
Entrevistar o/a utente						
(...)						

Obrigado pela
atenção



23												
ST												
24												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
ST												
TOTAL												
TOTAL ENTRADAS:								TOTAL SAÍDAS:				
BALANÇO:								BALANÇO DIA ANTERIOR:				

OBSERVAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM		
<p>Estado de Consciência: Consciência <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Orientado no Tempo e no Espaço <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Escala de Glasgow: _____ Total</p> <p>Estado Hemodinâmico: Ta ___/___ Pulso ___ ppm SpO₂: ___% Temp. Ax.: ___ °C Ritmo: _____ FR: ___ c/min <i>Características:</i> Intercostal <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Colateral Superior <input type="checkbox"/></p>		
OUTROS DADOS		
ANTECEDENTES	Famíliares <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Doenças do foro cardíaco <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Cigarros/dia _____	Alterações do metabolismo dos glúcidos <input type="checkbox"/> Alterações do metabolismo dos lípidos <input type="checkbox"/> Alterações da condução <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____ _____
PRÓTESES	Dentária <input type="checkbox"/> Membros inferiores <input type="checkbox"/> _____ Outra <input type="checkbox"/> _____	
ALERGIAS	_____	

MEDICAÇÃO HABITUAL	Diuréticos <input type="checkbox"/>	Antidiabéticos orais <input type="checkbox"/> _____	
	Antihipertensores <input type="checkbox"/>	Insulina <input type="checkbox"/>	
	Digitálicos <input type="checkbox"/>	Indutores do sono <input type="checkbox"/> _____	
	Anticoagulantes orais <input type="checkbox"/> _____	Antidepressivos <input type="checkbox"/> _____	
Centro de Saúde: _____	Quando tiver alta para onde vai?	Necessita da intervenção da Ass. Social?	Tem quem o ajude?
	Domicílio <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> _____
	Família <input type="checkbox"/>	Contactada a ___/___/___	Não <input type="checkbox"/>
	Lar <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR				RESPOSTA MOTORA						RESPOSTA VERBAL				
Esponânea	Ao comando verbal	À dor	Ausente	Obedece comandos	Localização à dor	Flexão inespecífica (retirada)	Flexão hipertónica	Extensão hipertónica	Sem resposta	Orientado e conversando	Desorientado e conversando	Palavras inapropriadas	Sons incompreensíveis	Sem resposta
4	3	2	1	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

RESPIRAÇÃO									
1 – Grau Reduzido – a pessoa é capaz de tolerar as atividades diárias		2 – Grau Moderado – a pessoa necessita de períodos de repouso intercalados com as atividades diárias			3 – Grau Elevado – A pessoa não tolera as atividades diárias.				
DISPNEIA FUNCIONAL: Ausente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/>		1	2	3	Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.	
DISPNEIA EM REPOUSO: Ausente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • Predominantemente abdominal <input type="checkbox"/> • Predominantemente torácica <input type="checkbox"/> • Mista <input type="checkbox"/> • Polipneia <input type="checkbox"/> • Presença de sons respiratórios anormais <input type="checkbox"/> 					Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.	
DISPNEIA (devido a alteração cardíaca) Ausente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • Dispneia <input type="checkbox"/> • Sudorese <input type="checkbox"/> • Baixo débito urinário <input type="checkbox"/> • Taquicardia <input type="checkbox"/> • Agitação psicomotora <input type="checkbox"/> • Edemas <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Membros inferiores <input type="checkbox"/> ▪ Generalizada <input type="checkbox"/> • Estertores <input type="checkbox"/> 					Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.	
<i>Em Grau Reduzido – não necessita de ser aspirada</i>		<i>Em Grau Moderado – necessita ser aspirado 1x turno</i>			<i>Em Grau Elevado – necessita ser aspirado 2x turno</i>		<i>Em Grau Muito Elevado – necessita ser aspirado + de 4x turno</i>		
Limpeza das vias aéreas: Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • Em grau _____ 					Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.	

FUNÇÃO CARDÍACA					
ARRITMIAS:		Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
Risco de <input type="checkbox"/>					
Devido a:					
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças do Músculo Cardíaco <input type="checkbox"/> • Desequilíbrios hidroelectrolíticos <input type="checkbox"/> • Terapêutica <input type="checkbox"/> 					
Ausente <input type="checkbox"/>					
Presente <input type="checkbox"/>					
Gravidade:					
<i>Tipo</i>	• Reduzida <input type="checkbox"/>				
	• Moderada <input type="checkbox"/>				
	• Elevada <input type="checkbox"/>				
<i>Frequência</i>	• Aguda <input type="checkbox"/>				
	• Crônica <input type="checkbox"/>				
	• Contínua <input type="checkbox"/>				
	• Intermitente <input type="checkbox"/>				
	• Esporádica <input type="checkbox"/>				
CIRCULAÇÃO		Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
Risco de Hemorragia <input type="checkbox"/>					
Hemorragia <input type="checkbox"/>					
Hematoma <input type="checkbox"/>					
• Pequena extensão <input type="checkbox"/>					
• Grande extensão <input type="checkbox"/>					
Topologia – Localização:					

PRESSÃO SANGUÍNEA		Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
Hipotensão <input type="checkbox"/>					
Hipertensão <input type="checkbox"/>					

TEMPERATURA CORPORAL		INICIO	Ass./Mec.	TERMO	Ass./Mec.
HIPERTERMIA <input type="checkbox"/>	_____°C				
FEBRE <input type="checkbox"/>	_____°C				
SENSAÇÕES					
Apreciação Inicial		Consciente <input type="checkbox"/> Visão Diminuída <input type="checkbox"/> Audição Diminuída <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Uso de aparelho auditivo <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> _____ (escala de Hitchcock) _____ (0 a 10)			
DOR <input type="checkbox"/> _____ AGUDA <input type="checkbox"/> CRÓNICA <input type="checkbox"/> • CONTÍNUA <input type="checkbox"/> • INTERMITENTE <input type="checkbox"/> TOP./LOCAL.: _____		Início	Ass./Mec.	Termo	Ass./Mec.
TURNO					
ESC.INICIAL					
ESC.FINAL					

COMPORTAMENTO									
Escala de Glasgow	Dia								
	N	M	T	N	M	T	N	M	T
Parciais	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Total									
Ass./Mec									

ESCALA DE GLASGOW

NÍVEIS NEURO-PSÍQUICOS

GLASGOW

RESPOSTA VERBAL
 (5) ORIENTADA
 (4) CONFUSA
 (3) INAPROPRIADA
 (2) INCOMPREENSÍVEL
 (1) NULA

OLHOS ABERTOS
 (4) ESPONTANEAMENTO
 (3) POR ORDEM
 (2) À DOR
 (1) NULA

COMPORTAMENTO INTERACTIVO
 (6) COLABORANTE
 (5) FACILMENTE IRRITÁVEL
 (4) APÁTICO
 (3) HOSTIL
 (2) PASSIVO
 (1) NÃO ESTABELECIDO

RESPOSTA MOTORA
 (6) OBEDECE A ORDENS
 (5) LOCALIZA A DOR
 (4) FOGE À DOR
 (3) EM FLEXÃO À DOR
 (2) EM EXTENSÃO À DOR
 (1) NULA

ESCALA DE HITCHCOCK

ESCALA DE DOR

10	☹️	SOFREDOR INCONSOLÁVEL
9	☹️	SOFREDOR CONSOLÁVEL
8	☹️	PARECE DESCONFORTÁVEL
7	😊	PARECE CONFORTÁVEL COM MOVIMENTO
6	😊	PARECE SEM DOR
5		
4		
3		
2		
1		

ESCALA DO OBSERVADOR "HITCHCOCK"

AUTOCUIDADO	<i>Dependente a um nível reduzido (inicia e completa as atividades mas precisa de ajuda, de equipamento ou de supervisão de pessoas)</i>		<i>Dependente a um nível moderado (Inicia as atividades mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamento)</i>		<i>Dependente a um nível elevado (não inicia nem completa as atividades sem ajuda de pessoas)</i>	
	<i>INÍCIO</i> <i>Ass. Mec.</i>	<i>TERMO</i> <i>Ass. /Mec.</i>	<i>INÍCIO</i> <i>Ass. Mec.</i>	<i>TERMO</i> <i>Ass. /Mec.</i>	<i>INÍCIO</i> <i>Ass. Mec.</i>	<i>TERMO</i> <i>Ass. /Mec.</i>
HIGIENE <input type="checkbox"/>						
IR AO SANITÁRIO <input type="checkbox"/>						
VESTUÁRIO <input type="checkbox"/>						
COMER/BEBER <input type="checkbox"/>						
ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/>						
ATIVIDADE RECREATIVA <input type="checkbox"/>						
POSICIONAR-SE <input type="checkbox"/>						
DEAMBULAR <input type="checkbox"/>						
COMPORTAMENTO SONO – REPOUSO <input type="checkbox"/>						
ADESÃO INEFICAZ AO REGIME TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/>						

NUTRIÇÃO	
<i>Apreciação inicial</i>	
OBESIDADE <input type="checkbox"/>	LIGEIRA (se IMC > 25 e < 30) <input type="checkbox"/>
MAGREZA <input type="checkbox"/>	MODERADA (se IMC > 30 e < 35) <input type="checkbox"/>
OUTROS _____	GRAVE (se IMC > 35) <input type="checkbox"/>

METABOLISMO DOS GLICIDOS	INICIO	Ass./Mec.	TERMO	Ass./Mec.
RISCO DE _____ <input type="checkbox"/>				
HIPOGLICEMIA <input type="checkbox"/> _____ (BM Test < 60)				
HIPERGLICEMIA <input type="checkbox"/> _____				

DIGESTÃO				
<i>Apreciação Inicial</i>	Dentição incompleta <input type="checkbox"/> Prótese Dentária <input type="checkbox"/> Mastigação Alterada <input type="checkbox"/> Deglutição alterada <input type="checkbox"/>			
	Dieta: _____ Alimentos Mal Tolerados: _____			
INGESTÃO DE LIQUÍDOS:	INICIO	Ass./Mec.	TERMO	Ass./Mec.
• INEFICAZ <input type="checkbox"/> DEFICIENTE <input type="checkbox"/>				
INGESTÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS:				
• INEFICAZ <input type="checkbox"/> COMPROMETIDA <input type="checkbox"/>				
SONDA NASOGÁSTRICA Nº _____				
OUTROS <input type="checkbox"/> : _____				

ELIMINAÇÃO				
<i>Apreciação Inicial</i>	HÁBITOS INTESTINAIS: __ X _____ ÚLTIMA DEJEÇÃO __/____			
	INICIO	Ass./Mec.	TERMO	Ass./Mec.
OBSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/>				
RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>				
SONDA VESICAL Nº _____				
VIGILÂNCIA DEJEÇÕES	VIGILÂNCIA MIÇÕES			
DATA: _____	DATA: _____			

OUTROS FENÓMENOS				
	INICIO	Ass./Mec.	TERMO	Ass./Mec.

ANEXO VII

● **Melhoria Contínua na Alta Hospitalar**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU



Daniela Fernandes

Juliana Lopes

Melhoria Contínua na Alta Hospitalar



Viseu, dezembro de 2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU



Daniela Fernandes

Juliana Lopes

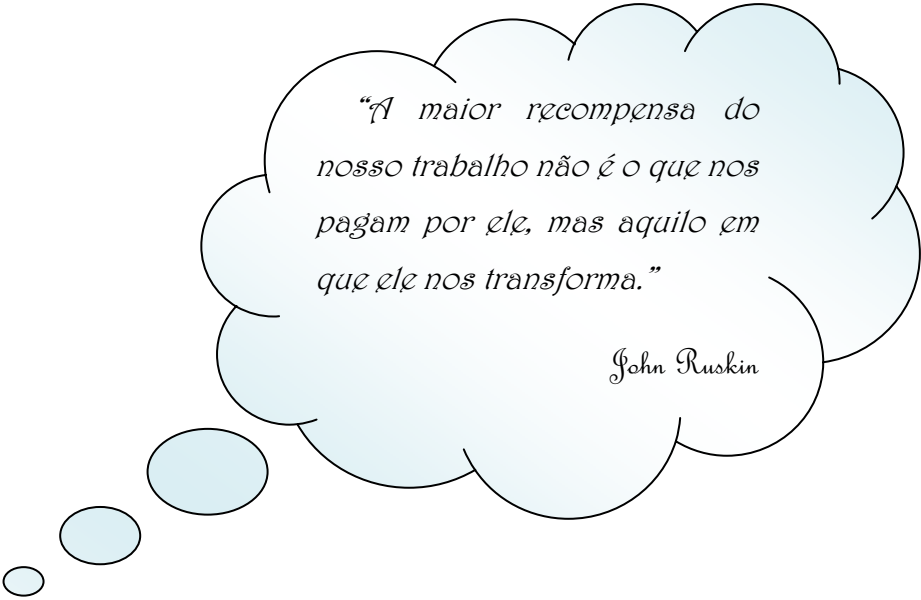
Melhoria Contínua na Alta Hospitalar:

Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares



Trabalho realizado no ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica na Unidade de Pneumologia/Hematologia do Hospital São Teotónio de Viseu, EPE, no âmbito do Curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, sob a orientação do Enf. Carlos Portugal e Coordenação do Prof. Olivério.

Viseu, dezembro de 2008



*“A maior recompensa do
nosso trabalho não é o que nos
pagam por ele, mas aquilo em
que ele nos transforma.”*

John Ruskin

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAM – Auxiliar de Ação Médica

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

Enf. – Enfermeiro

[et al.] – entre outros

etc. – e tem continuação

h - hora

HSTV – Hospital São Teotónio

NHB's – Necessidades Humanas Básicas

p. – página

P1 – Processo 1

P2 – Processo 2

P3 – Processo 3

P4 – Processo 4

P5 – Processo 5

P6 – Processo 6

SNG – Sonda Nasogástrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

sra. – Senhora

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD's – Visitas Domiciliárias

ÍNDICE GERAL

	Pág.
1 - INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico	
1- O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	15
2 - ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES	19
3 - O DOENTE DEPENDENTE	25
CAPÍTULO II – Metodologia	
1 – MODELO DE ESTUDO	31
2 – TIPO DE ESTUDO	33
3 – ESTUDO DE CASO	35
4 – RECOLHA DE DADOS	37
4.1 – ANÁLISE DOCUMENTAL	37
4.2 - ENTREVISTAS	38
4.3 – ANÁLISE DE CONTEÚDO	39
5 – O LOCAL DA INVESTIGAÇÃO	41
CAPÍTULO III – Apresentação e discussão dos resultados	
1 – ANÁLISE DE DADOS	45
1.1 – EXPLORAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL	46

1.2 – EXPLORAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	49
2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
CAPÍTULO IV – Conclusões e Sugestões	
1 - CONCLUSÕES	57
2 - SUGESTÕES	63
BIBLIOGRAFIA	
ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados	
ANEXO II – Processos Analisados	

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO I – Caracterização da amostra	47
QUADRO II – Faixa etária	47
QUADRO III – Índice de Katz (amostra total)	48
QUADRO IV – Caracterização dos processos selecionados	48

1 – INTRODUÇÃO

A implementação de *Padrões de Qualidade* é um desígnio da *Ordem dos Enfermeiros*, bem como da *Direção do Hospital São Teotónio de Viseu (HSTV), EPE*. Como tal, é fundamental desenvolver projetos no sentido da melhoria contínua dos cuidados de saúde. Esta, consegue-se pela avaliação do nível de cuidados prestados, definidos em termos de critérios de eficiência, efetividade, adequação técnico – científica, aceitabilidade e acessibilidade. Tudo isto, visando uma introdução continuada de medidas corretoras apontadas à obtenção de mais ganhos em saúde e de aumento da satisfação dos utilizadores.

Por conseguinte, no âmbito da formação *“Padrões de Qualidade – Um Instrumento para a Melhoria Contínua da Qualidade”* da Unidade de Pneumologia/Hematologia do HSTV, urge a necessidade de analisar o processamento e eficácia da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Assim, como alunas do curso de *Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica* do Instituto Superior da Saúde da *Universidade Católica Portuguesa*, compete-nos desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a utentes com patologia pulmonar e hematológica. Desta forma, pretende-se com o presente trabalho dar continuidade ao projeto iniciado na Unidade de Pneumologia/Hematologia: *“Melhoria Contínua na Alta Hospitalar – Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares”*. Este, nasce após se ter constatado que os procedimentos inerentes à alta dos doentes não eram uniformes nem devidamente programados, o que gera uma constante descontinuidade na informação clínica.

