



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU
Centro Regional das Beiras

MESTRADO EM ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ORIENTADOR: ENFERMEIRO ESPECIALISTA OLIVÉRIO RIBEIRO

Juliana Verónica Oliveira Lopes

Viseu, Abril 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU
Centro Regional das Beiras

MESTRADO EM ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*Relatório realizado no âmbito do Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica efetuado nos
Serviços de Urgência Geral, Unidade de Cuidados
Intensivos Coronários e Serviço de Pneumologia/
Hematologia do Hospital de São Teotónio, E.P.E.*

Juliana Verónica Oliveira Lopes

Viseu, Abril 2012

“Transportai todos os dias um punhado de terra e fareis uma montanha”

Confucio

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| 1 - INTRODUÇÃO..... | 7 |
| 2 - MÓDULO I – URGÊNCIA GERAL..... | 9 |
| 2.1 - Objetivos Propostos | 10 |
| 2.2 - Atividades Desenvolvidas e Análise Reflexiva | 11 |
| 3 - MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS | 17 |
| CORONÁRIOS (UCIC) | |
| 3.1 - Objetivos Propostos | 18 |
| 3.2 - Atividades desenvolvidas e análise reflexiva | 19 |
| 4 - MÓDULO III – SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA/HEMATOLOGIA..... | 25 |
| 4.1 – Objetivos propostos | 26 |
| 4.2 – Atividades desenvolvidas e análise reflexiva | 26 |
| 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| 6 - BIBLIOGRAFIA | 37 |

ANEXOS

ANEXO 1 – PARÂMETROS OBSERVADOS

ANEXO 2 – DIAPOSITIVOS: “FORMAÇÃO CONTÍNUA CLÍNICA”

ANEXO 3 – GUIA DO ORIENTADOS

ANEXO 4 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

ANEXO 5 – DIAPOSITIVOS “MANIPULAÇÃO E GESTÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES”

ANEXO 6 – DIAPOSITIVOS: “PRECAUÇÕES PADRÃO”

ANEXO 7 – DIAPOSITIVOS “FORMAÇÃO UCIC – “EAM E CIPE”

ANEXO 8 – PADRÃO EXPERIMENTAL UCIC

ANEXO 9 – PADRÃO UCIC REFORMULADO

ANEXO 10 – “MELHORIA CONTÍNUA NA ALTA HOSPITALAR”

ANEXO 11 – DIAPOSITIVOS: “VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA”

ANEXO 12 – “VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA”

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACTP – Angioplastia Coronária Transluminal

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIPAP – Bilevel Positive Pressure Airway

CIPE – Cuidados Internacionais para a Prática de Enfermagem

Cit in – citado por

EEMC –

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

[et al.] – entre outros

HSTV – Hospital São Teotónio

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

SO – Sala de Observações

UDC – Unidade de Decisão Clínica

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VD's – Visitas Domiciliárias

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, surge a elaboração deste relatório, integrado na unidade curricular – relatório. Para os três módulos de estágio frequentados elaborei objetivos específicos para cada um, muitos foram atingidos, outro ainda foram surgindo com o decorrer do estágio. O principal objetivo deste relatório é a reflexão sobre a prática. É sobre a vivência dos diferentes estágios que procurarei debruçar-me, refletindo sobre as escolhas efetuadas, dificuldades sentidas, e claro, o crescimento e desenvolvimento que me proporcionaram.

Este é muito mais do que um relatório descritivo de actividades, é também um análise para avaliar a minha competência na área da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem, no desenvolvimento da profissão e na construção de uma consciência contributiva para o reforço da identidade profissional numa perspetiva holística, ao indivíduo, família, grupos e comunidade.

Ingressei neste curso de especialização, sobretudo para enriquecimento pessoal e profissional, partilhando da opinião de POPLAU *cit in* BOAVISTA (1995)

“a especialização em enfermagem é não só um título, tem implicações para a prática da profissão, não só por ser causa de constante aperfeiçoamento, como também por ser uma das formas pela qual a profissão pode acompanhar os progressos a nível do conhecimento.”

CALLAGHAN e CASTELDINE (1982) *cit in* BOAVISTA (1995) referem-se ainda, ao enfermeiro especialista como alguém com educação suplementar na área da enfermagem, tendo mais conhecimentos que lhe advém de um treino mais avançado, e maior experiência, tendo o enfermeiro especialista portanto, maior rigor na identificação da natureza dos problemas dos doentes e na selecção de intervenções apropriadas.

Esta é a meta que me proponho alcançar, não no final do curso de especialização, pois este é apenas um passo, mas tendo-o como importante ponto de partida, na construção desta nova identidade que é, ser uma enfermeira especialista.

São três os módulos propostos, de 180 horas cada um, num total de 540 horas, e desenvolveram-se no período compreendido entre 19 de Maio de 2008 e 30 de Janeiro de 2009 (tendo o último estágio terminado a 12 de Fevereiro, em virtude de uma formação agendada para esse dia por conveniência do serviço e formadores).

Optei por dividir o relatório em módulos, apresentando os diferentes objetivos a que me propus e atividades desenvolvidas, acompanhadas de reflexões que considere pertinentes.

Sendo assim este relatório encontra-se dividido em 3 módulos:

- Módulo I – Urgência Geral (24/11/08 a 12/02/09)

- Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Coronário (19/05/08 a 11/07/08)

- Módulo III – Pneumologia/Hematologia (06/10/08 a 11/07/08)

Todos foram realizados no Hospital de São Teotónio, não só por ser um hospital central que procura a melhoria contínua na prestação de cuidados em especial ao doente crítico, mas também por me permitir uma maior articulação com o meu horário de trabalho. O módulo III estava inicialmente proposto para o serviço de cardiologia, o qual ainda constou no meu projecto de estágio, entretanto foi alterado após uma conversa informal com o Sr. Enf. Carlos Portugal, enfermeiro chefe no serviço de pneumologia/hematologia, da qual surgiu uma oportunidade de aprendizagem interessante que não quis perder, a qual desenvolverei mais à frente.

No desenvolvimento de cada módulo, serão apresentadas as razões da minha escolha, os objetivos propostos, e por último as actividades desenvolvidas acompanhadas de reflexões pontuais descrevendo o meu percurso como aprendiz.

Por último, serão apresentadas em jeito de conclusão algumas considerações finais, seguidas dos anexos, que não são mais do que trabalhos apresentados durante os campos de estágio, aos quais vou fazendo referência durante o relatório.

2. MÓDULO I – URGÊNCIA GERAL

Apesar de este ser um módulo I e por esta razão ser apresentado em primeiro lugar, foi o último a ser frequentado, decorrendo entre Novembro de 2008 (dia 24) e Fevereiro de 2009 (dia 12). Foram propostas duas orientadoras, Sr.^a Enf.^a Deolinda Frias e Sr.^a Enf.^a Maria José, na perspetiva de facilitar o cumprimento do horário de estágio, uma vez que é condição obrigatória o acompanhamento por parte de um enfermeiro especialista. Ambas demonstraram grande motivação no meu acompanhamento procurando proporcionar-me o máximo de oportunidades de aprendizagem, estimulando a minha curiosidade natural pelas situações de emergência, em particular na prestação de cuidados ao doente crítico.

O serviço de urgência está aberto 24 horas por dia e abrange todo o distrito, estando em permanente articulação com hospitais de distritos contíguos.

Encontra-se dividido em 9 áreas específicas: triagem, sala de emergência, sala de pequenas cirurgias/pensos, sala de atendimento com prioridade não urgente, sala aberta, sala de inaloterapia, sala de gessos, unidade de decisão clínica (UDC) e sala de observações (SO). O número de enfermeiros diurnos (das 8h às 24h) é de 11, diminuindo para 7 durante o período noturno (das 0h as 8h), período nem sempre acompanhado pela diminuição do número de utentes, uma vez que muitos dos utentes que recorrem ao serviço de urgência à tarde vêem-se obrigados a aguardar até madrugada para serem atendidos, especialmente aos menos urgentes.

Existe todo o um leque de especialidades, embora nem todas presentes 24h por dia, havendo por vezes necessidade de transferir doentes para outros hospitais, nomeadamente quando requeridas especialidades como otorrinolaringologia e oftalmologia, ausentes durante o período noturno.

Fazem parte também do serviço de Urgência percursos específicos para doentes do foro neurológico (Via Verde de AVC's) e doentes do foro coronário (Via Verde Coronária).

2.1 Objetivos Propostos

CALYTON (2000) define enfermagem de urgência como a “(...) *prática de cuidados de saúde/técnicas, profissionais sofisticadas necessárias nas situações de emergência e(ou risco de vida (...))*”, partindo deste princípio embora verdadeiro, algo limitativo do que é cuidar num serviço de urgência, tracei o caminho que tencionava percorrer.

No seu conjunto, fazem parte desta lista os objetivos inicialmente propostos no projecto de estágio, bem como os objetivos que com o decorrer do estágio foram surgindo, fruto da minha expectativa, e do diagnóstico de algumas carências detectadas. De modo sucinto:

- Tomar decisões fundamentadas em situação de emergência, atendendo às evidências científicas;
- Demonstrar capacidade de reação perante situações complexas e imprevistas, nomeadamente na abordagem ao doente crítico;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde;
- Participar nos cuidados prestados nas diferentes valências do serviço especialmente triagem, sala de reanimação, sala de observação e sala aberta;
- Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas;
- Estabelecer prioridades de atuação na sala de reanimação, permitindo uma rápida estabilização do doente crítico;
- Colaborar em situações novas com vista ao desenvolvimento de competências técnicas e destreza manual, como sendo, entubações endotraqueais, algoritmo de suporte básico e avançado de vida;
- Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo a articulação entre diversos intervenientes,

- Compreender o doente como um todo, e através de uma abordagem holística conhecer episódios anteriores e motivo de recorrência ao serviço de urgência, história familiar e sua condição socioeconómica;
- Promover uma articulação eficaz entre cuidados de saúde hospitalares e outras instituições nomeadamente, cuidados de saúde primários e eventuais instituições cuidadoras (unidade de cuidados continuados, lares ...)
- Identificar eventuais áreas para investimento pessoal, com desenvolvimento de ações de formação pertinentes;
- Participar na gestão de cuidados, recursos humanos e materiais no serviço de urgência.

2.2 Atividades Desenvolvidas e Análise Reflexiva

Com o decorrer do estágio, a integração na equipa multidisciplinar e o relacionamento com as minhas orientadoras foi facilitando o alcance dos objetivos propostos.

Acredito que as situações novas e oportunidades de aprendizagem num serviço de urgência de um hospital central são constantes, especialmente na época invernal na qual decorreu. A sala de reanimação estava quase sempre com doentes, e o sinal sonoro de aviso de chegada de doentes de críticos soava regularmente, pelo que procurei aproveitar ao máximo as oportunidades com que me deparava. O tempo passa a voar, e no final de um turno, fica-se com uma sensação leveza própria da descarga de adrenalina a que fomos submetidos. Assim se compreende melhor a sensação de adição que alguns enfermeiros confessaram ter pelo serviço de urgência, pelas situações limite com que se depara diariamente.

Apesar do esforço de alguns profissionais, constatei que por vezes o trabalho de urgência pode ser algo ingrato. Com a afluência diária de centenas de doentes, torna-se difícil um atendimento personalizado e humano, as salas de espera tornam-se pequenas, as pessoas amontoam-se em cadeiras de rodas, partilham suportes de soro, passam noites em macas...

É doloroso ver a quantidade de pessoas que esperam horas a fio para serem atendidas, que nos abordam apenas para pedir um copo de água ou colocar um urinol. Uma vez que pouco podia contribuir para um atendimento

mais rápido, pois na maioria das vezes isso depende mais da classe médica do que da de enfermagem, tentei que a espera fosse o menos desconfortável possível para quem os minutos parecem horas.

Um dos meus objetivos, partilhado por restantes dos colegas de estágio, era o de deixar um contributo no serviço, uma mais valia que melhorasse um ou outro aspeto que estivesse menos bem.

Em conversa com O Sr. Enf. Chefe António Presas, contou-nos que tinha graves dificuldades em gerir os assistentes operacionais, uma vez que sobre eles recaem funções de limpeza de bancadas e equipamentos, transporte de doentes, colaboração na satisfação de necessidades humanas básicas como higiene, alimentação, entre outras funções. Sugeriu-nos que durante os turnos, fossemos observando as atividades dos assistentes operacionais e as registássemos exaustivamente, para assim poder apresentar ao conselho de administração do hospital dados objetivos em como precisa de mais pessoal assistente operacional.

Após uma observação cuidada, efetuámos uma grelha com parâmetros a observar desempenhados pelos assistentes (Anexo 1) deparámos que muitas das funções dos assistentes eram realizadas por médicos e enfermeiros, tais como transporte de macas, limpeza de bancadas, transferência de doentes, entre outras. Algumas funções embora observadas, não foram detetadas com a frequência desejada, sendo normalmente realizadas pelos mesmos assistentes operacionais, estando relacionadas essencialmente com limpeza de bancadas e equipamentos.

Um facto surpreendente, tanto para nós como para o Sr. Enf. Chefe foi a constatação que alguns assistentes assumiam funções que não eram da sua competência, tal como fechar sistemas de soros e retirar os mesmos, trocar sacos coletores de urina e obturar cateteres. Apesar destes graves contratempus a grelha efetuada foi de grande utilidade, pois foi apresentada à administração, provando a necessidade de mais assistentes no serviço de urgência, assim como permitiu chamar a atenção os assistentes de uma forma geral para que apenas realizam atividades dentro das competências lhes são atribuídas.

Ainda acerca dos recursos humanos, a gestão dos mesmos, bem como dos recursos materiais apresenta-se uma função difícil de desenvolver no serviço de urgência, os horários de dezenas de pessoas, as trocas de turnos, os pedidos de material de consumo clínico, de farmácia, entre outras burocracias, deixam pouco tempo para a resolução de problemas que possam pontualmente sobrevir relacionados com a equipa e utentes. Daí a necessidade de enfermeiros de apoio, nos turnos de manhã e tarde, no fundo, um enfermeiro (sempre especialista) que assumia funções de chefia durante a ausência do enfermeiro chefe, e de apoio ao mesmo nas manhãs em que estava presente.

Muitos foram os momentos em que acompanhei uma das minhas orientadoras (Sr. Enf. Deolinda) em funções de apoio, e devo referir que não é tarefa simples, para além de funções de coordenação e gestão de serviços onde há uma maior quantidade de trabalho, para evitar tempos de espera de excessivos.