Neste sentido, o principal objetivo deste trabalho é a uniformização e a programação atempada da alta hospitalar, de forma a promover uma boa articulação entre Hospital, Centro de Saúde e Família, proporcionando as melhores condições para a continuidade dos cuidados.

Para uma melhor percepção, este trabalho encontra-se dividido em 3 capítulos, sendo que no primeiro será realizado um breve enquadramento teórico da temática em questão; o segundo diz respeito à metodologia utilizada para realização do estudo e, finalmente no último capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos.

Capítulo I -
Enquadramento
Teórico

1 - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

De acordo com FREDERICO (1999), em Portugal, a Lei Orgânica da Saúde de 1837 e a reforma de 1868 constituíram as primeiras tentativas da atualização da organização da área da saúde. Contudo, só em 1899 foram reorganizados os serviços de saúde, passando a designar-se “*Serviços de Saúde e Beneficência Pública*”. Tendo por base esta organização, é o Dr. Ricardo Jorge quem concretiza a primeira grande reforma na área da saúde portuguesa, que foi objeto de regulamentação em 1901 e, cujo funcionamento se iniciou em 1903. Apesar disso a generalidade da população ainda recorria aos cuidados de saúde através da clínica livre (diretamente aos médicos em regime privado), enquanto o Estado apenas ficava obrigado à assistência a pobres e mendigos.

CAMPOS (1983), considera que a evolução do sistema de saúde a partir dos anos trinta foi fortemente influenciada pela ideologia corporativa que condicionou a legislação a uma conceção de assistência médico – sanitária, predominantemente caritativa. Assim, a filosofia dominante conduzia à não intervenção do Estado nos problemas de saúde, sendo o seu papel meramente supletivo relativamente às iniciativas particulares do indivíduo ou de outras instituições, nomeadamente da Previdência Social.

A partir de 1946 e até início dos anos 60, o Hospital passou a ser considerado o elemento central do sistema de saúde. Nesse contexto, desenvolveu-se uma conceção de “*Regionalização Hospitalar*”, em que os hospitais se agregavam em três níveis:

- Por concelho;
- Por distrito;

❖ Por zonas.

Estes níveis cooperavam entre si e ampliavam as suas responsabilidades no sentido ascendente (MARTA, 2002). Por sua vez, as Misericórdias tinham um papel preponderante, possuindo a maioria dos hospitais regionais e sub – regionais e um Hospital Central no Porto, assumindo assim, um grande destaque na coordenação entre as atividades de assistência social e os cuidados de saúde.

Nos anos 60, procurou-se integrar todas as atividades de saúde, passando o hospital a ser considerado uma estrutura superior, mas não central do sistema. Após a Revolução de Abril de 1974 os hospitais da Misericórdia foram nacionalizados para tentar suprir a falta de equipamentos, obedecendo à ideologia dominante. Pretendeu-se então, recuperar o atraso em termos quantitativos, mas verificaram-se acentuadas lacunas em matéria da qualidade de cuidados (MARTA, 2002).

Neste contexto, através da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pela Lei n.º 56/79, de 15.09, o Estado assume o financiamento das instituições de saúde através do orçamento geral (constituído pela contribuição geral dos impostos e gratuidade do sistema). Posteriormente, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº48/90, de 24.08, consagrou-se a prestação de cuidados, tendencialmente gratuita, na tentativa de serem introduzidas taxas moderadoras para pessoas com rendimentos declarados acima do rendimento mínimo.

Por conseguinte, de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), em Portugal, o Sistema de Saúde é constituído por três sectores complementares:

- ❖ O SNS;
- ❖ O sector social e privado;
- ❖ O conjunto de subsistemas, públicos e privados.

Segundo PINTO (1994), o que caracteriza um bom sistema de saúde é a combinação de quatro fatores:

- Qualidade;
- Grau de satisfação dos utentes;
- Custos controlados;
- Sistema de financiamento repartido.

A observação de diferentes sistemas de saúde, que combinaram distintamente estes fatores, demonstra claramente a existência de distorções. No entanto, dado que perfilha um modelo de funcionamento fortemente burocrático e hierarquizado, o SNS não dispõe de mecanismos de regulação intrínseca, pois tem-se apresentado limitado na utilização de grande parte dos instrumentos de gestão moderna. Na perspetiva de alterar este modelo de funcionamento, em 1997 foi definido um plano estratégico, no qual se estabelecem metas concretas e objetivos mensuráveis para o SNS o que constituiu uma inovação significativa face aos modelos tradicionais de gestão na Saúde, pressupondo a adoção de modelos de funcionamento mais eficientes (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1999).

A mudança da política de saúde ocorre quando são criados 32 hospitais – empresa, com dinâmicas e trajetórias próprias. Pensa-se que esta mudança poderá ter contribuído para a continuidade das dificuldades de articulação entre estas organizações de saúde e as restantes.

2. ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

Nos últimos anos e, com a evolução que se tem vindo a sentir a nível tecnológico, demográfico e social, os *Cuidados de Saúde Primários* têm sofrido alterações com o propósito de dar resposta aos vários problemas apresentados pelas suas populações. Um dos marcos para este facto foi o dia 12 de Setembro de 1978, no qual decorreu a *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*, em Alma – Ata, com o objetivo de reunir governos e todos aqueles que trabalhavam nos campos da saúde, de forma a definir estratégias para promover a saúde de todos os povos no mundo. Pretendia-se assim, colocar os cuidados de saúde primários no eixo orientador de todo o sistema de saúde, passando a prestação de cuidados a estar virada para os 3 níveis de prevenção e não só para o curativo. SARAGOILA (1994) *cit in* LOPES (2007, p.41) refere que o “*indivíduo passa de uma posição de receptor passivo de cuidados para uma posição de participante activo*”, sendo incluído em todas as decisões sobre os cuidados de saúde.

Antes da Conferência de Alma – Ata, os hospitais assumiam quase a totalidade dos recursos destinados à saúde (cerca de 80% dos recursos financeiros). O maior prestígio e expansão dos hospitais aconteceu entre as décadas de 60 e 70, altura em que se notou um certo abrandamento. As grandes mudanças notaram-se nos anos 80, quando se pretendia que os hospitais se transformassem “*em unidades de recurso ao serviço da saúde comunitária*” (SILVA, 1983, p. 6).

Esta transformação que se pretendia que ocorresse nos hospitais não fora pacífica tanto a nível teórico e técnico, como também em termos de

aceitação pelos profissionais de saúde dos hospitais e da própria instituição. Existem ainda algumas barreiras inerentes a este processo de mudança, nomeadamente fatores de natureza institucional, cultural, política e económica, o que mantém hospitais e centros de saúde de costas voltadas.

HESPANHA e CARAPINHEIRO (1997) realçam que nas últimas décadas, se tem assistido ao alargamento, descentralização e difusão dos serviços de saúde, com a instituição de um sistema de cuidados de saúde, em que os cuidados primários (CSP) e os cuidados de saúde hospitalares (CSH) apresentam competências distintas, mas complementares. Assim, a complementaridade e a articulação passaram a ser um pressuposto e condição do atual regime de saúde. No entanto, os autores supracitados, consideram que, na prática a articulação dos CSP e dos CSH parece não funcionar ou apresenta um funcionamento com algumas deficiências, considerando que:

- ▀ Os doentes continuam a dirigir-se diretamente ao Hospital sem passarem pelo seu médico de família;

- ▀ Existem deficiências a nível de contactos entre médicos de família e médicos hospitalares, a propósito dos doentes comuns, uma vez que estes, após alta hospitalar, se dirigem ao seu médico de família muitas vezes sem qualquer informação.

Os centros de saúde têm estado numa posição periférica do sistema de saúde português, enquanto os seus profissionais têm sido afetados por alguma marginalidade nas suas carreiras profissionais, os seus utilizadores colocados numa situação de exclusão social, com pouco poder de intervenção direta nos serviços, devendo criar formas de resistir à exclusão e dar espaço aos processos de emancipação social que lhe advêm da sua cidadania (HESPANHA e CARAPINHEIRO, 1997).

A Administração Regional de Saúde do Norte, sensível às prováveis dificuldades na articulação dos diversos sectores dos cuidados de saúde,

promoveu um estudo sobre a reorganização dos serviços, com especial incidência ao nível das consultas externas. Este estudo foi realizado por uma equipa multidisciplinar no âmbito da *Association Latine Pour L'Analyse des Systeme de Santé* e, decorreu entre 1997/1998, envolvendo 101 Centros de Saúde e 23 Hospitais da Região Norte (FELÍCIO [et al.], 1999). Dos resultados obtidos, destacam-se os seguintes:

- Deficiente articulação e comunicação entre os Hospitais e Centros de Saúde;

- Falta de definição de critérios de referenciação ou referenciação inadequada;

- Falta de motivação dos profissionais de saúde;

- Necessidade de melhoria da articulação entre Hospitais e Centros de Saúde através do estabelecimento de protocolos de referenciação e do Sistema Local de Saúde;

- Desenvolvimento de um sistema informático para todos os serviços de saúde, com recurso à telemática;

- Melhoria do sistema de marcação de consultas, com partilha da sua gestão por parte dos Centros de Saúde;

- Desenvolvimento, nos Centros de Saúde e para algumas especialidades, de atividades de consultoria efetuada por médicos especialistas do hospital.

É do conhecimento de todos que as instituições hospitalares são consideradas como “centros especializados de tratamento”, em que grande parte dos “*utentes têm alta hospitalar mais fragilizados e dependentes do que quando foram internados, havendo ainda pouca planificação para a sua reintegração na família, habitação ou actividade*” (AUGUSTO [et al.], 2002 cit in LOPES, 2007). Desta forma, é imprescindível uma reestruturação a nível dos

cuidados de saúde, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

A alta hospitalar não é um ato isolado, pelo que pode e deve ser planeada o mais cedo possível, permitindo assim, que a transferência da responsabilidade do tratamento do doente fique explícito e registado de forma a assegurar a qualidade e a continuidade de cuidados ao longo de todo o processo.

A correta e eficaz articulação entre os CSH e os CSP traz vantagens para todos os seus intervenientes. É fundamental para o utente, uma vez que a partilha da informação garante a continuidade, globalidade e consistência dos cuidados prestados. O *Médico de Família* deixa de exercer a sua função isoladamente, o que lhe garante maior satisfação a nível profissional. Por sua vez, para o especialista hospitalar, a articulação de cuidados, nomeadamente com o *Médico de Família*, proporciona ao utente cuidados mais globais e continuados. Por último, traz vantagens para o país devido à racionalização e distribuição equilibrada dos recursos de saúde disponíveis.

MARIA (2000) define 5 fases para estabelecer um plano para a partilha de cuidados:

1. **Comunicação**, que corresponde ao nível mais elementar para a articulação entre Hospital e Centros de Saúde, permitindo a troca de informação, tendo sempre por base a defesa dos interesses do utente;

2. **Coordenação de Cuidados** entre o Hospital e o Centro de Saúde de forma a garantir a continuidade dos cuidados, evitando lapsos ou falhas na prestação dos mesmos;

3. **Cooperação**, no sentido de dividir tarefas específicas ao Hospital ou Centro de Saúde, com o propósito de atingir objetivos comuns;

4. **Partilha de Cuidados**, que acontece numa fase posterior em que o grau da interação entre os especialistas hospitalares e os *Médicos de Família* aumenta gradualmente de complexidade;

5. **Integração de Cuidados**, ocorre quando é estabelecida uma equipa de prestação de cuidados (Clínicos Gerais e especialistas hospitalares), sendo as decisões tomadas em conjunto, de acordo com a experiência profissional de cada interveniente.

Por conseguinte, a continuidade da prestação de cuidados de saúde ao longo da vida do doente, permite uma maior humanização dos serviços como também uma boa gestão de recursos ao nível do Sistema Nacional de Saúde.

3. O DOENTE DEPENDENTE

RODRIGUEZ [et al.] (2001) apontam para uma sociedade cada vez mais envelhecida, tal deve-se a diversos fatores tais como a baixa natalidade, o aumento da esperança de vida e a emigração para países do norte da Europa das camadas mais jovens. Este envelhecimento acarreta diversas consequências e uma delas é o aumento da percentagem de doentes dependentes, necessitando cada vez mais de suporte e cuidados, obrigando a novas formas de atenção domiciliária e hospitalar, cirurgia ambulatória, diminuição do internamento hospitalar e altas precoces.

VILÃO (1995) considera que uma pessoa dependente é aquela que necessita de transferir para terceiros as atividades referentes à satisfação das “*necessidades humanas básicas*” (NHB’s) no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência. A dependência física pode refletir-se ao nível da marcha, da circulação, da higiene, da alimentação, etc. Os estados físico e mental são abalados, podendo ocorrer uma perda de visão, da audição, da fala, do reconhecimento, da orientação e do estado de espírito.

Os doentes dependentes no domicílio poderão estar confinados ao leito ou até a um sofá e, neste contexto, carecerão de cuidados pessoais, ao nível das tarefas domésticas, da higiene pessoal, sob pena do agravamento do seu estado, infelizmente tantas vezes verificado. A ajuda ao paciente supõe uma intimidade estreita entre este e quem procura satisfazer as suas necessidades, mantendo uma relação de ajuda e potenciando sempre as suas capacidades para que não se deixe acometer por sentimentos de desinteresse e perda de sentido de vida. A necessidade de ajuda nas lidas domésticas, ao nível da higiene pessoal e de cuidados ao nível do tratamento da patologia, surge mais

frequentemente após a idade ativa (em termos profissionais), isto é, no período da aposentação ou reforma. Neste sentido, é fundamental fazer a distinção entre a doença e as suas consequências sobre a vida quotidiana. A ajuda recebida pode ser de âmbito profissional (*cuidados formais*), prestada pela família ou pelos vizinhos/amigos (*cuidados informais*).

VICENTE (2001) define como sistema informal, qualquer indivíduo com algum grau de dependência de cuidados de saúde, recebendo-a por parte de familiares e amigos sem nenhum tipo de remuneração económica e sem que exista entre eles uma organização explícita. Para MORAL e MARINA (2008), as evidências sugerem que o cuidador informal é, usualmente, uma mulher na faixa etária entre os 55 – 60 anos. No entanto, VICENTE (2001) alerta para o facto de cada vez mais mulheres trabalharem fora de casa, afetando assim as redes informais e a sua relação com o sistema de saúde.

Ainda VICENTE (2001) anuncia que dos cuidados prestados ao paciente no domicílio apenas 12% são assegurados por serviços de saúde formais. Apesar de tudo isto, este é um sistema que, pelas suas características de invisibilidade e privacidade, é esquecido e ignorado por muitos profissionais de saúde.

O cuidador familiar de idosos dependentes precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais (médico, pessoal de enfermagem, fisioterapeuta, etc) e outras modalidades de supervisão. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante.

Por conseguinte, o grau de dependência pode ser avaliado através de escalas que determinam as capacidades e a incapacidade do doente. São vários os autores que elaboraram escalas, as quais foram adaptadas a situações patológicas mais ou menos específicas. Assim, KATZ [et al.] (1963) elaboraram uma escala nesse sentido, designada Índice de Katz, a qual foi

utilizada neste estudo. O Índice de Katz foi construído baseado na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para tomar banho a seguir para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa e, alimentar-se. A recuperação dá-se na ordem inversa.

Capítulo II - Metodología

1 - MODELO DE ESTUDO

O estudo realizou-se na região centro do país (Viseu), centrando-se na descrição da articulação entre a Unidade de Pneumologia/Hematologia do HSTV, dois Centros de Saúde do concelho de Viseu e Famílias de doentes dependentes. A investigação tem também, como objetivo contribuir para um diagnóstico relativo à articulação entre um Hospital, um Centro de Saúde e as Famílias dos doentes dependentes, através da recolha de dados em forma de palavras, da apresentação dos dados recolhidos, resultantes da comunicação direta com os Enfermeiros e dos registos realizados nos locais (hospital e centros de saúde).

2 - TIPO DE ESTUDO

Uma vez que se pretendeu verificar em que medida os aspetos organizativos da articulação institucional condicionam o apoio aos doentes dependentes, foi proposto efetuar um estudo exploratório recorrendo à metodologia qualitativa que permite analisar os fenómenos sociais com maior profundidade.

“Os estudos desenvolvidos no domínio das ciências sociais privilegiam as metodologias qualitativas dado que estas têm um nível de objectividade no processo de observação empírica e, em simultâneo, entram em linha de conta com a subjectividade dos participantes para compreender a realidade organizacional”

(MCANALLY, 1997, p. 60).

Por sua vez, MILES e HUBERMAN (1994) referem que a investigação qualitativa permite descobrir as consequências de certos acontecimentos. PATTON (1990) acrescenta que os estudos qualitativos permitem perceber o contexto de modo holístico e compreender os fenómenos a partir da análise que o investigador efetua das interpretações dos participantes. HARRINGTON (2000) esclarece que são as experiências que os indivíduos têm e a partilha dessas mesmas experiências que permitem explicar os fenómenos sociais.

Como refere PATTON (1990), a riqueza da investigação qualitativa não está no número de sujeitos da amostra, mas sim na qualidade da informação obtida. Acrescenta WEATHER (2000) que a grande vantagem dos estudos qualitativos é que permitem analisar com muito detalhe a informação obtida e,

desta forma, explorar um problema e descrever uma situação, um processo, um grupo de indivíduos ou um padrão de interação. Desta forma, tentou obter-se uma maior riqueza de experiências para que se pudessem refletir no estudo qualitativo.

3 - ESTUDO DE CASO

No desenvolvimento do estudo, recorreu-se a técnicas diversificadas, com o objetivo de apresentar de uma forma descritiva os resultados da investigação, que se baseiam na transcrição de entrevistas, notas de outros documentos utilizados e analisados na investigação, procurando desta forma assegurar uma informação profunda e multifacetada. Esteve sempre presente o cuidado de não tentar controlar os acontecimentos mas, o interesse em focalizar um determinado fenómeno atual no seu contexto.

Na abordagem empírica do tema, o estudo circunscreveu-se a um Hospital e a dois Centros de Saúde do Concelho de Viseu, bem como aos doentes dependentes no seu seio familiar com a pretensão de efetuar uma pesquisa aprofundada, sistemática e reflexiva, recorrendo-se a múltiplas fontes de dados, acerca de um tema específico – *alguns aspetos organizativos da articulação entre Hospital, Centro de Saúde e Família em relação aos doentes dependentes*.

4 - RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi feita, direta e exclusivamente, pelo investigador, através do recurso a duas técnicas principais: a pesquisa/análise documental no arquivo do HSTV e dos Centros de Saúde em que se desenvolveu o estudo e, a entrevista. A entrevista e a análise documental constituem modos de recolha de dados e respetivas técnicas da investigação qualitativa (DE BRUYN [et al.], 1975, *cit in* LESSARD-HÉRBERT [et al.], 1994).

O propósito de utilizar diversas técnicas de investigação será o de se proceder a um estudo que possa propiciar uma “*triangulação de dados*”, através do cruzamento ou complemento de dados de fontes diversas que possibilitem a comparação e validação da informação gerada.

4.1 - ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental, baseou-se na informação recolhida dos processos dos doentes com alta clínica no ano de 2008 da Unidade de Pneumologia/Hematologia do HSTV. Destes, foram selecionados os processos de doentes dependentes/semi-dependentes inscritos nos centros de saúde do Concelho de Viseu. Posteriormente, procedeu-se a nova análise documental do processo de enfermagem nos respetivos centros de saúde.

4.2 - ENTREVISTAS

As entrevistas realizadas foram semi-dirigidas, e precedidas da elaboração de um guião de entrevista (ver anexo I). A entrevista é, segundo QUIVY (1992, p. 194 - 195), o método mais adequado para “*a análise de um problema específico*” e tem com principais vantagens “*o grau de profundidade (...)*”.

A flexibilidade permite “*recolher os testemunhos e as interpretações dos interlocutores, respeitando os seus próprios quadros de referência*” (QUIVY, 1992, p. 195). A análise apresentou-se facilitada, dada a intenção de efetuar um agrupamento da informação, em função dos temas (categorias) que resultassem dessas entrevistas. Assim, procedeu-se à análise categorial ou temática das respostas, a partir das dimensões de caracterização consideradas no estudo. Para este efeito, teve-se em conta os períodos, incluídos no discurso de cada um dos intervenientes, que pudessem propiciar a compreensão da significação temática.

O desenvolvimento das entrevistas envolveu o cumprimento de alguns pré-requisitos metodológicos. Estas foram formalmente organizadas através de um contato prévio, efetuado pelo investigador direta e individualmente com cada enfermeiro chefe, a fim de formular a proposta de entrevista. Este procedimento situou-se no contexto da investigação em que se explicitava às intervenientes os objetivos da investigação, o propósito desejado e o seu âmbito.

As entrevistas apresentaram um formato comum, embora flexível, na perspetiva de garantir que as entrevistadas respondessem às mesmas perguntas. Em cada entrevista não houve a preocupação de seguir uma ordem rígida das questões, mas apenas que todas elas fossem cobertas, de modo a permitir obter dados comparáveis.

A cada processo analisado foi atribuído um código, que constituiu na atribuição de uma letra P (processo), seguida de um algarismo consecutivo de 1 a 6.

4.3 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para analisar o material recolhido recorreu-se à análise de conteúdo, considerada como uma das *“técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais”* (VALA, 1986, p. 101). De facto, esta técnica de tratamento da informação permite que o investigador consiga tratar uma grande quantidade de texto resumindo o seu conteúdo em conjuntos mais pequenos, de forma a tornar possível a compreensão dos fenómenos a investigar (POPPING, 2000). HOLSTI (1968) considera que a análise de conteúdo permite fazer inferências através da identificação sistemática e objetiva das características específicas da mensagem. A sua finalidade consiste em efetuar interpretações acerca da informação sobre a qual é feita a análise, de modo a que outras pessoas possam aferir o procedimento seguido.

Assim, *“a finalidade da análise de conteúdo será pois efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”* (VALA, 1986, p. 104). Segundo GHIGLIONE e MATALON (1997, p. 187), *“a metodologia geral da análise de conteúdo responde, essencialmente, a dois tipos de questões: como codificar? Como assegurar a fiabilidade do procedimento?”*. Assim, a partir da análise de conteúdo, tentou responder-se a estas duas questões.

GHIGLIONE e MATALON (1997) consideram que a questão da codificação é central na análise de conteúdo não se podendo dissociar os problemas da atribuição de sentido, típicos da análise de conteúdo, dos da codificação. A razão desta dependência deve-se ao facto da análise de

conteúdo assentar, em grande parte, na codificação da informação que permite encontrar uma teoria para explicar os dados obtidos.

MILES e HUBERMAN (1994) consideram que para uma investigação produzir bons resultados é importante que o investigador efetue uma primeira leitura genérica dos dados antes da sua codificação, pois tal permite-lhe ficar com uma primeira imagem dos dados, o que auxilia a análise mais pormenorizada. Assim, numa primeira fase, procedeu-se a uma leitura da informação, o que auxiliou na etapa seguinte, que consistiu em dividir as entrevistas em diferentes segmentos de texto de modo a se poderem codificar.

5 - O LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

O estudo realizou-se na zona centro do país, envolvendo o HSTV, dois Centros de Saúde e um conjunto de doentes dependentes/semi-dependentes no seio familiar. Pretendeu-se adotar um procedimento de seleção deliberado, dadas as características específicas do estudo, as fontes potenciais de falta de confiança e algumas reticências geralmente associadas à intenção de estudar determinados aspetos da vida de uma organização (BUCHANAN [et al.], 1988), *cit in AFONSO (1994)*.

Os doentes que se pretendiam considerar no âmbito do estudo eram todos os dependentes/semi-dependentes da amostra selecionada que estiveram anteriormente internados na Unidade de Pneumologia do HSTV. Procedeu-se à recolha e análise documental dos processos individuais do HSTV de todos os doentes dependentes/semi – dependentes e, posteriormente à análise documental dos mesmos nos Centros de Saúde de referência.

Capítulo III

Apresentação e Discussão dos Resultados

1 - ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo apresenta-se uma descrição dos dados recolhidos durante o trabalho de campo, o que está estruturado em duas fases. Numa primeira fase, procedeu-se à exploração dos resultados da análise documental dos processos dos doentes do Centro de Saúde. Numa segunda fase, exploraram-se os resultados das entrevistas. A análise de dados é entendida como:

“o processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou. A análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros.”

(BOGDAN e BIKLEN, 1994, p. 205)

Nesse contexto, e considerando que a análise e interpretação de dados constituiria um trabalho exigente, moroso e complexo, procurou-se, na medida do possível, seguir o conselho de MERRIAM (1991) iniciando a análise de dados no mesmo período da respetiva recolha, ainda que se admitisse que a análise mais formal apenas tivesse lugar após a recolha de todos os dados da investigação.

A análise dos dados desses documentos desenvolveu-se de acordo com dois objetivos principais.

Por um lado, centrou-se na seleção da informação específica necessária, tal como a faixa etária dos doentes, os problemas/necessidades detetadas no internamento, os cuidados de enfermagem que necessitem de continuidade, nas indicações dadas ás famílias dos doentes dependentes no que respeita aos cuidados a prestar no domicílio, no plano de apoio a esses doentes, definido pelo Centro de Saúde em estudo.

Por outro lado, foi orientada para recolher informações sobre as eventuais disfunções que pudessem existir entre um Hospital, um Centro de Saúde e as famílias dos doentes dependentes, e sobre as perceções dos profissionais de enfermagem no que respeita aos problemas organizativos identificáveis em documentos, como sejam a carta de enfermagem e o plano de atendimento do Centro de Saúde.

1.1 - EXPLORAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

A recolha de dados dos doentes dependentes seleccionados, alusivos ao ano de 2008, teve por base um documento denominado por Guia Orientador de Colheita de Dados (ver anexo I).

Quadro I- Caracterização da Amostra

	Número de Processos	Óbitos	TOTAL	%
♂	22	1	23	67,6
♀	10	1	11	32,4
			34	100

Fonte: Processos do Hospital

Quadro II - Faixa Etária

Idade	Número de Utentes	%
25 – 34	1	2,9
35 – 44	4	11,8
45 – 54	4	11,8
55 – 64	5	14,7
65 – 74	8	23,5
75 – 84	8	23,5
85 - 94	4	11,8
TOTAL	34	100

Fonte: Processos do Hospital

As faixas etárias dominantes neste estudo encontram-se no intervalo compreendido entre os 65 e os 84 anos de idade, perfazendo um total de 47,0%.

Quadro III - Índice de Katz (amostra total)

Nível de Dependência	Número de processos	%
<i>Dependente</i>	3	8,8
<i>Semi – dependente</i>	2	5,9
<i>Independente</i>	27	79,4
<i>Não aplicável</i>	2	5,9
TOTAL	34	100

Fonte: Processos do Hospital

A maioria dos processos analisados é referente a doentes independentes, num total de 79,4%. No entanto, o estudo irá incidir sobre os doentes dependentes e semi-dependentes, os quais constituem 8,8% e 5,9% respetivamente.

Quadro IV - Caracterização dos Processos Seleccionados

Processo	Sexo	Idade	Índice de Katz	Nível de dependência
<i>P1</i>	♂	80	6	Dependente
<i>P2*</i>	♀	79	10	Semi-dependente
<i>P3</i>	♂	88	6	Dependente
<i>P4</i>	♀	87	13	Semi - dependente
<i>P5</i>	♂	93	6	Dependente
<i>P6*</i>	♂	71	16	Ajuda parcial

* Óbito

Fonte: Processos do Hospital

1.2 - EXPLORAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

◆ PROCESSO 1 (ver anexo II)

Relativamente ao processo designado como **P1**, foi possível constatar que os itens avaliados através do *instrumento de colheita de dados* do processo do doente (ver anexo I) estavam devidamente preenchidos. De referir que foi enviado comprovativo de Fax para Unidade de Pneumologia, que se encontrava no processo.

De acordo com o Centro de Saúde em questão, os critérios para iniciar visitação domiciliária (VD) a este utente foram os cuidados de Enfermagem inerentes à mudana de SNG e tratamento de úlceras de pressão de grau I no calcâneo esquerdo. São realizadas VD's 2 a 3 vezes por semana, dado este que se confirmou com a entrevista realizada ao cuidador informal. A este, foram efetuados ensinamentos relacionados com posicionamentos e mobilizao, alimentao, hidratao, levantes e cuidados de higiene oral.

O agregado familiar   constituído por 2 pessoas, sendo a esposa o cuidador informal que, de acordo com a entrevista realizada e os dados recolhidos verificou-se estar apta para desempenhar tais funoes. Trata-se dum doente dependente, mas que possui no domicílio meios para receber cuidados adequados à sua situao. Possui cama articulada, cadeira higi nica, caneleiras, fraldas, resguardos, cadeirão para efetuar levantes.

  uma casa de 2 andares, mas que não impo  barreiras arquitet nicas ao doente, pois este possui no andar inferior as condioes necessárias, com compartimentos de dimensões adequadas, com luz solar suficiente e aquecimento central.

De acordo com o cuidador informal, estão inerentes gastos mensais na ordem dos 800 €. Para além das VD's, tem apoio dum Instituio privada, da qual se deslocam ao domicílio do utente 2 AAM, 2 vezes por dia (9h; 15h), para

prestar cuidados de higiene e conforto e, para alternar posicionamentos ou efetuar levantamentos para cadeirão.

É importante referir que o cuidador informal é uma pessoa com bastante força de vontade. Refere estar a conseguir lidar bem com a situação de ter em casa um doente dependente. Diz ainda que o início foi complicado e as adversidades foram muitas, pois não tem familiares a quem possa recorrer regularmente, por se encontrarem quase todos fora do país. Contudo, refere alguma solidão e, tendo em conta a sua idade teme pelo que possa acontecer no futuro.

◆ **PROCESSO 2** (ver anexo II)

O doente referente ao processo designado como **P2**, esteve internado na Unidade de Pneumologia em Julho do presente ano. Após identificação do Centro de Saúde de referência, foi contactada a Sra. Enf. Chefe do mesmo que, ao averiguar a situação, verificou que esta utente não tinha sido referenciada pelo HSTV após internamento.

Foram os vizinhos que, aquando da visita, informaram do óbito da senhora em questão, que ocorrera cerca de um mês antes (Outubro de 2008).

◆ **PROCESSO 3** (ver anexo II)

Da análise do processo da utente designado como **P3**, verificou-se que os itens avaliados no *instrumento de colheita de dados* do processo, estavam corretamente preenchidos, com exceção do comprovativo do Fax que não constava no processo. Contudo, a partir da análise processual realizada no Centro de Saúde, verificou-se que não foi enviado para a Unidade de Pneumologia o comprovativo da receção do Fax.

De acordo com os dados recolhidos no Centro de Saúde constatou-se que os critérios para ser iniciada a VD a este utente foram os cuidados de

Enfermagem inerentes ao cateterismo vesical e o tratamento de úlceras de pressão de grau III. Ficou estipulado que a VD seria feita em dias alternados, mas com o agravamento da situação, as visitas passaram a ser diárias. Neste caso, o agregado familiar era composto por 2 pessoas, sendo o cuidador informal uma enteada do doente que, apesar de não viver lá se deslocava para prestar alguns cuidados. Foram-lhe efetuados ensinamentos relativos à alimentação, hidratação, mobilização, prevenção de úlceras de pressão, cuidados inerentes ao cateterismo vesical e cuidados de higiene e conforto.

A entrevista realizada no domicílio foi à esposa do doente, que apenas nos informou que este se encontrava numa Unidade de Cuidados Continuados. Em relação à estrutura da casa, também não nos permitiu averiguar das dimensões, barreiras arquitetónicas, etc. Voltamos ao Centro de Saúde por não estarmos esclarecidas em relação a esta situação, pelo que a Sra. Enf. Chefe referiu tratar-se dum problema social grave, tendo sido referenciado para a Rede de Cuidados Continuados de Longa Duração. Desta forma, o utente foi transferido para uma Unidade de Cuidados Continuados do distrito de Viseu, onde se encontra desde Julho de 2008.

❖ **PROCESSO 4** (ver anexo II)

Este processo designado como **P4**, refere-se a uma utente do sexo feminino, semi – dependente que esteve internada na Unidade de Pneumologia em Fevereiro de 2008.