Trabalhar no “fio da navalha” é a expressão adequada para o desenvolvimento de funções em situações limite como as que diariamente surgem no serviço de urgência. Os doentes muitas vezes perdem a paciência, saturados de horas de espera, nem sempre nas melhores condições, os acompanhantes desesperam por não poder valer aos seus familiares em momentos de dor e angústia, e os profissionais como humanos que são, por vezes refugiam-se em expressões de indiferença, e numa postura mais mecânica e tecnicista. Enquanto aluna e prestadora de cuidados especializados, procurei marcar a diferença, e apostar numa abordagem holística, mais humana, demonstrando que um pouco mais de atenção e cuidado, podem fazer toda a diferença.

Esta foi também a postura que quis passar aos novos alunos do 4º ano de licenciatura em enfermagem que diariamente passam no serviço de urgência, muitos deles vêem em nós um misto de profissional e aluno, por um lado já somos enfermeiros, e portanto podemos facultar-lhes alguma informação e experiência, por outro como estamos também numa posição de aprendizes (embora num outro patamar) sentem que podemos retirar dúvidas, expor dificuldades, e opinar acerca do que consideram que podia ser melhorado no seu ensino clínico.

Contatando com uma realidade que apesar de distante me é familiar e relembro alguns conceitos estudados já no curso de pós licenciatura de EEMC, entende-se por supervisão clínica

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

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

Partindo desta ideia, e indo ao encontro de algumas lacunas identificadas por diversos enfermeiros, ligadas essencialmente à falta de uniformização de graus de exigência e critérios de avaliação dos alunos do 4º ano, surgiu a ideia de uma ação de formação elaborada em conjunto com os colegas Daniela Fernandes e Daniel Paiva acerca do tema – Supervisão Clínica em Enfermagem (Anexo 2), acompanhada da construção e entrega de um Guia de Orientador (Anexo 3) no qual consta um instrumento de avaliação (Anexo 4) dois alunos nas diferentes valências do serviço de urgência.

Fazem parte do guia de orientador, os modelos de supervisão clínica existentes, nomeadamente os definidos por ARMITAGE e BURNARD (1991) cit in ABREU (2003, p.55) *mentorship, preceptorship, multitor e integrativo*.

No entanto, para ALARCÃO e TAVARES (2003) cit in ABREU (2003), Independentemente do modelo tutorial adotado, é imprescindível que se promova nas instituições de saúde *“espaços de formação reflexiva”*, 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.

Definidas no guia estão também as características desejáveis de um bom orientador: perícia, experiência, aceitabilidade e formação – COTRELL (2000).

Por último constam as habilitações académicas/profissionais dos enfermeiros de urgência.

Creio termos atingidos o principal objetivo desta formação elaborando um Guia para os enfermeiros Orientadores de alunos do curso de Licenciatura em Enfermagem, com vista à uniformização de critérios de orientação. Apesar do esforço, notei que ainda ficam por resolver algumas questões complexas e

algo subjetivas, tais como traduzir para itens mensuráveis, os diversos objetivos a alcançar pelos alunos, um exemplo dado pelo Sr. Enfº. Paulo Silva foi: - “como definir o que é acolher eficazmente o doente e família?” – Um dos objetivos a atingir, comum a todas as valências do serviço, a procura de resposta é um desafio para próximas formações, uma vez que a dúvida estimula a pesquisa de respostas e debate de ideias.

Ficou a sensação que este foi um passo embora pequeno, importante para a melhoria da supervisão clínica dos alunos do 4º ano de licenciatura.

Como foi referido anteriormente, uma das lacunas no serviço de urgência prende-se com a falta de assistentes operacionais, apesar das falhas em algumas funções próprias da classe, foi-nos transmitida a ideia que esta é também uma classe muito aderente a formações em serviço, procurando uma atualização constante de conhecimentos. Partindo deste princípio, procurámos investir numa formação na qual pudessem participar não só enfermeiros como também assistentes operacionais.

Foi então que em conversa com os orientadores surgiram dois temas pertinentes **Precauções Padrão e Triagem de Resíduos Hospitalares**. Temas relacionados com a prevenção de infeção hospital, que necessitam de constante formação quer para atualizar conhecimentos antigos , quer para adquirir novos, uma vez que

“a prevenção das infeções associadas a cuidados de saúde é responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde. Todos devem trabalhar em cooperação para reduzir o risco de infeção nos doentes e nos profissionais. Isto inclui, os profissionais que prestam os cuidados diretos ao doente, a gestão, as instalações, o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos. Os programas de controlo de infeção são eficazes desde que sejam abrangentes e incluam atividades de vigilância e prevenção, assim como a formação de profissionais”.

DGS, Prevenção de Infeções Adquiridas no Hospital, Guia prático

Uma vez definidos os temas, optámos por apresentá-los numa mesma formação para promover uma maior aderência e também porque se tratam de temas interligados. De seguida dirigimo-nos á CCI, para confirmarmos que os nossos conhecimentos estavam de acordo com as atuais guidelines propostas

pela Direção Geral de Saúde, fomos felicitados pela escolha do tema estimulados a consultar também o material teórico que nos foi transmitida nas aulas de EEMC.

No desenvolvimento do tema – Triagem de Resíduos Hospitalares, abordamos: conceito de limpeza hospitalar e tipos de limpeza; manipulação e gestão dos resíduos hospitalares; definição de resíduos hospitalares, sua classificação, triagem e acondicionamento, por último o processamento e tratamento dos resíduos hospitalares. (Anexo 5)

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (2007) define infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como uma:

“infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”.

Na prevenção das IACS, as Precauções Padrão tem um papel fundamental, uma vez que contribuem significativamente para a sua redução.

Relacionados com este tema, abordamos os factores epidemiológicos (agente, hospedeiro, ambiente e vias de transmissão), definimos o conceito de precauções padrão universais, seus objectivos e formas de aplicação, para finalizar desenvolvemos os diferentes níveis de protecção existentes que incluem lavagem das mãos, controlo ambiental, saúde e segurança dos profissionais, higiene respiratória e práticas de injeção segura (Anexo 6)

A adesão foi boa, tanto por parte dos colegas como dos assistentes operacionais, no final dúvidas foram esclarecidas e no geral o tema foi considerado pertinente. Pelo nível de participação de alguns elementos, especialmente assistentes operacionais, pude verificar que são de facto uma classe atenta que procura a melhoria contínua, o que tornou gratificante o nosso esforço.

3. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS (UCIC)

Este foi o primeiro campo de estágio frequentado, decorreu entre os meses de Maio (dia 19) e Julho (dia 11). Na impossibilidade de estar todos os turnos com a Sr^a. Enf^a. Chefe Natália Soares, a única enfermeira especialista da unidade, acabei por ficar sob a orientação da Enf^a. Filomena, para assim conseguir frequentar o local de estágio em tempo útil.

Este campo de estágio foi o primeiro a ser definido, pois mesmo antes de ingressar na pós-licenciatura em EEMC, sempre tive um interesse especial pelos doentes com patologia cardíaca, em particular pelo doente crítico coronário.

Em 1982 foi criada a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários instalada num pavilhão anexo ao edifício principal, no mesmo anexo coexistiam as enfermarias de Cardiologia e Cardiopneumografia. Em Julho de 1997 ocorreu a transferência para o actual Hospital S. Teotónio. Actualmente, o cargo de Diretor de Serviço é desempenhado pelo Sr. Dr. Oliveira Santos e, o de Enfermeiro Chefe pela Sr^a. Enf^a. Natália Soares.

É razão primária da UCIC assistir os doentes do foro cardíaco que necessitam de vigilância e tratamento intensivo, devido à gravidade da sua situação.

São também objectivos fundamentais, proporcionar cuidados de qualidade, salvaguardando a vida e bem-estar dos doentes e seus familiares, para além do internamento, através de um encaminhamento cuidado para a alta.

A unidade é constituída por 3 áreas distintas:

- *Unidade de Cuidados Intensivos* (5 quartos individuais, com braço técnico que suporta monitor cardíaco, rampa de O2 e aspiração e, outro material diverso);
- *Unidade Intermédia* (sala com três camas, com monitor cardíaco, rampa de O2 e aspiração);
- *Sala de Implementação de Pacemakers* (constituída por uma adufa para desinfecção e pela sala de implementação, a qual contém uma mesa operatória manobrável, intensificador de imagem, desfibrilhador e rampa de O2 e aspiração).

Este estágio permitiu não só percorrer as diferentes áreas funcionais da unidade, como também conhecer diferentes serviços com os quais a unidade se articula, nomeadamente com Exames Especiais – hemodinâmica, e cardiologia.

3.1 Objectivos Propostos

No seguimento do módulo anterior, também aqui incluirei para além dos objectivos propostos no projecto de estágio, objectivos que com o decorrer do estágio me pareceram oportunos

Assim temos, como principais objectivos:

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o utente e família na área de EEMC;
- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto aos enfermeiros quanto ao público em geral;
- Promover a formação e participar em actividades de interesse para o serviço na área da EEMC;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas, estabelecendo prioridades de actuação;

- Prestar cuidados de enfermagem especializados aos doentes com patologia cardíaca;
- Adquirir conhecimentos na interpretação dos traçados electrocardiográficos mais frequentes, suas causas e consequências;
- Promover a adesão ao regime terapêutico e à aquisição de hábitos de vida saudáveis, contribuindo para uma alta segura;
- Avaliar a evolução do doente em função da terapêutica administrada, tendo em conta as suas indicações e efeitos secundários,
- Participar na gestão da unidade, em colaboração ativa com a Sr^a. Enf^a. Chefe.

3.2 Atividades desenvolvidas e análise reflexiva

Refere LINDA (2008) que se estima que cerca de 400000 e 460000 perecem por ano de morte súbita de causa cardíaca, o que constitui mais de 60% de todas as mortes de causa cardíaca. Os números justificam o investimento cada vez maior nesta área, com aparecimento de novas tecnologias, melhores formas de prevenção e tratamento, o que se traduz num campo de estágio rico em novas oportunidades de aprendizagem.

De encontro aos meus objectivos, fiquei desde o primeiro dia com doentes distribuídos, podendo explorar todos os aspectos complexos inerentes ao doente coronário, relacionados quer com a patologia, quer com o equipamento, e até mesmo com formas de tratamento, tudo isto sem esquecer o doente, que muitas vezes é reincidente, e vive um turbilhão de angústia e ansiedade.

Foi possível assistir a implantações de pacemakers, um procedimento rápido, que embora com risco, se encontram minimizados fruto dos avanços tecnológicos.

Mais interessante, foi o dia que passei na sala de hemodinâmica a assistir a uma angioplastia coronária transluminal (ACTP). Diz-nos SWEARINGEN e KEEN (2001) que se trata de um procedimento invasivo, destinando-se a melhorar o fluxo sanguíneo através de artérias coronárias estenosadas, é feito através da inserção de um cateter com balão na ponta na

artéria coronária que é enchido de maneira a comprimir a parede do vaso, e assim abrir o lúmen estenosado. Nas 3 ACTP's observadas, duas delas obrigaram à colocação de "stent", uma espécie de pequena rede que mantém a artéria funcionando. Após este tipo de intervenção o doente é obrigado a permanecer em decúbito dorsal sem flectir o membro nem elevar sequer a cabeça durante 6 horas, o perigo de hemorragia é muito elevado, e foram vários os casos de doentes na UCIC que desencadearam hemorragias extensas, com necessidade de intervenção rápida, apenas por não cumprirem esta regra.

Na unidade todos os doentes se encontram monitorizados a nível electrocardiográfico, para além disso, antes do pequeno-almoço, todos os doentes são submetidos a um electrocardiograma (ECG) de 12 derivações, ou seja, a vigilância é apertada, e qualquer alteração no traçado fica registado (e imprimido), havendo o rápido despiste de eventuais arritmias cardíacas.

Embora a tecnologia seja uma aliada fundamental, é também uma enorme fonte de stress. A especificidade do ambiente, o estado de dependência total, a permanente angústia emocional presente em qualquer unidade de cuidados intensivos, não esquecendo a luz, o ruído da monitorização, o ruído provocado pela equipa de saúde, a ausência de intimidade, os procedimentos invasivos e a monotonia sensorial, são factores desencadeantes de ansiedade que dificultam o processo de cura, comprometendo a alta do doente.

Mais uma vez procurei humanizar os cuidados o mais possível, encarando de forma holística o doente, permitindo a expressão das suas dúvidas e angústias. Lembro o caso de uma doente de 47 anos, professora, vítima de um EAM, cujo sorriso fácil e expressões de boa disposição e optimismo, tentavam esconder os medos que a assaltavam a todo o momento. Pondo em prática o que foi leccionado nas aulas teóricas, aliando alguma intuição do momento, procurei conquistar a confiança desta doente, descobri com o decorrer dos 3 turnos em que estive com ela, que tinha um enorme medo de morrer, de não poder criar os filhos, uma vez que era divorciada e tinha sérias dúvidas do interesse do pai pela criação e educação dos seus filhos. Lado a lado com o medo estava o sentimento de culpa, tinha excesso de peso (sobretudo gordura localizada na região abdominal) era fumadora (cerca

de 30 cigarros/dia), e a ansiedade em que se encontrava quase permanentemente, uma vez que segundo a mesma “tudo recai sobre os meus ombros...”, deixavam-na exposta a altos níveis de distress.

No fundo a doente sabia que o seu estilo de vida, aliado à idade, potenciava a existência de doença coronária. Não foi difícil explicar o que tinha de mudar nos seus hábitos, no entanto, a maior dificuldade residia na colocação em prática dos ensinamentos efectuados. Comprometeu-se em deixar de fumar e tentar relaxar um pouco mais, talvez até iniciasse uma actividade física.

Lembro este caso apenas a título de exemplo, uma vez que esta é uma realidade frequente na UCIC: doentes que apesar de informados, mantêm um estilo de vida repleto de factores de risco (tabagismo, alimentação rica em gordura animal, sedentarismo...) que admitem parecerem esperar o primeiro “susto” para iniciar todo um processo de mudança, por vezes tarde demais, pois muitas vezes reincidem.

A patologia que mais interesse me desperta, pelo desafio que constituem casos como o supracitado, é o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

“termo usado para descrever a necrose (morte celular) irreversível do miocárdio, que resulta de uma diminuição súbita ou mesmo interrupção total do aporte sanguíneo a uma determinada área do miocárdio (...) electrocardiograficamente traduz-se por elevação do segmento ST no ECG de 12 derivações (supradesnivelamento ST).