Após entrevista ao cuidador informal (filha), verificamos que a utente apenas necessita de ajuda parcial nas mobilizações (deambula com auxílio de canadianas) e cuidados de higiene. Não apresenta portanto critérios para VD.

❖ **PROCESSO 5** (ver anexo II)

O **P5** diz respeito a um utente de 93 anos de idade, caracterizado segundo o *Índice de Katz* como dependente. Da análise do instrumento de colheita de dados do processo do doente, verificou-se que este se encontra devidamente preenchido, com exceção do comprovativo do Fax que não constava no processo.

É um utente que habita com um filho, sendo o agregado familiar composto por 4 pessoas. O domicílio não possui barreiras arquitetónicas que se imponham às limitações do doente. Não tem apoio de Instituições nem recebe VD por ter um familiar direto que é Enfermeiro, pelo que presta os cuidados necessários nesse sentido. Embora seja um doente classificado como dependente aquando da alta, passou posteriormente a independente nas NHB's, exceto nos cuidados de higiene.

◆ **PROCESSO 6** (ver anexo II)

O doente referente ao processo designado como **P6**, esteve internado na Unidade de Pneumologia em Janeiro de 2008. Após contacto com Centro de Saúde da área de residência, verificou-se que este utente não foi referenciado pelo HSTV. Após algumas pesquisas constatou-se que o senhor em questão acabou por falecer.

2- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão avaliados os diferentes itens, o que existe em comum entre eles, de forma a se identificarem repetições e padrões. Só assim se poderá conhecer o que está bem, e melhorar os aspetos menos bons, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados após a alta dos doentes.

Todos os processos consultados tinham devidamente preenchido, os **requisitos da alta, carta de enfermagem, carta de alta médica e índice de katz.**

No que concerne ao **comprovativo de entrega do fax**, apenas foi encontrado um processo com comprovativo de entrega de fax, embora fosse previsto encontrá-lo em todos os doentes classificados como semi-dependentes ou dependentes. No momento de consulta dos processos no Centro de Saúde, apenas um utente foi referenciado, correspondendo ao mesmo identificado no hospital.

Apesar de apenas um doente ser referenciado por fax, não é o único factor a pesar para a visitação domiciliária por parte do Centro de Saúde, isto porque um doente que requeria cuidados a úlceras de pressão, sonda vesical, entre outros, mesmo sem referenciamento por fax, recebeu visitação domiciliária frequente.

Os cuidados continuados propostos pelo Hospital aos doentes dependentes no seu domicílio vão muito para além dos acima descritos, designadamente os cuidados diários e constantes a ter com a alimenta o, higiene e posicionamentos frequentes. Com efeito, da análise dos dados disponíveis verifica-se um grande desfasamento entre os cuidados executados pela equipe de Enfermagem do Centro de Saúde e os propostos

pela equipa de Enfermagem do Hospital, ficando por explicar quem prestaria esses cuidados.

O apoio prestado por outras instituições, verificou-se apenas no **P1**, pois o cuidador informal encontra-se empenhado em proporcionar o máximo de conforto ao doente. De todos os casos analisados, este é o de maior sucesso na continuidade de cuidados após a alta, em que o cuidador informal está bem informado, motivado, tendo vários apoios, inclusive do Centro de Saúde. O doente apresenta também melhor estado geral, comparativamente, ao momento da alta. Curiosamente corresponde também ao único caso referenciado por fax.

Em consonância com os diversos estudos, o cuidador informal dos doentes referenciados é do sexo feminino, exceto (**P5**) no qual tanto filho como nora desempenham o papel de cuidador informal. O facto de ter um familiar Enfermeiro é também uma mais-valia, daí não necessitar de visitação domiciliária por parte do Centro de Saúde.

O caso mais “negligente” é o **P3**, considerado por parte do centro de saúde como “*Problema Social*”. Neste, o cuidador informal (enteada) não vivia com o doente e os cuidados eram por muitas vezes negligenciados. Com a constatação por parte do Centro de Saúde do agravamento do estado do doente, as visitas passaram a ser diárias, até que concluíram que a melhor solução seria a transferência para uma Unidade de Cuidados Continuados. O papel da instituição hospitalar também não foi cumprido na sua íntegra, uma vez que não houve contacto personalizado por fax com o centro de saúde, como seria de esperar.

Algo preocupante neste pequeno estudo, está relacionado com os casos **P2** e **P6**, que foram utentes classificados como dependentes mas não foram referenciados por parte do hospital via fax. Desta forma, não receberam visitação domiciliária por parte do centro de saúde, acabando por falecer. Não se sabem portanto as condições em que viviam estes doentes, nem dos cuidados de saúde que necessitavam.

Capítulo IV - Conclusões e Sugestões

1 - CONCLUSÕES

O principal objetivo deste estudo era o de investigar, descrever e analisar aspetos organizativos da articulação entre Hospital, Centros de Saúde e as Famílias de doentes dependentes ou semi – dependentes;

Do estudo emerge a existência de desfasamentos entre o programa de cuidados proposto pelo Hospital e o realizado pelos Centros de Saúde. Este decorre do apoio prestado pelo Centro de Saúde, que se restringe a VD's por parte da equipe de Enfermagem (normalmente 2 a 3 vezes por semana), na qual, para além da avaliação do estado de saúde do doente dependente, se realizam cuidados relativos a pensos, manutenção de sondas vesicais, SNG e o ensino à família. O que se notou e, tendo em conta alguns cuidadores informais, o Centro de Saúde não responde às necessidades do doente dependente ao nível da alimentação, higiene e conforto, posicionamentos de cúbito, mobilizações, etc. Por norma, estas constituem o grupo de necessidades do doente dependente consideradas básicas, as quais a família/cuidador informal tem mais dificuldade em dar resposta, devido à idade já avançada, limitações físicas, etc.

É notória uma desarticulação entre os cuidados executados pela equipe de Enfermagem do Centro de Saúde e os propostos pela equipe de Enfermagem do Hospital, o que potencia a diminuição da qualidade dos cuidados dos doentes dependentes no seu domicílio, contribuindo para a degradação e agravamento da saúde dos doentes dependentes e do consumo de recursos de saúde. Esta situação propicia uma sobrecarga para a Família e SNS, assim como uma perda de ganhos em saúde.

Com o aumento da esperança de vida será de esperar um aumento do número de doentes dependentes, para os quais urge a necessidade de se criarem estruturas que tenham a capacidade de responder às necessidades de cuidados em tempo útil. A reestruturação dos cuidados de saúde primários com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e a Rede de Cuidados Continuados contribuiu para fazer face às insuficiências assinaladas, tal como aconteceu no caso **P3**.

Contudo, existem aspetos organizativos que contribuem para a existência de deficiências na articulação dos cuidados de saúde prestados aos doentes dependentes. Uma delas foi a deficiente comunicação entre o Hospital, Centro de Saúde e Familiares, que se traduziu na tardia ou insuficiente comunicação, quando existe, no quadro da promoção dos cuidados continuados aos doentes dependentes.

Para CABRAL (2002), estas disfunções, ou seja, possíveis insuficiências dos Centros de Saúde e da sua articulação com os Hospitais, levam a um aumento significativo da afluência aos serviços de urgência. Estas insuficiências são também apontadas por HESPANHA e CARAPINHEIRO (1997) ao referirem que os doentes continuam a dirigir-se diretamente ao hospital sem passarem pelo seu médico de família e, que os médicos hospitalares quando procedem a alta dos doentes, não fornecem qualquer informação aos médicos de família.

No âmbito da preparação da alta dos doentes dependentes, verificou-se que, no Hospital não se estabelece um contacto prévio com o Médico ou Enfermeiro de Família. Neste domínio, a pressão que recai sobre a atividade hospitalar poderá não propiciar uma adequada programação das altas, dado que, por vezes, as famílias e os doentes dependentes são avisados das altas médicas, sem que haja a possibilidade de se providenciar uma prévia preparação dos familiares para o acolhimento dos seus doentes dependentes.

A atividade do Centro de Saúde no apoio a familiares e doentes dependentes assenta fundamentalmente na equipa de Enfermagem que, após

conhecer a situação do doente, se dirige ao seu domicílio, faz o levantamento das necessidades e presta determinados tipos de cuidados (tratamento de feridas de decúbito, vigilância de funcionamento de SNG, sondas vesicais, etc.) e promove o ensino às famílias relativo aos cuidados de higiene e de conforto.

A periodicidade da visita da equipa de Enfermagem a cada doente dependente é, regra geral, de três em três dias. Da atividade do Centro de Saúde no que concerne aos cuidados de Enfermagem domiciliários dos doentes dependentes emerge uma acentuada disfunção entre os cuidados de Enfermagem propostos pela equipa de Enfermagem hospitalar e os realizados pelo Centro de Saúde, nomeadamente a nível dos de higiene e conforto, alimentação, posicionamentos de decúbitos, mobilizações e reabilitação ao nível das atividades diárias.

Dado que os elementos do agregado familiar desses doentes, em regra, são pessoas idosas, que se apresentam com limitações devido a doenças osteoarticulares degenerativas e a outras próprias da idade, tal facto impede-nas de prestar a ajuda necessária aos familiares dependentes. Por conseguinte, a distância ou a atividade profissional dos filhos e de outros familiares também não lhes permitirão assegurar a sua presença às horas de refeição nem para outras situações de apoio que o doente dependente necessita.

As dificuldades dos familiares no acolhimento dos doentes dependentes, têm a sua génese em causas extrínsecas e intrínsecas à família cuidadora. As *causas extrínsecas* resultam:

- Falta de informação hospitalar quanto às condições domiciliárias para assegurar o cumprimento das indicações hospitalares – o que dificulta a adequação da família;

- Falta de recursos humanos de Enfermagem do Centro de Saúde, implicando que nem sempre se preste o apoio necessário para suprir as

necessidades de cuidados nas atividades da vida diária dos doentes dependentes;

- Falta de apoios estatais ou de outros organismos para ajudar nos cuidados de higiene e conforto, alimentação e reabilitação dos doentes dependentes.

Deste modo, os doentes dependentes com poucos recursos económicos serão os mais afetados porque não podem recorrer a lares ou residências comunitárias, devido ao reduzido número destes ou a um elevado custo económico para o baixo rendimento da generalidade dos pensionistas. Por sua vez, as *causas intrínsecas* estão relacionadas com a falta de formação/informação das famílias para prestar cuidados adequados às necessidades dos seus familiares dependentes, a disponibilidade de tempo, as carências económicas, as barreiras arquitetónicas das habitações para pessoas com deficiências. As famílias dos doentes dependentes no meio rural, apesar de, geralmente, terem menos condições económicas do que as do meio urbano, superam as dificuldades pela dedicação e pelo sentido de dever que possuem, aliado à conceção alargada de família que ainda mantêm.

Contudo, neste domínio, têm sido identificadas fontes de sobrecarga para as pessoas que cuidam de familiares idosos e dependentes. PAÚL (1997) define o termo de sobrecarga desde as debilidades do idoso até aos sentimentos do familiar prestador de cuidados, e ainda aos efeitos que se refletem na família, tanto objetiva como subjetivamente.

Porém, a permanência dos doentes dependentes no seio familiar é vantajosa para o doente e economicamente com menor custo, na medida em que a hospitalização domiciliária dos doentes idosos contribui para um melhor efeito terapêutico, dado que mantêm o doente em ambiente familiar, que lhe proporciona cuidados globais mais humanizados e diminui os riscos iatrogénicos inerentes à hospitalização (COTTA, 2002).

Torna-se, assim, necessário um melhor apoio às famílias dos idosos debilitados por parte da Segurança Social e dos serviços de saúde da comunidade. Desta forma, BRITO [et al.], 1999) colaboraram no projeto ACTION, cujo objetivo visou a criação de *software* de fácil acesso para ajudar os idosos dependentes e seus familiares ao nível da informação acerca de pensões e subsídios, ajudas técnicas, serviços de apoio domiciliários, ajudas para gastos em cuidados de saúde e outras ajudas financeiras.

2. SUGESTÕES

A investigação incidiu sobre determinados aspetos da organização e do funcionamento da articulação dos cuidados de saúde entre Hospital, Centros de Saúde e Famílias de doentes dependentes.

Na concretização do estudo admitiram-se limitações que se tornam possíveis de superar em futuros trabalhos de investigação, sugerindo-se, para esse efeito, o recurso à perceção de outros atores envolvidos na articulação dos cuidados de saúde aos doentes dependentes e a uma presença do investigador no quotidiano do Hospital, Centros de Saúde e Famílias de doentes dependentes, como observador participante, por um período de investigação mais alargado.

Com efeito, a utilização da observação participante torna-se necessária para uma investigação que vise captar determinados aspetos vivenciais dos estabelecimentos de saúde e do domicílio do doente dependente que possam influenciar a prática dos cuidados ao doente dependente. O estudo da articulação dos cuidados de saúde nos doentes dependentes, alicerçado em investigações centradas nas condições e nas experiências dos cuidadores dos doentes dependentes, constitui um ponto de partida para um diagnóstico ou para uma componente de uma autoavaliação organizacional das instituições envolvidas.

Nesse sentido, sugere-se a realização deste tipo de investigações, acerca da articulação dos cuidados de saúde nos doentes dependentes como ponto de partida para um diagnóstico organizacional, admitindo-se poder ser interessante que possa ser feita através da metodologia de investigação – ação. Assim, à medida que se fossem detetando situações merecedoras de

alteração, os órgãos de gestão das instituições, no decurso da própria investigação, poderiam adotar providências no sentido de melhorar e/ou sanar essas situações.

Neste âmbito, admite-se ainda que a realização desses estudos/trabalhos possa ser efetuada pelas próprias instituições através da constituição de equipas composta pelos vários atores das instituições de saúde envolvidas e representantes do poder local, de instituições de solidariedade social ou outras que representem os utentes, com vista à prossecução dos necessários processos de tomada de decisão e à condução de uma intervenção e mudança organizacionais, tendentes ao aperfeiçoamento organizativo das instituições de apoio ao doente dependente e à melhoria da qualidade de vida desses doentes, e a uma melhor eficácia e qualidade dos serviços de saúde.

Por último, com base nos resultados deste estudo e tendo em consideração alguns aspetos mencionados ao longo deste trabalho, afigurou-se suscetível de se apresentarem algumas recomendações/sugestões (algumas, possivelmente, já tentadas) que, eventualmente, pudessem contribuir para uma melhor articulação dos cuidados de saúde ao doente dependente e conseqüente aumento dos ganhos de saúde:

- Fomentar as relações institucionais, tornando-as propiciadoras de uma participação mais ativa e empenhada na concretização de compromissos bilaterais que contribuam para uma melhor articulação entre as instituições responsáveis nos cuidados de saúde aos doentes;

- Aperfeiçoar os mecanismos de audição e de articulação entre os diferentes órgãos de gestão:

- Estabelecer um mecanismo de comunicação através de um sistema de informação compatível entre as instituições envolvidas, que proporcione uma reciprocidade na transmissão de informação “*on line*” e que torne possível os cuidados ao cidadão dependente em tempo útil;

- Proporcionar recursos aos hospitais e sensibilizar os profissionais envolvidos nos cuidados dos doentes dependentes para o acolhimento, o levantamento das necessidades, o plano de cuidados instituído, o ensino ao doente e à respetiva família e a preparação atempada das condições ideais para a alta hospitalar, criando para tal protocolos institucionais;

- Criar equipas multidisciplinares e representativas de todos os atores envolvidos, na elaboração de programas conducentes a melhoria contínua da prática dos cuidados aos doentes dependentes e proceder a avaliação dos resultados do desempenho profissional, institucional, em termos de ganhos de saúde, na prossecução da excelência dos cuidados de saúde;

- Promover a mobilização das famílias, dos doentes com grau de dependência, dos profissionais de saúde, das instituições envolvidas, do poder local, regional e central para a necessidade de se refletir em conjunto para propiciar uma melhor resposta na articulação dos cuidados de saúde e numa efetiva continuidade dos cuidados e na satisfação das necessidades dos doentes dependentes e das respetivas famílias.

BIBLIOGRAFIA

AFONSO, N. G. - **A Reforma da administração escolar - a abordagem política em análise organizacional**. Lisboa : Instituto de Inovação Educacional, 1994.

BRITO, L. [et. al.] - **Informação sobre apoios financeiros ao idoso dependente e seus familiares prestadores de cuidados**. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, 1999.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S. - **Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto : Porto Editora, 1994.

CAMPOS, A. C. - **Saúde, o custo de um valor sem preço**. Lisboa : Edições Portuguesas de livros técnicos e científicos, 1983.

COTTA, R. M. M. - **La Hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud**. Pan American Journal of Public Health, 2002.

FELÍCIO, M. [et. al.] - **Estudo de implementação da reorganização dos serviços de saúde: A consulta externa.** Porto : Administração Regional de Saúde do Norte, 1999.

FREDERICO, M. & LEITÃO M. A. - **Princípios de administração para enfermeiros.** Coimbra : Sinais Vitais, 1999.

GHIGLIONE, R. & MATALON, B. - **O inquérito - teoria e prática (3.^a ed.).** Oeiras : Celta Editora, 1997.

HARRINGTON, A. – “A Investigação – Acção” *In* SANTOS, A. S. e Madureira, J. P. - **Metodologia das Ciências Sociais.** Porto : Edições Afrontamento, 2000.

HESPANHA, M. J. F. & CARAPINHEIRO, G. - **Articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares. Relatório de investigação.** Coimbra CES/JNICT/MS, 1997.

HOLSTI, A. C. - **Métodos e técnicas de pesquisa social.** (2^a Ed.). São Paulo : Atlas, 1968.

KATZ S [et al.] - **Studies of illness in the aged.** The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1963.

LESSARD-HÉRBERT, M. [et. al.] - **Investigação qualitativa - fundamentos e práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

LOPES, L. M. P. – Necessidades e Estratégias na Dependência: Uma Visão da Família. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. 25:1 (2007) 39 – 46.

MARIA, Vasco A. J. – **Cuidados comunitários e cuidados hospitalares: centrados nas instituições ou no doente?** [em linha]. Lisboa : Revista Portuguesa de Clínica Geral [2000], actual. 15 Dezembro 2000. [Consult. 4 Novembro 2008].

Disponível na WWW:

<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080305112234546969.pdf>

MARINA, N. M. & MORAL, J. M. L. - **Necessidades psicosociales del cuidador informal**. Revista ROL, 2008. 31 (3).

MARTA, R. - **Sistema de saúde português**. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

MERRIAM, S. - **Case study research in education**. San Francisco : Jossey-Bass, 1991.

MCANALLY, R. J. - **A Pesquisa social: Métodos e técnicas** (2.^a Ed.). São Paulo : Atlas, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **O hospital português**. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde, um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século (1998 – 2002)**. Lisboa : EUROPRESS, 1999.

PATTON, J. - **Como Realizar um Projecto de Investigação: Um Guia para Pesquisa em Ciências Sociais**. Lisboa : Gradiva Publicações, 1990.

PAÚL, C. - **Lá para o fim da vida – idosos, família e meio ambiente**. Coimbra : Livraria Almedina, 1997.

PINTO, M. - Sistemas de saúde. A reforma Portuguesa. **Revista Portuguesa de Gestão**. 3:4 (1994).

POPING, E. - **Naturalistic Inquiry**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 2000.

QUIVY, R. & CHAMPENHOUDT, L. V. - **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa : Gradiva, 1992.

RODRIGUEZ, E. E. [et al.] – **Cuidadores informales – Necessidades y ayudas**. Revista Rol, 2001. 24 (3).

SILVA, J. M. C. – O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. 1:2 (1983) 5 -10.

VALA, J. - **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Edições Afrontamento, 1986.

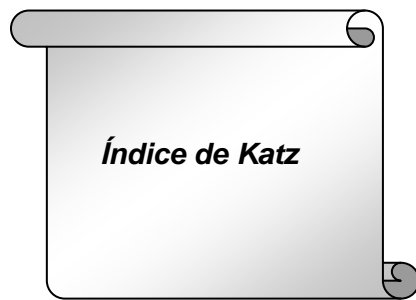
VILÃO, O. - **Entre a Vida e a Morte: ser doente em fase terminal**. *Jornadas Entre a Vida e a Morte*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, 1995.

WEATHER, M. M. - **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

▪ **DECRETOS - LEI:**

- Lei n.º 56/79, de 15.09
- Lei n.º 48/90, de 24.08

Anexo I



ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (Índice de Katz)		
1 – BANHO (com esponja em duche ou banheira)		
Independente	Necessita de ajuda para lavar-se em uma só parte do corpo (como as costas ou uma extremidade incapacitada) ou toma banho completamente sem ajuda.	1
Dependente	Necessita de ajuda para lavar-se em mais de uma parte do corpo; necessita de ajuda para sair ou entrar na banheira ou não se lava sozinho.	0
2 – VESTIR-SE		
Independente	Vai buscar a roupa de armários e gavetas, veste a roupa, coloca adornos e abrigos; utiliza auxiliares mecânicos; exclui-se o apertar dos sapatos.	1
Dependente	Não se veste só ou veste-se parcialmente.	0
3 - UTILIZAÇÃO DO W.C.		
Independente	Vai ao W.C., entrando e saindo sozinho do mesmo; limpa os órgãos excretores (pode usar ou não suportes mecânicos); compõem a sua roupa.	1
Dependente	Usa bacio ou urinol ou precisa de ajuda para utilizar o W.C.	0
4 – MOBILIDADE		
Independente	Entra e sai da cama, senta-se ou levanta-se da cadeira, de forma independente (pode usar ou não suportes mecânicos).	1
Dependente	Precisa de ajuda para utilizar a cama e/ou a cadeira; não utiliza uma ou mais destas deslocações.	0
5 – CONTINÊNCIA		
Independente	Controle completo da micção e da dejeção.	1
Dependente	Incontinência urinária ou fecal, parcial ou total; controle total ou parcial mediante enemas, sondas ou o uso regular de bacios ou urinóis.	0
6 – ALIMENTAÇÃO		
Independente	Leva a comida do prato ou equivalente até à boca (exclui-se da avaliação o cortar da carne e a preparação dos alimentos, como barrar com manteiga um pão).	1
Dependente	Necessita de ajuda para o ato de se alimentar, tendo em conta o anteriormente referido; não come em absoluto ou recebe alimentação parenteral.	0

Anexo II



Instrumento de Colheita de Dados – Centro de Saúde Viseu _____

P: _____

Acolhimento no Centro de Saúde	<i>Data</i> _____	
	<i>Confirmação do Fax</i>	
	<i>Critérios para visitação Domiciliária</i>	
	<i>Cuidados prestados</i>	
	<i>Periodicidade das visitas</i>	
	<i>Ensinos efetuados e registos</i>	

Estado do doente	<i>Índice de katz</i>		
	<i>SNG</i>	Data da última inserção: ___ / ___ / ___ Ensinos efetuados: _____	
	<i>Lesões Cutâneas</i>	LA: _____ _____	Tipo de Lesão: _____ _____
	<i>Sonda Vesical</i>	Data da última inserção: ___ / ___ / ___ Ensinos efetuados: _____	
	<i>Oxigenoterapia</i>	O2 a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
	<i>VNI</i>	O2 a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	

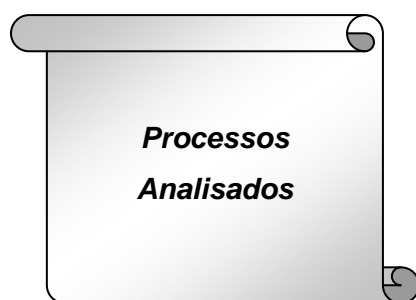
Instrumento de Colheita de Dados – Domicílio

P: _____

Condições Sócio – familiares	<i>Composição do agregado familiar</i>	Nº. _____ Pessoas Idade (s): _____ Cuidador: _____ Idade: _____	Rendimento Familiar: _____ €
	<i>Barreiras arquitetónicas</i>	<i>Escadas</i>	
		<i>WC</i>	
		<i>Dimensão compartimentos</i>	
	<i>Recursos materiais/ajudas técnicas (cama articulada, tipo de colchão)</i>		
<i>Apoio de outras instituições/outros</i>	Qual/Quais? _____ _____		
	<i>Índice de katz</i>		

Estado do doente			
	<i>SNG</i>	Data da última inserção: ___ / ___ / ___ Ensinos efetuados: _____	
	<i>Lesões Cutâneas</i>	LA: _____ _____	Tipo de Lesão: _____ _____
	<i>Sonda Vesical</i>	Data da última inserção: ___ / ___ / ___ Ensinos efetuados: _____	
	<i>Oxigenoterapia</i>	O ₂ a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
	<i>VNI</i>	O ₂ a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
Cumprimentos das recomendações	<i>Posicionamentos</i>	De ___ h / ___ h	
	<i>Higiene corporal</i>		
	<i>Adesão ao regime terapêutico</i>	Ensinos efetuados: _____	

Anexo III



Instrumento de Colheita de Dados – Centro de Saúde Viseu X

P1

Acolhimento no Centro de Saúde	<i>Confirmação do Fax</i>	Sim
	<i>Critérios para visitação Domiciliária</i>	Utente totalmente dependente nas NHB's
	<i>Cuidados prestados</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança de SNG número 18; • Pensos de úlceras de pressão nos calcâneos.
	<i>Periodicidade das visitas</i>	2 a 3 vezes por semana
	<i>Ensinos efetuados e registos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamentos; • Alimentação; • Hidratação; • Levantes.

Estado do doente	<i>Índice de katz</i>	12 (segundo avaliação do Centro de Saúde)	
	<i>SNG</i>	Data da última inserção: 8/11/2008 Ensinos efetuados: Cuidados de higiene oral; hidratação.	
	<i>Lesões Cutâneas</i>	LA*: calcâneos	Tipo de Lesão: Úlceras de pressão de grau III
	<i>Sonda Vesical</i>	Data da última inserção: ___ / ___ / ___ Ensinos efetuados: _____	
	<i>Oxigenoterapia</i>	O₂ a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
	<i>VNI</i>	O₂ a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	

LA* - Localização Anatômica

Instrumento de Colheita de Dados – Domicílio

P1

Condições Sócio – familiares	<i>Composição do agregado familiar</i>	Nº.: 2 pessoas Idade (s): Cuidador: Esposa Idade: 77	Rendimento Familiar: Médio/Alto
	<i>Barreiras arquitetónicas</i>	Escadas	Não tem
		WC	Adaptado
		Dimensão compartimentos	Adaptado (quarto com dimensões apropriadas, aquecimento central; luz solar suficiente)
	<i>Recursos materiais/ajudas técnicas (cama articulada, tipo de colchão)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cama articulada; • Colchão “normal”; • Cadeira higiénica; • Caneleiras; • Fraldas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Resguardos.
<i>Apoio de outras instituições/outros</i>	Qual/Quais? Santa Casa da Misericórdia – 2 AAM deslocam-se ao domicílio 2 vezes por dia (9h e 15h, durante cerca de 1h) + Visita do Centro de Saúde (2 vezes por semana).		

Estado do doente	<i>Índice de katz</i>	6	
	<i>SNG</i>	Data da última inserção: 8/11/2008 Ensinos efetuados: Cuidador informal devidamente treinado e esclarecido.	
	<i>Lesões Cutâneas</i>	LA: Calcâneo esquerdo	Tipo de Lesão: Úlcera de pressão de grau I
	<i>Sonda Vesical</i>	Data da última inserção: ___ / ___ / ___ Ensinos efetuados: _____	
	<i>Oxigenoterapia</i>	O₂ a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
	<i>VNI</i>	O₂ a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
Cumprimentos das recomendações	<i>Posicionamentos</i>	De 4 h / 4 h	
	<i>Higiene corporal</i>	Banho no leito diário	
	<i>Adesão ao regime terapêutico</i>	Ensinos efetuados: Cuidador devidamente esclarecido	

Instrumento de Colheita de Dados – Centro de Saúde Viseu X

P3

Acolhimento no Centro de Saúde	<i>Confirmação do Fax</i>	Não
	<i>Critérios para visitação Domiciliária</i>	Utente totalmente dependente nas NHB's
	<i>Cuidados prestados</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Algaliação; • Tratamento de úlceras de pressão.
	<i>Periodicidade das visitas</i>	Dias alternados (quando a situação agravou passou a ser diário)
	<i>Ensinos efetuados e registos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamentos; • Alimentação; • Hidratação; • Cateterismo vesical;

Estado do doente	<i>Índice de katz</i>	6	
	SNG	Data da última inserção: 8/11/2008 Ensinos efetuados: Cuidados de higiene oral; hidratação.	
	<i>Lesões Cutâneas</i>	LA*: região sacro – coccígea + maléolo externo do pé esquerdo + calcâneo direito	Tipo de Lesão: Úlceras de pressão de grau III e IV
	<i>Sonda Vesical</i>	Data da última inserção: ___ / ___ / ___ Ensinos efetuados: _____	
	Oxigenoterapia	O₂ a ___ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
	<i>VNI</i>	O ₂ a ___ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	

LA* - Localização Anatômica

Nota: Por se tratar dum problema social, o Centro de Saúde referenciou este utente para a Rede de Cuidados Continuados de Longa Duração e, neste momento encontra-se numa Unidade de Cuidados Continuados do distrito de Viseu (desde 11/07/2008).

Instrumento de Colheita de Dados – Domicílio

P3

Condições Sócio – familiares	<i>Composição do agregado familiar</i>	Nº.: 2 pessoas	Idade (s):	Rendimento Familiar: Médio/Baixo	
		Cuidador: Esposa	Idade: 33		
	<i>Barreiras arquitetónicas</i>	Escadas	Tem		
		WC	?		
		Dimensão compartimentos	Pequena		
<i>Recursos materiais/ajudas técnicas (cama articulada, tipo de colchão)</i>					
<i>Apoio de outras instituições/outros</i>	Qual/Quais? Visita do Centro de Saúde em dias alternados (antes de ser transferido para a Unidade de Cuidados Continuados)				
	<i>Índice de katz</i>	6			

Estado do doente			
	<i>SNG</i>	Data da última inserção: Ensinos efetuados:	
	<i>Lesões Cutâneas</i>	LA: Calcâneo direito + maléolo externo do pé esquerdo + região sacro - coccígea	Tipo de Lesão: Úlceras de pressão de grau III
	<i>Sonda Vesical *</i>	Data da última inserção: ___ / ___ / ___ Ensinos efetuados: _____	
	<i>Oxigenoterapia</i>	O₂ a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
	<i>VNI</i>	O₂ a _____ l/min por _____ Ensinos efetuados: _____	
Cumprimentos das recomendações	<i>Posicionamentos</i>	De 4 h / 4 h	
	<i>Higiene corporal</i>	Higiene corporal ao cuidado da filha	
	<i>Adesão ao regime terapêutico</i>	Ensinos efetuados: *	

* Desde 11/07/2008 o utente encontra-se numa Unidade de Cuidados Continuados do distrito de Viseu. O cuidador informal (filha) não pertence ao agregado familiar, pelo que a entrevista foi efetuada à esposa.