LINDA (2008)

Por outro lado, SWEARINGEN e KEEN (2001), referem que pouco mais de 42% dos doentes com EAM têm desnivelamento de ST, no ECG de 12 derivações efectuado na admissão ao serviço de urgência, o que exige outros métodos de diagnóstico, sobretudo baseado nos sinais e sintomas (dor pré-cordial), polipneia, sensação de opressão no peito, sudorese, palidez, entre outros) e doseamento de enzimas cardíacas (sobretudo a troponina).

O EAM é também a patologia mais frequente na UCIC, e talvez por esta razão tenha sido eleita para ser aprofundada num trabalho realizado pelas duas alunas que se encontravam em estágio do 4º ano de licenciatura em enfermagem. Foi proposto a mim e à colega Daniela Fernandes, moderar a apresentação de um estudo de caso de um doente com EAM, realizado pelas alunas. Realizou-se uma breve abordagem da patologia em questão, seguindo-se uma análise dos registos de enfermagem efectuados, de forma a serem analisados aspectos que deveriam ser melhorados tendo em conta a CIPE (Anexo 7)

A CIPE como o nome indica pretende uma classificação universal para a prática de enfermagem, tendo vindo a ser implementada em todo o hospital inclusive na UCIC. Foi-nos proposto melhorar o padrão experimental que estava a ser aplicado na unidade, uma vez que dado o seu carácter experimental ainda suscitava muitas dúvidas sendo apontadas algumas falhas. (Anexo 8)

Para poder melhorar algo é necessário estar por dentro da realidade, sendo assim, para AFFARA e OGUISSO (2000), são principais objectivos da CIPE:

- Estabelecer uma linguagem comum acerca da prática da enfermagem, a fim de melhorar a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais;
- Descrever os cuidados de enfermagem às pessoas (indivíduos e famílias) nas diversas unidades, sejam institucionais ou não institucionais;
- Possibilitar comparar dados de enfermagem com outras áreas clínicas, sectores, áreas geográficas e épocas;
- Demonstrar ou projectar tendências na prestação de cuidados e tratamentos de enfermagem e na alocação de recursos para os pacientes, de acordo com as suas necessidades baseadas nos diagnósticos de enfermagem;
- Estimular a pesquisa de enfermagem (investigação) através de dados disponíveis nos sistemas de informação em enfermagem e outros sistemas de informação de saúde;

- Fornecer informação à tomada de decisão política, isto é, prover dados sobre a prática da enfermagem a fim de influenciar decisões na política da saúde.

Embora tenha alguns conhecimentos acerca da CIPE, tive necessidade de aprofundar outros, especialmente relacionados com o doente coronário, para tal pesquisámos o que se passava em serviços de cardiologia e UCIC's de outras instituições de saúde. Baseadas nesta pesquisa e nas opiniões dos enfermeiros, que apontavam algumas lacunas no padrão experimental, nomeadamente, morosidade no preenchimento e pouca clareza de algumas acções, efectuámos alterações presentes que considerámos pertinentes, apresentando-as a toda a equipa numa reunião agendada para dia 18 de Junho de 2008 pelas 14 horas. As opiniões não foram unânimes, e suscitaram debate aceso, percebi que nem todos estão por dentro dos objectivos da CIPE, e alguns resistentes à mudança, consideravam-na mesmo uma perda de tempo. No entanto, na sua grande maioria, a equipa considerou como úteis as mudanças efectuadas, e passariam a utilizar o padrão reformulado (Anexo 9).

O último objetivo, relacionado com o acompanhamento da Sr^a. Enf^a. Chefe Natália Soares na gestão da unidade, surgiu com o decorrer do estágio, esta é a meu ver uma área de interesse no desenvolvimento da profissão, especialmente num curso de especialização, não a considero no entanto, finalidade em si, pois tal como referido na introdução deste relatório, creio que uma especialização em geral, na área de médico-cirúrgica em particular, tem muito mais a oferecer.

Foi uma semana rica em aprendizagem, como enfermeira, nunca me apercebi da complexidade que é gerir um serviço, especialmente uma unidade de cuidados intensivos. É necessário gerir os recursos humanos, com realização de horário, registo de trocas, distribuição de doentes, entre outras acções que requerem resolução rápida de pequenos conflitos no interior da equipa; como também gerir os recursos materiais, pedindo consumo clínico, farmácia, e um ou outro material que seja necessário e esteja em falta. Procurei participar em todas estas acções, colaborando também na auditoria

interna a alguns processos de enfermagem do serviço de ORL, bem na melhoria de diversos manuais e protocolos da unidade, uma vez que durante essa semana decorriam auditorias externas ao hospital.

No geral, este estágio correspondeu às minhas expectativas, tendo alcançado de uma forma geral os objectivos propostos, tenho a apontar apenas alguma resistência à mudança por parte de alguns elementos da equipa, como causadora de alguma dificuldade à implementação de projectos de melhoria na unidade.

4. MÓDULO III – SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA/HEMATOLOGIA

Este estágio decorreu entre Outubro (dia 6) e Novembro (dia 21) sendo a meu ver, o mais importante dos campos de estágio, pois é aquele que de alguma forma mais motivante e de maior interesse pessoal.

Tal como referi nas primeiras páginas, este não foi o campo de estágio proposto inicialmente, faziam parte do projecto de estágio os objectivos propostos para o serviço de cardiologia, por ser uma área particularmente interessante, no entanto corria o risco de me tornar repetitiva, uma vez, que já iria frequentar a UCIC como local de estágio.

Em conversa ocasional com o Sr. Enf^o. Chefe do serviço de Pneumologia/hematologia Carlos Portugal, falámos de um projecto que está a ser implementado no serviço – “Melhoria contínua na Alta Hospitalar”, preconizando a análise do processamento e eficácia da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Considerei este projecto muito motivante, obrigando-me a trabalho de campo, fora do ambiente hospitalar, permitindo para além de algum trabalho de investigação, o contacto com a realidade sócio-económica do doente, encarando-o como um todo, indissociável da sua realidade familiar e social.

Conversei deste projecto com a colega Daniela Fernandes (que também tinha escolhido como módulo opcional o serviço de cardiologia), mostrando-se imediatamente interessada em ingressar também neste projecto. Após colocar a proposta ao meu orientador de estágio, Sr. Prof. Olivério, informou-me que esta era viável, foi então com enorme satisfação, que ingressei neste projecto, devendo referir que foi o mais gratificante de todos os desenvolvidos durante o curso de especialização.

4.1 Objectivos propostos

Uma vez que o serviço de pneumologia/hematologia é o meu local de trabalho, os meus objectivos passam essencialmente pelo investimento fora do espaço físico do serviço, e menos na prestação de cuidados directos ao doente. Sendo assim, fazem parte:

- Esclarecer com clareza e precisão, o utente e família, para a importância do cumprimento do plano terapêutico prescrito;
- Instituir um plano terapêutico em colaboração com o doente e família.
- Explicar ao utente/família os efeitos colaterais dos fármacos e, efectuar ensinamentos oportunos nesse sentido;
- Participar como agente dinamizador nos cuidados de saúde,
- Identificar factores de risco para doenças do foro pulmonar e hematológico, suas formas de prevenção e, efectuar ensinamentos oportunos;
- Acompanhar o doente, de uma forma holística, desde a sua admissão, avaliando a necessidade da continuidade de cuidados no pós-alta;
- Avaliar a qualidade e continuidade de cuidados, tendo em conta a articulação do Hospital com os Cuidados de Saúde Primários;
- Realizar uma acção de formação à equipa de Enfermagem com o objectivo de aprofundar os conhecimentos relativamente à VMNI, suas aplicações e objectivos, complicações e o papel do enfermeiro no doente submetido a VMNI.

4.2 Actividades desenvolvidas e análise reflexiva

O projecto “Melhoria contínua na Alta Hospitalar” (Anexo 10) surge após constatação que os procedimentos inerentes à alta dos doentes não eram

uniformes nem devidamente programados, o que gerava uma constante descontinuidade na informação clínica. Assim, o principal objectivo deste trabalho é a uniformização e a programação atempada da alta hospitalar, de forma a promover uma eficaz articulação entre Hospital, Centro de Saúde e Família, proporcionando as melhores condições para a continuidade dos cuidados.

O trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos, no primeiro é realizado um breve enquadramento teórico da temática em questão, obrigou a algum trabalho de investigação, com recurso a bibliografia diversa, no segundo abordámos a metodologia utilizada para a realização do estudo, no terceiro são apresentados e analisados os resultados obtidos, por último terminamos com as conclusões retiradas do estudo.

Do enquadramento teórico, faz parte alguma revisão histórica do sistema de saúde português, seguida da abordagem à articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares, na qual constatamos que segundo Silva (1983), 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 aconteceram 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”.

Assim, 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 actual regime de saúde.

Contudo a Administração Regional de Saúde Norte, sensível às prováveis dificuldades de articulação entre os CSP e os CSH, levou a cabo um estudo, realizado por uma equipe 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 actividades de consultadoria efectuada por médicos especialistas do hospital.

Posto isto, torna-se importante garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, devendo esta 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.

Ainda no enquadramento teórico, procurámos contextualizar o doente dependente e o seu cuidador, na articulação entre os CSP e os CSH.

VILÃO (1995) considera que uma pessoa dependente é aquela que necessita de transferir para terceiros as actividades referentes à satisfação das “*necessidades humanas básicas*” (NHB’s) no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência. A dependência física pode reflectir-se ao nível da

marcha, da higiene, da alimentação, etc. O mesmo autor refere ainda que, 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 ajuda recebida pode ser de âmbito profissional (*cuidados formais*), prestada pela família ou pelos vizinhos/amigos (*cuidados informais*).

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

A nossa principal preocupação recai sobre o cuidados familiar de idosos dependentes pois é o que mais precisa 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 e capacitação. 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.

No segundo capítulo, abordamos a metodologia escolhida, do qual faz parte o tipo de estudo, neste caso um estudo exploratório recorrendo à metodologia qualitativa. 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 seio familiar com a pretensão de efectuar uma pesquisa aprofundada, sistemática e reflexiva.

É também abordado neste capítulo o instrumento de colheitas de dados. A recolha de dados é feita, direta e exclusivamente, por nós, 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 respectivas técnicas da investigação qualitativa (BRUYN [et al], 1975, *cit in* LESSARD-HÈRBERT [et al], 1994).

As entrevistas realizadas foram semi-dirigidas, e precedidas da elaboração de um guião de entrevista (anexado no trabalho).

Após efectuarmos a colheita de dados, procedemos à análise de conteúdo, sendo esta uma das “*técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais*” (VALA, 1986, p. 101).

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 adoptar um procedimento de selecção deliberado, dadas as características específicas do estudo, as fontes potenciais de falta de confiança e algumas reticências geralmente associadas à intenção de estudar determinados aspectos da vida de uma organização (BUCHANAN [et al], 1988), *cit in* AFONSO (1994).

Os doentes presentes no estudo são todos os dependentes/semidependentes (avaliado grau de dependência segundo índice de Katz) da amostra seleccionada que estiveram anteriormente internados na Unidade de Pneumologia/Hematologia do HSTV. Procedeu-se posteriormente à análise documental dos processos hospitalares, bem como dos processos dos Centros de Saúde de referência.

A pesquisa centrou-se sobretudo na selecção da informação específica necessária, tal como a faixa etária dos doentes, os problemas/necessidades detectadas no internamento, os cuidados de enfermagem que necessitem de continuidade, nas indicações dadas às famílias dos doentes dependentes no que respeita aos cuidados a prestar no domicílio e no plano de apoio a esses doentes, definido pelo Centro de Saúde em estudo.

No terceiro capítulo constam a apresentação e discussão dos resultados, para este relatório creio interessar apenas a discussão de resultado. Estes mostram que no total dos seis processos analisados, todos tinham devidamente preenchidos os requisitos da alta, carta de enfermagem, carta de alta médica e índice de Katz. O mesmo não se passa com o comprovativo de fax, este comprovativo foi a forma encontrada pelo serviço, de garantir que a informação dos doentes dependentes e semi-dependentes, chegava ao centro de saúde, no entanto, apenas um processo exibia esse comprovativo. 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 com os cuidados diários e constantes a ter com a alimentação, 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 equipe de enfermagem do Hospital, ficando por explicar quem prestaria esses cuidados.

Algo preocupante neste pequeno estudo, está relacionado com dois processos que representavam 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 sabendo portanto as condições em que viviam estes doentes, nem dos cuidados de saúde que necessitavam.

Por último no quarto capítulo são apresentadas as conclusões deste estudo.

Dele emerge a existência de desfasamentos entre o programa de cuidados proposto pelo Hospital e o realizado pelo Centro de Saúde. Tendo em conta alguns cuidadores informais, o Centro de Saúde não responde às necessidades do doente dependente ao nível de 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 de em dar resposta, devido à idade já avançada, limitações físicas, etc.

É notória uma desarticulação entre os cuidados executados pela equipe de Enfermagem de 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 domicilio, 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, assim como uma perda de ganhos em saúde.

Para CABRAL (2002), as 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 directamente 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.

A reestruturação dos cuidados de saúde primários com a criação das Unidades de Saúde Familiar e a Rede de Cuidados Continuados contribuiu para face às insuficiências assinaladas, tal como aconteceu com um dos utentes, uma vez, que o cuidador informal não tinha capacidade de satisfazer diariamente as necessidades humanas básicas do doente, impondo-se a transferência para uma unidade de continuados.

Julgo que a pressão que recai sobre a actividade 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, como solução dever-se-á pensar no processo de alta do doente logo que este é admitido, efectuando ensinamentos pertinentes ao cuidador informal, e quando possível contactar o centro de saúde, para que estes também possam programar as visitas domiciliárias a efectuar.

O facto de nos deslocarmos ao ambiente familiar do doente, e observarmos *in loco* as condições em que alguns vivem, transforma a nossa visão do doente, passamos a vê-lo de uma forma mais abrangente e holística, tendo sido esta experiência fundamental para o desenvolvimento de competências humanas e relacionais, e para um crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional.

Apesar da importância pessoal deste trabalho, não foi o único contributo que quis deixar no serviço. Alguns turnos de estágio foram passados no serviço, nos quais fiquei por opção com doentes dependentes, com intenção de participar na sua programação para alta. Identifiquei cuidadores informais,

procurei diagnosticar dificuldades e programei ensinamentos em conformidade, mais tarde acabei por visitar o doente e família, ficando muito feliz por verificar que tudo estava a decorrer melhor que o esperado, superando as expectativas. Devo referir que foi muito gratificante a relação estabelecida com alguns doentes e familiares, não esquecendo o contributo que este estágio teve para a mudança da minha visão do doente e família.