ANEXO VIII

- **Ventilação Não Invasiva**

- **Ventilação Mecânica Não Invasiva –**

Apresentação em Power Point

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU



Daniela Fernandes

Juliana Lopes

Ventilação

Não Invasiva

Viseu, novembro de 2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU



Daniela Fernandes

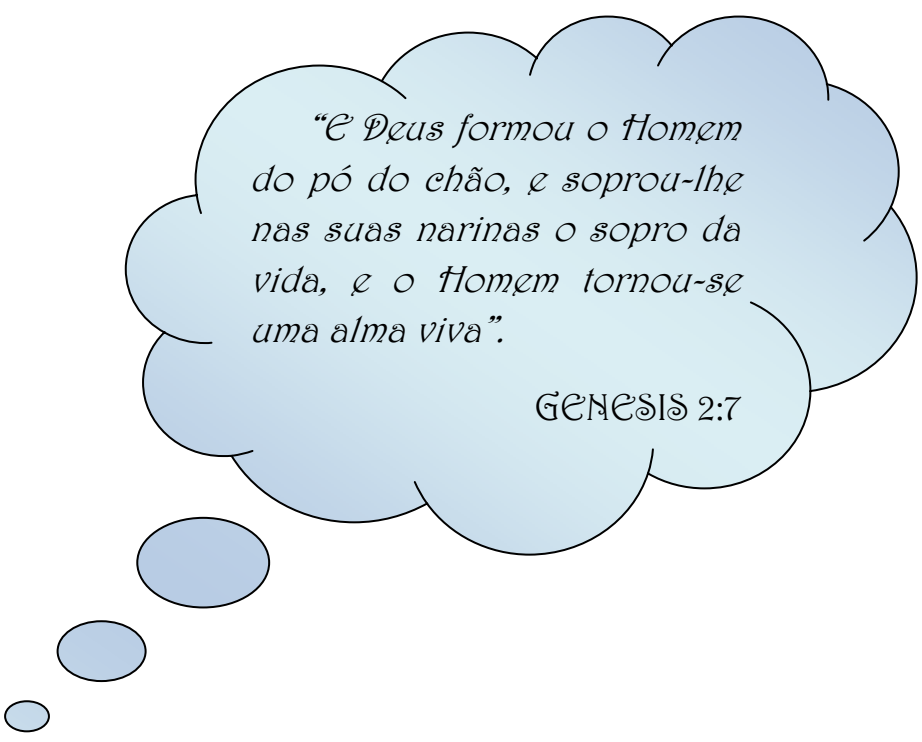
Juliana Lopes

Ventilação

Não Invasiva

Trabalho realizado no âmbito do
Curso de Pós - Licenciatura de
Especialização em Enfermagem Médico –
Cirúrgica

Viseu, novembro de 2008



*“E Deus formou o Homem
do pó do chão, e soprou-lhe
nas suas narinas o sopro da
vida, e o Homem tornou-se
uma alma viva”.*

GENESIS 2:7

SIGLAS E ABREVIATURAS

BiPAP – Bilevel Positive Pressure Airway

cm – centímetro

CO₂ – Dióxido de Carbono

cit in – citado por

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAP – Edema Agudo do Pulmão

Fig. – Figura

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

H₂O – água

HSTV – Hospital São Teotónio de Viseu

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

IRC – Insuficiência Respiratória Crónica

O₂ – Oxigénio

PaCO₂ – Pressão Arterial de Dióxido de Carbono

p. ex. – por exemplo

p. – página

TA – Tensão Arterial

TET – Tubo endotraqueal

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE GERAL

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	9
2. ANATOMO – FISIOLOGIA DO APARELHO RESPIRATÓRIO	11
3. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	15
3.1. REVISÃO HISTÓRICA	15
3.2. CONCEITO DE VNI	16
3.3. INDICAÇÕES PARA VNI	17
3.3.1. Insuficiência Respiratória Aguda	18
3.3.2. Insuficiência Respiratória Crônica	19
3.4. TIPOS DE VENTILADORES E INTERFACES	20
3.5. VANTAGENS DA VNI	23
3.6. DESVANTAGENS DA VNI	24
3.7. COMPLICAÇÕES DA VNI	25
3.8. SINAIS DE FALENCIA DA VNI	25
3.9. CUIDADOS DE ENFERMAGEM	26
3.10. CONTRA – INDICAÇÕES DA VNI	28
4. CONCLUSÃO	31
BIBLIOGRAFIA	

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Fig. 1 – Anatomia dos Pulmões	11
Fig. 2 – Controlo da Respiração – Bulbo	13
Fig.3 – Máscara Nasal	20
Fig. 4 – Máscara Facial	21
Fig. 5 – Máscara Facial Total	21
Fig. 6 – “Helmet”	22
Fig. 7 – Peça Bucal	22



1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico de Enfermagem Médico Cirúrgica, integrado no plano de estudos do *Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem Médico Cirúrgica*, realizado na Unidade de Pneumologia/Hematologia do Hospital São Teotónio de Viseu (HSTV), urge a necessidade da realização do presente trabalho, subordinado ao tema – **Ventilação Não Invasiva**.

Desde há alguns anos têm-se vindo a desenvolver técnicas que permitem aumentar a ventilação alveolar, sem recurso a uma via aérea endotraqueal, sendo designada por *Ventilação Não Invasiva* (VNI).

“O suporte ventilatório não invasivo constitui-se na técnica de ventilação na qual uma máscara ou dispositivo semelhante funciona como interface paciente/ventilador, em substituição à prótese endotraqueal, possuindo como principais objectivos o fornecimento adequado da troca gasosa e redução do trabalho ventilatório.”

(Oliveira, 2003)

Desta forma, foram delineados objetivos específicos para realização do presente trabalho, nomeadamente:

- Rever o conceito e a evolução da VNI;
- Conhecer indicações e cuidados de Enfermagem inerentes à VNI;
- Identificar complicações e sinais de falência da VNI;
- Promover a integração de novos elementos no serviço de Pneumologia e, em particular na Unidade de Ventilação Não Invasiva;
- Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem relacionados com VNI.



Estruturalmente, este trabalho divide-se em 3 partes: na primeira é feita uma breve revisão sobre a anatomia – fisiologia do aparelho respiratório; a segunda, abrange a Ventilação Não Invasiva, sua evolução histórica, indicações, complicações, vantagens, tipos de interface e cuidados de enfermagem; e, por fim concluímos com uma breve análise reflexiva do tema em questão.

2. ANATOMO - FISIOLOGIA DO APARELHO RESPIRATÓRIO

O aparelho respiratório começa no nariz e na boca, continuando pelas outras vias respiratórias, até aos pulmões, onde se troca o oxigénio da atmosfera com o dióxido de carbono dos tecidos do organismo (MERCK SHARP & DOHME, 2006).

Cada pulmão está dividido em secções/lobos, sendo que o pulmão direito é composto por 3 lobos e, o esquerdo por 2.

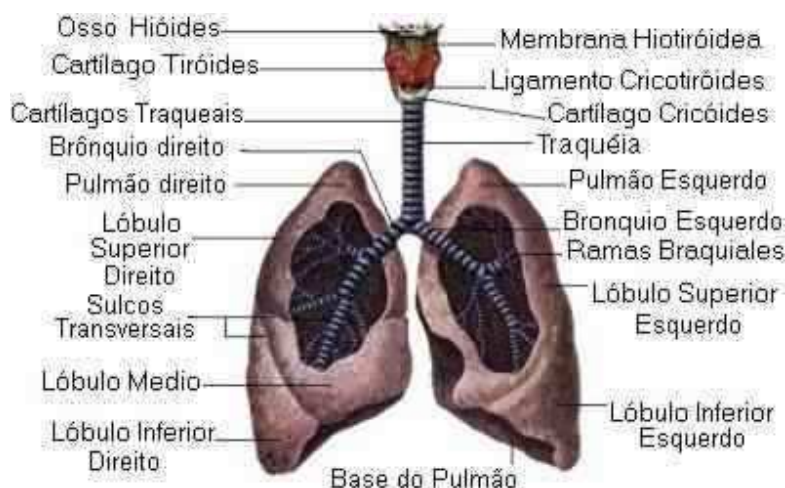
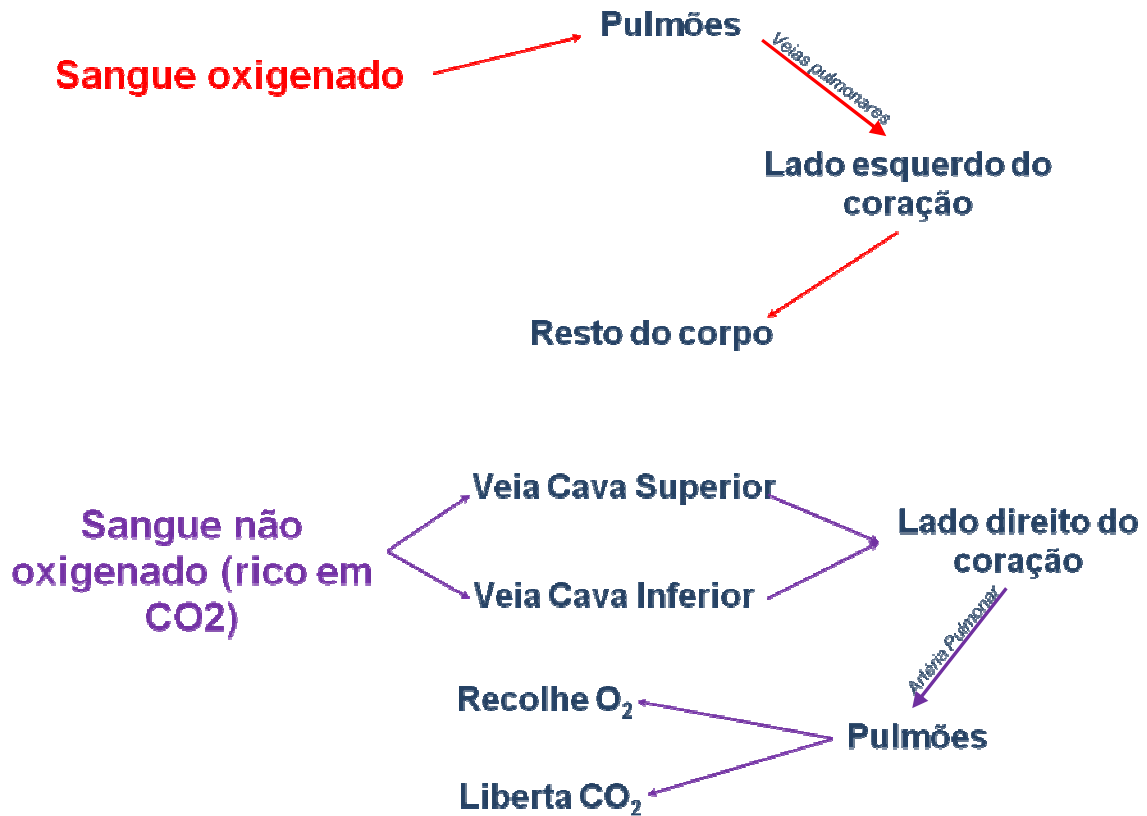


Fig. 1 – Anatomia dos Pulmões

Os pulmões contêm milhões de alvéolos e, cada alvéolo está rodeado por uma densa malha de capilares sanguíneos. O revestimento das paredes alveolares é extremamente fino e permite a troca entre oxigénio (que passa dos alvéolos para o sangue dos capilares) e, uma substância de desperdício, o dióxido de carbono (que passa do sangue dos capilares para o interior dos alvéolos).



O músculo mais importante utilizado na respiração é o **diafragma**, uma bainha muscular em forma de sino que separa os pulmões do abdômen.

Quando o diafragma contrai, aumenta o tamanho da cavidade torácica e, conseqüentemente expande os pulmões. A pressão intratorácica diminui e o ar penetra nos pulmões para igualar as pressões. Em seguida, o diafragma relaxa e move-se para cima, a cavidade torácica contrai e aumenta a pressão do ar. O ar é expulso dos pulmões devido à sua elasticidade. Participam neste processo os músculos intercostais, especialmente quando a respiração é profunda ou rápida (MERCK SHARP & DOHME, 2006).

Por conseguinte, as principais funções do aparelho respiratório são:

- ➔ Condução de O₂ aos pulmões;

- ✦ Transferência de O₂ para o sangue;
- ✦ Eliminação de CO₂.

O controlo da respiração depende do centro respiratório situado na parte inferior do cérebro (bulbo), controla subconscientemente a respiração que, em geral, é automática.

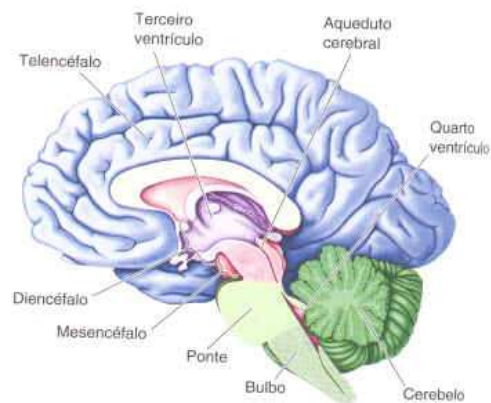


Fig. 2 – Controlo da Respiração – Bulbo





3. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

3.1. REVISÃO HISTÓRICA

De acordo com GONÇALVES e PINTO (2008), o primeiro conceito de *ventilação mecânica* foi descrito por *Paracelsus* (1530), que utilizava um fólio de chaminé com uma peça bucal para reanimar os seus doentes. Foi o primeiro princípio básico de assistência aos músculos inspiratórios, através de diferenças de pressão.

No entanto, no século XX com o desenvolvimento da Engenharia Mecânica, surgiram os primeiros aparelhos de ventilação mecânica não - invasiva – “*tanques ventilatórios*”. Estes foram construídos por *John Daziel*, *Alfred Jones* e *Woillez*. Com base nestes tanques foram desenvolvidos nos anos 30 os primeiros *pulmões de aço*, aplicados a doentes em falência respiratória por um surto de poliomielite. Desta forma, os doentes com patologia neuromuscular, foram os primeiros a beneficiar da ventilação mecânica por pressão positiva.

Com os avanços tecnológicos seguiram-se vários tipos de ventiladores, aumentando o número de doentes a necessitar deste tipo de suporte. Nos anos 50 surgiram os ventiladores tipo “*couraça*”, que consistem numa concha rígida que se fixa firmemente na parte anterior do tórax e abdómen e, é encerrada por tiras adesivas à volta do pescoço, punhos e pernas, unindo-se a um gerador de pressão negativa intermitente. Enquadra-se neste grupo, o ventilador tipo “*poncho*”, que se baseia em nylons impermeáveis suspensos sobre o tórax e abdómen por um suporte rígido e unido a um gerador de pressão negativa intermitente (GONÇALVES e PINTO, 2008).



A ventilação mecânica com pressão positiva ganhou destaque após a *Segunda Guerra Mundial*, quando os avanços tecnológicos tornaram os ventiladores artificiais mais sofisticados devido à instalação de microprocessadores. Nesta altura era realizada de uma forma invasiva por cânulas de traqueostomia ou pelos tubos endotraqueais. Contudo, embora os tubos endotraqueais garantissem o suporte ventilatório necessário, foi demonstrado que, além de provocarem lesões tecidulares locais, provocavam uma diminuição significativa dos mecanismos de defesa pulmonar levando à ocorrência de infeções respiratórias (p. ex. pneumonia nosocomial).

A ventilação por pressão positiva foi acompanhando as atualizações tecnológicas e evoluindo em termos materiais com o constante aparecimento de novos ventiladores/modos ventilatórios e novas interfaces. Tal evolução está diretamente relacionada com o aumento das indicações clínicas para esta terapêutica tanto no contexto agudo como crónico.

3.2. CONCEITO DE VNI

MAGANO [et al.] (2007, p. 13), definem VNI *“como uma técnica que permite aumentar a ventilação alveolar, que melhora, assim, as trocas gasosas, evitando o recurso à entubação endotraqueal e todas as complicações associadas.”*

De acordo com OLIVEIRA e PINHEIRO, os ventiladores específicos para VNI com pressão positiva, podem fornecê-la em 2 modalidades:

■ **CPAP** (*“Continuous Positive Airway Pressure”*) – o mesmo nível de pressão positiva é aplicado nas vias aéreas durante a inspiração e a expiração;

■ **BiPAP** (*“Bilevel Positive Airway Pressure”*) – 2 níveis de pressão positiva são fornecidos nas vias aéreas: um maior na inspiração (**IPAP**: entre 3 cm H₂O a 30 cm H₂O), outro menor na expiração (**EPAP**: entre 4 cm H₂O a 15 cm H₂O).



Destacam-se como principais objetivos da VNI:

- ✦ Manutenção das trocas gasosas;
- ✦ Facilitar a ventilação alveolar;
- ✦ Diminuir o trabalho respiratório;
- ✦ Diminuir a dispneia.

3.3. INDICAÇÕES PARA VNI

Vários estudos se têm realizado neste âmbito, mostrando que em determinados grupos de doentes a VNI pode evitar a intubação orotraqueal e assim, evitar as complicações relacionadas com a ventilação mecânica e o tempo de permanência hospitalar (GONÇALVES e PINTO, 2008).

A VNI é utilizada em doentes que cronicamente não mantêm níveis adequados de ventilação alveolar. Estes pacientes apresentam na sua maioria hipoventilação alveolar noturna caracterizada pela presença constante de sintomas compatíveis. Em alguns casos o suporte ventilatório não invasivo está indicado como complemento da oxigenoterapia.

Atualmente, consideram-se indicações para iniciar VNI:

- *Insuficiência respiratória aguda* (Asma Severa, Exacerbação de DPOC, Falência Respiratória Pós-Operatória, Pneumonia Nosocomial ou da Comunidade, Edema Pulmonar Agudo, Síndrome de “Distress” Respiratório Agudo, Desmame Ventilatório, Falência Pós Extubação e em pacientes com ordem de não entubar);

- *Insuficiência respiratória crónica* (Asma, DPOC, Doenças Neuromusculares, Doença da Parede Torácica, Fibrose Quística, Bronquiectasias, Síndrome de Hipoventilação, Obesidade e Síndrome de Apneia Obstrutiva ou Central do Sono);

- *Programas de reabilitação respiratória* (treino de tolerância ao exercício em DPOC e doenças da parede torácica).



3.3.1. Insuficiência Respiratória Aguda (IRA)

GONÇALVES e PINTO (2008) caracterizam a IRA pela incapacidade de manter uma oxigenação e ventilação adequada durante um espaço de tempo até surgir a falência ventilatória total e, por vezes a paragem cardio - respiratória. Ocorre devido a agudização da DPCO e edema pulmonar agudo cardiogénico.

Na *DPOC agudizada*, a VNI está associada à diminuição da necessidade de entubação orotraqueal e uma menor taxa de mortalidade. Está diretamente associada à melhoria clínica e gasimétrica, sendo considerada a primeira opção de suporte ventilatório nesta causa de insuficiência respiratória.

No *EAP cardiogénico*, a VNI reduz a necessidade de entubação orotraqueal, reduzindo significativamente a mortalidade que está normalmente associada a complicações respiratórias da ventilação invasiva.

No entanto existem igualmente outras patologias que poderão também beneficiar da VNI, tais como:

- Infeção respiratória;
- Hemorragia alveolar difusa;
- Atelectasia;
- Fraqueza / paralisia dos músculos respiratórios;
- Alterações da parede torácica;
- Dosagem excessiva de drogas;
- Derrame pleural;
- Pneumotórax.

Os sintomas clínicos mais frequentes nestas situações, são:

- Taquipneia;
- Dispneia severa;
- Hipoxémia;
- Retenção de dióxido de carbono (CO₂) e conseqüente acidose respiratória;
- Aumento do trabalho muscular respiratório com uso dos músculos



acessórios.

Na IRA, devido à retenção de secreções, a evidência científica e clínica demonstra que estão desadequadas as técnicas clássicas de fisioterapia respiratória (terapias manuais e de modificação de fluxos respiratórios). No entanto, perante esta situação, existem técnicas mecânicas capazes de atuar quer ao nível da remoção das secreções brônquicas, nomeadamente a técnica da IN-Exsuflação (IN-EX) mecânica, que tem sido usada como alternativa à tosse assistida. Consiste na desobstrução de secreções broncopulmonares através da aplicação de uma pressão positiva seguida de uma pressão negativa. Esta diferença de pressões simula o mecanismo fisiológico da tosse, permitindo a progressão de secreções das pequenas vias aéreas para a boca, onde são facilmente retiradas ou aspiradas.

3.3.2. Insuficiência Respiratória Crónica (IRC)

Na insuficiência respiratória crónica a VNI é utilizada em doentes, que na sua maioria sofrem de síndromes restritivos caracterizados por uma fraqueza dos músculos inspiratórios (p. ex. doenças neuromusculares, deformidades torácicas, síndrome de hipoventilação, obesidade).

Pacientes com síndromes restritivos apresentam melhorias clínicas e gasimétricas durante o período da vigília e sono com a VNI. Esta melhoria é atribuída a alguns fatores como:

- Repouso muscular respiratório;
- Melhoria da sensibilidade do centro respiratório ao CO₂;
- Aumento dos volumes pulmonares;
- Aumento da compliance pulmonar;
- Recrutamento de vias aéreas atelectasiadas;
- Diminuição do espaço morto;
- Melhoria das repercussões da hipoxémia e da hipercapnia.

3.4. TIPO DE VENTILADORES E INTERFACES

Tal como na ventilação invasiva, também na VNI podem ser utilizados os ventiladores volumétricos e pressumétricos, sendo que estes com possibilidade de monitorizar volumes correntes e volume/minuto de fuga, através de um manómetro de pressões com alarme de pressão máxima e mínima (GONÇALVES e PINTO, 2008).

Quanto aos interfaces existem opções para diferentes necessidades e tolerâncias, são elas:

- *Máscara Nasal* (Fig. 3) - possibilita a fala e a deglutição; há uma maior facilidade de expetoração; menor possibilidade de aspiração em casos de vômitos. Porém possui uma adaptação mais difícil em doentes com dispneia aguda. O doente deve manter a boca fechada para evitar fugas de ar e obter a ventilação desejada



Fig.3 – Máscara Nasal

- *Máscara Facial* (Fig. 4) - cobre o nariz e a boca impedindo assim as fugas pela boca. No entanto há maior risco de aerofagia e maior sensação de claustrofobia.



Fig. 4 – Máscara Facial

■ *Máscara Facial Total* (fig. 5) - é uma confortável alternativa para doentes em que a fuga seja demasiado grande com as máscaras nasais ou faciais, uma vez que este tipo de interface se adapta à totalidade da face, sem qualquer ponto de pressão. Possui uma fina camada de silicone como meio de contacto à face que é insuflada pelo aparelho para promover um melhor conforto e adaptabilidade. Este aspecto, por sua vez minimiza as fugas e a sua constituição permite ao doente, um tipo de ventilação mais natural, não obstruindo a visão, prevenindo a claustrofobia.



Fig. 5 – Máscara Facial Total

■ *“Helmet”* (Fig. 6) - possibilita ao paciente total liberdade de movimentos da cabeça e pescoço, sem exista qualquer ponto de pressão na cabeça. Esta interface isola o doente permitindo uma clara visão e comunicação. É confortavelmente adaptado através de uma camada de

silicone ao nível dos ombros que é insuflada para maior conforto e fixado com duas bandas axilares. Deverá ser usado apenas com ventiladores de cuidados intensivos com a devida monitorização



Fig. 6 – “Helmet”

■ *Peça Bucal* (Fig. 7) - tem sido usada para favorecer VNI em pacientes com falência respiratória crónica que requerem ventilação contínua. Pode ser melhor utilizada durante o dia, permitindo ao doente fazer uma ventilação intermitente com claros benefícios em termos de conforto e tolerância à VNI.

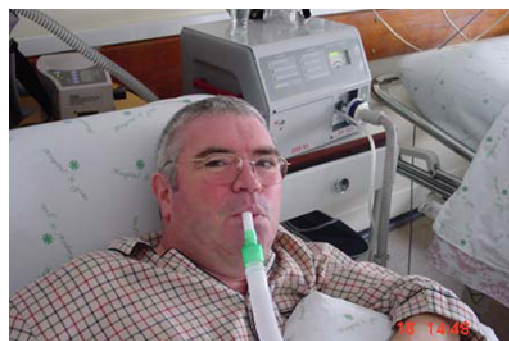


Fig. 7 – Peça Bucal

Salientando GONÇALVES e PINTO (2008), nos diversos estudos publicados acerca da eficácia da VNI, verificou-se que a predominância de utilização dos vários tipos de máscaras na IRA é: máscaras faciais (63%);



máscaras nasais (31%); “nasal pillows” (6%). Em contraste na VNI crónica: máscaras faciais (6%), máscaras nasais (73%), “nasal pillows” (11%) e peças bucais (5%).

3.5. VANTAGENS DA VNI

Comparativamente com a Ventilação Invasiva, a VNI é um modo de ventilação mais seguro e eficaz, mais confortável para o doente, podendo ser usada de forma intermitente. Não lesiona a via aérea, como aconteceria no caso de ventilação invasiva (com o TET), sendo por isso menor o risco de infeção nosocomial e, portanto menor será a taxa de mortalidade. O doente não necessita de ser sedado para ser ventilado. Preserva a fala, a deglutição e os mecanismos de defesa pulmonar (tosse, eliminação fisiológica da expetoração/secreções). O risco de atrofia dos músculos respiratórios é menor no caso da VNI. Por conseguinte, exige menor tempo de internamento e, consequentemente menor custos (FELGUEIRAS, 2006).



3.6. DESVANTAGENS DA VNI

As desvantagens da VNI estão relacionadas com a técnica ou com a máscara, como se pode verificar no seguinte quadro.

<i>Relacionadas com a Técnica</i>	<i>Relacionadas com a Máscara</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Exige uma monitorização apertada, consumindo mais tempo à equipas Médicas e de Enfermagem; • Mais lento na correção de alterações gasimétrica; • Implica colaboração do doente; • Há risco de distensão gástrica; • Risco de irritação nasal, podendo surgir infeção ORL; • Risco de pneumonia e atelectasia por acumulo de secreções; • Risco de aspiração do vómito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuga de ar ou remoção acidental da máscara; • Dificulta aspiração de secreções

(MAGANO, 2007)



3.7. COMPLICAÇÕES DA VNI

“A atenção e a vigilância por parte dos profissionais de saúde durante a VMNI ajudam a prevenir, diminuir ou resolver na medida do possível as complicações durante a VMNI” (HILL, 2000 cit in GONÇALVES e PINTO, 2008):

Desta forma, as complicações mais frequentes decorrentes da VNI abrangem:

- Fugas e deslocamento da máscara;
- Asfixia pela perda do fluxo ou desconexão do circuito;
- Disfunção respiratória (*taquipneia, respiração paradoxal, taquicardia, sudorese, dispneia, utilização dos músculos acessórios*);
- Intolerância e sensação de claustrofobia;
- Alteração da integridade cutânea;
- Secura das mucosas nasal e bucal;
- Aerofagia, distensão gástrica, diminuição da mobilidade diafragmática, risco de broncoaspiração;
- Contaminação do sistema.

3.8. SINAIS DE FALÊNCIA DA VNI

Segundo LIMA [et al.] (2007), como sinais de falência da VNI, consideram-se:

- Necessidade de $FiO_2 > 60\%$;



- Diminuição do pH e/ou PaCO₂;
- Aumento da permanência da FR ≥ 35 ciclos/min;
- Redução do estado de consciência;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Arritmias graves;
- Isquemia miocárdica;
- Distensão abdominal severa;
- Intolerância à máscara.

3.9. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os doentes em VNI, exigem cuidados específicos e complexos, pelo que urge a necessidade de programar esses cuidados, garantindo um rápido equilíbrio e recuperação do doente. Devem ser prestados cuidados globais, mas ao mesmo tempo adaptados à situação real do doente (MAGANO [et al.], 2007).

O Enfermeiro deve explicar ao doente todos os procedimentos a efetuar de forma clara, precisa e objetiva, pois a sua colaboração é fundamental para o sucesso e eficácia da ventilação. Assim sendo, pretende-se reduzir a ansiedade e, conseqüentemente o medo da morte e de asfixia provocado pela máscara facial ou nasal.

Os autores supracitados defendem como principais cuidados de Enfermagem:

- ➔ Solicitar ao doente a sua máxima colaboração;
- ➔ Avaliar, regularmente, o estado de consciência do doente;



➡ Montar todo o equipamento, selecionando o tipo e tamanho da máscara ou conexão nasal e touca, ajustando-os (uma fixação ideal é aquela que permite a colocação com facilidade de 2 dedos entre as tiras elásticas e a face do doente);

➡ Conectar a máscara ao ventilador que, habitualmente já está ligado com os parâmetros colocados pelo médico;

➡ Colocar tubo de O₂ e selecionar débito prescrito;

➡ Aplicar a máscara no nariz ou face e, verificar se o doente se encontra confortável e sincronizado com o ventilador;

➡ Colocar a touca na cabeça do doente e fixar com as tiras de velcro;

➡ Verificar se a conexão expiratória da máscara se encontra corretamente posicionada para evitar reinalação de CO₂;

➡ Ensinar o doente a alertar caso surjam sinais de desconforto, dor, saída da máscara, náuseas, sensação de enfartamento, dificuldade em respirar e em expelir as secreções;

➡ Posicionar o doente de forma a facilitar a ventilação;

➡ Verificar se existem fugas pela máscara ou restante circuito;

➡ Adequar os períodos de ventilação ao doente e as atividades de vida diária;

➡ Despistar sinais e sintomas de hipoxémia e insuficiência respiratória;

➡ Vigiar quantidade de secreções e capacidade do doente as expelir;

➡ Nos períodos de interrupção da VNI, administrar O₂ por sonda nasal a um débito mais baixo nas situações de IRA hipercápnica; e, na IRA hipoxémica administrar O₂ por máscara;

➡ Programar desconexões para realizar uma boa hidratação da pele e mucosas;



➡ Vigiar distensão gástrica, considerando a necessidade de entubação nasogástrica;

➡ Vigiar integridade da pele nos locais de pressão exercida pela máscara (aplicar creme gordo, se necessário);

➡ Vigiar tolerância da VNI (evolução da dispneia, atividade dos músculos respiratórios acessórios, estado de consciência, conforto do doente, FC, TA e oximetria);

➡ Ensinar o doente a adotar medidas facilitadoras de drenagem de secreções e a tossir eficazmente, nos períodos de interrupção da VNI.

3.10. CONTRA-INDICAÇÕES DA VNI

Para FELGUEIRAS (2006), as contra – indicações dividem-se em 2 grupos: *absolutos e relativas*. Nas *contra – indicações absolutas* consideram-se:

- Incapacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas (depressão do estado de consciência ou coma);
- Instabilidade hemodinâmica (Choque, Isquemia, Arritmias Incontroláveis);
- Traumatismo da face/nariz, queimaduras e intervenções cirúrgicas;
- Pneumotórax não drenado e/ou pneumomediastino;
- Hemorragia gastrointestinal ativa/epistáxis incontroláveis;
- Necessidade imediata de ventilação.

No grupo de *contra – indicações relativas*, há a referir:

- Baixo grau de colaboração do doente;



- Histórico de Angor ou EAM recente;
- Falta de autonomia para remover a máscara quando necessário;
- Obesidade mórbida;
- Necessidade de sedação;
- Necessidade de FiO₂ elevada – hipoxémia retrataria;
- Presença de secreções em abundante quantidade.





4. CONCLUSÃO

A VNI é uma técnica que abre boas possibilidades em Unidades de Cuidados Intermédios, pois não só é mais cómoda para o doente como evita complicações graves, tais como infeção, lesão e irritação traqueal, consequências da ventilação invasiva. Para além disso melhora a qualidade de vida do doente com patologia respiratória crónica, aumentando a sua qualidade de vida e, conseqüentemente a sua auto – estima.

Em jeito de conclusão, a VNI é uma técnica que requer ajustes frequentes, o que obriga a que, tanto equipa Médica como de Enfermagem, exerçam uma monitorização apertada para assegurar a compreensão, conforto e colaboração do doente, bem como a eficácia da técnica e prevenção de complicações.





BIBLIOGRAFIA

CADECO, Aurora [et al.] – Avaliação da Qualidade de Vida dos Doentes com Insuficiência Respiratória Crónica a efectuar Ventilação por Pressão Positiva Não Invasiva no Domicílio. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : Formasau. 18 (1998) 29 – 34.

GONÇALVES, Miguel; PINTO, Tiago – **Ventilação Mecânica Não Invasiva: Novos Horizontes para a Intervenção da Fisioterapia** [em linha]. Porto : EssFisiOnline, [2008]. [Consult. 2 Nov. 2008]. Disponível na WWW:

[URL:http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/revisao_VMNI.pdf](http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/revisao_VMNI.pdf)

FELGUEIRAS, Joana [et al.] – **Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados Intermédios** [em linha]. Lisboa : Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, [2006]. [Consult. 17 Out. 2008]. Disponível na WWW:

[URL:http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_073_078.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_073_078.pdf)

LIMA, Fabíola [et al.] – Ventilação Não Invasiva com Pressão Positiva na Insuficiência Respiratória Aguda: Prevenção da Intubação e da Reintubação [em linha]. Fisioweb, [2007]. [Consult. 17 Out. 2008]. Disponível na WWW:

[URL:http://wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/respiratoria/invasiva_fabiola.htm](http://wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/respiratoria/invasiva_fabiola.htm)



MAGANO, Conceição [et al.] – Ventilação Não Invasiva. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : Formasau. ISSN 0872-8844. 72 (2007) 13 – 19.

MERCK SHARP & DOHME – **Enciclopédia Médica: Doenças do Aparelho Respiratório, Perturbações dos Ossos, Articulações e Músculos** (vol. 2). Lisboa : Editorial Oceano, 2006. ISBN 989-554-252-6.