Como complemento, optei por investir em conjunto com a colega Daniela numa formação sobre Ventilação mecânica não-Invasiva (VMNI) com o principal objectivo de promover a integração de novos elementos no serviço de Pneumologia e, em particular na Unidade de Ventilação Não-Invasiva, que tinha abertura prevista para Novembro de 2008. Desta formação fazem parte a apresentação de diapositivos acerca da VMNI (Anexo 11) com demonstração prática da montagem do bipap, bem como a entrega do trabalho teórico e respectiva pesquisa bibliográfica (Anexo 12).

Estruturalmente, este trabalho divide-se em 3 partes: na primeira é feita uma breve revisão sobre a anatomo-fisiologia do aparelho respiratório; a segunda, abrange a Ventilação Não Invasiva, definindo MAGANO [et al.] (2007, p. 13), VMNI *“como uma técnica que permite aumentar a ventilação alveolar, que melhora, assim, as trocas gasosas, evitando o recurso à intubação endotraqueal e todas as complicações associadas”*.

Ainda nesta segunda parte, fazemos referência à evolução histórica da VMNI, indicações, complicações, vantagens, tipos de interface e cuidados de enfermagem, por fim, concluímos com uma breve análise reflexiva do tema em questão.

A equipa ficou grata com a escolha do tema, uma vez que com a abertura da nova unidade, o manuseio eficaz dos bipap's torna-se fundamental, particularmente para os novos elementos admitidos na equipa, que assim para além de aprofundarem conhecimentos puderam esclarecer eventuais dúvidas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em jeito de conclusão, pretendo resumir os ganhos e dificuldades sentidos no decorrer dos estágios e realização deste relatório.

Durante os campos de estágio procurei reflectir na acção, ou seja, pensar no que faço enquanto estou fazendo. Tendo em vista o momento de cuidar, a reflexão fez-se enquanto esta decorre, nem sempre esta é profunda, mas estimula a actualização e renova o conhecimento.

Para a elaboração deste relatório, foi necessária uma reflexão mais profunda, baseada em pequenos apontamentos efectuados durante o estágio, e nos trabalhos desenvolvidos.

Creio ter atingido na sua plenitude a maioria dos objectivos propostos para cada estágio. Evidencio as principais conquistas:

- Alarguei competências pessoais, humanas e relacionais;
- Ampliei conhecimento teórico, acerca de patologias específicas;
- Aperfeiçoei competências técnicas e instrumentais;
- Desenvolvi especial interesse pela área de investigação, reconhecendo a sua importância para o crescimento da profissão;
- Melhorei a minha prestação em público, através da apresentação das diversas formações;
- Reforcei laços de amizade, e descobri novos, através dos trabalhos desenvolvidos com os colegas de curso;
- Fortifiquei a auto-estima, através da realização pessoal e profissional.

Como nada na vida é perfeito, encarando os obstáculos como pontos de partida para a melhoria contínua, considero como principais dificuldades:

- A falta de tempo, que advém do acumular de horas de trabalho, com horas de estágio, não esquecendo do tempo necessário para realizar as formações propostas.

- O facto de me encontrar em pleno primeiro trimestre de gravidez, com as dificuldades inerentes ao mesmo, durante o último estágio (módulo de urgência), revelou-se o maior dos desafios, pois o cansaço foi extremo.

Ingressei neste curso de especialização com objectivos bem delineados, e chegando perto da meta, percebo que o caminho ainda não terminou, esta foi apenas uma etapa, ultrapassada com sucesso, mas aquém de ter terminado, pois a aprendizagem requer continuidade, e o conhecimento não é eterno, requerendo constante actualização.

6. 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.

📖 AFFARA, Fadwa; OGUISSO, Taka – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. *In: Enfermagem* nº 17, 2ª série (Jan/Mar 2000), p. 5-11.

📖 BBOAVISTA, Anabela Q. – **O Enfermeiro Especialista: O Saber e o Fazer**. Revista Informar, Porto; 1995; 0 (24-28).

📖 CABRAL, M. V. – **Saúde e Doença em Portugal**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002.

📖 FELICIO, M. [et. AL.] - **Estudo de Implementação da Reorganização dos Serviços de Saúde: A Consulta Externa**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, 1999.

📖 HESPANHA, M. J. F. & CARAPINHEIRO, G. – **Articulação entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares**. Relatório de investigação. Coimbra CES/JNICT/MS, 1997.

📖 LESSARD-HÉRBERT, M. [et. al.] - **Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

📖 LINDA, Urden D. [et. al.] - **Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-08-6 (2008) 443-463.

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

📖 **Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge**. Lisboa, 2002.

📖 **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Direção Geral de Saúde**. Lisboa, 2007.

📖 SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet – **Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos – Intervenções Independentes e Interdependentes**. 4ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-52-5 (2001) 299-303.

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

📖 VICENTE, C. Matilde – **Cuidadoras Informales en el médio hospitalário**. Revista ROL, 2001; 24 (7-8).

📖 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.

ANEXO 1



PARÂMETROS OBSERVADOS (entre Dezembro de 2008 e Janeiro de 2009)

| MÉDICOS | ENFERMEIROS | AAM |
|----------------|---|---|
| TRIAGEM | | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Vão buscar macas, cadeiras de rodas;• Passam doentes para maca;• Encaminham doentes até à respectiva 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 respectivas 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;• Efectuam 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 desinfectam bancadas;• Limpam e desinfectam 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;• Envia 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;• Envia tubos de sangue;• Comunicam informações médicas aos familiares;• Colocação 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 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 Oxigênio;• 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 desinfectam camas;• Desinfectam cabeceiras das camas;• Trocam sacos colectores de urina;• Colaboram nos cuidados a cadáveres;• Aviam pedidos de farmácia, consumo clínico, consumo hoteleiro, consumo administrativo. |

Daniel Paiva
Daniela Fernandes
Juliana Lopes

ANEXO 2

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



Supervisão Clínica em Enfermagem

Apresentação do Guia do Orientador

Daniel Paiva

Daniela

Fernandes

Juliana Lopes

Viseu, 19 de Fevereiro de 2009



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

- ✚ 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.
- ✚ Apresentação do Guia do Orientador;
- ✚ Apresentação do Instrumento de avaliação.



1. Representação do Conceito de Supervisão

Conceito etimológico:

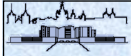
Etimologicamente, deriva de:

- “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 experiencias 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”.

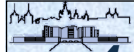
(FRANCO, 2000, p. 23 *cit in* BERNARDINO, 2007, p.6)



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 cliente;
- 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 supervisando, 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;

☐ **DIRETIVO:** concentra-se em orientar, estabelecer critérios e condicionar as atitudes do supervisando.



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 | Dark | Dark | Dark | Dark | Light | Light | Light | Light | Light | Light |
| De colaboração | Light | Light | Light | Light | Dark | Dark | Dark | Light | Light | Light |
| Directivo | Light | Light | Light | Light | Light | Light | Light | Dark | Dark | Dark |

Estilos de Supervisão, segundo GLICKMAN (1985)

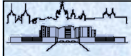


6. *Etapas do Processo de Supervisão*



- **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”*

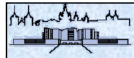
(ZEICHER)

*Após reflexão acerca da prática, leva-nos à construção
do conhecimento e a um maior desenvolvimento do
mesmo.*



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

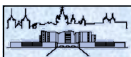


Guia do Orientador

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>

ANEXO 3

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU

CPLIEMC



Daniel Paiva

Daniela Fernandes

Juliana Lopes

Guia do Orientador



Viseu, Fevereiro de 2009

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE VISEU

CPLIEMG



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 | 4 |
| 2. CONCEITO DE SUPERVISÃO CLÍNICA | 5 |
| 3. MODELOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA | 6 |
| 4. CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO ORIENTADOR | 9 |
| 5. CARACTERIZAÇÃO ACADÊMICO/PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA | 10 |
| 6. CONCLUSÃO | 16 |

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 objectivo do ensino clínico do 4º 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 objectivos:

- 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 pratica, sobretudo através do acompanhamento continuo 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 superviso, 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:

- *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.

Desta forma, o trajecto da supervisão tem por base situações reais, sobre indivíduos em interacção 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 contacto com o mundo real e da aprendizagem através do confronto consigo próprio. Neste sentido, não será uma acção solitária mas sim colectiva, isto é, uma co – acção 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 adoptado, 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 acção.

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 objectivo da partilha de informações acerca do formando, com vista a um melhor desenvolvimento do mesmo.

Finalmente, o *modelo integrativo* implica a existência duma interacção 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 oliveira | X | - | - | - | X | X | - | X | - | 4 A | 12º |



| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|--|---------------------------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|------|-----|
| 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.



7. 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>

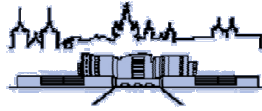
THOMAS, C. L. – **Dicionário Médico Enciclopédico**. São Paulo: Manole, 2000. ISBN 85-204-0940-7.



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

ANEXO 4

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 correcto 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 receptividade 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 correctamente a transferência do doente | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| SALA DE REANIMAÇÃO | | |
| Conhece organização e estrutura da sala | | |
| Utiliza métodos de protecção individual, adequadamente | | |
| Acolhe o doente na sala e estabelece prioridades de actuação | | |
| 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 | | |
| <i>Permeabilização</i> | | |
| • Elevação do queixo | | |
| • Aspiração de secreções | | |
| • Adjuvante da via aérea orofaríngea (tubo de Guedell) | | |
| <i>Imobilização da cervical</i> | | |
| • 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 | | |
| <i>Verificar eficácia da ventilação</i> | | |
| <i>Oxigenoterapia (MAC, Ventury, Simples)</i> | | |
| <i>Insuflador manual com reservatório de O₂</i> | | |
| <i>Colocação de TOT</i> | | |
| • Manuseamento de laringoscópio | | |
| • Proceder à fixação | | |
| • Aspirar com técnica asséptica | | |
| <i>Ventilação mecânica</i> | | |
| • Parâmetros standards | | |
| • Testar o ventilador | | |
| • Conectar prótese ventilatória | | |
| • Capnografia | | |
| C – Circulação | | |
| <i>Palpação do pulso central</i> | | |
| <i>Fluidoterapia</i> | | |
| <i>Sinais de choque/hipoperfusão</i> | | |
| <i>Monitorização</i> | | |
| • Colocar eléctrodos | | |
| • Posicionar eléctrodos multifunções e pás (Pace, Cardioversão e desfibrilhação eléctrica) | | |
| • Identificar ritmo sinusal | | |
| • Identificar ritmos desfibrilháveis (FV/TV sem pulso) | | |
| • Identificar ritmos não desfibrilháveis (Assistolia e DEM) | | |
| D – Disfunção neurológica | | |
| <i>Avaliação da ECG</i> | | |
| <i>Reflexos pupilares</i> | | |
| <i>Défices neurológicos</i> | | |
| E – Exposição/Controlo do ambiente | | |
| <i>Exposição corporal</i> | | |
| <i>Hipotermia</i> | | |

| | | |
|--|--|--|
| Demonstra conhecimentos relacionados com fármacos de emergência | | |
| Realiza os cuidados com destreza, demonstrando segurança e organização na execução dos mesmos | | |
| Efectua 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 actuação 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 protecção 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 | | |
| • Efectua 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 protecção individual, adequadamente | | |
| Acolhe o doente e estabelece prioridades de actuação | | |
| 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® | | |
| Efectua registos de forma sistemática e objectiva | | |
| 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) | | |
| • Efectua aspiração de secreções via naso/oro faríngeas e via TET, justificando o procedimento | | |
| • Aplica conhecimentos sobre ventilação mecânica | | |
| Efectua 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 electivo 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 acção dos fármacos mais utilizados | | |
| Prepara o utente para alta, garantindo a continuidade dos cuidados | | |
| Executa correctamente a transferência do doente | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA (UDC) | | |
| Conhece organização e estrutura da sala | | |
| Utiliza métodos de protecção individual, adequadamente | | |
| Acolhe o doente e estabelece prioridades de actuação | | |
| Efectua a monitorização do estado do doente, estabelecendo prioridades de actuação | | |
| 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® | | |
| Efectua registos de forma sistemática e objectiva | | |
| Colabora na preparação dos doentes para exames complementares diagnósticos e tratamento | | |
| Promove cuidados de higiene e conforto | | |

| | | |
|---|--|--|
| Procede ao posicionamento electivo 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 acção dos fármacos mais utilizados | | |
| Prepara o utente para alta, garantindo a continuidade dos cuidados | | |
| Executa correctamente a transferência do doente. | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO (SO) | | |
| Conhece organização e estrutura da sala | | |
| Utiliza métodos de protecção individual, adequadamente | | |
| Acolhe o doente e estabelece prioridades de actuação | | |
| Efectua a monitorização do estado do doente, estabelecendo prioridades de actuação | | |
| 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® | | |
| Efectua registos de forma sistemática e objectiva | | |
| Colabora na preparação dos doentes para exames complementares diagnósticos e tratamento | | |
| Promove cuidados de higiene e conforto | | |
| Procede ao posicionamento electivo 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 acção 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 interacções com os indivíduos/famílias/cuidadores | | |
| Executa correctamente a transferência do doente, contactando previamente o serviço que irá acolher o doente | | |
| Colabora no processo de alta do doente | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANEXO 5

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – VISEU



Curso de Pós – Licenciatura em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Manipulação e Gestão dos Resíduos Hospitalares

Daniel Paiva
Daniela
Fernandes
Juliana Lopes

Visu, 23 de Janeiro de 2009

Sumário



- 1. Conceito de Limpeza Hospitalar;**
- 2. Tipos de Limpeza;**
- 3. Manipulação e Gestão dos Resíduos Hospitalares;**
- 4. Definição de Resíduos Hospitalares;**
- 5. Classificação dos Resíduos Hospitalares;**
- 6. Triagem e Acondicionamento dos Resíduos Hospitalares;**
- 7. Identificação de Sacos e Contentores dos Resíduos Hospitalares;**
- 8. Processamento e Tratamento dos Resíduos Hospitalares;**
- 9. Sacos diferentes, Lixos Diferentes.**



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 **superfícies 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, conseqüente 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).

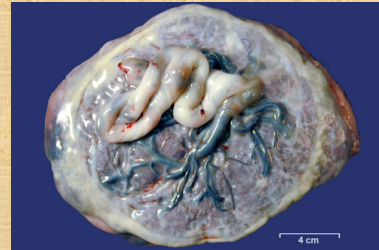


5. Classificação dos Resíduos Hospitalares



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 Resíduos Cortantes e Perfurantes devem ser acondicionados de modo a permitir a identificação do seu grupo;
 - *Os materiais cortantes e perfurantes devem ser colocados em contentores apropriados, imperfuráveis e que fechem hermeticamente.*

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 acidental 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 desmontadas, 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

- 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

8. Sacos Diferentes, Lixos Diferentes



GRUPO II (Saco transparente)

Resíduos hospitalares não perigosos (não

- 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

8. Sacos Diferentes, Lixos Diferentes



GRUPO III (Saco branco)

Resíduos hospitalares perigosos (sujeitos a

- 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

8. Sacos Diferentes, Lixos Diferentes

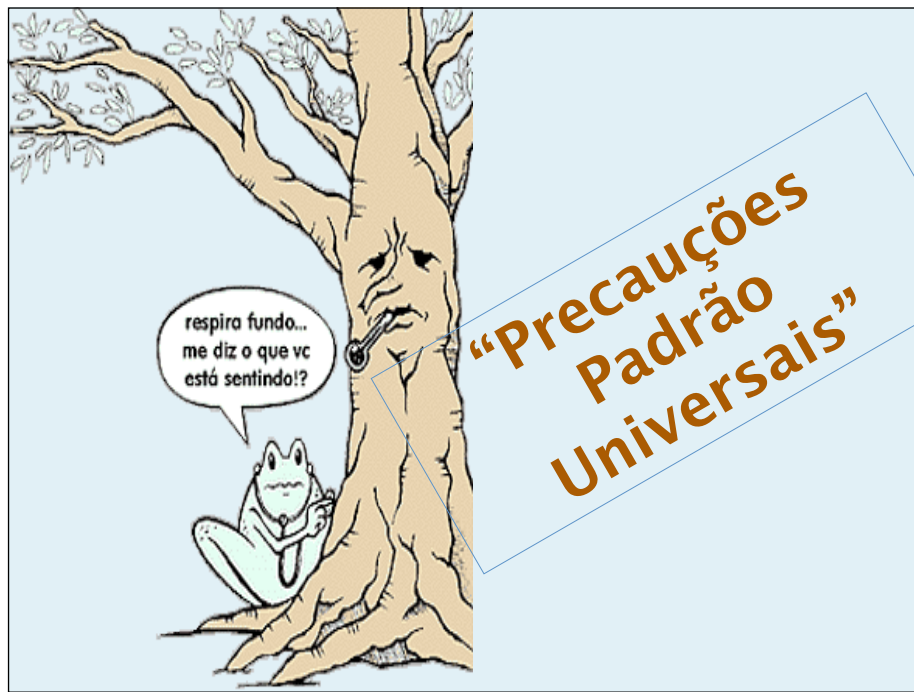


GRUPO IV (Saco vermelho)

Resíduos hospitalares específicos (resíduos

- 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.





**Precauções
Padrão
Universais**

ANEXO 6



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-VISEU

*“PRECAUÇÕES PADRÃO
UNIVERSAIS”*

**Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Daniel Paiva
Daniela Fernandes
Juliana Lopes

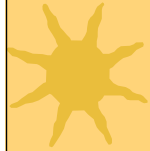
23 de Janeiro de 2008



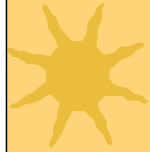
SUMÁRIO



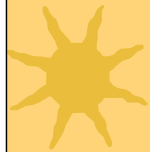
UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA



★ **Factores Epidemiológicos**



★ **Precauções Padrão Universais**

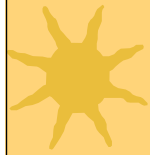
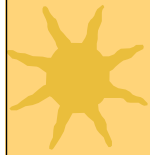
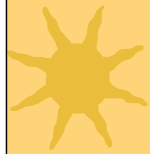


★ **Níveis de Protecção**



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

OBJECTIVOS





FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS



★ AGENTE

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

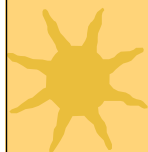
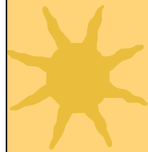
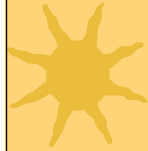


FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS



★ **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...)



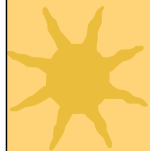
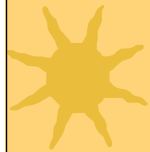
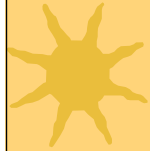


FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS



★ AMBIENTE

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





FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS



★ VIAS DE TRANSMISSÃO

- Directa: quando os microorganismos 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...



PRECAUÇÕES PADRÃO UNIVERSAIS

★ **DEFINIÇÃO**

- são 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;
- deve-se antecipar e prever a exposição a sangue, fluidos orgânicos ou outras exposições patogénicas;
- a aplicação das medidas depende da duração e natureza do contacto entre doente e profissional de saúde;

★ **OBJECTIVO**

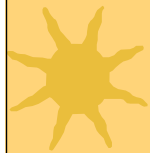
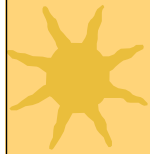
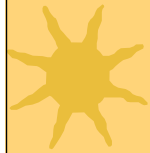
- prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde sejam prestados cuidados de saúde.



PRECAUÇÕES PADRÃO UNIVERSAIS

★ QUANDO APLICA-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.





UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

NIVEIS DE PROTECÇÃO

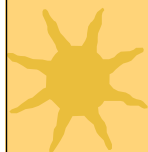
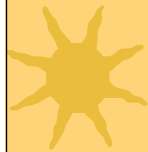
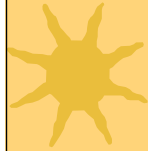
- ★ **LAVAGEM DAS MÃOS**
- ★ **EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)**
- ★ **CONTROLO AMBIENTAL**
- ★ **SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS**
- ★ **HIGIENE RESPIRATÓRIA**
- ★ **PRÁCTICAS DE INJECCÃO SEGURAS**



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

NIVEIS DE PROTECCÃO

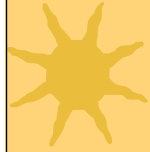
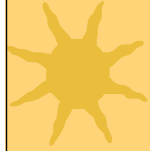
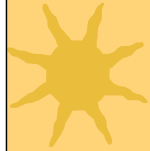
- ★ **LAVAGEM DAS MÃOS**
- ★ **EQUIPAMENTO DE PROTECCÃO INDIVIDUAL (EPI)**
- ★ **CONTROLO AMBIENTAL**
- ★ **SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS**
- ★ **HIGIENE RESPIRATÓRIA**
- ★ **PRÁCTICAS DE INJECCÃO SEGURAS**





LAVAGEM DAS MÃOS

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





LAVAGEM DAS MÃOS

★ Lavagem Social

objectivo: manter as mãos socialmente limpas e eliminar microorganismos transitórios;

agente de limpeza: água e sabão líquido sem anti-séptico;

duração- 30/60 segundos;



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;



LAVAGEM DAS MÃOS

★ Lavagem Higiénica ou Asséptica

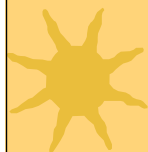
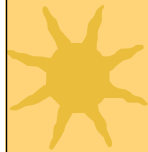
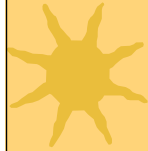
objectivo: eliminar os microorganismo transitórios e reduzir os microorganismos residentes;

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.

Se mãos visivelmente sujas lavar com água e sabão e depois fricção com solução alcoólica.

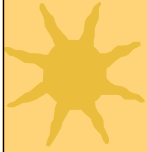
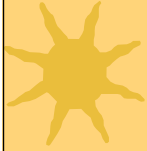
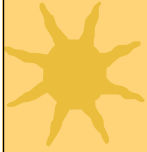




LAVAGEM DAS MÃOS

★ Lavagem Higiénica 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 multirresistentes;
- na presença de surtos de infecção.





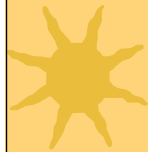
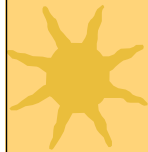
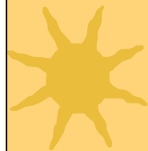
LAVAGEM DAS MÃOS

★ Lavagem Cirúrgica

objectivo: eliminar microorganismos transitórios e destruir microorganismos 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.





UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

LAVAGEM DAS MÃOS

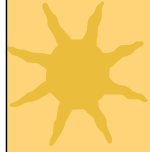
★ Lavagem Higiénica ou Asséptica, quando?

-antes de intervenções cirúrgicas;

- antes de actos cirúrgicos.

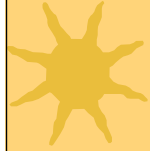


LAVAGEM DAS MÃOS



- evitar contactos desnecessários com o doente ou com superfícies contaminadas;

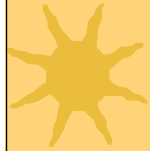
- evitar uso de unhas artificiais (principalmente em BO e UCI);



- não duplicar métodos de lavagem (sabão antimicrobiano +solução alcoólica) aumenta risco de dermatites;

- retirar jóias (anéis e pulseiras) antes de iniciar o turno;

- unhas limpas, curtas e sem verniz;



- atenção especial com espaços interdigitais, polpa dos dedos e polegar;

- secar bem as mãos;

- usar creme dermoprotector regularmente.

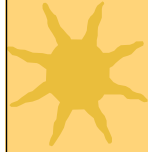


NIVEIS DE PROTECÇÃO

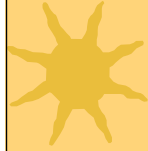
- ★ **LAVAGEM DAS MÃOS**
- ★ **EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)**
- ★ **CONTROLO AMBIENTAL**
- ★ **SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS**
- ★ **HIGIENE RESPIRATÓRIA**
- ★ **PRÁCTICAS DE INJECCÃO SEGURAS**



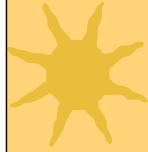
EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)



★ 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.



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;
- deve haver sempre luvas de nitrilo para manipulação/contacto com químicos;
- 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);
- tamanho e durabilidade adaptadas à tarefa;
- lavar sempre as mãos antes e depois de usar luvas
- não lavar as luvas para reutilizar;
- não usar mesmas luvas em dois doentes diferentes;
- 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;
- não reutilizar a bata/avental mesmo em contactos com o mesmo 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, intubação endotraqueal, para além de luvas e bata deve usar-se máscara com viseira ou máscara +óculos;



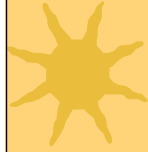
UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

NIVEIS DE PROTECÇÃO

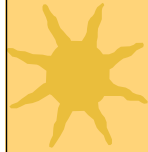
- ★ LAVAGEM DAS MÃOS
- ★ EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)
- ★ CONTROLO AMBIENTAL
- ★ SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS
- ★ HIGIENE RESPIRATÓRIA
- ★ PRÁCTICAS DE INJECCÃO SEGURAS



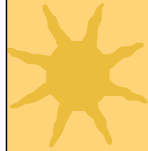
COMTROLLO AMBIENTAL



* uma boa higiene do ambiente nas unidades de saúde é um componente integral na estratégia de prevenção da infeção nas instituições hospitalares;



* o ambiente hospitalar deve estar visivelmente limpo, isento de pó e aceitável para o doente, visitas e profissionais de saúde;



* 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;



COMTROLA AMBIENTAL

* **Superfícies e Equipamentos:**

- lavar e desinfetar 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 (manípulos das portas, instalações sanitárias dos doentes) com uma maior frequência do que as outras superfícies;
- utilizar os produtos de limpeza e desinfecção do ambiente de acordo com as instruções do fabricante;
- incluir os equipamentos electrónicos multiusos na política e procedimentos de limpeza e desinfecção, principalmente os utilizados durante os cuidados aos doentes, incluindo os dispositivos móveis partilhados entre doentes, com frequência (diária).



COMTROLLO AMBIENTAL

★ **Manuseamentos de Equipamentos Contaminados:**

- estabelecer políticas e procedimentos para conter, transportar e manusear de forma a prevenir a transferência de microrganismos para outros e para o ambiente;
- não reutilizar material de uso único.



COMTROLLO AMBIENTAL

★ Têxteis e Roupas:

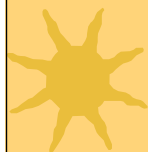
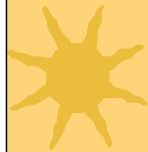
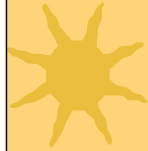
- manusear com o mínimo de agitação de forma a prevenir a transferência de microrganismos para outros e para o ambiente;
- a triagem da roupa do doente deve ser realizada junto da cama do mesmo;
- roupa dos quartos de isolamento não necessitam de tratamento especial.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

NIVEIS DE PROTECÇÃO

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





SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

- * aderir aos requisitos nacionais dos programas de saúde e segurança ocupacional para proteger os profissionais dos acidentes;
- * contenção de corto-perfurantes imediatamente após utilização em contentores resistentes à perfuração;
- * vacinação dos profissionais.



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.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

NIVEIS DE PROTECÇÃO

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



HIGIENE RESPIRATÓRIA

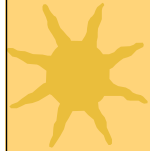
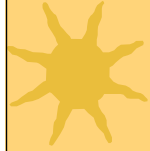
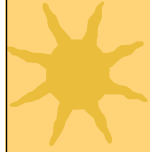
- * educar os profissionais de saúde sobre a importância das medidas de contenção das secreções respiratórias para prevenir a transmissão de gotículas de agentes respiratórios patogénicos, especialmente em épocas de surtos de infeções virais do tracto respiratório;
- * implementar as medidas de contenção 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;
- * usar lenços descartáveis;
- * lavar as mãos;
- * durante os períodos de elevada prevalência de infeção respiratória na comunidade, oferecer máscaras a doentes com tosse, desde a entrada na unidade de saúde e encorajar a permanecer a pelo menos 1m de distância das outras pessoas na sala de espera.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

NIVEIS DE PROTECÇÃO

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





PRÁTICAS DE INJEÇÃO SEGURAS

★ **Recomendações aplicáveis no uso de agulhas, dispositivos de administração sem agulha e sistemas de administração EV:**

- utilizar técnica asséptica na preparação de injectáveis;
- não administrar medicação através de uma seringa em múltiplos doentes, mesmo quando a agulha ou prolongamento da seringa é substituído dado serem dispositivos de uso único;
- utilizar líquidos e sistemas de administração apenas para um doente e descartar adequadamente após uso;
- 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.

ANEXO 7

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

Reunião de Serviço

*Daniela Fernandes
Juliana Lopes*

Visu, 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

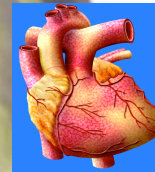


- * Apresentar algumas sugestões para melhoria do padrão experimental da CIPE dos registos de enfermagem, permitindo que os profissionais de saúde exponham dúvidas e emitam as suas opiniões;
- * Permitir uma uniformização e sistematização dos registos e cuidados de enfermagem;
- * Procurar consenso em 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.: _____

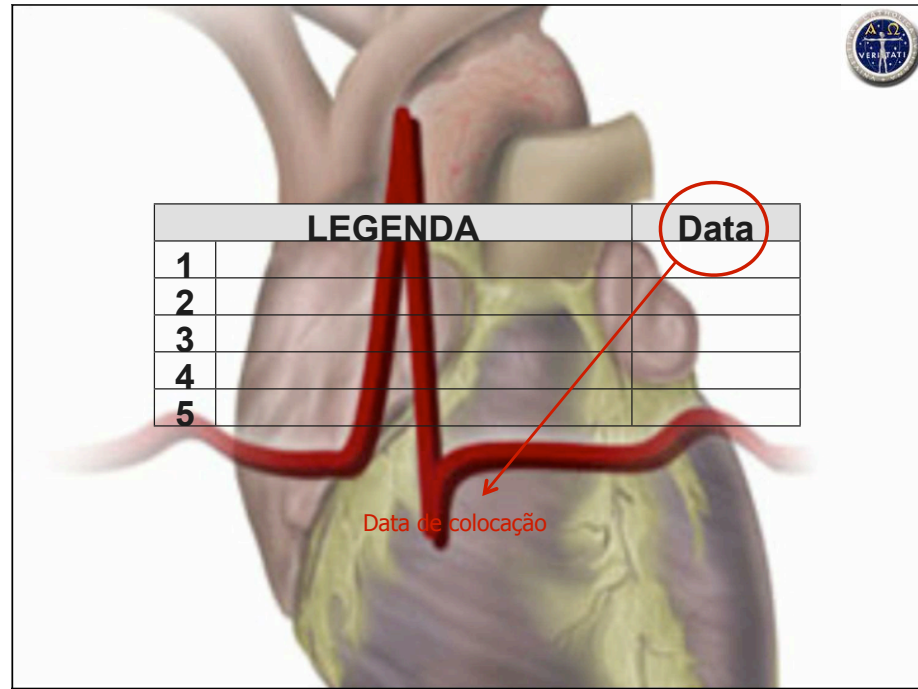


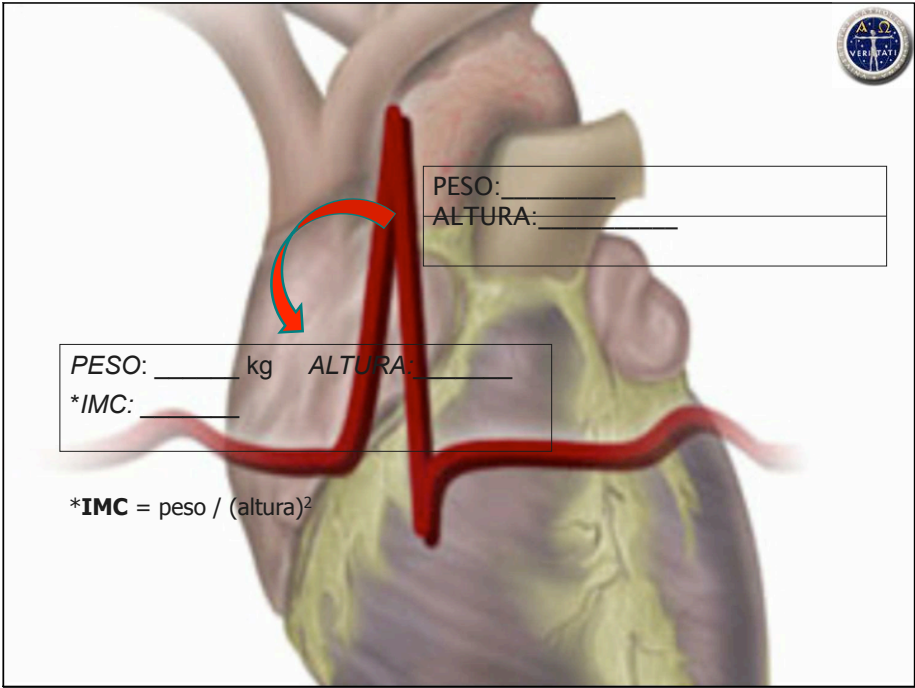
U. C. I. Coronária
Cama: _____
Int. (Data/Hora): _____



| LEGENDA | | Data |
|---------|--|------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

Data de colocação

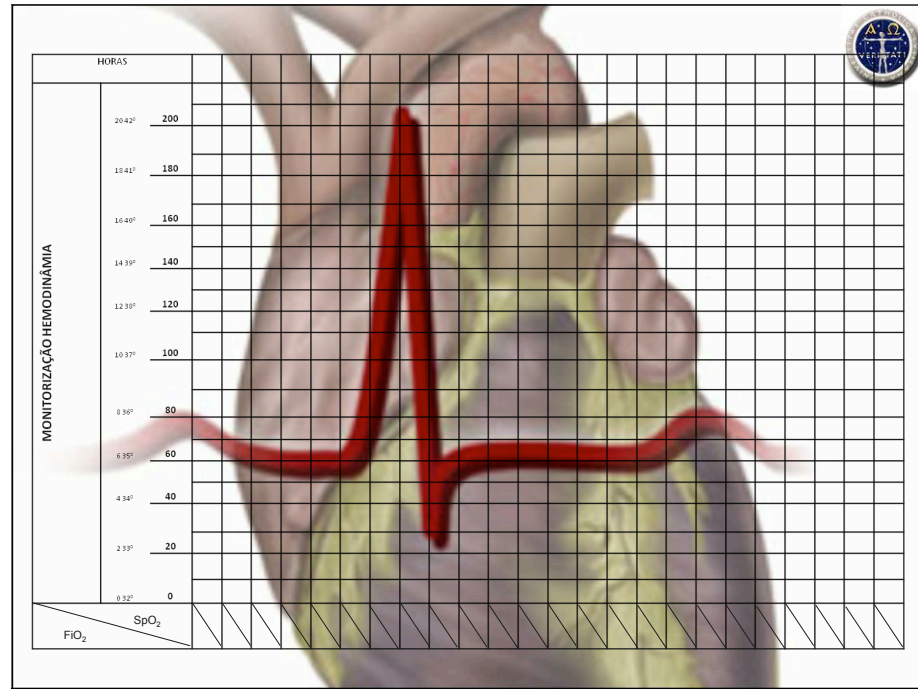




| |
|---------------|
| PESO: _____ |
| ALTURA: _____ |

| | |
|----------------|---------------|
| PESO: _____ kg | ALTURA: _____ |
| *IMC: _____ | |

***IMC** = peso / (altura)²





OBSERVAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Estado de Consciência: Consciência Confuso Agitado Orientado no Tempo e no Espaço
 Inconsciente Escala de Glasgow: _____ Total

Estado Hemodinâmico: Ta ___/___ Pulso bpm SpO₂: ___% Temp. Ax.: ___°C Ritmo: _____

| | | |
|---------------------|--|-------------------------------|
| OUTROS DADOS | Antecedentes: _____ | |
| | Oxigenoterapia no Domicílio: ___ l/min ___ horas/dia | |
| Próteses: | Medicação Habitual: | Centro de Saúde: _____ |
| Alergias: | Quando tiver alta vai para onde? <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> | |
| | Tem quem o ajude? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| | Necessita da intervenção da Ass. Social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Contatado <input type="checkbox"/> | |



Escala de Glasgow

| | | |
|------------------------|--------------------------------|---|
| Abertura Ocular | Espontânea | 4 |
| | Ao comando verbal | 3 |
| | À dor | 2 |
| | Ausente | 1 |
| Resposta Motora | 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./Nº Mec. | Termo | Ass./Nº 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"/> | | | | |



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"/> | | | | |
| | Crônica <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Contínua <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Intermitente <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Esporádica <input type="checkbox"/> | | | | |



| AUTO - CUIDADO | <i>Dependente a um nível/ reduzido (inicia e completa as actividades, mas precisa de ajuda, de equipamento, ou de supervisão de pessoas)</i> | | <i>Dependente a um nível/ moderado (inicia as actividades mas não as completa, sem ajuda de pessoas ou equipamento)</i> | | <i>Dependente a um nível/ elevado (não inicia nem completa as actividades sem ajuda de pessoas)</i> | |
|---------------------------------------|--|------------------|---|------------------|---|------------------|
| | <i>INÍCIO</i> | <i>TERMO</i> | <i>INÍCIO</i> | <i>TERMO</i> | <i>INÍCIO</i> | <i>TERMO</i> |
| | <i>Ass./Mec.</i> | <i>Ass./Mec.</i> | <i>Ass./Mec.</i> | <i>Ass./Mec.</i> | <i>Ass./Mec.</i> | <i>Ass./Mec.</i> |
| 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 contínua
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



ANEXO 8

| SOLUTOS | | HORA E REGISTO DE ADMINISTRAÇÃO | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|---|----|------|------------------------------|--------|--------|--------|
| | | TERAPÊUTICA | | 6 | 8 | 12 | 16 | 18 | 20 | 24 | OUTRO |
| A | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | |
| H | | | | | | | | | | | |
| I | | | | | | | | | | | |
| J | | | | | | | | | | | |
| K | | | | | | | | | | | |
| L | | | | | | | | | | | |
| M | | | | | | | | | | | |
| N | | | | | | | | | | | |
| O | | | | | | | | | | | |
| P | | | | | | | | | | | |
| Q | | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | | |
| S | | | | | | | | | | | |
| | ENTRADAS SOLUTOS / TERAPÊUTICA | | | | | | | SAIDAS | | | |
| | A | B | C | D | E | F | ORAL | URINA | VOMITO | DEJEÇ. | OUTROS |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| ST | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | |
| ST | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| ST | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | |
| TOTAL ENTRADAS: | | | | | | | | TOTAL SAÍDAS: | | | |
| BALANÇO: | | | | | | | | BALANÇO DIA ANTERIOR: | | | |

OBSERVAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Estado de Consciência: Consciência Confuso Agitado Orientado no Tempo e no Espaço

Inconsciente Escala de Glasgow: _____ Total

Estado Hemodinâmico: Ta ___/___ Pulso ___ ppm SpO₂: ___% Temp. Ax.: ___ °C Ritmo: _____

FR: ___ c/min **Características:** Intercostal Abdominal Mista Colateral Superior

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| Outros Dados | Antecedentes: _____ | | |
| Próteses: _____ | Medicação Habitual: _____ | Centro de Saúde: _____ | |
| Alergias: _____ | Quando tiver alta para onde vai? | | |
| HTA: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Domicílio <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> | | |
| Diabetes: Sim <input type="checkbox"/> _____ Não <input type="checkbox"/> | Tem quem o ajude? Sim <input type="checkbox"/> _____ Não <input type="checkbox"/> | | |
| Hábitos Tabágicos: Sim <input type="checkbox"/> ___ cigarros/dia Não <input type="checkbox"/> | Necessita da intervenção da Ass. Social? Sim <input type="checkbox"/> Contactada a ___/___/___ 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 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 actividades diárias | | 2 – Grau Moderado – a pessoa necessita de períodos de repouso intercalados com as actividades diárias | | | 3 – Grau Elevado – A pessoa não tolera as actividades 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: 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"/> | Início | Ass./Mec. | Termo | Ass./Mec. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 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"/> | | | |
| | • Crónica <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: | | | | | |

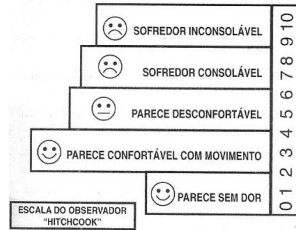
| PRESSÃO SANGUÍNEA | | | | | |
|--|---|---------------|-----------|--------------|-----------|
| Hipotensão <input type="checkbox"/> | Hipertensão <input type="checkbox"/> | Início | Ass./Mec. | Termo | Ass./Mec. |
| ___/___ mmHG | ___/___ mmHG | | | | |
| ___/___ mmHG | ___/___ mmHG | | | | |
| ___/___ 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"/> • CONTÍNUA <input type="checkbox"/> • INTERMITENTE <input type="checkbox"/> TOP./LOCAL.: _____ | | | | Início | | Ass./Mec. | | Termo | | Ass./Mec. | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| TURNO | | | | | | | | | | | |
| ESC.INICIAL | | | | | | | | | | | |
| ESC.FINAL | | | | | | | | | | | |

ESCALA DE HITCHCOCK

ESCALA DE DOR



COMPORTEAMENTO

| Dia | N | | | M | | | T | | |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | N | M | T | N | M | T | N | M | T |
| Parciais | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Total | | | | | | | | | |
| Ass./Mec | | | | | | | | | |

ESCALA DE GLASGOW

| Abertura Ocular | | | | Resposta Motora | | | | | | Resposta Verbal | | | | |
|-----------------|-------------------|-------|---------|------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------|--------------|-------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|--------------|
| Espontânea | Ao comando verbal | A 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 actividades mas precisa de ajuda, de equipamento ou de supervisão de pessoas)</i> | | <i>Dependente a um nível moderado (Inicia as actividades mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamento)</i> | | <i>Dependente a um nível elevado (não inicia nem completa as actividades sem ajuda de pessoas)</i> | |
|---|---|----------------------------|---|----------------------------|--|----------------------------|
| | <i>INÍCIO</i> Ass. Mec. | <i>TERMO</i> Ass. /Mec. | <i>INÍCIO</i> Ass. Mec. | <i>TERMO</i> Ass. /Mec. | <i>INÍCIO</i> Ass. Mec. | <i>TERMO</i> Ass. /Mec. |
| HIGIENE <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| IR AO SANITÁRIO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| VESTUÁRIO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| COMER/BEBER <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ACTIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ACTIVIDADE 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 9

| SOLUTOS TERAPÊUTICA | | HORA E REGISTO DE ADMINISTRAÇÃO | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|----|----|----|------|------------------------------|--------|---------|--------|
| | | 6 | 8 | 12 | 16 | 18 | 20 | 24 | OUTRO | | |
| A | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | |
| H | | | | | | | | | | | |
| I | | | | | | | | | | | |
| J | | | | | | | | | | | |
| K | | | | | | | | | | | |
| L | | | | | | | | | | | |
| M | | | | | | | | | | | |
| N | | | | | | | | | | | |
| O | | | | | | | | | | | |
| P | | | | | | | | | | | |
| Q | | | | | | | | | | | |
| | ENTRADAS SOLUTOS / TERAPÊUTICA | | | | | | | SAIDAS | | | |
| | A | B | C | D | E | F | ORAL | URINA | VOMITO | DEJECÇ. | OUTROS |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| ST | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | |
| ST | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| ST | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | |
| TOTAL ENTRADAS: | | | | | | | | TOTAL SAÍDAS: | | | |
| BALANÇO: | | | | | | | | BALANÇO DIA ANTERIOR: | | | |

OBSERVAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Estado de Consciência: Consciência Confuso Agitado Orientado no Tempo e no Espaço

Inconsciente Escala de Glasgow: _____ Total

Estado Hemodinâmico: Ta ___/___ Pulso ___ ppm SpO₂: ___% Temp. Ax.: ___ °C Ritmo: _____

FR: ___ c/min **Características:** Intercoastal Abdominal Mista Colateral Superior

OUTROS DADOS

ANTECEDENTES

Familiares

HTA

Doenças do foro cardíaco

AVC

Tabagismo

Cigarros/dia _____

Alterações do metabolismo dos glúcidos

Alterações do metabolismo dos lípidos

Alterações da condução

IRC

Outros _____

PRÓTESES

Dentária

Membros inferiores _____

Outra _____

ALERGIAS

MEDICAÇÃO HABITUAL

Diuréticos

Antihipertensores

Digitálicos

Anticoagulantes orais _____

Antidiabéticos orais _____

Insulina

Indutores do sono _____

Antiépressivos _____

Centro de Saúde:

Quando tiver alta para onde vai?

Domicílio

Família

Lar

Necessita da intervenção da Ass. Social?

Sim

Contactada a ___/___/___

Não

Tem quem o ajude?

Sim _____

Não

ESCALA DE GLASGOW

| Abertura Ocular | | | | Resposta Motora | | | | | | Resposta Verbal | | | | |
|-----------------|-------------------|-------|---------|------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------|--------------|-------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|--------------|
| Esontânea | 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 actividades diárias | | 2 – Grau Moderado – a pessoa necessita de períodos de repouso intercalados com as actividades diárias | | | 3 – Grau Elevado – A pessoa não tolera as actividades 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: 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"/> | | Início | Ass./Mec. | Termo | Ass./Mec. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Dia | | | | | | | | | |
| Escala de Glasgow | N | M | T | N | M | T | N | M | T |
| Parciais | ___/___ | ___/___ | ___/___ | ___/___ | ___/___ | ___/___ | ___/___ | ___/___ | ___/___ |
| Total | | | | | | | | | |
| Ass./Mec | | | | | | | | | |

ESCALA DE GLASGOW

ESCALA DE HITCHCOCK

NÍVEIS NEURO-PSÍQUICOS

COMPORTAMENTO INTERACTIVO

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

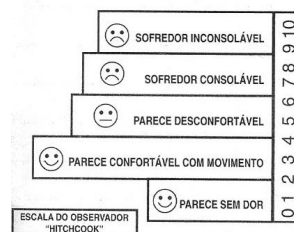
GLASGOW

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

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

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

ESCALA DE DOR



| AUTO - CUIDADO | <i>Dependente a um nível reduzido (inicia e completa as actividades mas precisa de ajuda, de equipamento ou de supervisão de pessoas)</i> | | <i>Dependente a um nível moderado (Inicia as actividades mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamento)</i> | | <i>Dependente a um nível elevado (não inicia nem completa as actividades sem ajuda de pessoas)</i> | |
|---|---|---------------------|---|---------------------|--|---------------------|
| | INÍCIO Ass. Mec. | TERMO Ass. /Mec. | INÍCIO Ass. Mec. | TERMO Ass. /Mec. | INÍCIO Ass. Mec. | TERMO Ass. /Mec. |
| HIGIENE <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| IR AO SANITÁRIO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| VESTUÁRIO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| COMER/BEBER <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ACTIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ACTIVIDADE 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 __/ __ | | | |
| OBSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> | INICIO | Ass./Mec. | TERMO | Ass./Mec. |
| | | | | |
| RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | |
| SONDA VESICAL Nº _____ | | | | |
| VIGILÂNCIA DEJEÇÕES | VIGILÂNCIA MICÇÕES | | | |
| DATA: _____ | DATA: _____ | | | |

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

| EXECUTAR | DATA | | | | | | | | | | | TERMO |
|--|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| | Turno | | | | | | | | | | | |
| | | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | Ass./ Mec. | |
| - Clampar hemorragia externa no vaso ou tecido | | | | | | | | | | | | |
| - Dar banho _____ | | | | | | | | | | | | |
| - Efectuar reposição de material na Unidade | | | | | | | | | | | | |
| - Elevar Cabeceira da cama a 30° | | | | | | | | | | | | |
| - Elevar _____ (parte do corpo) | | | | | | | | | | | | |
| - Estimular eliminação: Vesical <input type="checkbox"/> Intestinal <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| - Executar acolhimento conforme procedimento nº | | | | | | | | | | | | |
| - Executar colheitas de produtos biológicos – conforme Manual de Colheitas | | | | | | | | | | | | |
| - Executar ECG conforme protocolo | | | | | | | | | | | | |
| - Executar múmia | | | | | | | | | | | | |
| - Executar penso a ferida _____ | | | | | | | | | | | | |
| - Executar preparação para _____ Conforme procedimento | | | | | | | | | | | | |
| - Executar Protocolo de Cateterismo cardíaco | | | | | | | | | | | | |
| - Executar Protocolo de Insulinoterapia | | | | | | | | | | | | |
| - Executar protocolo de Pacemaker Definitivo | | | | | | | | | | | | |
| - Executar Protocolo de Pacemaker Provisório | | | | | | | | | | | | |
| - Executar protocolo de Tirofiban | | | | | | | | | | | | |
| - Executar protocolo de TNK | | | | | | | | | | | | |
| - Executar técnica de arrefecimento natural | | | | | | | | | | | | |
| - Executar técnica de prevenção da contaminação | | | | | | | | | | | | |
| - Executar tratamento à _____ (ferida, úlcera de pressão) | | | | | | | | | | | | |
| - Inserir cateter urinário segundo manual CCI | | | | | | | | | | | | |
| - Inserir sonda nasogástrica segundo manual da CCI | | | | | | | | | | | | |
| - Lavar _____ | | | | | | | | | | | | |
| - Massajar _____ | | | | | | | | | | | | |
| - Posicionar a cama em proclive | | | | | | | | | | | | |
| - Puncionar veia conforme procedimento nº2.9 | | | | | | | | | | | | |
| - Transferir utente para o serviço de Cardiologia | | | | | | | | | | | | |
| - Transferir utente para domicílio | | | | | | | | | | | | |
| - Trocar fralda | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| - Executar protocolo de levante | | | | | | | | | | | | |

COLAR RECORTE DA IMPRESSÃO QUE EVIDENCIE O

1.º LEVANTE

ANEXO 10

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

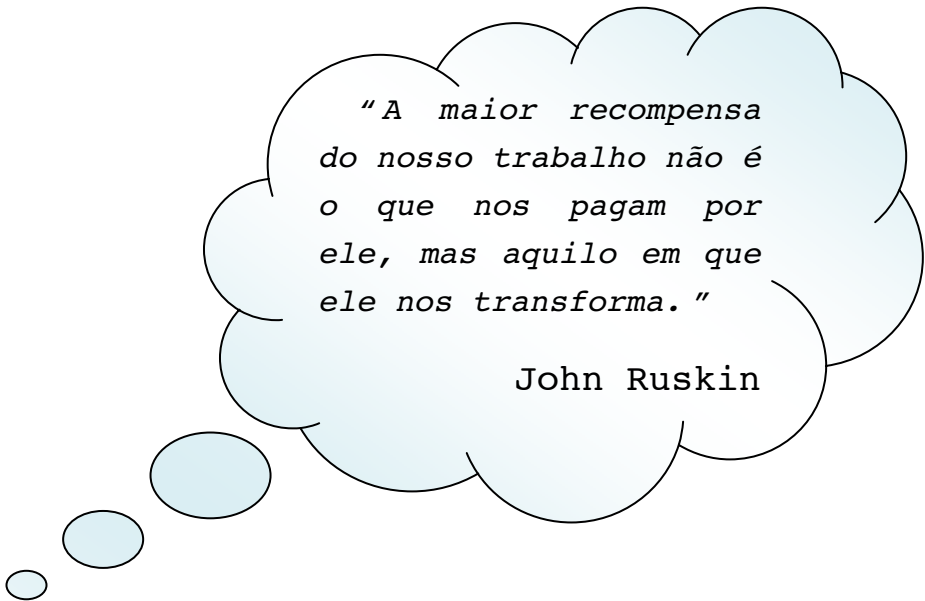
Melhoria Contínua na Alta Hospitalar:

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 Acção 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 | 8 |
| | |
| CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico | |
| 1- O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS | 11 |
| 2 - ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES | 14 |
| 3 - O DOENTE DEPENDENTE | 19 |
| | |
| CAPÍTULO II – Metodologia | |
| 1 – MODELO DE ESTUDO | 23 |
| 2 – TIPO DE ESTUDO | 24 |
| 3 – ESTUDO DE CASO | 26 |
| 4 – RECOLHA DE DADOS | 27 |
| 4.1 – ANÁLISE DOCUMENTAL | 27 |
| 4.2 - ENTREVISTAS | 28 |
| 4.3 – ANÁLISE DE CONTEÚDO | 29 |
| 5 – O LOCAL DA INVESTIGAÇÃO | 31 |
| | |
| CAPÍTULO III – Apresentação e discussão dos resultados | |
| 1 – ANÁLISE DE DADOS | 33 |
| 1.1 – EXPLORAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 1.2 – EXPLORAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS | 37 |
| 2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 41 |
| | |
| CAPÍTULO IV – Conclusões e Sugestões | |
| 1 - CONCLUSÕES | 44 |
| 2 - SUGESTÕES | 49 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 52 |
| | |
| ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados | |
| ANEXO II – Processos Analisados | |

ÍNDICE DE QUADROS

| | Pág. |
|---|-------------|
| QUADRO I – Caracterização da amostra | 35 |
| QUADRO II – Faixa etária | 35 |
| QUADRO III – Índice de Katz (amostra total) | 36 |
| QUADRO IV – Caracterização dos processos seleccionados | 36 |

1 – INTRODUÇÃO

A implementação de *Padrões de Qualidade* é um desígnio da *Ordem dos Enfermeiros*, bem como da *Direcção do Hospital São Teotónio de Viseu (HSTV), EPE*. Como tal, é fundamental desenvolver projectos 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, efectividade, adequação técnico – científica, aceitabilidade e acessibilidade. Tudo isto, visando uma introdução continuada de medidas correctoras 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 projecto 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 objectivo 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 actualização 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 objecto 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 (directamente 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 concepção 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 concepção 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 actividades de assistência social e os cuidados de saúde.

Nos anos 60, procurou-se integrar todas as actividades 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 factores:

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

A observação de diferentes sistemas de saúde, que combinaram distintamente estes factores, 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 perspectiva de alterar este modelo de funcionamento, em 1997 foi definido um plano estratégico, no qual se estabelecem metas concretas e objectivos mensuráveis para o SNS o que constituiu uma inovação significativa face aos modelos tradicionais de gestão na Saúde, pressupondo a adopção 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 trajectórias 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 objectivo 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 factores 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 actual 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 directamente 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 afectados por alguma marginalidade nas suas carreiras profissionais, os seus utilizadores colocados numa situação de exclusão social, com pouco poder de intervenção directa 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 actividades de consultadoria efectuada 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 objectivo de garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

A alta hospitalar não é um acto 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 correcta 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 objectivos comuns;

4. **Partilha de Cuidados**, que acontece numa fase posterior em que o grau da interacção 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 factores 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 actividades referentes à satisfação das “*necessidades humanas básicas*” (NHB’s) no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência. A dependência física pode reflectir-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 activa (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, afectando 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 actividades 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 - Metodologia

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 objectivo 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 directa 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 aspectos organizativos da articulação institucional condicionam o apoio aos doentes dependentes, foi proposto efectuar 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 efectua 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 reflectir no estudo qualitativo.

3 - ESTUDO DE CASO

No desenvolvimento do estudo, recorreu-se a técnicas diversificadas, com o objectivo 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 actual 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 efectuar uma pesquisa aprofundada, sistemática e reflexiva, recorrendo-se a múltiplas fontes de dados, acerca de um tema específico – *alguns aspectos 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, directa 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 respectivas 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 seleccionados 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 respectivos 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 efectuar 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 contacto prévio, efectuado pelo investigador directa 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 objectivos da investigação, o propósito desejado e o seu âmbito.

As entrevistas apresentaram um formato comum, embora flexível, na perspectiva 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 objectiva das características específicas da mensagem. A sua finalidade consiste em efectuar 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 efectue 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 adoptar um procedimento de selecção deliberado, dadas as características específicas do estudo, as fontes potenciais de falta de confiança e algumas reticências geralmente associadas à intenção de estudar determinados aspectos 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 seleccionada 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 respectiva 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 objectivos principais.

Por um lado, centrou-se na selecção da informação específica necessária, tal como a faixa etária dos doentes, os problemas/necessidades detectadas no internamento, os cuidados de enfermagem que necessitem de continuidade, nas indicações dadas às 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 percepções 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% respectivamente.

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 visita domiciliária (VD) a este utente foram os cuidados de Enfermagem inerentes à mudança 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 efectuados ensinamentos relacionados com posicionamentos e mobilização, alimentação, hidratação, levantes e cuidados de higiene oral.

O agregado familiar é 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 funções. Trata-se dum doente dependente, mas que possui no domicílio meios para receber cuidados adequados à sua situação. Possui cama articulada, cadeira higiénica, caneleiras, fraldas, resguardos, cadeirão para efectuar levantes.

É uma casa de 2 andares, mas que não impõe barreiras arquitectónicas ao doente, pois este possui no andar inferior as condições 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 duma Instituição 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 efectuar levantes 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 correctamente preenchidos, com excepção 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 recepção 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 efectuados 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 arquitectónicas, 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 excepção 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 arquitectónicas que se imponham às limitações do doente. Não tem apoio de Instituições nem recebe VD por ter um familiar directo 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, excepto 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 aspectos 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 visitaçāo domiciliária por parte do Centro de Saúde, isto porque um doente que requeria cuidados a úlceras de pressāo, sonda vesical, entre outros, mesmo sem referenciamento por fax, recebeu visitaçāo domiciliária frequente.

Os cuidados continuados propostos pelo Hospital aos doentes dependentes no seu domicílio vāo muito para além dos acima descritos, designadamente os cuidados diários e constantes a ter com a alimentaçāo, 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, excepto (**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 visitaç o 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 visita  o 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 objectivo deste estudo era o de investigar, descrever e analisar aspectos 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 aspectos 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 directamente 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 actividade 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 actividade 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 actividade 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 actividades 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 actividade 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 actividades 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 afectados 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 arquitectónicas 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 concepção 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 reflectem na família, tanto objectiva como subjectivamente.

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 projecto

ACTION, cujo objectivo 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 aspectos 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 percepção de outros actores 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 aspectos 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 auto-avaliação 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 – acção. Assim, à medida que se fossem detectando situações merecedoras de

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

Neste âmbito, admite-se ainda que a realização desses estudos/trabalhos possa ser efectuada pelas próprias instituições através da constituição de equipas composta pelos vários actores 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 aspectos mencionados ao longo deste trabalho, afigurou-se susceptível 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 activa 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 respectiva 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 actores 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 reflectir em conjunto para propiciar uma melhor resposta na articulação dos cuidados de saúde e numa efectiva continuidade dos cuidados e na satisfação das necessidades dos doentes dependentes e das respectivas 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 11

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



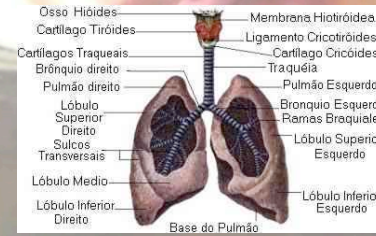
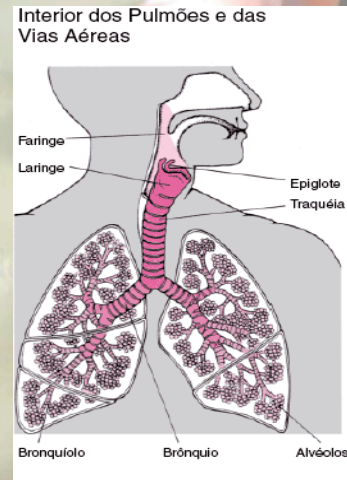
1. Aparelho Respiratório
2. Ventilação Não Invasiva
 - 2.1. Modalidades da VNI
 - 2.2. Objectivos da VNI
 - 2.3. Revisão Histórica: VNI
 - 2.4. Indicações para VNI
 - 2.5. Tipos de Ventiladores e Interfaces
 - 2.6. Vantagens da VNI
 - 2.7. Complicações da VNI;
 - 2.8. Sinais de Falência da VNI;
 - 2.9. 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

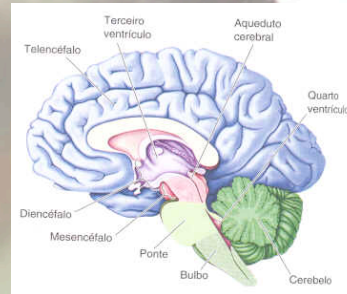
- Condução de O_2 aos pulmões;
- Transferência de O_2 para o sangue;
- Eliminação de CO_2 .



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.

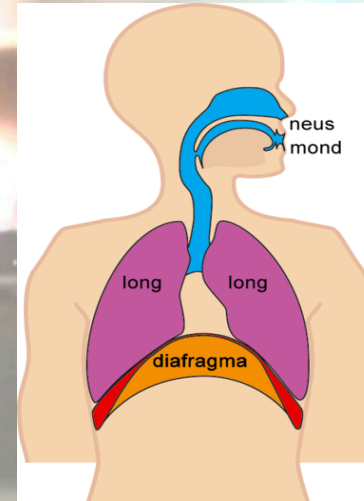
INSPIRAÇÃO

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



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).



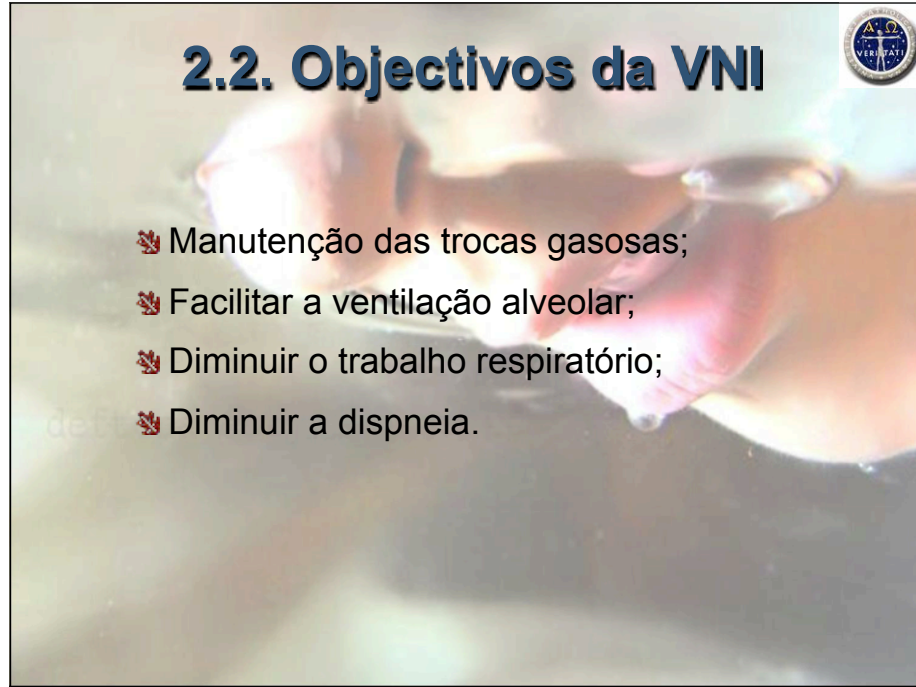
O *volume corrente* é determinado pelo suporte da pressão do ventilador e pela *compliance* pulmonar do doente.

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 fólio 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: hipoxemia $PaO_2 < 70$ 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 crônica 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



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

- 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 O_2 por sonda nasal a um débito mais baixo nas situações de IRA hipercápnica; e, na IRA hipoxémica administrar O_2 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;



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;



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 989-554-252-6.

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.capsursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf](http://www.capsursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf)





*Obrigado
pela atenção!*

ANEXO 12

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



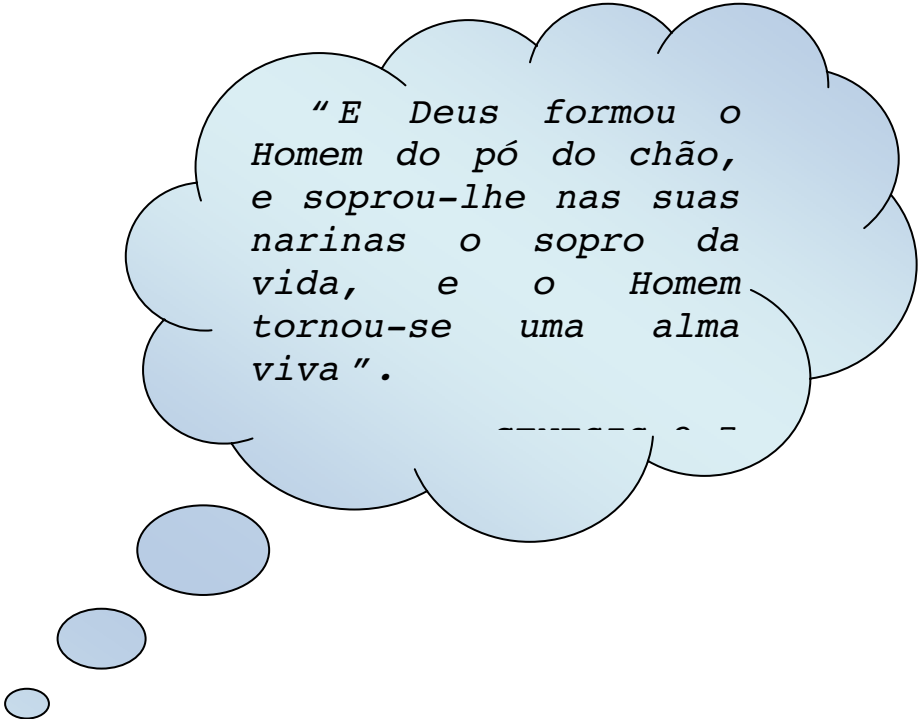
Daniela Fernandes

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".*



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. |
|--|-------------|
| 0. INTRODUÇÃO | 6 |
| 1. ANATOMO – FISILOGIA DO APARELHO RESPIRATÓRIO | 8 |
| 2. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA | 11 |
| 2.1. REVISÃO HISTÓRICA | 11 |
| 2.2. CONCEITO DE VNI | 12 |
| 2.3. INDICAÇÕES PARA VNI | 13 |
| 2.3.1. Insuficiência Respiratória Aguda | 14 |
| 2.3.2. Insuficiência Respiratória Crônica | 15 |
| 2.4. TIPOS DE VENTILADORES E INTERFACES | 16 |
| 2.5. VANTAGENS DA VNI | 19 |
| 2.6. DESVANTAGENS DA VNI | 20 |
| 2.7. COMPLICAÇÕES DA VNI | 21 |
| 2.8. SINAIS DE FALENCIA DA VNI | 21 |
| 2.9. CUIDADOS DE ENFERMAGEM | 22 |
| 2.10. CONTRA – INDICAÇÕES DA VNI | 24 |
| 3. CONCLUSÃO | 26 |
| 4. BIBLIOGRAFIA | 27 |



INDICE DE FIGURAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Fig. 1 – Anatomia dos Pulmões | 8 |
| Fig. 2 – Controlo da Respiração – Bulbo | 10 |
| Fig.3 – Máscara Nasal | 16 |
| Fig. 4 – Máscara Facial | 17 |
| Fig. 5 – Máscara Facial Total | 17 |
| Fig. 6 – “Helmet” | 18 |
| Fig. 7 – Peça Bucal | 18 |



0. 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 objectivos 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.

1. 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.

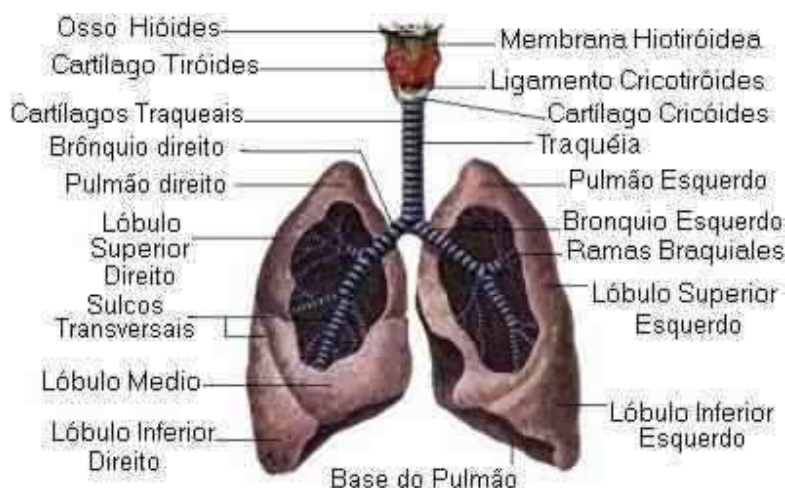


Fig. 1 – Anatomia dos Pulmões

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 abdómen.

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.

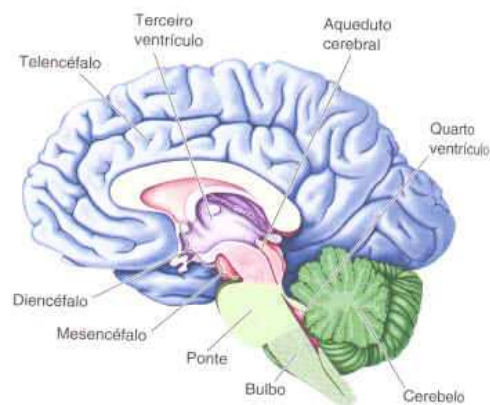


Fig. 2 – Controlo da Respiração – Bulbo



2. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

2.1. 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 infecções respiratórias (p. ex. pneumonia nosocomial).

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

2.2. 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 objectivos da VNI:

- ✦ Manutenção das trocas gasosas;



- ✦ Facilitar a ventilação alveolar;
- ✦ Diminuir o trabalho respiratório;
- ✦ Diminuir a dispneia.

2.3. 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 nocturna caracterizada pela presença constante de sintomas compatíveis. Em alguns casos o suporte ventilatório não invasivo está indicado como complemento da oxigenioterapia.

Actualmente, 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).

2.3.1. 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 directamente 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:

- Infecção 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 actuar 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.

2.3.2. 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 factores 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.

2.4. 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 expectoração; 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.

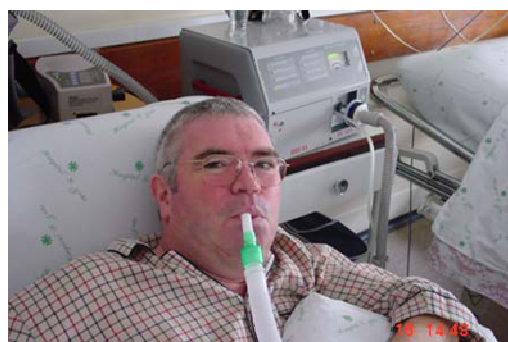


Fig. 7 – Peça Bucal

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%).

2.5. 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 infecção 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 expectoração/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).

2.6. DESVANTAGENS DA VNI



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

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

(MAGANO, 2007)

2.7. 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.

2.8. 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 $PaCO_2$;
- 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

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 efectuar de forma clara, precisa e objectiva, 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, 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;

➔ 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;

➔ 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 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, actividade dos músculos respiratórios acessórios, estado de consciência, conforto do doente, FC, TA e oximetria);

➡ 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 DA VNI

Para FELGUEIRAS (2006), as contra – indicações dividem-se em 2 grupos: *absolutos e relativos*. 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 activa/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 refractária;
- Presença de secreções em abundante quantidade.



3. 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 infecção, 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.



4. 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.capsursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf](http://www.capsursos.com.br/docs/artigoVMNI.pdf)