PINHEIRO, Bruno; OLIVEIRA, Júlio César - **Ventilação Mecânica Não Invasiva** [em linha]. ISSN 1519-521X [2008]. [Consult. 17 Out. 2008]. Disponível na WWW:

[URL: http://www.caps cursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf](http://www.caps cursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – VISEU
Curso de Pós – Licenciatura em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Ventilação Mecânica Não Invasiva

Daniela Fernandes

Juliana Lopes

Viseu, 20 de Novembro de 2008

Sumário

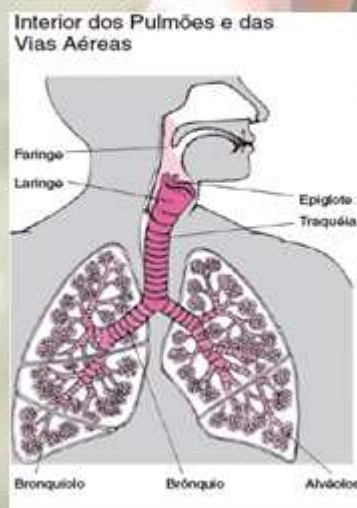
1. Aparelho Respiratório
2. Ventilação Não Invasiva
 - 2.1. Modalidades da VNI
 - 2.2. Objectivos da VNI
 - 2.3. Revisão Histórica: VNI
 - 2.4. Indicações para VNI
 - 2.5. Tipos de Ventiladores e Interfaces
 - 2.6. Vantagens da VNI
 - 2.7. Complicações da VNI;
 - 2.8. Sinais de Falência da VNI;
 - 2.9. Cuidados de Enfermagem;
 - 2.10. Contra – Indicações da VNI
3. Conclusão
4. Como montar o Bipap?
5. Bibliografia



Objectivos

- Rever o conceito e a evolução da VNI;
- Conhecer indicações e cuidados de Enfermagem inerentes à VNI;
- Identificar complicações e sinais de falência da VNI;
- Promover a integração de novos elementos no serviço de Pneumologia e, em particular na Unidade de Ventilação Não Invasiva;
- Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem relacionados com VNI.

1. Aparelho Respiratório



Funções do Sistema Respiratório

- Condução de O_2 aos pulmões;
- Transferência de O_2 para o sangue;
- Eliminação de CO_2 .



Controlo da Respiração



O centro respiratório situado na parte inferior do cérebro (bulbo), controla subconscientemente a respiração que, em geral, é automática.



O músculo mais importante utilizado na respiração é o **diafragma**, uma bainha muscular em forma de sino que separa os pulmões do abdómen.



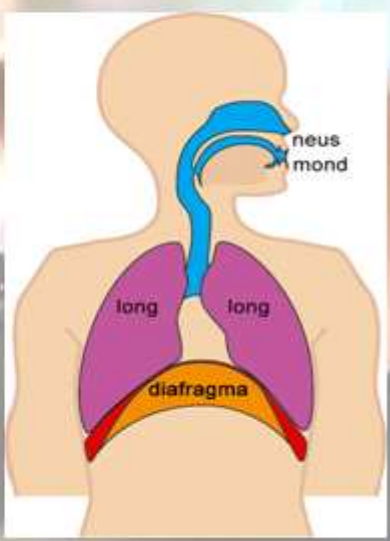
I
N
S
P
I
R
A
Ç
Ã
O

Quando o diafragma contrai, aumenta o tamanho da cavidade torácica e, conseqüentemente expande os pulmões. A pressão intratorácica diminui e o ar penetra nos pulmões para igualar as pressões.



E
X
P
I
R
A
Ç
Ã
O

Em seguida, o diafragma relaxa e move-se para cima, a cavidade torácica contrai e aumenta a pressão do ar. O ar é expulso dos pulmões devido à sua elasticidade. Participam neste processo os músculos intercostais, especialmente quando a respiração é profunda ou rápida.



2. Ventilação Não Invasiva



Método de assistência ventilatória aplicada à via aérea do doente através de máscaras (faciais/nasais) ou bucais, que funcionam como interface paciente/ventilador. Pode ser empregue por pressão positiva ou negativa.



2.1. Modalidades da VNI



• **CPAP** ("Continuous Positive Airway Pressure") – o mesmo nível de pressão positiva é aplicado nas vias aéreas durante a inspiração e a expiração;

• **BiPAP** ("Bilevel Positive Airway Pressure") – 2 níveis de pressão positiva são fornecidos nas vias aéreas: um maior na inspiração (**IPAP**: entre 3 cm H₂O a 30 cm H₂O), outro menor na expiração (**EPAP**: entre 4 cm H₂O a 15 cm H₂O).

O *volume corrente* é determinado pelo suporte da pressão do ventilador e pela *compliance* pulmonar do doente.

A *frequência respiratória* depende só do doente.



2.2. Objectivos da VNI



- ✦ Manutenção das trocas gasosas;
- ✦ Facilitar a ventilação alveolar;
- ✦ Diminuir o trabalho respiratório;
- ✦ Diminuir a dispneia.

2.3. Revisão histórica: VNI



1530 – surge o primeiro conceito de ventilação mecânica, descrito por *Paracelsus*. Reanimava os seus pacientes utilizando um fôlo de chaminé com uma peça bucal.

Século XX – surgiram os primeiros aparelhos de *ventilação mecânica não - invasiva* – “tanques ventilatórios”, construídos por *John Daziel, Alfred Jones e Woillez*.

Anos 30 – desenvolvidos os primeiros pulmões de aço, aplicados a doentes em falência respiratória por um surto de poliomielite (primeiros a beneficiar da ventilação mecânica por pressão positiva).

Revisão histórica: VNI (cont.)



Anos 50 – surgiram os ventiladores tipo “couraça”, que consistiam numa concha rígida que se fixava firmemente na parte anterior do tórax e abdómen.

Enquadra-se neste grupo, o ventilador tipo “poncho” e que consiste em nylons impermeáveis suspensos sobre o tórax e abdómen por um suporte rígido e unido a um gerador de pressão negativa intermitente.

A ventilação mecânica com pressão positiva ganhou destaque após a **Segunda Guerra Mundial** (1960) – ventiladores microprocessados.

A **ventilação por pressão positiva** foi acompanhando as actualizações tecnológicas e, evoluindo em termos materiais com o constante aparecimento de novos ventiladores e modos ventilatórios, novas interfaces, mais e melhores acessórios.

Tal evolução está directamente relacionada com o aumento das indicações clínicas para esta terapêutica tanto no contexto agudo como crónico.



Indicações para VNI



◆ Insuficiência respiratória aguda:

- Asma severa;
- Exacerbação de DPOC;
- Falência respiratória pós-operatória;
- Pneumonia nosocomial ou da comunidade;
- Edema pulmonar agudo;
- Síndrome de "distress" respiratório agudo;
- Desmame ventilatório;
- Falência pós extubação;
- Pacientes com ordem de não entubar.



Indicações para VNI (cont.)



◆ Insuficiência respiratória crônica - Gasometria caracterizada por: hipoxémia $PaO_2 < 70$ mmhg; hipercapnia $PaCO_2 > 45$ mmhg

- Asma;
- DPOC;
- Doenças neuromusculares;
- Doença da parede torácica;
- Fibrose quística;
- Bronquiectasias;
- Síndrome de hipoventilação;
- Obesidade;
- Síndrome de apneia obstrutiva ou central do sono.



Indicações para VNI (cont.)



◆ Programas de reabilitação respiratória:

- Treino de tolerância ao exercício em DPOC;
- Doenças da parede torácica.

2.5. Tipos de Ventiladores e Interfaces



Máscara Nasal

- ◆ Possibilita a fala e a deglutição;
- ◆ Maior facilidade de expectoração;
- ◆ Menor possibilidade de aspiração em casos de vômitos;
- ◆ Porém possui uma adaptação mais difícil em pacientes com dispneia aguda.



Tipos de Ventiladores e Interfaces



Máscara Facial

Cobre o nariz e a boca impedindo assim as fugas pela boca, no entanto há maior risco de aerofagia e maior sensação de claustrofobia.



Tipos de Ventiladores e Interfaces



Máscara Facial Total

- ◆ Confortável alternativa para pacientes em que a fuga seja demasiado grande com as máscaras nasais ou faciais;
- ◆ Adapta-se à totalidade da face, sem qualquer ponto de pressão.
- ◆ Não obstrui a visão, prevenindo a claustrofobia.



Tipos de Ventiladores e Interfaces



“Helmet”

- ◆ Possibilita ao paciente total liberdade de movimentos da cabeça e pescoço, sem exista qualquer ponto de pressão na cabeça;
- ◆ Permite uma clara visão e comunicação;
- ◆ Deverá ser usado apenas com ventiladores de cuidados intensivos com a devida monitorização.



Tipos de Ventiladores e Interfaces



Peça Bucal

- ◆ Tem sido usada para favorecer VNI em pacientes com falência respiratória crónica que requerem ventilação contínua;
- ◆ Pode ser melhor utilizada durante o dia permitindo ao paciente fazer uma ventilação intermitente com claros benefícios em termos de conforto e tolerância à VMNI.



Tipos de Ventiladores e Interfaces

Máquina da Tosse

Capaz de fazer insuflação com pressão positiva e, aspiração, com pressão negativa



Figura 5 - Máquina da tosse (Cough-assist®).

2.6. Vantagens da VNI



- Mais seguro e eficaz;
- Maior conforto para o doente;
- Pode ser usado de forma intermitente;
- Menor risco de infecção nosocomial;
- Preserva a fala, deglutição, tosse e expectoração (mantém o mecanismo de defesa pulmonar).

Vantagens da VNI (cont.)

- Exige menor tempo de internamento;
- Menor custo;
- Menor necessidade de sedação e menor incidência da atrofia dos músculos respiratórios;
- Menor taxa de mortalidade;
- Não lesiona a via aérea com TET.

2.7. Complicações da VNI

- Fugas e deslocamento da máscara;
- Asfixia pela perda do fluxo ou desconexão do circuito;
- Disfunção respiratória (*taquipneia, respiração paradoxal, taquicardia, sudorese, dispneia, utilização dos músculos acessórios*);
- Intolerância e sensação de claustrofobia;
- Alteração da integridade cutânea;

Complicações da VNI (cont.)



- Secura das mucosas nasal e bucal;
- Aerofagia, distensão gástrica, diminuição da mobilidade diafragmática, risco de broncoaspiração;
- Contaminação do sistema.

2.8. Sinais de Falência da VNI



- Necessidade de $FiO_2 > 60\%$;
- Diminuição do pH e/ou $PaCO_2$;
- Aumento da permanência da $FR \geq 35$ ciclos/min;
- Redução do estado de consciência;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Arritmias graves;
- Isquemia miocárdica;
- Distensão abdominal severa;
- Intolerância à máscara.

2.9. Cuidados de Enfermagem



Antes de iniciar a técnica, é fundamental que o Enfermeiro avalie o estado de consciência do doente.

O Enfermeiro deve explicar ao doente todos os procedimentos a efectuar de forma clara, precisa e objectiva, pois a colaboração do doente é fundamental para o sucesso da ventilação

Reduzir a ansiedade do doente e, consequentemente o medo da morte e de asfixia provocado pela máscara facial ou nasal

Cuidados de Enfermagem



- ➔ Solicitar ao doente a sua máxima colaboração;
- ➔ Montar todo o equipamento, seleccionando o tipo e tamanho da máscara ou conexão nasal e touca, ajustando-os (uma fixação ideal é aquela que permite a colocação com facilidade de 2 dedos entre as tiras elásticas e a face do doente);
- ➔ Conectar a máscara ao ventilador que, habitualmente já está ligado com os parâmetros colocados pelo médico;
- ➔ Colocar tubo de O₂ e seleccionar débito prescrito;
- ➔ Aplicar a máscara no nariz ou face e, verificar se o doente se encontra confortável e sincronizado com o ventilador;

Cuidados de Enfermagem (cont.)



- Colocar a touca na cabeça do doente e fixar com as tiras de velcro;
- Verificar se a conexão expiratória da máscara se encontra correctamente posicionada para evitar reinalação de CO₂;
- Ensinar o doente a alertar caso surjam sinais de desconforto, dor, saída da máscara, náuseas, sensação de enfartamento, dificuldade em respirar e em expelir as secreções;
- Posicionar o doente de forma a facilitar a ventilação;
- Verificar se existem fugas pela máscara ou restante circuito;

Cuidados de Enfermagem (cont.)



- Adequar os períodos de ventilação ao doente e as actividades de vida diária;
- Despistar sinais e sintomas de hipoxémia e insuficiência respiratoria;
- Vigiar quantidade de secreções e capacidade do doente as expelir;
- Nos períodos de interrupção da VNI, administrar O₂ por sonda nasal a um débito mais baixo nas situações de IRA hipercápica; e, na IRA hipoxémica administrar O₂ por máscara;
- Programar desconexões para realizar uma boa hidratação da pele e mucosas;

Cuidados de Enfermagem

- ➔ Vigiar distensão gástrica, considerando a necessidade de entubação nasogástrica;
- ➔ Vigiar integridade da pele nos locais de pressão exercida pela máscara (aplicar creme gordo, se necessário);
- ➔ Vigiar tolerância da VNI (evolução da dispneia, actividade dos músculos respiratórios acessórios, estado de consciência, conforto do doente, FC, TA e oximetria);
- ➔ Trocar filtros a cada 24h;
- ➔ Ensinar o doente a adoptar medidas facilitadoras de drenagem de secreções e a tossir eficazmente, nos períodos de interrupção da VNI;

2.10. Contra - Indicações

ABSOLUTAS

- Incapacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas (depressão do estado de consciência ou coma);
- Instabilidade hemodinâmica (Choque, Isquemia, Arritmias Incontroláveis);
- Traumatismo da face/nariz, queimaduras e intervenções cirúrgicas;
- Pneumotórax não drenado e/ou pneumomediastino;
- Hemorragia gastrointestinal activa/epistáxis incontroláveis;
- Necessidade imediata de ventilação.

2.10. Contra - Indicações

RELATIVAS

- Baixo grau de colaboração do doente;
- Histórico de Angor ou EAM recente;
- Falta de autonomia para remover a máscara quando necessário;
- Obesidade mórbida;
- Necessidade de sedação;
- Necessidade de FiO₂ elevada – hipoxémia refractária;
- Presença de secreções em abundante quantidade.

3. Conclusão

A VNI tem tido uma grande evolução nas diversas patologias que implicam a falência ventilatória.

Melhora a qualidade de vida do doente com patologia respiratória crónica, aumentando a sua qualidade de vida e, conseqüentemente a sua auto – estima.



A VNI é uma técnica que requer ajustes frequentes, o que obriga a que, tanto equipa Médica como de Enfermagem, exerçam uma monitorização apertada para assegurar a compreensão, conforto e colaboração do doente, bem como a eficácia da técnica e prevenção de complicações.

4. Como Montar o Bipap?





5. Bibliografia

CADECO, Aurora [et al.] – Avaliação da Qualidade de Vida dos Doentes com Insuficiência Respiratória Crónica a efectuar Ventilação por Pressão Positiva Não Invasiva no Domicílio. **REVISTA Sinais Vitais**. Coimbra : Formasau. 18 (1998) 29 – 34.

GONÇALVES, Miguel; PINTO, Tiago – Ventilação Mecânica Não Invasiva: Novos Horizontes para a Intervenção da Fisioterapia [em linha]. Porto : EssFisiOnline, [2008] [Consult. 2 Nov. 2008]. Disponível na WWW:

[URL: http://www.ess-ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/revisao_VMNI.pdf](http://www.ess-ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/revisao_VMNI.pdf)

FELGUEIRAS, Joana [et al.] – Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados Intermédios [em linha]. Lisboa : Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, [2006]. [Consult. 17 Out. 2008]. Disponível na WWW:

[URL: http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_073_078.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_073_078.pdf)

MAGANO, Conceição [et al.] – Ventilação Não Invasiva. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra : Formasau. ISSN 0872-8844. 72 (2007) 13 – 19.



Bibliografia

MERCK SHARP & DOHME – Enciclopédia Médica: Doenças do Aparelho Respiratório, Perturbações dos Ossos, Articulações e Músculos (vol. 2). Lisboa : Editorial Oceano, 2006. ISBN 989-554-252-8.

PINHEIRO, Bruno; OLIVEIRA, Júlio César - Ventilação Mecânica Não Invasiva [em linha]. ISSN 1519-521X [2008]. [Consult. 17 Out. 2008]. Disponível na WWW:

[URL: http://www.caps cursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf](http://www.caps cursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf)