



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Na Rota das Competências do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem Médico-cirúrgica

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

Maria Glória Gouveia Félix

Abril de 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Na Rota das Competências do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem Médico-cirúrgica

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

Maria Glória Gouveia Félix
Sob orientação de Mestre Patrícia Coelho

Abril de 2015

RESUMO

Este relatório expressa as vivências durante o percurso percorrido nos diversos locais de estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Também elenca as grandes aprendizagens, focando as principais atividades e competências desenvolvidas, pensamentos e reflexões, respetivamente, no módulo I: Serviço de Urgência e módulo III: Serviço de Controlo de Infecção, realizados no Centro Hospitalar Cova da Beira.

A aquisição de competências, destreza técnica, planificação e tomada de decisão perante situações complexas e imprevisíveis, em contexto de urgência e no controlo e prevenção da infeção hospitalar, foi uma constante e um contributo, bem como integrar as dificuldades, os confrontos com que um enfermeiro especialista, se depara sob uma perspetiva ética, moral, social e deontológica, tendo por base os pressupostos que norteiam a profissão de enfermagem, na abordagem ao doente crítico.

O trabalho desenvolvido reflete o aprofundamento dos aspetos e contributos considerados pertinentes, como a realização de uma ação de formação no Serviço de Urgência intitulada “Monitorização Invasiva” bem como, no Serviço da Comissão Controlo de Infecção, sobre o tema “SIRS, SEPSIS, MODS e Hemoculturas”. Ainda foi realizado um flyer sobre “Medidas Simples Salvam Vidas” e um trabalho baseado na “Análise de resultados dos inquéritos sobre vigilância dos Cinco Momentos na higienização das mãos” em parceria com as equipas, permitindo um papel participativo na construção deste trajeto e na promoção do desenvolvimento de práticas futuras que impulsionem a eficiência e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Estes comportamentos contribuirão para a aquisição de uma maior autonomia, segundo uma perspetiva avançada do cuidar e a uma maior visibilidade social, essencial para o desenvolvimento da profissão. A complexidade das doenças e a dimensão dos recursos impuseram com singeleza a diferenciação de profissionais que se treinaram para serem capazes de rentabilizar e hierarquizar a utilização de cada um desses saberes.

O relatório encontra-se estruturado segundo os estágios efetuados, onde constam os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e competências adquiridas nos dois módulos e tem como finalidade servir de instrumento para certificação das competências técnicas, humanas, relacionais e comunicacionais como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e para obtenção do grau de mestre.

A metodologia utilizada baseia-se no método analítico através da reflexão das atividades desenvolvidas e na fundamentação baseada nos conhecimentos pedagógicos.

ABSTRACT

This report expresses the experiences during the travelled route in the several places of stage under the Nursing Master Course with specialization in Medical Nursing – Institute of Health Sciences – Universidade Católica Portuguesa, Porto. It also lists the great learning, focusing on the main activities and developed skills, thoughts and reflections, respectively, on the module I: Emergency Service and module III: Infection Control Services, performed in Centro Hospitalar Cova da Beira.

The acquisition of skills, technical skill, planning and decision taking before complex and unpredictable situations, in emergency context and in the control and prevention of hospital infection, was a constant and a contribution, as well as integrate the difficulties, the clashes that a specialist nurse faces under an ethical, moral, social and deontological perspective, based on the assumptions that guide the nursing profession, in addressing to the critical patient.

The developed work reflects the deepening of the aspects and contributions considered relevant, as the realization of a training action on the Emergency Service entitled "Invasive Monitoring" as well as in the Commission Service Infection Control, about the theme "SIRS, SEPSIS, MODS and Blood Cultures". It was still performed a flyer on "Simple Measures Save Lives" and a work based on "Analysis of results of the inquires about surveillance of the Five Moments in the hand hygiene" in partnership with the teams, allowing a participatory role in the building this path and in the promotion of the development of future practices which boost efficiency and the improvement of the quality of the provided care.

These behaviours contributed to the acquisition of a greater autonomy, according to an advanced perspective of the care and a greater social visibility, essential for the development of the profession. The complexity of the diseases and the size of the resources imposed with singleness the differentiation of the professionals, who trained to be able to monetize and prioritize the use of each of these knowledge.

The report is structured according to the stages carried out, which contains the outlined objectives, the undertaken activities and acquired skills, in the two modules and it has as goal to serve as a tool for certification of technical, human, relational and communication competences, as a specialist in medical nursing -surgical and obtain a master's degree.

The methodology is based on the analytical method through reflection of the activities and the reasoning based on pedagogical knowledge.

Agradecimento

Ao meu filho pela ausência mas pela presença constante em todos os momentos, conquistas e pensamentos.

À minha família pela dedicação e paciência

À Professora Patrícia Coelho, orientadora, pela disponibilidade, interesse, carinho e ajuda ao longo deste caminho.

A toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência e da Comissão de Controlo de Infecção, pela forma como me receberam e integraram na equipa e permitiram as aprendizagens.

A todos **MUITO OBRIGADO!**

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECD – Exame Complementar Diagnostico

EWS – Early Warning Scores

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

L.A – Linha Arterial

P.A – Pressão Arterial

PCR – Paragem Cardiorespiratória

PVC – Pressão venosa Central

SU – Serviço de Urgência

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	8
2 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	14
2.1 - OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS	15
3 - ESTÁGIO NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO.....	29
3.1 - OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS	31
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
5 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
6 - ANEXOS	52
ANEXO I - Caracterização do Serviço de Urgência	54
ANEXO II - Caracterização do Serviço da Comissão de Controlo de Infeção.....	60
ANEXO III - Plano de Sessão e Diapositivos da Acção de Formação “Monitorização Invasiva” no Serviço de Urgência	66
ANEXO IV - Plano de Sessão e Diapositivos da Acção de Formação “ SIRS, SEPSIS, MODS e Hemoculturas” do Serviço da Comissão Controlo de Infeção	102
ANEXO V - <i>Flyer</i> “ Medidas simples salvam vidas”	144
ANEXO VI - “Análise de resultados dos inquéritos sobre vigilância dos <i>Cinco</i> <i>Momentos</i> na higienização das mãos”	148

1 - INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, intitulado “Na Rota das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica”, reporta-se à descrição dos estágios no âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto

O Estágio previa a realização de três Módulos: Modulo I Serviço de Urgência, Modulo II Serviço de Cuidados Intensivos e Modulo III, opcional em áreas específicas do curso. Contudo, foi concedida a creditação ao modulo II, estágio nos cuidados intensivos, por desempenhar funções nessa unidade há nove anos, onde diariamente presto cuidados a doentes em estado crítico. Os cuidados prestados são inerentes à situação clínica do doente em estado crítico adulto e/ ou idoso a fim de estabilizar o seu estado de saúde, tratar a sua doença e reintegrar na sua vida social e familiar e acompanhar e apoiar a família durante todo o processo.

Assim, por diariamente prestar cuidados a doentes com diferentes tipos de diagnóstico, foi reconhecida a aquisição de competências nas diversas intervenções e atividades desenvolvidas ao doente crítico como: colaboração na manutenção da via aérea em doentes em falência respiratória, incluindo entubação naso ou orotraqueal, traqueostomia; ventilação mecânica, montagem e teste de ventilador; introdução de drenos torácicos; doentes em estado crítico do foro cardíaco na vigilância do doente com monitorização invasiva; colaboração na colocação de pacing cardíaco (externo); efetuar trombólise; colaborar em manobras de Suporte Avançado de Vida; monitorização contínua e interpretação de traçados eletrocardiográficos e atuar em conformidade perante traçados críticos; preparação do material e apoio em técnicas invasivas como a colocação de cateter central e linhas arteriais; manuseamento das técnicas contínuas de depuração/substituição renal, plasmaférese. Também foram adquiridas competências, no âmbito da coordenação e gestão na ausência da Enfermeira chefe bem como, de formadora na orientação e supervisão em contexto de estágio, de alunos do curso de licenciatura em enfermagem.

Os estágios, como mencionado anteriormente foram realizados no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), com uma carga horária de 180 horas cada. O Módulo I - Serviço de Urgência decorreu no período de 26 de Abril a 26 de Junho 2010, tendo tido como tutora de estágio uma Enfermeira Especialista em Medico Cirúrgica definida pela chefia do serviço. O Módulo III - Opcional realizado na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) decorreu no período de 4 de Outubro a 30 de Novembro tendo como tutora uma Enfermeira com Pós-Graduação em Infecção Associada aos Cuidados de Saúde e Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Ambos os estágios transcorreram sob a orientação e acompanhamento da Sr.^a Professora Patrícia Coelho.

A escolha dos locais de estágio teve por base o interesse para a minha formação visto que na minha prática profissional contacto frequentemente com doentes oriundos do SU de forma a poder melhorar a continuidade dos cuidados e perceber melhor o circuito e cuidados inerentes ao doente crítico. A opção recaiu nestes serviços perante a pertinência de cuidados especializados que os doentes necessitam, pela diversidade de patologias existentes; porque senti necessidade de aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências e saberes, a fim de poder prestar cuidados mais diferenciados baseados numa enfermagem avançada. Além de, procurar uma resposta, à minha necessidade de adquirir novas experiencias fundamentadas em saberes e em evidências.

O Serviço de Urgência é o primeiro local, a que os doentes recorrem e onde são atendidas situações clínicas de instalação súbita, desde as menos urgentes às mais urgentes ou mesmo emergentes. A realização deste estágio no serviço de urgência foi muito importante devido ao facto de conhecer a dinâmica do serviço de urgência que dá resposta ao doente adulto/idoso de médio e alto risco, onde se efetua a primeira abordagem ao doente por vezes em estado crítico, doente esse, a quem muitas vezes venho a prestar cuidados, dando-lhes continuidade, quando é internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde desenvolvo a minha atividade profissional.

Estes requerem um conjunto de conhecimento técnico, científico, e comportamentais que se enquadra no critério de doentes em estado crítico, permitindo-me assim desenvolver competências de enfermeiro especialista prestando cuidados, inovadores e

abrangentes, promovendo a integração de saberes de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados.

A escolha do local de estágio opcional na área de Controlo de Infeção Hospitalar despertou-me interesse, dado que, além de cada vez mais se falar da Infeção associada aos cuidados de saúde, senti a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos nesta área, também no sentido de adquirir ferramentas para a melhoria dos cuidados prestados no meu quotidiano profissional.

A Infeção associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que podem, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Sendo a UCI um local onde existem procedimentos invasivos de elevado risco de disseminação de infeção, os enfermeiros têm um papel preponderante na prevenção e controlo de infeção hospitalar, contribuindo para uma maior segurança nos cuidados aos doentes.

A realização destes estágios é, antes de mais, um compromisso assumido entre docentes, alunos e profissionais, com o intuito de munir os estudantes de competências técnicas, relacionais e científicas. Um momento de excelência de formação, onde o saber da *praxis* se desenvolve sustentado pelo saber teórico, permitindo a aquisição das competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício de enfermagem, visando sempre uma qualidade de cuidados que se quer excecional.

O estágio é sem dúvida, uma componente fundamental do curso, pois permite aos discentes colocar em prática os conhecimentos adquiridos de uma forma teórica, por um lado, e conhecer outra realidade profissional e institucional, por outro. Como tal, procurei tirar o máximo de partido destas oportunidades.

A elaboração deste relatório serviu para dar a conhecer o meu percurso nos estágios e também para efetuar uma reflexão sobre a atividade assistencial do profissional de enfermagem, no âmbito da especialidade Médico – Cirúrgica, da sua identidade como profissão detentora de um corpo de saberes e competências próprios, da sua autonomia

enquanto disciplina integrada numa equipa multidisciplinar e por último, mas não menos importante, da sua visibilidade social.

Não é de todo, fácil exprimir através de um documento escrito todo o proveito obtido, todas as situações importantes de aprendizagem, todos os momentos de relação interpessoal criados, com profissionais das equipas ou com os doentes ao nosso cuidado. Seria incorreto assumir que com este relatório traduzirá tudo em absoluto.

O título “Na Rota das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica” emana da descrição única e sucintamente, das atividades que desempenhei, das competências técnicas, científicas e relacionais que adquiri, das competências teóricas e proveito para a minha prática diária. Pretendo fazer uma reflexão sobre a prática e sobre situações que de algum modo foram mais marcantes neste percurso, contextualizando todos estes aspetos na consecução dos objetivos propostos.

Com a elaboração do presente Relatório pretendo refletir sobre a prática de enfermagem que desenvolvi nos dois estágios, bem como, toda a atividade profissional e relatar as experiências vivenciadas. Considero o relatório, um documento final, muito pessoal, de um trabalho que cumpre duas finalidades, que são: fornecer a informação que servirá de apoio à avaliação das atividades desenvolvidas e descrever as vivências pessoais e experiências profissionais com vista à apreciação por outrem.

Neste sentido, os objetivos deste relatório, consistem em:

- Caracterizar os locais de estágio quanto à sua estrutura e organização
- Descrever as atividades desenvolvidas durante o meu percurso de aprendizagem durante o estágio;
- Avaliar e analisar a consecução das competências técnicas, relacionais e científicas adquiridas durante os estágios.
- Servir de documento para obtenção do grau de mestre.

O presente relatório está estruturado em 4 capítulos, o primeiro dedicado à introdução, com a referência aos diferentes módulos de estágio, locais e datas onde foram

realizados. Os dois seguintes são dedicados aos estágios efetuados, onde constam os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e competências adquiridas. Por fim, no último capítulo, foram realizadas algumas considerações finais onde constam uma análise reflexiva e os aspetos mais relevantes de todo o Estágio.

A metodologia utilizada baseia-se no método analítico através da reflexão das atividades desenvolvidas e na fundamentação baseada nos conhecimentos adquiridos durante a parte teórica do curso, assim como bibliografia considerada pertinente, tendo por base o relato das experiências vivenciadas ao longo do estágio.

A escolha do Serviço de Urgência (SU) teve por base conhecer uma realidade diferente uma vez que é neste serviço que se efetua a primeira abordagem ao doente em estado crítico, adulto e idoso, conforme preconizado no plano de estudos do referido curso.

É um serviço que recebe doentes com os mais variados diagnósticos com problemas reais e potenciais súbitos, urgentes e emergentes que requerem cuidados complexos, possibilitando assim o contato com doentes de médio e alto risco.

O Serviço de Urgência Geral do CHCB, é constituído por uma equipa multidisciplinar e multiprofissional, funciona 24 horas por dia como Urgência Geral polivalente de adultos e no período das 00:00 às 08:00 horas, engloba também o atendimento aos doentes pediátricos. Este serviço subdivide-se em áreas principais de serviços de acordo com as necessidades específicas e circuito de gestão de doentes, pelo que remetemos para anexo I a caracterização do mesmo.

A Comissão de Controlo de Infecção (CCI) área da saúde, formalmente designado para planear, implementar, manter e avaliar o programa de controlo de infeção hospitalar, adequado às características e necessidades das unidades hospitalares que constituem o Centro Hospitalar da Cova da Beira. É naturalmente uma peça fundamental num processo de melhoria contínua de qualidade, pelo papel que desempenha na gestão de risco da instituição, quer a nível dos cuidados diferenciados como dos cuidados primários onde o enfermeiro desempenha um papel preponderante nestas medidas.

È responsabilidade da CCI: Cumprir o disposto na circular normativa da direção – geral da saúde N° 18/DSQC/DSC de 15/10/2007. Para o efeito, as CCI devem ter funções executivas em áreas específicas ao controlo de infeção, nomeadamente no planeamento,

implementação e monitorização dos objetivos e metas que integram o Programa Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção, POPCI da unidade de saúde.

Implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança de modo a que a prevenção e controlo das IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente

A CCI é nomeada pelo Concelho de Administração, bem como os membros dinamizadores, sobre proposta da CCI. É constituída por um núcleo executivo (coordenador da CCI, Enfermeiro da CCI e apoio Administrativo), membros dinamizadores nos serviços (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica) e pelos membros consultivos (responsáveis pelos serviços de patologia clínica, farmacêuticos, aprovisionamento, hoteleiros, instalações e equipamentos, segurança, higiene e saúde no trabalho, esterilização e comissão de farmácia e terapêutica).

Este serviço subdivide-se em áreas com necessidades específicas e circuito de gestão de doentes, pelo que remetemos para anexo II a caracterização do mesmo.

2 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência Geral do CHCB, constituiu o primeiro campo de estágio dos dois módulos que desenvolvi, preconizado pelo plano de estudos.

O referido serviço tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência médica, conforme o referido pela Direção Geral de Saúde (DGS,2001), no documento relativo sobre Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, que as enquadra e define urgência, direcionada a todas as situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais e emergência como todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe estabelecimento ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

É no serviço de urgência que se efetua a primeira abordagem ao doente em estado crítico, adulto e idoso. Estes doentes requerem dos profissionais um conjunto de conhecimento técnico científico e comportamental que se enquadram nos critérios de doente em estado crítico, permitindo-me assim desenvolver competências de enfermeira especialista, prestando cuidados inovadores e abrangentes, facilitando a integração de novos saberes de forma, a contribuir para a melhoria dos cuidados.

Durante o período de estágio pretendi que, além de consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos, fosse também adquirida mais experiência e novos conhecimentos em termos de prestação de cuidados ao doente em situação urgente/emergente, pelo que foram traçados objetivos no projeto de estágio que visassem essa articulação teórico-prática.

2.1 - OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS

Para a concretização dos objetivos definidos, planeei e desenvolvi atividades com o objetivo da aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Passo a referir os objetivos, que constam do projeto de estágio, a descrever as estratégias, ações de formação em serviço de forma a minimizar/colmatar algumas situação /problema identificadas, assim como, faço uma reflexão e respetiva fundamentação das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

OBJETIVO GERAL

A – Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC)

A.1 – Objetivo Especifico

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspetiva académica avançada.

Atividades desenvolvidas

- Identifiquei métodos de avaliação utilizados pelos profissionais para despiste de sinais precoces de alerta.
- Assisti a uma ação de formação sobre a “Utilização da escala - sinais precoces de alerta” denominada de Early Warning Scores (EWS), no serviço de urgência como contributo para a sua futura implementação.
- Identifiquei por prioridades o circuito do doente na triagem de Manchester.
- Fomentei o protocolo e procedimento interno da CCI para a colheita correta de hemoculturas.

O conhecimento partilhado pode advir da componente teórica, existindo muitas vezes a necessidade de adaptar às situações concretas e múltiplas que se deparam na prática diária. Analisar as práticas, desmontá-las, refletir criticamente sobre o que se faz, pôr-se em causa, confrontar ideias, discernir fundamentos, verificar resultados conseguidos e

agir em conformidade é o caminho para o desenvolvimento profissional, sendo a reflexão sobre determinados comportamentos e atitudes, fundamental para compreender as dificuldades e assim tentar supera-las.

Levando em conta esta reflexão e reportando para as atividades realizadas e deteção de situações/problemas estas permitiram desenvolver uma análise critico-reflexiva, estimulando o auto-conhecimento, de que resultou uma sugestão para a implementação de soluções para a resolução de algumas situações diagnosticadas.

A utilização de monitores cardíacos para a vigilância dos doentes, é uma realidade cada vez mais constante, pois este tipo de monitorização garante não só uma maior segurança como a possibilidade de intervir mais rapidamente quando necessário. Uma das situações problemas com que me deparei no serviço de urgência foi a falta destes recursos em termos de material.

Atualmente, de forma a detetar problemas precoces em situações de doença grave, diferentes hospitais em vários países (Austrália, Reino Unido, Espanha), usam escalas ou índices que servem para medir o grau de risco de deterioração fisiológica do doente. Esta escala denominada por Early Warning Scores (EWS) é baseada na avaliação dos sinais vitais e na respetiva atribuição de pontos denominados *scores*, conforme as alterações verificadas em relação aos parâmetros considerados normais. A avaliação dos dados obtidos, determina, se deverá proceder-se à intensificação na frequência das avaliações, quais as decisões de intervenção ou ativação do alerta médico.

Num doente com sinais de deterioração fisiológica é possível que efetuar-se um tratamento imediato, muitas horas antes do evento grave, evitando a necessidade de reanimação e antes que a deterioração fisiológica se torne mais critica (National Health Service-NHS, 2007).A atribuição do *score* permite a identificação do agravamento clínico do doente, evitando por vezes que estes doentes sofram uma paragem respiratória ou Paragem cardiorespiratória (PCR) em algumas vezes sem possibilidade de reversão.

A PCR é definida por Sensagent (2001) como a interrupção da circulação sanguínea que ocorre em consequência da interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíacos ou da presença de batimentos cardíacos ineficazes. Após uma PCR o indivíduo perde a consciência em cerca de 10 a 15 segundos devido à falta de irrigação cerebral, e a lesão cerebral começa a instalar-se ao fim de 3 minutos, sendo a sua prevenção fundamental para garantir a sobrevivência do doente e possibilitar uma vida com qualidade.

A existência de poucos monitores cardíacos no serviço de urgência leva a um deficiente na vigilância, que provoca a existência de falhas ao nível do planeamento dos cuidados e da comunicação entre os profissionais envolvidos no tratamento. Como é possível atuar precocemente e adequadamente perante o doente em situação emergente quando a falta ou limitação de recursos materiais é uma realidade?

Sendo um direito do doente, receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, conforme o ponto 3 da Carta dos Direitos e dos Deveres dos Doentes (2008), pretende-se que o doente seja assistido atempadamente sem prejuízo para o seu estado com procedimentos de qualidade. Segundo o Código deontológico da Ordem dos Enfermeiros, artigo 88, o enfermeiro tem a responsabilidade de reconhecer eventuais falhas, adequar a qualidade dos cuidados ao doente assim como, assegurar condições de trabalho que lhe permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia.

Durante o período de estágio no serviço de urgência, foi realizada uma ação de formação pelo Sr. Enfermeiro Diretor do Departamento de Urgência / Emergência destinada a toda a equipa de enfermagem da urgência, sobre o tema “*Implementação da escala de alerta precoce – EWS*”, com intuito de despertar os profissionais do serviço para os sinais de alerta. A aplicação desta escala, requer por parte da equipa de enfermagem, uma vigilância permanente dos parâmetros vitais do doente para despiste precoce de complicações que possam vir a comprometer a saúde e retardar a sua recuperação, pelo que a implementação da EWS requer a existência de monitores cardíacos.

Como futura enfermeira especialista, tenho o dever de tentar de criar condições para que possam ser prestados cuidados de qualidade ao doente, pelo que, perante o que foi referido, para dar resposta a uma situação problema e tentar colmatar a limitação do número de monitores no serviço de urgência, falei com a enfermeira tutora, com a Sr.^a Enfermeira Responsável pelo Serviço de Urgência, no sentido de ser promovida a aquisição de mais equipamentos com esta finalidade e posteriormente com o excelentíssimo Diretor do Departamento de Urgência/Emergência, do qual obtive como resposta, a não existência de verbas para aquisição de mais material. Mantendo-se assim, a problemática da implementação desta escala que reside na limitação restrita de recursos materiais.

Durante a elaboração deste relatório tive conhecimento de forma informal através da Sr.^a Enfermeira Chefe de que houve a aquisição de mais um monitor para o serviço de Urgência. A referir que a aquisição deste monitor foi após o término do estágio, concluindo que os contributos fornecidos, as partilhas e reflexões com os vários elementos promoveu a consciencialização do problema detetado foi importante para cooperar na resolução desta situação-problema.

O Serviço de Urgência hospitalar existe para o atendimento rápido das situações de risco para a saúde. Para atender a estes fatos os serviços de urgência estão munidos de alta tecnologia para que possam atempadamente dar resposta a situações de emergência. É de extrema importância para o enfermeiro perceber que, apesar de munido de tecnologia que facilita a sua intervenção, é imprescindível saber olhar para o doente que está sob a sua responsabilidade. Só desta forma pode estar atento a sinais e sintomas que podem confirmar ou contestar alguma situação em que tenha de intervir.

Facilmente se compreende que, quanto mais grave a situação clínica mais rapidamente os doentes devem ser atendidos e essa prioridade de atendimento é estabelecida aquando da realização da Triage. Durante o período de estágio na urgência passei pela valência do enfermeiro triador, onde é realizada a triagem do doente através do sistema de Manchester implementado, sendo neste local, onde se tem o primeiro contato com o doente. Este sistema é uma realidade com a qual tinha pouco contato e senti necessidade de adquirir conhecimentos específicos.

A estratégia de aprendizagem e desenvolvimento de competências que adotei assentou, na consulta de manuais e protocolos criados para o efeito, tentei compreender a filosofia e estratificação da informação recolhida, no momento da triagem. Efetuei triagem de doentes, sempre com o tutor presente, tendo por base o modelo de Manchester e usando a plataforma informática. Inicialmente, pela falta de experiência e pela consciência do quanto era importante uma correta interpretação das informações fornecidas pelo doente, esta tarefa revelou-se um pouco difícil e complexa.

O sistema de Manchester decorre da necessidade de melhorar o atendimento dos doentes no serviço de urgência e da crescente consciencialização da utilidade do uso de meios informáticos na área da saúde, sobretudo no sentido da diminuição do erro. Este sistema consiste na versão digital de um manual, designado “*Triagem no serviço de urgência*” que especifica o sistema de triagem de Manchester onde é atribuído uma prioridade de atendimento aos doentes que recorram a este, substituindo o anterior sistema de atendimento por ordem de chegada.

A aplicação informática traduz esta metodologia num conjunto de ecrãs em que o profissional de saúde vai negando ou aceitando informação até chegar a um discriminador que seja representativo do motivo da ida do doente ao serviço de urgência, ao qual por sua vez corresponde uma prioridade de atendimento. Este procedimento compreende em alguns casos, a avaliação de parâmetros vitais como a temperatura timpânica, glicemia capilar, batimentos cardíacos, saturação periférica de oxigénio. O primeiro critério de gravidade que se verificar é aquele que ficará registado e ditará a cor atribuída e conseqüentemente, a prioridade de atendimento. Depois de efetuada a triagem, o doente recebe uma pulseira com um código de barras identificador e cuja cor é atribuída de acordo com a sua situação clínica.

O objetivo desta metodologia não é o de estabelecer um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica no atendimento dos doentes. Para tal, o profissional de saúde seleciona, segundo aqueixa que o doente apresenta, um quadro de fluxograma, de entre os 35 pré-definidos e, utilizando a sintomatologia referida e a avaliação dos sinais, discrimina a prioridade clínica para o atendimento do mesmo. Cada conjunto de

sintomas ou sinais funciona assim, como discriminador e está associado a uma cor que traduz o nível de prioridade de atendimento do doente.

Para entender os tempos de espera previstos, segundo as prioridades estabelecidas pela triagem de Manchester, é importante ter em consideração que a missão de um serviço de urgência é o atendimento de situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (de emergente a urgente), pois estas são representativas das situações de risco de vida. Quanto mais grave é a situação clínica mais rápido deve ser o atendimento.

Os profissionais de enfermagem ao utilizarem esta metodologia de recolha de informação, apesar do seu benefício potencial, incorrem sempre numa interferência na vida e sentimentos pessoais do doente. Daqui surge a necessidade de assegurar a confidencialidade de toda a informação narrada, quer pelo doente, quer por familiares. É exigido destes profissionais grandes conhecimentos teóricos e práticos que lhes permitam desenvolver uma eficaz avaliação do doente; possuir capacidade de organização, de tomar decisões rápidas e de realizar uma correta colheita de dados através da entrevista e observação; possuir destreza, dinamismo, agilidade mental e capacidade de liderança, que lhe permita detetar sinais subtis quando na presença do doente.

A triagem realizada por enfermeiros, segundo refere Teixeira (2006), contribui para aumentar a humanização do acolhimento do doente e família, permitindo estabelecer uma boa relação entre enfermeiro e doente, podendo deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência do doente e família, contribuindo para dignificar a imagem de enfermagem e permite uma observação imediata do doente com risco de vida, possibilitando algumas vezes realizar uma “retriagem”, caso seja necessário.

Para que a consecução do sistema de triagem seja rigoroso, é necessário que os enfermeiros que a efetuam, tenham em mente os objetivos que regem este sistema, relacionando-se o objetivo principal com a “... identificação rápida de doentes que se apresentam com estados de natureza urgente e em risco de vida” (Sheehy, 2001 pg 118).

Após a triagem finalizada é necessário fazer o encaminhamento do doente para o local adequado, existindo a necessidade de conhecer bem os circuitos, consoante a prioridade de atendimento.

Outras das situações refletidas neste contexto foi a infeção associadas aos cuidados de saúde (IACS), considerada a causa major de morbilidade em termos hospitalares. Uma taxa elevada de IACS evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis. Vários fatores contribuem para a frequência de infeções em doentes que por vezes se encontram imunodeprimidos, submetidos a exames, terapêuticas invasivas e a determinados procedimentos efetuados, assim como o fato do ambiente hospitalar poder facilitar a transmissão de microrganismos entre doentes. A taxa de infeção hospitalar é um dos indicadores/ índices de avaliação da qualidade hospitalar.

Numa situação de infeção torna-se cada vez mais imperiosa a necessidade de rastrear os doentes e realizar exames e colheitas de sangue, que permitam identificar o agente causal e instituir o tratamento adequado.

Durante o período de estágio no serviço de urgência, detetei uma situação problema em relação à realização do procedimento de colheita de hemoculturas, dado que a técnica não estava em conformidade com o procedimento interno do CHCB, imanado pela CCI.A desinfeção do local de colheita não era efetuado segundo o protocolo da CCI, o nº de colheitas não estava em conformidade com o procedimento previsto, assim como, a colheita de sangue para duas hemoculturas diferentes era efetuada numa única punção.

Perante o fato observado falei com a enfermeira tutora no âmbito de se efetuar sensibilização da equipa de enfermagem para a aplicação correta do procedimento. Tive todo o seu apoio tendo sido transmitido “in loco” de forma informal, informação pormenorizada e baseada em conhecimento de caráter científico, sobre o modo correto para realizar o procedimento, dando a conhecer a existência de protocolos existentes e imanados pela CCI sobre o mesmo.

Durante o restante estágio foi efetuada uma observação rigorosa do referido processo. Dei seguimento ao processo iniciado neste estágio, posteriormente durante o estágio na

CCI através de dados fidedignos, fornecidos pelo laboratório de microbiologia, pelo que, não foi efetuada qualquer ação de formação nessa área durante o período de permanência na urgência, além da partilha informal.

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Assim, considero que desenvolvi competências de forma contínua, como o auto-conhecimento e utilizei de forma competente as tecnologias, utilizando a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; adequiei as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; efetuei uma análise do trabalho executado e reconheci eventuais falhas que mereceram mudanças de atitudes; estabeleci sugestões de melhoria após a identificação de situações problema, pois como refere Perrenould (1999, p.11) “a prática é a pedra de toque das competências”.

OBJETIVO GERAL

B – Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundadas na respetiva área de especialização em enfermagem.

B.1 – Objetivo Específico

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Atividades desenvolvidas

- Identifiquei a necessidade de acompanhamento de doentes a exames complementares de diagnóstico com monitorização contínua dos parâmetros vitais
- Efetuei a interpretação dos dados fornecidos pelos diferentes meios auxiliares de diagnóstico e observei se a sua atuação era efetuada em conformidade com o resultado obtido
- Analisei os tempos de atuação nas várias fases de atendimento em determinadas patologias como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

As vias verdes são essenciais não só para melhorar as acessibilidades, como para permitir tratamentos mais eficazes e precoces, dado que o fator tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é fundamental para a redução da mortalidade e morbidade.

Define-se Via Verde como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito nas fases pré, intra e inter-hospitalar, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações conforme o referenciado no documento Via Verde AVC da Região Norte (2009).

O objetivo terapêutico na fase aguda do AVC isquémico é o da repermeabilidade da artéria ocluída, por meios farmacológicos, permitindo a reperfusão dos territórios cerebrais em risco e consequente reversibilidade das lesões provocadas pela oclusão arterial. Após se detetar a sintomatologia compatível (sinais de alerta como paresia súbita dos membros ou diminuição da sensibilidade, alterações na fala – disartria - e desvio da comissura labial), com início conhecido até 3 horas antes, é feita colheita de sangue para análises, encaminhado para realização imediata de Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica (TAC CE) e caso se confirme, é realizado o encaminhamento para a Unidade de AVC e instituído de imediato, o tratamento farmacológico de desobstrução arterial (trombólise).

Em relação à Via Verde Coronária o atendimento é idêntico ao do AVC, em termos de prioridade. É feita uma deteção precoce de sintomatologia (dor pré cordial com irradiação braço, pescoço, náuseas vómitos e suores), atuação rápida para efetuar colheita de sangue para enzimologia cardíaca, eletrocardiograma (para avaliar elevação de segmento ST) e se tiver critérios efetuar fibrinólise. Para realizar este procedimento é necessário efetuar avaliação pormenorizada e exaustiva da repercussão deste tratamento, devido às consequências que daí podem advir (como a PCR).

A implementação de Via Verde Coronária e do AVC a nível Centro Hospitalar Cova da Beira, acarretou um acréscimo de trabalho por parte dos profissionais. Quando existe sobrelotação de doentes no serviço de urgência, a existência de carência de enfermeiros

torna-se mais evidente e muitas vezes torna-se imperioso a cooperação entre os mesmos, de modo a facilitar a rapidez da prestação de cuidados a doentes em situação de gravidade. Nesta medida os cuidados de enfermagem mostram-se indispensáveis à sobre-vida do doente, contribuindo para a redução da incidência de complicações.

Para que se possa fazer um diagnóstico correto é necessário recorrer a meios complementares de diagnóstico pelo que, durante o estágio acompanhei vários doentes instáveis à realização de TAC, muitas vezes com necessidade de monitorização contínua, tendo sido necessário, o manuseamento de drogas/fármacos de emergência.

Após a realização de Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) houve a necessidade de encaminhar o doente, fazendo a sua transferência para um serviço mais específico. Assim, tive a oportunidade de acompanhar doentes à UCI e à Unidade de AVC, transmitindo à equipa de enfermagem, informações pertinentes relacionadas com a situação clínica do doente, fulcrais para a continuidade dos cuidados. Em alguns casos houve necessidade de manusear drogas/fármacos de emergência para a estabilização do doente até à chegada ao respetivo serviço.

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Estas experiências de prestação de cuidados diretos permitiram-me aperfeiçoar o meu desempenho técnico científico e relacional, adquirindo competências nestas áreas, utilizando conhecimentos científicos adquiridos durante o meu percurso profissional e académico; demonstrei capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas; adquiri competências de destreza na planificação dos cuidados prestados aos doentes críticos e relacionados com a tomada de decisão.

OBJETIVO GERAL

C – Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a estes subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

C.1 – Objetivo Específico

Demonstrar um nível de conhecimentos na área da especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC).

Atividades desenvolvidas

- Planifiquei e executei cuidados perante problemas identificados como: PCR, choque hipovolémico, entre outros.
- Planeei intervenções para colmatar lacunas identificadas, em relação à manipulação e manutenção de Cateter Venoso Central (CVC), pelo que elaborei uma ação de formação de modo que a intervenção aplicada superasse as necessidades do doente naquele momento, implicando ganhos na saúde.
- Desenvolvi destreza prática nas técnicas de enfermagem complexas utilizando suportes tecnológicos diferenciados, assegurando as funções vitais dos doentes tais como a permeabilidade da via aérea, colocação de Cateter Venoso Central, (CVC) Linha Arterial (LA) - respetivas leituras dos dados fornecidos e atuar em conformidade e aplicação do algoritmo de suporte avançado de vida perante situações de PCR.

No serviço de urgência existem doentes, que devido à complexidade e situação clínica, como choque hipovolémico ou cetoacidose, que requerem um grande aporte de volume e para que tal seja possível, de uma forma segura, por vezes é necessário proceder a técnicas invasivas, como por exemplo a colocação de CVC.

Este procedimento efetua-se quando um cateter intravenoso periférico não é suficiente para a escolha da terapêutica pretendida, ou quando é necessário um acesso venoso rápido e de grande calibre para situações de emergência, como para a administração de grande volume de soros, hemoderivados e/ou medicação tóxica ou irritante para o sistema venoso periférico. Permite também administrar simultaneamente vários fármacos devido a possuir mais do que uma via, evitando intercorrências entre medicação, devido à incompatibilidade medicamentosa.

O CVC permite efetuar a medição da Pressão Venosa Central (PVC), durante uma medida terapêutica, otimizando o tratamento e sendo uma mais-valia para o doente. A PVC é a pressão exercida pelo sangue nas veias de grande calibre, no retorno ao

coração pela aurícula direita vindo da veia cava superior. O valor da PVC permite obter informações complementares sobre o coração, nomeadamente o volume sanguíneo que chega ao coração, o tónus muscular e a sua capacidade de bombear o sangue, permitindo efetuar uma leitura, em termos da necessidade de reposição e administração de volume, ou não ao doente.

A monitorização da pressão arterial está indicada em qualquer situação médica ou cirúrgica que comprometa o débito cardíaco e o volume de líquidos. Permite avaliar de forma contínua os três parâmetros da pressão arterial: sístole, diástole e pressão arterial média. A avaliação das pressões arteriais permite monitorizar de forma contínua a pressão arterial em doentes com instabilidade hemodinâmica, direcionando para a administração ou não de volume ou drogas vasoativas e ainda permite a colheita frequente de amostras sanguíneas para gasometrias e outros pedidos analíticos.

Por vezes, há necessidade da execução destes procedimentos invasivos, em doentes com instabilidade hemodinâmica para otimização do seu tratamento quando permanecem no Serviço de urgência por falta de vaga na UCI, não estando os enfermeiros deste serviço familiarizados com estas técnicas invasivas. Durante o período em estágio no serviço de urgência tive oportunidade de lidar com doentes que tiveram necessidade da realização deste procedimento, no qual colaborei sem hesitação uma vez que faz parte da minha prática diária (ao desempenhar funções na UCI).

Por possuir conhecimentos em relação a este procedimento, assim como no manuseamento da técnica, e deteção da fragilidade dos profissionais perante esta técnica, foi proposto pelo enfermeiro responsável da formação em serviço, em consonância com a tutora, a realização de uma ação de formação, destinada à equipa de enfermagem do serviço de urgência, sobre CVC: material necessário; cuidados na sua colocação e manutenção; manuseamento e interpretação de valores fornecidos pela PVC e uma abordagem sobre monitorização da pressão arterial.

A formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de enfermagem, pelo que realizei a ação de formação, na sala de reuniões do serviço de urgência do CHCB em Novembro 2011

com grande adesão e interesse por parte da equipa, indo de encontro às necessidades formativas da equipa de enfermagem em relação a “Monitorização Invasiva”, sendo remetido para o anexo III, o plano de sessão e os diapositivos, e constatou-se uma grande receptividade e participação por parte da equipa. Após ter dialogado com os enfermeiros, todos eles confirmaram ter sido um grande contributo, para o seu desenvolvimento profissional.

Sendo um direito, a formação é igualmente um dever dos profissionais e o seu sucesso depende do envolvimento de todos. É essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais. Um exemplo da aliança entre teoria e exercício profissional passa pela inclusão da investigação na formação em serviço. O desenvolvimento desta parceria traduzir-se-á num maior reconhecimento social da enfermagem e na prestação de cuidados de excelência.

Vivemos atualmente numa sociedade de constantes e significativas mudanças, profundamente marcada pelos sistemas de informação e em que o conhecimento se constrói a um ritmo frenético. Esta realidade assume proporções maiores no âmbito das ciências da saúde e exige dos profissionais um permanente esforço de adaptação que vai muito além da formação inicial dos cursos de licenciatura. A aposta na formação em serviço pode ser vista como uma alavanca para o aperfeiçoamento, do exercício profissional contribuindo para a atualização dos conhecimentos, técnicas e metodologias que caracterizam a profissão de enfermagem (Gomes, 1999).

O Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro atribui ao enfermeiro chefe, a função de escolher o responsável pela formação em serviço. Ainda de acordo com o atual enquadramento legislativo, a opção deve recair preferencialmente no enfermeiro especialista tendo como função diagnosticar lacunas de formação, disponibilizando-se na concretização de um plano, implementando ações e grupos de trabalho, estabelecendo e assumindo uma atitude honesta e séria, na avaliação da eficácia das ações implementadas.

Durante o estágio tive a oportunidade de identificar situações-problemas as quais partilhei com a tutora e com a equipa de forma informal, como a situação dos doentes com EAM com necessidade de colocação de 3 cateteres intravenosos periféricos, um

cateter para medicação de emergência, outro para fibrinólise ou medicação incompatível e outro para assegurar sempre uma via permeável. Esta problemática foi discutida e analisada com todos os membros da equipa e respetiva chefia mas ficou para ser analisada na próxima reunião de serviço devido ao risco acrescido perante o doente crítico face a uma instabilidade hemodinâmica.

A importância da formação em serviço na aquisição de competências depende da capacidade individual de transpor para a prática os conhecimentos aprendidos. Os enfermeiros não devem ser meros fatores de produção ou executores de técnicas mas sim pessoas, que sentem, pensam e desejam obter do seu trabalho satisfação e promover qualidade e dignidade aos que cuidam.

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Com o atingir deste objetivo adquiri competências na área da investigação científica através de pesquisa bibliográfica alicerçando e ampliando conhecimentos, técnicas e metodologias; promovi o desenvolvimento pessoal e profissional de enfermeiros na otimização da continuidade da qualidade dos cuidados; promovi a atualização contínua dos conhecimentos e utilizei de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

3 - ESTÁGIO NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO

O estágio realizado na CCI é relativo ao Modulo III - Opcional e surgiu da necessidade de aprofundar os conhecimentos na área do controle de infeção e também no sentido de adquirir ferramentas para a melhoria dos cuidados prestados no meu contexto de trabalho, numa UCI.

A IACS, anteriormente intitulada de infeção hospitalar ou nosocomial, é hoje um conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, que se associa à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados hospitalares, ambulatório ou domiciliários (DGS, 2008).

Em Portugal, a infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1993 pela DGS e posteriormente em 1979, pela Direção-Geral dos Hospitais, através da Circular Informativa Nº 6/79, de 9/02/79, enfatizada através de uma Circular Normativa do Conselho Europeu e divulgada a todos os serviços e unidades de saúde. Foram tomadas iniciativas diversas e inovadoras para minimizar o risco e controlar a infeção nos hospitais, como foi o caso da criação de Comissão de Controlo de Infeção (CCI) nas unidades de saúde públicas ou privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, através do despacho do Diretor-Geral da Saúde de 23/10/96. Em 1999 foi criado o Plano Nacional de Controlo da Infeção (PNCI) e em 2008 foi divulgado o Manual Operacional do PNCI da IACS (DGS, 2008).

A comissão de controlo de infeção integra um grupo de profissionais na área da saúde, formalmente designado para planear, implementar, manter e avaliar o programa de controlo de infeção hospitalar, adequado às características e necessidades das unidades hospitalares. É, naturalmente, uma peça fundamental num processo de melhoria contínua de qualidade, pelo papel que desempenha, na gestão de risco e a nível dos cuidados diferenciados.

3.1 - OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS

No âmbito do estágio na CCI foram definidos objetivos e planeadas e desenvolvidas atividades com o intuito de aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgico. Com o desenrolar do estágio vivenciei experiências e desenvolvi atividades indo de encontro aos objetivos, que constam do projeto de estágio, descrevendo as estratégias utilizadas para a sua concretização, assim como, permitiu fazer uma reflexão e respetiva fundamentação das atividades mais pertinentes e das competências adquiridas.

OBJETIVO GERAL

A – Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

A.1 Objetivo Específico

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva avançada

Atividades desenvolvidas

- Participei ativamente na sensibilização para as boas práticas de prevenção e controlo de infeção hospitalar junto dos profissionais de saúde, divulguei resultados, normas e procedimentos junto dos profissionais de saúde, intervi ativamente na recolha de dados importantes para uma prática segura

A execução de técnicas incorretas pode provocar danos mas também infeções, por isso é necessário prevenir. Compete à CCI propor recomendações e normas para a prevenção e controlo da infeção, assim como, a monitorização da sua correta aplicação, mantendo contato permanente com os vários departamentos, serviços e unidades com a finalidade de detetar problemas, colher dados importantes, orientar e supervisionar o cumprimento de normas e recomendações, contribuindo para diminuição das IACS.

Durante o estágio efetuado no Serviço de Urgência detetei uma situação problema em relação ao incumprimento das normas no procedimento colheita de sangue para hemoculturas. A técnica não estava em conformidade com o Procedimento Interno do CHCB, dado que a desinfeção do local de colheita não era efetuada em conformidade com o norma/procedimento e a colheita para duas hemoculturas era efetuada numa única punção.

Considera-se uma hemocultura a amostra de sangue colhida numa única punção. Uma amostra inoculada em dois frascos diferentes (1 frasco de aerobiose e um frasco de anaerobiose), equivale apenas a uma hemocultura. Sabendo que a bacteriemia é máxima na rampa ascendente do gráfico de temperatura, é neste momento que se deve realizar as hemoculturas. Contudo, pode existir um intervalo de tempo até 1 hora entre bacteriemia e o pico febril.

No decurso deste estágio tive acesso através do laboratório de patologia clínica aos resultados de análises das hemoculturas realizadas no serviço de urgência, sendo que a maioria das amostras apresentavam resultados positivos por contaminação. Tendo sido efetuada sensibilização no serviço de urgência, para a correta aplicação do procedimento em virtude de existirem muitos resultados de hemoculturas contaminadas, partilhei este fato com a tutora expondo-lhe a situação e a vontade que tinha em fazer um estudo em relação à colheita de hemoculturas no serviço de urgência. Tive todo o seu apoio uma vez que foi de encontro, ao objetivo que a mesma detinha e já fruía para a realização deste trabalho.

Perante esta situação realizei uma ação de formação para sensibilizar os profissionais da técnica correta a ser efetuada, de modo a que não houvesse perda de tempo em termos de tratamento para o doente nem para o profissional. Pois uma técnica não efetuada corretamente acarreta custos financeiros e demora no tratamento a ser implementado.

A ação de formação foi apresentada no dia 25 de Novembro para os enfermeiros do Serviço de Urgência, onde dei a conhecer o procedimento interno do CHCB implementado pela CCI na colheita de amostras de sangue para hemoculturas, para uniformização da técnica de modo a minimizar a contaminação e a obter resultados

fidedignos, sendo apresentado no anexo IV, o plano de sessão e os diapositivos apresentados.

A realização deste estudo despertou-me bastante interesse, pelo que irá ter continuidade no futuro na aplicação no meu local de trabalho, no sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Uma situação detetada foi que os familiares/visitas dos doentes não cumpriam o preconizado na higienização das mãos, durante a sua permanência nas unidades, no período de visitas de forma a prevenir suscetíveis infeções. Segundo o Programa “Medidas Simples Salvam Vidas”, foi realizado um *flyer* para colocação em locais de fácil leitura e visibilidade, tornando-se um instrumento útil para proteger o doente de microrganismos transportados nas mãos das visitas, mas também proteger o próprio, e ao ambiente da disseminação de microrganismos dos doentes. O *flyer* foi muito bem aceite pela tutora e pela direção sendo posteriormente colocado na sala de visitas dos diferentes pisos de internamento. (anexo V)

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Estas atividades permitiram desenvolver competências no âmbito da CCI pois transmiti o plano de prevenção do controlo da infeção para dar resposta às necessidades dos cuidados a prestar à pessoa institucionalizada; colaborei no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS, à pessoa em situação crítica

OBJETIVO GERAL

B- Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na respetiva área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

B.1- Objetivo Específico

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC)

Atividades desenvolvidas

- Despistei situações de surtos e promovi (juntamente com a tutora) o encaminhamento de doente para outros setores (serviços com isolamento) de acordo com a ordem de prioridades
- Preveni os serviços para a necessidade de isolamento de doentes com MRSA, colaborando com os profissionais na implementação de boas práticas
- Sugeri (juntamente com a tutora) às autoridades responsáveis a necessidade de aumentar os recursos para que se procedesse corretamente e de forma a instituir uma atitude rápida e eficaz, no rastreio e internamento do doente, para colmatar a situação do mesmo.

Durante o período de estágio, tive oportunidade de detetar doentes com infeção sinalizada, tendo tido, a oportunidade de contatar os serviços, conversar com o elo de ligação (se presente) no sentido de alertar em relação à situação detetada e saber o que já tinha sido implementado e sugerir recomendações, quando solicitadas ou necessárias para os casos particulares.

Sendo a CCI um serviço que tem acesso a uma base de dados e informações provenientes do serviço de patologia clínica, relativamente a todas as análises efetuadas aos doentes internados, quando detetada uma não conformidade relativamente ao resultado obtido dessas análises é alertado o serviço e imanadas recomendações para atuar rapidamente e em conformidade.

Assim, é necessário identificar as situações problema de modo a que possam ser resolvidas atempadamente evitando riscos que daí possam advir, em prejuízo para o doente. Tudo o que realizei partiu de um conhecimento que embora teórico mas sustentado em evidência científica, teve que ser adaptado às situações concretas e múltiplas com que nos deparamos.

Aplicar protocolos instituídos não é suficiente, é necessário compreender situações e gestos, compreender o ato a realizar, adapta-lo às necessidades específicas da pessoa doente. Analisar as práticas, desmonta-las e refletir criticamente sobre o que se faz, pôr-se em causa, confrontar ideias, discernir fundamentos, verificar resultados conseguidos

e agir em conformidade. A reflexão de determinados comportamentos e atitudes é fundamental para compreendermos as nossas dificuldades e assim tentar supera-las.

Tendo por base o Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem e analisando o papel do enfermeiro como detentor de uma profissão autónoma e interdependente, este tem de reconhecer a sua autonomia na prestação de cuidados. Esta autonomia passa pelo despiste precoce e intervenção imediata sempre que se depara com situações que possam colocar em risco a vida dos doentes, sempre com o objetivo de atingir a excelência do seu exercício profissional, vindo de encontro com o que está descrito no Código Deontológico, no artigo 91º, alínea a) relativamente à necessidade de interdependência, devendo o enfermeiro “atuar responsabilmente na sua área de competência”.

Levando em conta esta reflexão sobre as atividades realizadas, assim como a deteção de situação/problema, este processo permitiu-me desenvolver uma análise crítico-reflexiva, estimulando o auto conhecimento e apresentação de sugestões para implementação de soluções para a sua resolução.

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Analisei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC. Refletindo na e sobre a prática de forma crítica. Tomei iniciativas na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.

B.2 – Objetivo Específico

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara

Atividades Desenvolvidas

- Diagnostiquei necessidades de alguns serviços em matéria de prevenção e controlo de infeção

- Estabeleci estratégias pró ativas, a implementar nos serviços visando a prevenção e controlo da infeção
- Demonstrei conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que permitiram servir de referência para a equipa que cuida do utente em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção
- Monitorizei, registei e avaliei medidas de prevenção e de controlo implementadas

Durante o período de estágio deparei-me com algumas ações/intervenções que eram necessárias serem realizadas, tais como: quando era detetado que um doente tinha sido transferido para outro serviço e tinha sido sinalizado com uma determinada infeção. Nesta situação era efetuada uma visita ao serviço para observação dos procedimentos em relação à desinfeção do ambiente e das superfícies para saber se estes estavam a ser aplicados segundo o procedimento da CCI. Por vezes era necessário otimizar e reforçar a informação em relação às diluições do desinfetante uma vez que as concentrações são diferentes: uma é utilizada numa máquina para efetuar a pulverização do ambiente enquanto a outra, a diluição era destinada à lavagem de superfícies e dispositivos médicos. Por vezes ainda havia necessidade de efetuar quarentena do local onde tinha permanecido o doente. Juntamente com a tutora, informei os profissionais das medidas corretas, contribuindo para otimizar e fomentar as boas práticas.

O combate às infeções no interior dos hospitais é, hoje em dia, uma prioridade. Os números são assustadores e a implementação de boas práticas, que podem baixar estes indicadores são aparentemente simples. Conseguem-se aplicar determinadas normas de contenção que permitem bons resultados, mas para ser atingido tem que existir a interiorização de boas práticas por parte de todos os profissionais de saúde, sendo no entanto, uma questão cultural e de atitude.

É necessário para tal, desenvolver visitas permanentes às unidades de internamento e estabelecer uma comunicação dinâmica com os prestadores de cuidados, demonstrando a necessidade de aquisição de boas práticas pois só assim será possível prevenir e controlar as infeções.

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

As intervenções e atividades desenvolvidas neste contexto permitiram a aquisição de competências onde: demonstrei conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infecção e das diretivas da Comissão de controlo de Infecção, atualizei procedimentos internos com base na evidência do Plano de Prevenção e Controlo de Infecção, demonstrei conhecimento técnico e científico na aplicação de boas práticas.

OBJETIVO GERAL

C - Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade.

C.1 - Objetivo Específico

Demonstrar um nível de conhecimentos na área da Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC).

Atividades desenvolvidas

- Promovi uma ação de formação na área da prevenção e controlo de infeção no serviço de urgência relacionada com a colheita de sangue para hemoculturas.
- Participei em inquéritos sobre vigilância da higienização das mãos segundo as normas emanadas pela DGS, divulgando os resultados dentro da instituição e introdução dos dados na plataforma da DGS.
- Assisti a sessões elaboradas pela instituição com a participação da CCI, “V Congresso Médico”, “2ª Jornadas da Qualidade do Centro Hospitalar Cova da Beira “ e sessão clínica organizada pela CCI sobre o tema “*Acinetobacter* uma bactéria multiressistente”.

Para a concretização destas atividades tive o acompanhamento da enfermeira tutora. Neste contexto foi efetuado uma ação de formação no serviço de urgência (referenciada no estagio anterior). Esta só foi possível uma vez que tive a ajuda do laboratório de microbiologia que facilitou toda a informação e conjuntamente com a tutora, efetuamos a recolha dos dados e tratamento dos mesmos. No levantamento feito para estudo, no

período compreendido entre o mês de Janeiro a Outubro de 2010 concluímos que de 325 hemoculturas positivas, 196 delas apresentavam contaminação ocorrida no ato da colheita.

A investigação está contemplada na carreira de enfermagem, sendo de um modo muito sintético, compreendido que investigar é procurar respostas a problemas cumprindo uma metodologia científica. É coerente afirmar que, a partir da investigação é possível validar procedimentos anteriormente instituídos, com verdadeira legitimidade científica. Neste sentido, é na parceria da investigação com a prática que reside um dos fatores de maior afirmação e avanço na enfermagem, simultaneamente enquanto ciência e profissão.

Assim, participei em inquéritos sobre vigilância da higienização das mãos segundo as normas emanadas pela DGS, divulgando os resultados dentro da instituição e introdução dos dados na plataforma da DGS. Após a aplicação do Formulário de Observação nos serviços (efetuado pelo elo de ligação ou pelo enfermeiro chefe), este era enviado à CCI e aos elementos que trabalham na comissão fazendo a introdução dos dados em ambiente online, através de uma plataforma tecnológica disponibilizada pela DGS facilmente acessada mediante a introdução de uma *Password*. (anexo VI o trabalho intitulado “Análise de resultados dos inquéritos sobre vigilância dos Cinco Momentos na higienização das mãos”)

Os dados são digitalizados diretamente nos formulários online, tendo assim a DGS acesso aos mesmos para posterior tratamento e análise e elaboração de um relatório global. Cada unidade de saúde aderente a este formulário tem acesso direto aos seus próprios dados sempre que pretender, podendo proceder à sua análise interna em tempo útil, (DGS, 2010).

Apesar de cumprir no serviço, os procedimentos do programa de Lavagem das Mãos, emanados para todos os serviços da instituição pela CCI, desconhecia que participávamos nesta plataforma da DGS. Esta estratégia tem como objetivo a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e tendo como mensagem de base “Medidas Simples Salvam Vidas”, que preconiza dentro de outras ações a higienização das mãos como uma das medidas que mais impacto tem na

redução das infeções, na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na redução de custos associados a esta problemática. Pretende-se igualmente:

- Cumprir as orientações da OMS sobre a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, promovendo a implementação das *Guidelines* sobre Higiene das Mãos nos Cuidados de saúde, nas unidades de saúde
- Relacionar o aumento de adesão dos profissionais de saúde à prática de higiene das mãos, após a implementação da Campanha da OMS, com a diminuição da prevalência das infeções.

Esta atividade foi enriquecedora para a minha formação uma vez que desconhecia que a instituição tinha aderido ao programa de “Medidas Simples Salvam Vidas“ e através desta oportunidade tomei conhecimento como esta estratégia é benéfica, ao realizar o *flyer* já mencionado, e orientar informalmente as visitas e familiares para a adesão a estes cuidados, bem como permitiu analisar e detetar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde e alertar para a sua correta implementação.

Os enfermeiros não devem ser meros executores de prescrições ou técnicas mas devem ter um juízo crítico e reflexivo visto que cuidam de pessoas, que sentem, pensam que estão envolvidos numa família, num processo de doença ou recuperação mas que por ausência de boas práticas poderão culminar em repercussões devastadoras, geradoras de sofrimento, perdas e custos para o doente, família e para o sistema de saúde. Os enfermeiros enquanto profissionais desejam obter do seu trabalho satisfação e o máximo potencial. A importância da formação na aquisição de competências, depende da capacidade individual de transpor para a prática os conhecimentos aprendidos

Os eventos formativos referenciados a que tive oportunidade de assistir, contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional, pois nestes eventos foram apresentadas novas medidas de atuação ao nível do controlo e prevenção das IACS e respetivas medidas assim como, novas *Guidelines* de orientação que sustentam e enriqueceram o meu saber. Para que possamos estar sempre na linha da frente, é necessário nunca menosprezar o conhecimento. Este deve ser complementado com constantes atualizações e com recurso à pesquisa na procura da mais recente evidência científica, bem como recorrendo a formações ou eventos desta envergadura. Estes

acontecimentos adicionaram um potencial de conhecimentos, para o meu percurso profissional e académico.

Assim, considero a formação um momento privilegiado para partilha de experiências e um desafio à imaginação e capacidade de adaptabilidade enquanto profissional. A realização destas formações contribuiu para melhorar as minhas competências pedagógicas na delineação das estratégias adequadas e desenvolver as competências necessárias para colaborar na formação realizada integrando-a na organização interna do serviço, conseguindo a adesão dos destinatários e satisfazendo as suas necessidades formativas.

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Geri e interpretei de forma adequada informação proveniente da formação inicial experiência profissional e formação pós graduada analisei situação problema de forma autónoma sistemática e crítica produzindo um discurso pessoal fundamentado implementando estratégias para a sua resolução, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei identifiquei necessidades formativas na área de EEMC promovi formação em serviço na área da EEMC.

C.2 – Objetivo Específico

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Atividades desenvolvidas

- Integrei a dinâmica do serviço na gestão dos cuidados
- Integrei a equipa multi e interdisciplinar.
- Demonstrei conhecimentos através da atualização permanente de conhecimentos fundamentado os procedimentos efetuados.
- Obtive a confiança da equipa em termos de prestação de cuidados dando a conhecer conhecimentos e capacidades de atuação, aplicando os protocolos instituídos perante diversas situações, incluindo determinadas situações/problema detetadas e atuando em consonância.

Perante estas atividades mencionadas cabe-me afirmar que a CCI do CHCB é um serviço que se encontra muito bem estruturado, pois possui protocolos e procedimentos bem definidos e sustentados na evidência, atualizados e sempre que necessário são reatualizados através de diretrizes da DGS. Todos os serviços do CHCB recebem da CCI os protocolos relativos aos procedimentos existentes na instituição, havendo por vezes a necessidade de adaptar um determinado protocolo aos recursos existentes, mas tendo sempre como objetivo a aplicação de boas práticas e respeitando os princípios inerentes.

Durante o estágio tive a oportunidade de participar na atualização de alguns procedimentos e adaptá-los à realidade da instituição, através das parcerias e auditorias aos serviços tais como verificação correta das diluições de solutos/desinfetantes para a desinfeção da unidade do doente após isolamento, lavagem das mãos segundo os 5 momentos preconizados, observação dos resultados analíticos dos doentes na vigilância epidemiológica.

A CCI sendo responsável pela elaboração e gestão do plano de prevenção e controlo das IACS, o seu desenvolvimento faz-se em três grandes áreas de intervenção: a nível da vigilância epidemiológica, formação/informação e elaboração de normas e recomendações de boa prática baseada na evidência e sua divulgação.

Enquanto comissão, também define com rigor os indicadores, os objetivos e as prioridades da vigilância epidemiológica assim como, a identificação de microrganismos resistentes ou de alerta que permitam a deteção precoce e o controlo de surtos de infeção, fornecendo informações de retorno em tempo útil, a todos os profissionais de saúde e órgãos de gestão, relativamente aos principais resultados com impacto ao nível das IACS.

A CCI é um órgão que sistematicamente realiza auditorias internas aos procedimentos, estruturas, prevenção e controlo da IACS para que possa reduzir a incidência da IACS a nível da instituição. Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar a tutora na realização de auditorias na unidade de cuidados intensivos relativamente às boas

práticas prestadas, como identificação correto dos doentes, aplicação dos protocolos, abertura e registo da hora e dia dos solutos de forma a respeitar as validades, procedimento de lavagem de fluidos no caso de derramamento, incompatibilidade de acesso venoso periférico juntamente com acesso venoso central.

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O estágio na CCI permitiu ganhos em termos de competências no âmbito do EEMC visto que analisei regularmente o trabalho efetuado e reconheci eventuais falhas que careciam de mudança de atitude; adequei as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa/doente; mantive a atualização contínua dos meus conhecimentos, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humana.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da análise retrospectiva do meu percurso de aprendizagem, emana um conjunto de sentimentos e vivências em que posso afirmar ter sido muito gratificante e produtivo a passagem por todos os campos de estágio deste Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estágio é um momento de excelência de formação, onde o saber prático se desenvolve sustentado pelo saber teórico. Permite a aquisição de conhecimentos e competências necessárias às intervenções autônomas e interdependentes para o exercício de uma enfermagem de excelência.

A elaboração deste relatório revelou-se difícil e complexo porque, para além da descrição das atividades efetuadas, senti a necessidade de fazer uma reflexão, sobre as mesmas, assente numa fundamentação baseada numa revisão bibliográfica.

O percurso efetuado pelos dois serviços, Serviço de Urgência e CCI, embora distintos, ambos proporcionaram a aquisição de conhecimentos e competências, no âmbito da Enfermagem Médico - Cirúrgica, que de outra forma não seria possível.

No Serviço de Urgência, realço a aquisição de competências no que respeita às prioridades de atuação na abordagem ao doente crítico, a triagem destes doentes forneceu-me uma parte do “saber” necessário para, através de uma observação/avaliação rápida e eficiente, saber encaminhar estes doentes para os locais adequados, antecipando eficazmente todo o seu percurso no Serviço de Urgência.

No que concerne ao estágio referente à CCI, realço a tomada de consciência relativamente ao contributo, fundamental, que o Enfermeiro pode ter nesta área e a todo o trabalho desenvolvido por este serviço ao nível da prevenção das IACS. Neste campo de estágio realço a elaboração de um trabalho relacionado com a contaminação das

hemoculturas no Serviço de Urgência, bem como, a sua apresentação aos enfermeiros do Serviço de Urgência, onde a minha intervenção contribuiu para a melhoria da segurança do doente e conseqüente melhoria da qualidade das práticas. Ainda destaco a realização do *flyer* para os familiares e visitas dos doentes e o trabalho realizados no âmbito dos resultados do Programa Medidas Simples Salvam vidas.

Regozijo-me das escolhas que fiz, uma vez que os estágios realizados contribuíram de forma inequívoca para a minha realização pessoal e profissional, adquirindo conhecimentos e competências específicas em ambas as áreas.

Sei que poderia ter sido melhor, mais bem aproveitado, poderia ter sido noutro hospital, noutros serviços, noutras circunstâncias. As oportunidades surgem, têm o valor que têm e contribuem para o nosso crescimento e fomentar o nosso conhecimento. Ciente que as experiências que surgiram foram as possíveis, restou-me aproveitá-las ao máximo para construir o meu caminho de desenvolvimento profissional. Estas experiências têm muito valor, mas isoladas nada são, cabe-me refletir sobre as mesmas e integra-las na minha experiência de vida e na minha atividade profissional. Juntamente com todas as minhas experiências prévias, com os meus conhecimentos prévios, foram e serão aproveitados para a minha evolução como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Todos os passos anteriores foram importantes até atingir este degrau. Agora resta-me superar este e avançar para o próximo.

Não posso deixar de referir e salientar, a forma carinhosa demonstrada no acolhimento, orientação e ensino por parte dos tutores e orientadora dos dois campos de estágio. O apoio sentido foi, sem dúvida, relevante e motivador, pois deste modo senti-me como parte integrante das equipas onde estive inserida, estimulando o meu desempenho de forma a corresponder às solicitações, permitindo-me assim a realização dos objetivos propostos.

No que concerne aos objetivos propostos para cada um dos estágios, atingi-os através de um trabalho de pesquisa, de uma atitude crítica, reflexiva, constante e dos contributos que pude trazer para ambos os estágios, da minha experiência profissional.

A formação no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica chegou ao seu *terminus*, no entanto a aprendizagem é um *continuum*, em que os profissionais não podem parar, sob pena de colocarem em causa, o que apreenderam em prol do doente, dos que cuidam, dos que salvam as vidas.

Foi sem dúvida um grande desafio o iníci de esta etapa, contudo decidi abraçá-la com dedicação. A realização pessoal e profissional na aquisição de conhecimentos, experiências e competências como futura enfermeira especialista foi sem dúvida o meu grande objetivo. Deparei-me com algumas dificuldades como o cansaço, a carga horária que tive de cumprir, mas que foram facilmente ultrapassadas pela força de vontade e pelas conquistas diárias.

Encontro-me no princípio do que pretendo que seja grandioso e gratificante, quer para mim, quer para quem através de mim possa beneficiar direta ou indiretamente das competências e conhecimentos que ao longo deste percurso. Tenho a ambição de futuramente realizar alguns projetos relacionados com o controlo da infeção, dando continuidade ao trabalho iniciado e com vista à melhoria dos cuidados aos doentes na UCI, onde pretendo continuar a exercer funções.

Considero que adquiri as competências necessárias para poder começar a abraçar outros projetos e funções no serviço contribuindo para a melhoria contínua e principalmente na área da formação, pretendo dinamizar um grupo de forma a incluir a investigação na prática clínica.

Parafrazeando Collière (1989 p.385)“ Diz-me o que lês e dir-te-ei quem és.” Poder-se-ia dizer do mesmo modo: “ Diz-me de que conhecimentos te serves para prestar cuidados, e como te serves deles, e dir-te-ei que cuidados prestas”.

5 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde - Estratégia Nacional para a Melhoria da Higiene das Mãos em 10 Perguntas. Disponível:

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0> [02/10/2011]

- ANDREIA, B. et al. A Infecção Nosocomial/Hospitalar. Hospital de Egas Moniz S.A. Medicina I. INFECÇÃO HOSPITALAR. Disponível: INFECÇÃO HOSPITALAR

<http://www.google.pt/#hl=pt-PT&&sa=X&ei=8VdiTc-eAcHvsgainvW1CA&sqi=2&ved=0CEYQBSgA&q=infeccao%2520+nosocomial&spell=1&fp=913b3bb0327bb119> [22/02/2011]

- Bernardo, A. 2008. Analise das Práticas: uma estratégia de construção de saberes da prática dos cuidados de enfermagem. Sinais Vitais. nº 80:13-18

- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. 30.0.2008 Disponível:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm> [10/02/2011]

- Cármen, M. Dantas, S. Suzelaine, T. - O portfolio reflexivo: Pareceres dos estudantes de enfermagem. Disponível:

<http://www.rioei.org/deloslectores/2070Monteiro.pdf> [02/22/2011]

- Collière, F. (1999). Promover a Vida – Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: sindicato dos Enfermeiros Portugueses/Lidel p: 385

- Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar - Hospital Santa Maria. 2011. Competências da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar. Disponível:

<http://www.chln.min-saude.pt/hsmindra/tabid/358/Default.aspx> [02/10/2011]

- Dias, C. 2008. O papel do enfermeiro face ao cliente com alterações cardíacas. Sinais Vitais nº 80: 19-23.

- Direção Geral da Saúde. 2006. Proposta de programa nacional de prevenção e controlo das infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Disponível:
http://www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/prestacao_cuidados_saude/programa_nacional_controlo_infeccao.pdf [16/ 02 /2011]

- Direção Geral da Saúde. 2007. Programa nacional de prevenção e controlo das infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Disponível:
<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0> [02/10/2011]

- Direção Geral da Saúde. 2008. Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Disponível:
<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>[02/10/2011]

- Direção Geral da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento. 2001. Rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência. Disponível:
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf> [02/12/2011]

- Ferreira, P. 2005. Formação em serviço e desenvolvimento profissional: os enfermeiros em contextos aprendentes. Sinais Vitais nº 59:12-20

- Hesbeen, W. 2000. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Lusociência, Loures

- Instituto Nacional da Saúde DR.º Ricardo Jorge. 2011. Higienização do ambiente nas unidades de saúde – recomendações de boa prática. Disponível:
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008545.pdf> [02/19/2011]

- Lakatos, E. 1992. Metodologia do trabalho científico, 4ª edição. Atlas SA, São Paulo,

- Marinho, J. Definição dos objetivos. Disponível:

<http://www.scribd.com/doc/275547/DEFINICAO-DOS-OBJETIVOS>

[02/19/2011]

- Mendes, L. 1999. O Doente com Cateter Venoso Central. Disponível:

http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3012

- Manual da Comissão do Controlo de Infeção. 1996. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE

- Oliveira, Maria. 2009. “Pressão venosa central”. Disponível:

http://www.conhecersaude.com/exames-medicos/p/3246-pressao_venosa_central.htm. [12/10/2009].

- Ordem dos Enfermeiros. 2009. Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Disponível:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> [02/19/2011]

- Peter, G. March 2009. Patient Safety - Health Committee Content. Disponível:

<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/151/151we40.htm> [02/10/2011]

- Pina, E. 2008. Vigilância Epidemiológica na Infeção Associada a cuidados de Saúde. Suplemento NURSING ed. 239: 3-9

- Portal da Saúde. 2007. Hospital de Lagos já tem sistema Alert. Disponível:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/6/sistema+alert.htm> [22.06.2007]

- Portugal, Diário República. 1991. Decreto - Lei nº 437/91, de 8 de Novembro - Carreira de Enfermagem. I Série A, p:19

- Sheehy, S. 2001. Enfermagem de urgência da teoria à prática, 4.^a edição. Lusociência, Loures

- CP Subbe, M. Kruger, P. Rutherford, L. Gemmel 2001. Validação de um Índice de Alerta Precoce modificados nas internações médicas. Disponível:

http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-PT&sl=en&u=http://qjmed.oxfordjournals.org/content/94/10/521.full&prev=/search%3Fq%3Dmorgan%2B1997%2Bearly%2Bwarning%2Bscore%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DX%26prmd%3Divns&rurl=translate.google.pt&twu=1&usg=ALkJrhjbOnlu2GFFtBheAICqJfzLP6szw [22.06.2010]

- Teixeira, J. 2006. Manual de Urgências e Emergências. Lidel, Lousã

- Triagem de Manchester. 2011. Disponível:

http://www.hvfxira.min-saude.pt/bS_triagem.html [02/10/2011]

- Via Verde AVC na Região Norte. 12/FEV/2009.

<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%3%BAados/Ficheiros/Via%20Verde%20AVC%20na%20Regi%C3%A3o%20Norte.pdf> [02/19/2011]

- "Via Verde" para minorar riscos 2006-03-31/ atualização 28/11/2011. Disponível:

http://www.jn.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=543476&page=-1 [28/11/2011]

6 - ANEXOS

ANEXO I

Caracterização do Serviço de Urgência

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência geral subdivide-se em áreas principais de serviços de acordo com as necessidades específicas e circuito de gestão de doentes.

Uma dessas áreas é a triagem que é composta por:

- 2 Salas de espera
- 1 Gabinete de triagem de Manchester
- 2 Gabinetes de consulta geral
- 1 Gabinete de Cuidados de Enfermagem
- 1 Sala para observação ou terapêuticas “rápidas”
- 1 Sala de reanimação
- 1 Gabinete de assistente social
- 1 Gabinete de informação para utentes/ familiares
- 6 WC
- 1 Serviço de admissão de doentes

Existe a área das especialidades que é composta por:

- 6 Gabinetes de consulta
- 1 Sala de reuniões
- 1 Sala de observações e tratamentos na área das especialidades médicas
- 1 Sala para tratamentos de área ortopédica
- 1 Sala para tratamentos na área de especialidades cirúrgicas

Uma outra área que é denominada por Serviço de Observações e que é composta por:

- 3 Quartos com que fazem um total de 5 camas
- 1 Gabinete de Enfermagem
- 1 Sala de terapêutica
- 1 Sala de limpos
- 1 Sala de lavagem e desinfeção de material
- 1 Sala de sujos
- 1 Copa

Por ultimo temos a área da direcção e gestão do serviço que é composta por:

- 1 Sala para stock de material clínico e farmacêutico
- 2 Quartos para repouso
- 1 Gabinete para Direcção Clínica
- 1 Gabinete para Direcção de Enfermagem
- 1 Gabinete para secretariado da Direcção
- 2 WC

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

A equipe de Enfermagem é constituída por 33 enfermeiros em que existe uma Enfermeira Responsável pela área da direcção/ gestão do serviço e um enfermeiro especialista em médico cirúrgica. Com exceção da enfermeira responsável todos os 32 enfermeiros trabalham na área da prestação de cuidados de saúde, trabalhando em horário rotativo.

Os enfermeiros escalados para os diferentes turnos são:

- 6 enfermeiros para o turno da manhã (8h – 16h);
- igual número para o turno da tarde (16h – 24h);
- 4 enfermeiros para o turno da noite (0h – 8).

Durante os turnos existe sempre um elemento de enfermagem de apoio dando apoio a todas as valências onde for necessário inclusivamente poderá efetuar transferências de doentes para outras unidades de saúde. Existe ainda um enfermeiro responsável de turno (tarde e noite) que estando na prestação de cuidados tem a responsabilidade de zelar pelo bom funcionamento e dinâmica do serviço.

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ASSISTENTES OPERACIONAIS

Este grupo profissional é composto por 19 elementos com grande diversidade de idades. Sendo escalados da seguinte forma 4 elementos nos turnos da manhã (8h-16h) e tarde (16h-24h) e por 2 elementos no turno da noite 0h – 8h.

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA MÉDICA

A equipa médica diária da urgência é então composta por Médicos em presença física e em regime de chamada. Existe diariamente um chefe de equipa definido em escala mensal, alternando semanalmente a especialidade de medicina interna com a especialidade de cirurgia geral. Estarão sempre em presença física 24:00 horas no S.U.:

- 2 Especialistas em Medicina Familiar na triagem medica;
- 1 Especialista em Medicina Interna;
- 1 Especialista de Cirurgia Geral;
- 1 Especialista em Ortopedia

Presença física de 16 horas (08:00- 24:00):

- 1 Especialista em Ortopedia
- 1 Especialista em Cirurgia Geral
- 1 Especialista de Medicina Interna
- 1 Especialista de Gastroenterologia

Regime de chamada 24 horas:

- 1 Especialista de Psiquiatria
- 1 Especialista de Urologia
- 1 Especialista de Anestesia

Presença física 12 horas, 2 vezes por semana:

- 1 Especialista de Cardiologia
- 1 Especialista de Urologia
- 1 Especialista de O.R.L.

Presença física de 12 horas, 3 vezes por semana:

- Especialista de Pneumologia

Regime de chamada das 00 horas às 08 horas diariamente:

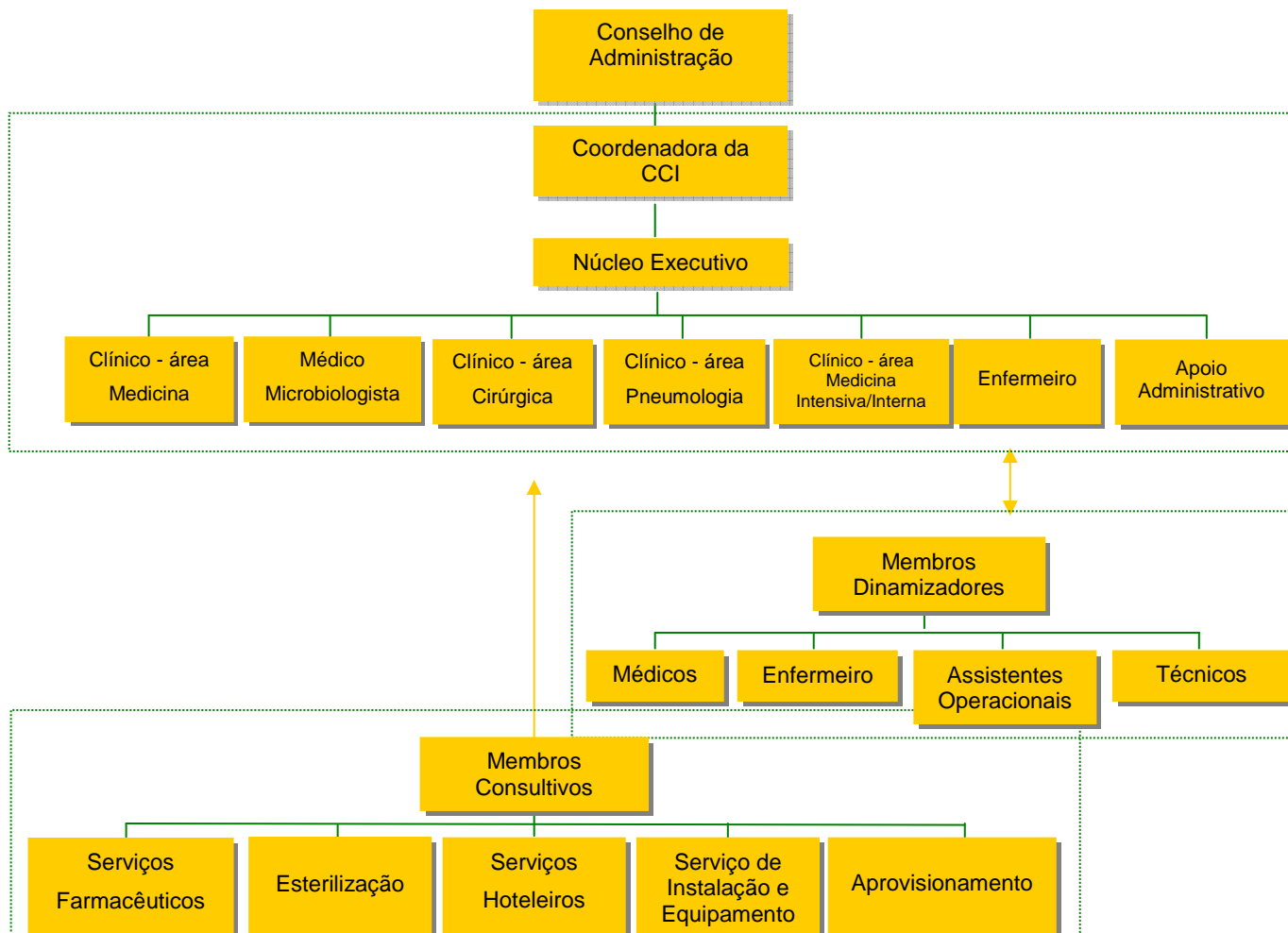
- Especialista de Pediatria

ANEXO II

Caracterização do Serviço da Comissão de Controlo de Infecção

A Comissão de Controlo da Infecção é designada pelo Conselho de Administração, conforme estipulado no Regulamento Interno do CHCB.

Os membros de ligação são, também, designados pelo Conselho de Administração, sobre proposta da Comissão de Controlo da Infecção. (cronograma efetuado pela CCI)



Fonte ; Manual da Qualidade CHCBeira código CHCB. MA. CHCB.04

A Comissão de Controlo de Infecção integra um grupo de profissionais da área da saúde, formalmente designado para planear, implementar, manter e avaliar o programa de controlo de infeção hospitalar, adequado às características e necessidades das Unidades Hospitalares que constituem o Centro Hospitalar da Cova da Beira. É, naturalmente, uma peça fundamental num processo de melhoria contínua de qualidade, pelo papel que desempenha na gestão de risco da Instituição, quer a nível dos cuidados diferenciados, como dos cuidados primários.

A CCI é constituída por um núcleo executivo, um membro administrativo, membros de ligação nos serviços (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Técnicos) e

pelos membros consultivos (responsáveis pelos serviços farmacêuticos, aprovisionamento, hoteleiros, instalações e equipamentos e esterilização).

ACTIVIDADEDESENVOLVIDA

Compete à CCI:

- a) Definir, implantar e monitorizar um sistema de vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados, dirigido a situações de maior risco;
- b) Propor recomendações e normas para a prevenção e controlo da infeção e a monitorização da sua correta aplicação;
- c) Fornecer aos serviços interessados informação pertinente referente a microrganismos isolados e resistência a agentes antimicrobianos;
- d) Colaborar na definição da política de antibióticos, sempre baseada no conhecimento contínuo das infeções mais frequentes nos vários serviços do hospital, de quais os microrganismos que mais frequentemente as causam e de qual o padrão de sensibilidade aos antimicrobianos dos mesmos;
- e) Colaborar na definição da política de anti-sépticos, desinfetantes e esterilização do estabelecimento de saúde;
- f) Definir e implantar normas e circuitos para comunicação dos casos de infeção em doentes e pessoal;
- g) Proceder a inquéritos epidemiológicos e divulgar os seus resultados dentro da instituição;
- h) Participar no programa de promoção da qualidade da organização hospitalar;
- i) Colaborar na formação em serviço e em outras ações de formação levadas a cabo pela organização hospitalar na área do controlo da infeção;
- j) Dar parecer em projetos de execução de obras e na aquisição de equipamentos e bens de consumo ou serviços relacionados com a prevenção e controlo da infeção;
- k) Elaborar protocolos de atuação em acidentes com sangue ou outros produtos biológicos potencialmente perigosos;
- l) Colaborar na apreciação das normas legais relativas à recolha, transporte e eliminação dos resíduos hospitalares;
- m) Implantar um sistema de avaliação das ações empreendidas;

- n) Elaborar e apresentar à aprovação do órgão de gestão da organização hospitalar o plano de ação anual;
- o) Elaborar e enviar ao órgão de gestão, o relatório de actividades referente ao ano anterior.

ENFERMEIRO:

O papel da Enfermagem consiste na implementação de práticas para o controlo das infeções, nos cuidados ao doente.

- a) Desenvolver programas de formação para enfermeiros;
- b) Supervisionar a implementação de técnicas para a prevenção da infeção em áreas especializadas, como o bloco operatório, a unidade de cuidados intensivos, a maternidade e a unidade de neonatologia;
- c) Monitorizar a aderência dos enfermeiros às políticas instituídas.

O enfermeiro responsável pelo controlo de infeção é membro da equipa de controlo de infeção e responsável por:

- a) Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem, relacionados com a área de controlo da infeção e orientar e supervisionar a sua execução;
- b) Manter contacto permanente com os vários departamentos, serviços e unidades, com o objetivo de detetar problemas, colher dados importantes, orientar e supervisionar o cumprimento de normas e recomendações emanadas da CCI;
- c) Detetar casos de infeção em articulação com o Laboratório de Patologia Clínica;
- d) Colaborar nos programas de vigilância epidemiológica instituídos pela CCI;
- e) Assegurar a recolha de material para pôr em execução os programas considerados necessários;
- f) Identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar e desenvolver ações de formação e participar em ações em coordenação com o Centro de Formação;
- g) Colaborar nos processos de recolha e divulgação da bibliografia referente ao controlo da infeção;
- h) Identificar infeções nosocomiais;
- i) Investigar o tipo de infeção e o microrganismo causal;

- j) Participar na investigação de surtos;
- k) Assegurar o cumprimento dos regulamentos locais e nacionais;
- l) Fazer a ligação com a saúde pública ou outras instituições, quando apropriado;
- m) Fornecer consultadoria especializada a profissionais de saúde, ou a outros programas do hospital, em assuntos relacionados com a transmissão de infeções.

Recursos Materiais

A CCI dispõe de um Gabinete próprio, com dois computadores com acesso a vários programas informáticos (SAM, SAPE, SONHO) e Internet.

ANEXO III

Plano de Sessão e Diapositivos da Acção de Formação “Monitorização Invasiva” no Serviço de Urgência

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação da Sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a importância da monitorização invasiva - Analisar a interpretação de parâmetros 	<ul style="list-style-type: none"> Definições <ul style="list-style-type: none"> - Monitorização - Pressão venosa central - Pressão arterial - Indicações/ contra indicações na colocação de LA - Indicações /contra indicações na colocação de CVC - Referencias anatómicas - Complicações decorrentes dos acessos - Indicações e administração de terapêutica - Cuidados de enfermagem na avaliação da PVC e PA. 	Expositiva	Data show	Avaliação através de questões formuladas ao longo da apresentação e informalmente no final da sessão, de forma aleatória ao grupo




CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

MONITORIZAÇÃO INVASIVA



3ª Curso em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem Médico – Cirúrgica
Orientado por : Prof Patricia Coelho

Glória Félix



MONITORIZAÇÃO

Os sinais vitais são uma pista para o exterior, para o que está a acontecer no interior do organismo.

A obtenção dos acessos venoso ou arterial em doentes é um procedimento frequentemente realizado em unidades de cuidados intensivos .

A inserção dos cateteres dependerá das condições clínicas e das necessidades de informações que podem ser monitorizadas através deles .

Glória Félix

2



A monitorização invasiva permite avaliar a:

PRESSÃO VENOSA CENTRAL (**PVC**)

PRESSÃO ARTERIAL (**PA**)



Glória Félix

3



PRESSÃO VENOSA CENTRAL

A PVC é um dado obtido **através de um CVC** e refere-se à medição da pressão atrial direita ou da pressão dos grandes vasos venosos dentro do tórax, por exemplo da veia cava superior. Fornece informações a respeito de três parâmetros: volume sanguíneo, eficácia do coração como bomba e tonús vascular, facto esse possível quando se avaliam, associadamente, a pressão arterial e o débito urinário.

Glória Félix

4



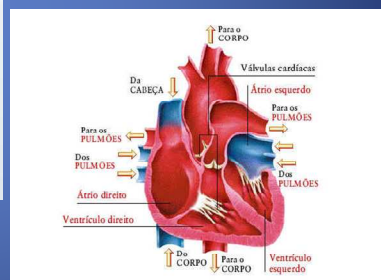
A avaliação da PVC serve como referência p/ a reposição hídrica, monitorização da pressão no átrio direito e veia central, assim como nortear a terapia com drogas vasoactivas.

Valores de Referência

- ✓ Normal: 1 a 6 mmHg
- ✓ Num doente em VMI 6 – 10mmHg

Glória Félix

5



Glória Félix

6



PRESSÃO ARTERIAL

A monitorização da pressão arterial está indicada em qualquer situação médica ou cirúrgica que comprometa o débito cardíaco e o volume de líquidos. O acesso directo a uma artéria (colocação de Linha Arterial – LA), permite avaliar de forma continua os três parâmetros da pressão arterial: sistole, diástole e pressão arterial média.

Glória Félix

7



Pressão Arterial Média

Pressão arterial média é a média das pressões sistólica e diastólica durante o ciclo cardíaco, ou seja, média de todas as pressões medidas a cada milissegundo durante um período de tempo. Ela compreende 60% da pressão diastólica e 40% da pressão sistólica.

$$PAM = \frac{PAS + (PAD \times 2)}{3}$$

PAS = pressão arterial sistólica

PAD = pressão arterial diastólica

PAM = pressão arterial média

Glória Félix

8



A avaliação das pressões arteriais permite-nos monitorizar de forma continua a pressão arterial em doentes com instabilidade hemodinâmica, direccionando-nos para a administração ou não de volume ou drogas vasoactivas.

Glória Félix

9



INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE LA:

- Monitorização continua de doentes instáveis hemodinamicamente;
- Colheita frequente de amostras sanguíneas – gasimetrias e analítica.

NOTA: Nunca administrar medicação.

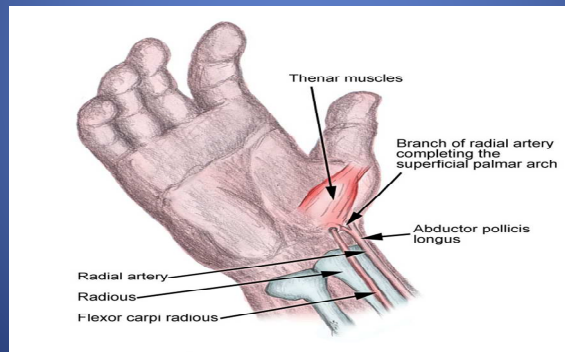
Glória Félix

10



CONTRA-INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE LA:

CIRCULAÇÃO COLATERAL ausente – avaliação efectuada através do **Teste de Allen;**



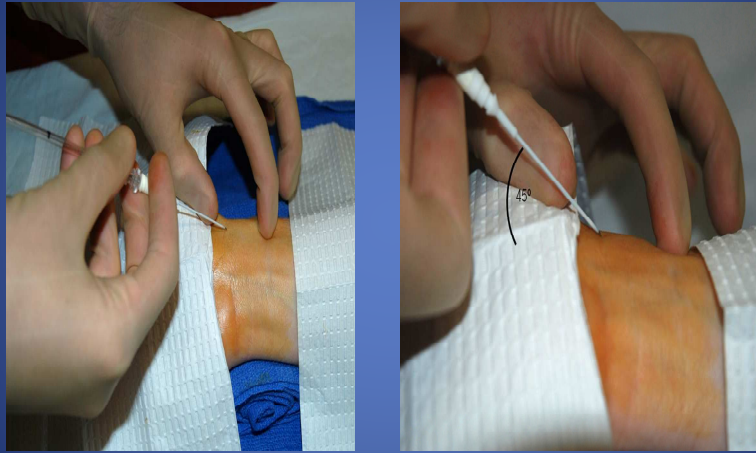
Glória Félix

11



Glória Félix

13



Glória Félix

14



INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE CVC:

- Medição da PVC;
- Administração de soluções de alta osmolaridade (>800mOsm/l) - Nutrição parenteral;
- Administração de fármacos vasoativos, cloreto de potássio e antibioterapia;
- Reposição hídrica, em grandes volumes;
- Inacessibilidade a veias periféricas.

Glória Félix

15



CONTRA-INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE CVC:

- Infecção ou fracturas no local de inserção;
- Coagulopatia, trombocitopenia;
- Trombose das veias.

Glória Félix

16



REFERÊNCIAS ANATÓMICAS

CVC	LA
<ul style="list-style-type: none">✓ Veia Jugular;✓ Veia Sub-Clávia;✓ Veia Femural.	<ul style="list-style-type: none">✓ Artéria Radial;✓ Artéria Umeral;✓ Artéria Femural;✓ Artéria Pediosa.

Glória Félix

17



Deve-se sempre utilizar a **Técnica de Seldinger** para a introdução dos cateteres
- CVC e LA -







Figure 46-10 Placement of triple-lumen continuous percutaneous central venous catheter.

Glória Félix 18



COMPLICAÇÕES DECORRENTES DOS ACESSOS

CVC	LA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Torácicas; ✓ Arteriais; ✓ Venosas; ✓ Cardíacas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trombose arterial; ✓ Embolia; ✓ Hematoma; ✓ Hemorragia; ✓ Infecção; ✓ Dor e inflamação no local de punção; ✓ Compressão nervosa.

Glória Félix 19



Complicações	Motivo	Intervenção do Enfermeiro
<p>Torácicas</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pneumotorax •Hemotorax •Enfisema subcutaneo 	<p>Resulta da punção acidental da pleura com conseqüente entrada de ar, sangue ou líquidos infundidos, para a pleura.</p> <p>O enfisema resulta da infiltração de ar nos tecidos adjacentes à inserção do CVC, também resultante de um pneumotórax.</p>	<p>Vigiar sinais de dificuldade respiratória, dor torácica, cianose e alterações na simetria torácica.</p> <p>Monitorização de SPO2</p>
<p>Arteriais</p> <ul style="list-style-type: none"> •Laceração arterial •Hematoma subcutaneo 	<p>Resultam de perfuração de artéria próxima da veia puncionada (adquire especial importância em doentes trombocitopénicos).</p>	<p>Monitorização da FC e TA.</p> <p>Vigiar alterações no local da punção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Hematoma • Equimose

Glória Félix

20



<p>Venosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laceração venosa • Hematoma subcutâneo • Trombose venosa • Embolia gasosa 	<p>Laceração e hematoma resultam da perfuração da veia adquirindo especial importância em doentes trombocitopénicos.</p> <p>Trombose - deposição de fibrina na parede da veia.</p> <p>Embolia - entrada de ar no CVC.</p>	<p>As mesmas descritas nas complicações torácicas e arteriais.</p>
<p>Cardíacas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arritmias • Perfuração cardíaca 	<p>Resultam da introdução profunda do mandril e/ou do CVC na aurícula dta, sendo a arritmia observável durante o procedimento em doentes monitorizados.</p>	<p>Monitorização da FC e vigilância de alterações do traçado ECG.</p>

Glória Félix

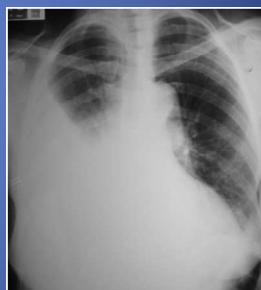
21



Pneumotórax



Hemotórax



Glória Félix

22



Tipos de CVC



Glória Félix

23

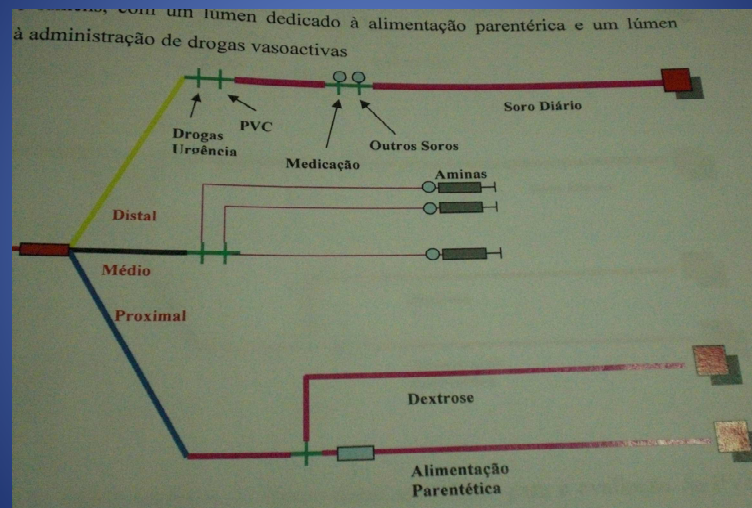


INDICAÇÕES DE ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

Lúmen Proximal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutrição Parentérica.
Lúmen Médio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicação vasoactiva.
Lúmen Distal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soro Diário; ▪ Medicação pontual; <ul style="list-style-type: none"> ▪ PVC; ▪ Drogas urgência.

Glória Félix

24

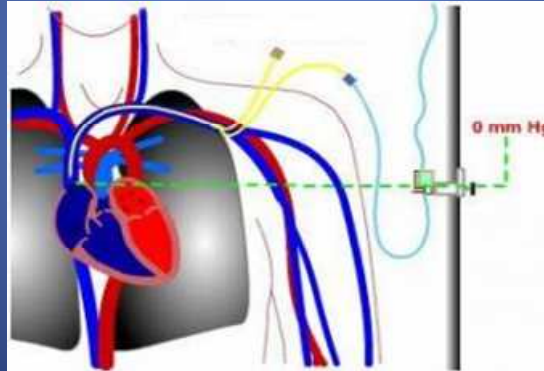


Glória Félix

25



Cuidados de Enfermagem na Avaliação da **PVC** e **Pressões Arteriais Invasivas**



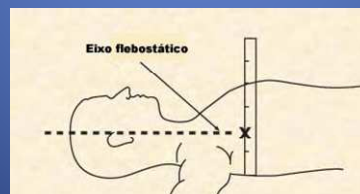
Glória Félix

26



Localizar o **Eixo Flebostático**: localizado no cruzamento da linha axilar média e no 4º espaço intercostal.

O ponto de intersecção entre a linha axilar média e o 4º espaço intercostal, deve ser marcado no doente para que todos utilizem o mesmo ponto, diminuindo erros na localização do eixo.



Glória Félix

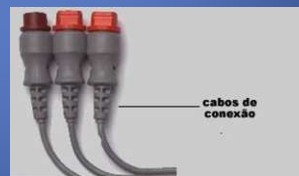
27



- ✓ Instalar o kit de transdutor de PVC após confirmação de posicionamento do cateter por radiografia torácica;
- ✓ Em caso do paciente não tolerar a posição de decúbito dorsal, realizar a medida a 20°, pois isso altera muito pouco os valores da PVC;
- ✓ O zero do transdutor deve estar ao nível da linha axilar média;
- ✓ A troca do kit de transdutor deve ser realizada a cada 72 horas (datar);
- ✓ Utilizar a solução SF 0,9% - 500ml em manga de pressão a 300 mmHg.

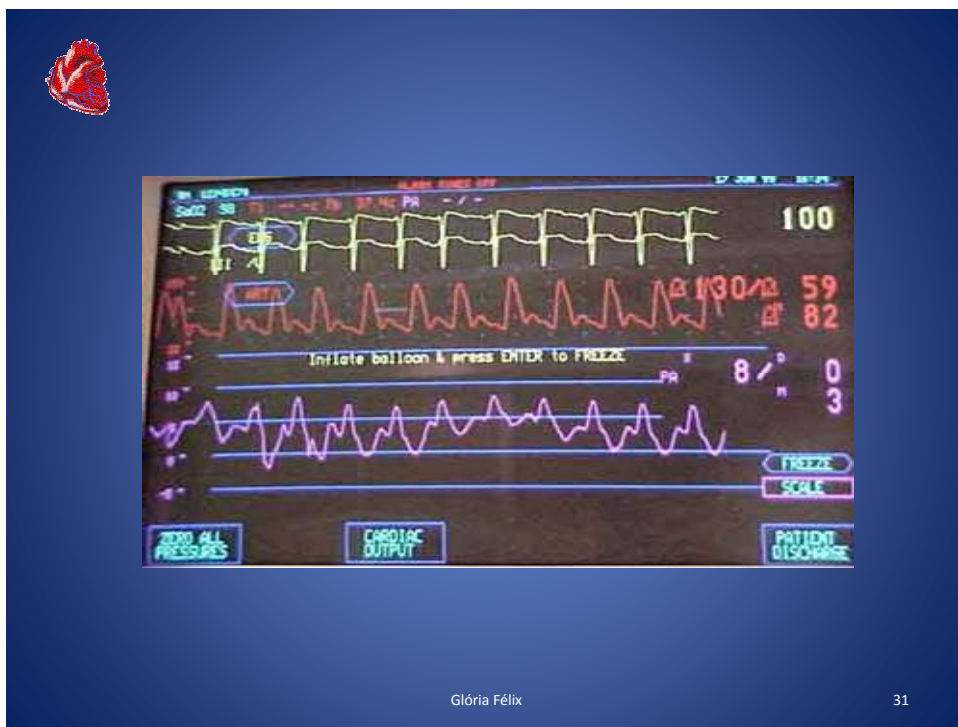
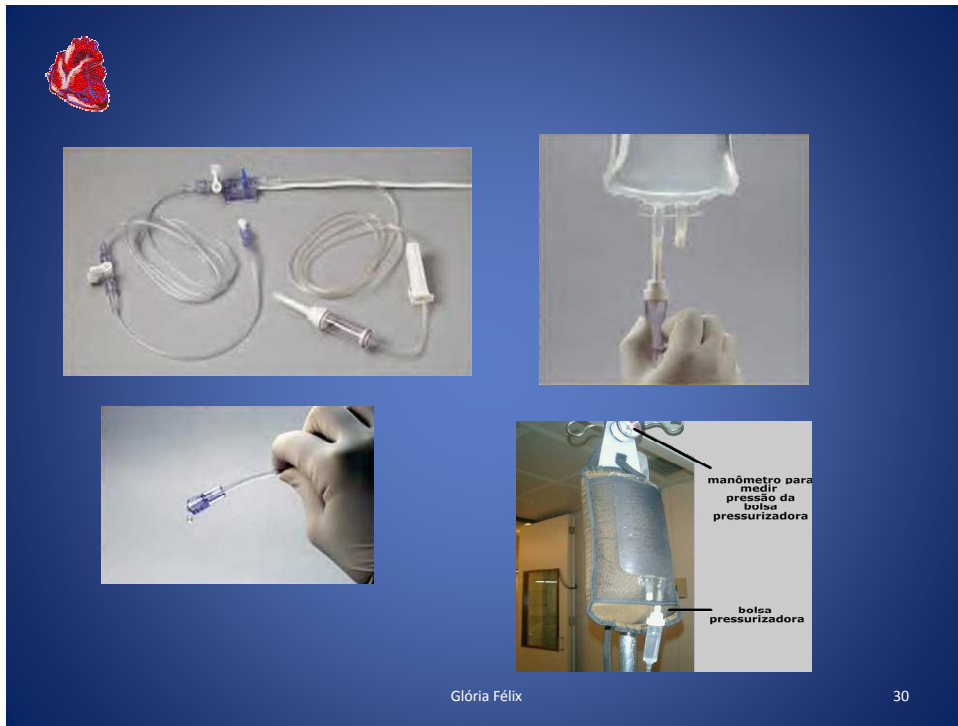
Glória Félix

28



Glória Félix



29





ANEXO IV

Plano de Sessão e Diapositivos da Ação de Formação “ SIRS, SEPSIS, MODS e Hemoculturas” do Serviço da Comissão Controlo de Infeção

 				
PLANO DE SESSÃO				
<i>SEPSIS, SIRS, MODS e HEMOCULTURAS</i>				
Formadora: Glória Félix - Estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica				
Local: Serviço de Urgência				
Data: 25 Novembro 2010				Tempo: 120 minutos
Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência				
Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação da Sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o procedimento interno do CHCB em relação á colheita de Hemoculturas - Definir boas práticas - Evitar risco de contaminação 	<ul style="list-style-type: none"> - Definições/ terminologia de : Choque séptico Diagnostico Hemoculturas -Intervenções: rigor na técnica de colheita da amostra - Guia de colheitas do CHCB - Procedimento/ técnica de colheita - Estudo de Hemoculturas no SU do CHCB 2010 - Microrganismos mais frequentes isolados nas Hemoculturas contaminadas 	Expositiva	Data show	Avaliação através de questões formuladas ao longo da apresentação e informalmente no final da sessão, de forma aleatória ao grupo



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Hospitalar
Cova da Beira

SEPSIS, SIRS E MODS HEMOCULTURAS

Serviço de Urgência, 25/10/2010

3ª Curso em Enfermagem com
Especialização em Enfermagem Médico –
Cirúrgica
Orientado por : Prof Patricia Coelho

Glória Félix

Definições/ terminologia

- **Infecção:** é o acontecimento microbiológico e clínico, caracterizado pela invasão tecidual dum Microrganismo
- **Bacteriemia:** é o surgimento de bactérias viáveis em circulação
- **Sepsis:** é a resposta sistémica à infecção, com sinais e sintomas sistémicos ou quando os agentes infecciosos além de promoverem a invasão da corrente sanguínea passam a multiplicar - se
- **Septicemia:** termo abolido

- **SIRS**: systemic inflammatory response syndrome (SIRS) - Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS)
- **SEPSIS**: resposta sistêmica à infecção, com sinais e sintomas sistêmicos SIRS + INFECÇÃO -> SEPSIS
- **MODS**: Síndrome de disfunção múltipla de órgãos (MODS) ou Multiorgânica
- **HEMOCULTURA**: é um exame que pesquisa microrganismos no sangue através do uso de meios de cultura específicos que pode fornecer informação crucial para o diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas suspeitas ou confirmadas

SIRS

A SIRS caracteriza-se pela presença de pelo menos dois dos seguintes critérios clínicos: **Temperatura corporal** > 38°C (**febre**) ou < 36°C (**hipotermia**)

Frequência respiratória > 20 ciclos respiratórios/minuto (taquipneia)

ou uma **pressão parcial de CO₂** no **sangue arterial** < 32mmHg.

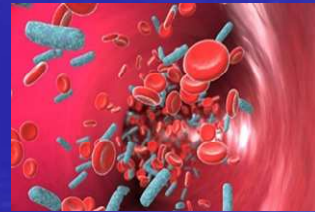
Frequência cardíaca > 90 batimentos cardíacos/minuto.

Aumento ou redução significativos do número de células brancas (**leucócitos**) no sangue periférico (>12.000 ou <4.000 células/mm³)

sepsis

Sepsis é uma doença fatal causada por uma reacção exagerada do organismo associada a uma infecção. O sistema imunológico do corpo entra em desequilíbrio, desencadeando uma série de reacções que podem levar à inflamação generalizada e coagulação do sangue no corpo.

Quando comprovada laboratorialmente, tem-se então a definição de sepsis.



A sepsis ocorre em três etapas:

• **Sepsis não complicada** é causada por infecções, como gripe ou abscessos dentários.

é muito comum e geralmente não requer tratamento hospitalar.

A sepsis grave ocorre quando a resposta do organismo à infecção começa a interferir com a função de órgãos vitais, como coração, rins, pulmões ou fígado.

Choque séptico ocorre em casos graves de sepsis, quando há diminuição da pressão arterial (hipotensão), impedindo que órgãos vitais deixem de receber sangue oxigenado

MODS

Disfunção Multi Orgânica e sistêmica antigamente conhecida como falência múltipla dos órgãos, é caracterizada pela deterioração aguda da função de dois ou mais órgãos, resultando em perda da função do órgão acometido. Uma das causas mais comuns de MODS é a sepsis (Choque séptico).

MODS

Disfunção Multi Orgânica e sistêmica antigamente conhecida como falência múltipla dos órgãos, é caracterizada pela deterioração aguda da função de dois ou mais órgãos, resultando em perda da função do órgão acometido. Uma das causas mais comuns de MODS é a sepsis (Choque séptico).

MODS

A condição normalmente resulta de infecção, lesão (acidente, cirurgia), hipoperfusão e hipermetabolismo.

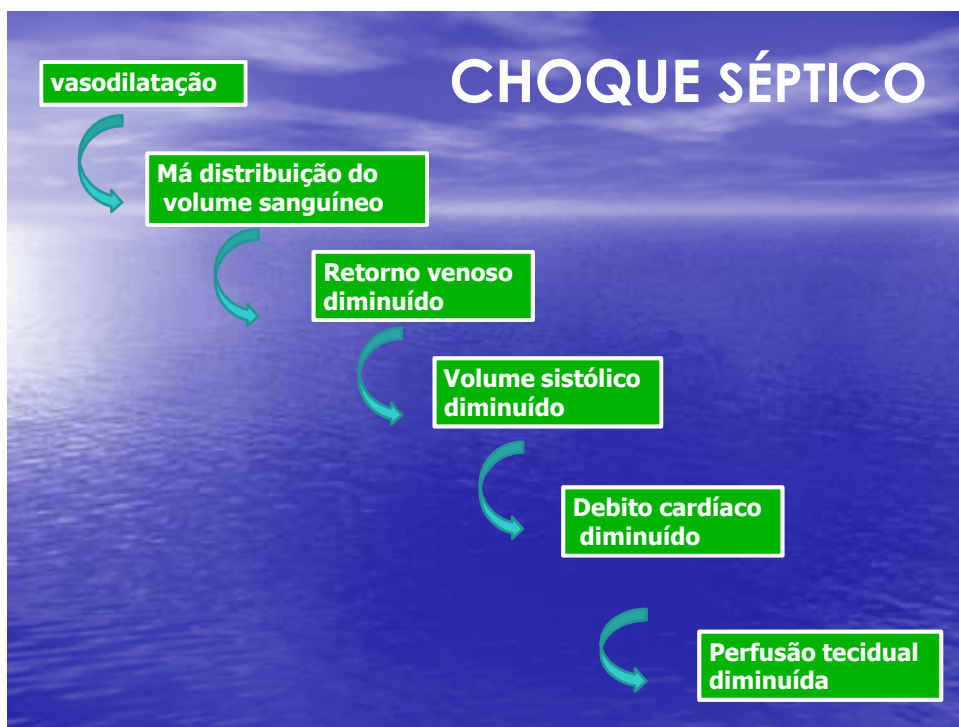
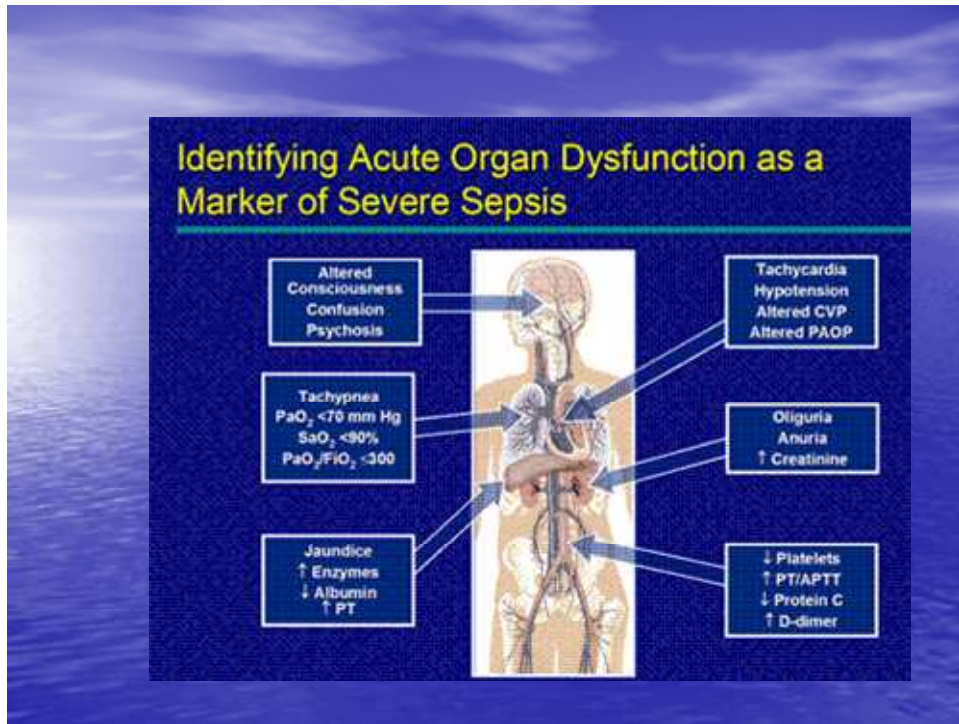
A principal causa desencadeia uma resposta inflamatória descontrolada.

A sepsis é a causa mais comum. Sepsis pode resultar em choque séptico.

Síndrome de Disfunção Múltipla de Órgãos é bem conhecido como o estágio final de um contínuo síndrome da resposta inflamatória sistêmica - sepsis->sepsis grave ->síndrome de disfunção de múltiplos órgãos.

MODS

• Sistema orgânico	• Alteração clínico-metabólica
SNC	Encefalopatia
Cardíaco	Insuficiência cardíaca
Pulmão	ALI / ARDS
Rim	Necrose tubular aguda
Suprarrenal	Insuf. SR relativa
Hepatobiliar	Colecistite alitiásica, Colestase
Intestinal	Má-absorção, translocação

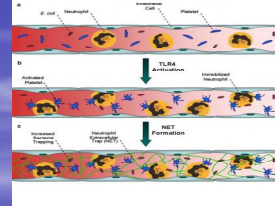


DIAGNÓSTICO

HEMOCULTURA

- É um exame que serve para detectar a presença de microrganismos no sangue do paciente, em situações de gravidade no processo infeccioso.
- A primeira amostra deve ser colhida antes da administração de antibióticos. É imperativo que a amostra de sangue seja efectuada na ascensão da febre.
- A febre é um sinal clínico que aparece devido à resposta do organismo frente à entrada da bactéria na corrente sanguínea.
- No pico febril o número de microrganismos é muito inferior aquele presente na ascensão da temperatura (lise das bacterias)

Bacteriemia



- É a invasão do sangue por microrganismo e geralmente ocorre por um dos seguintes mecanismos:

1- Através de um foco primário de infecção, o microrganismo drena dos vasos linfáticos, atingindo a corrente sanguínea.

2- Entrada directa na corrente sanguínea do microrganismo, via agulha ou outros equipamentos, como por exemplo cateteres.



O maior problema na interpretação do resultado da HEMOCULTURA é a contaminação pela flora microbiana da pele

A preparação meticulosa da pele, com agentes bactericidas, minimiza esse factor.

A utilização de luvas é imprescindível em toda e qualquer colheita de sangue.

Flora microbiana da pele

- Transitória.
- Residente

A **flora transitória** representa uma contaminação recente e só sobrevive um tempo limitado

Ex: - *Escherichia coli*
- *Pseudomonas aeruginosa*

A **flora residente** é constituída por microrganismos comensais, sobrevive e multiplica-se na pele,

Ex: - *Staphylococcus epidermidis*
- *Staphylococcus aureus*

Rigor na colheita da amostra

Contaminação microbiológica

Quantidade suficiente de sangue

Nº de Amostras

Rigor na colheita da amostra

A não conformidade na colheita repercute-se

atraso no diagnóstico

trauma para o doente

aumento de dias de internamento

aumento da morbilidade e mortalidade na perspectiva do paciente



Acréscimo da carga de trabalho para o profissional

Necessidade de repetição de exames

TÉCNICA DE COLHEITA

- 1- Colher a mostra de sangue antes da administração de antibióticos.
- 2- Colher a mostra de sangue na ascensão da febre (calafrio)
- 3- Explicar ao paciente o procedimento que vai ser realizado.



TÉCNICA DE COLHEITA (cont.)

4- Não colher em ambiente aberto, com corrente de ar.

5- Lavar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secar.



TÉCNICA DE COLHEITA (cont.)

6- Remover os selos das tampas dos frascos de hemocultura e fazer assepsia prévia nas tampas com álcool 70%. **Não usar álcool iodato na tampa de borracha.**

7- Garrotar o braço do paciente e seleccionar a veia adequada. Esta área não deverá ser mais tocada com os dedos.

TÉCNICA DE COLHEITA (cont.)

6- Remover os selos das tampas dos frascos de hemocultura e fazer assepsia prévia nas tampas com álcool 70%. **Não usar álcool iodato na tampa de borracha.**

7- Garrotar o braço do paciente e seleccionar a veia adequada. Esta área não deverá ser mais tocada com os dedos.

TÉCNICA DE COLHEITA (cont.)

8- Aplicar solução de iodopovidona ou clorexidina alcoólica, com movimentos circulares de dentro para fora. Para actuação adequada do antisséptico, deixar por um ou dois minutos antes de efectuar a colheita. Fazer novamente a antissepsia, com álcool 70% de forma circular de dentro para fora.

9- Falar o mínimo possível na hora da colheita ou usar máscara.

TÉCNICA DE COLHEITA (cont.)

10- Garrotar novamente, desprezar as luvas de procedimento

11- Calçar luvas estéril.

12- Colher a quantidade de sangue e o número de amostras recomendadas (2 frascos de aeróbios e 2 frascos de anaeróbios)

TÉCNICA DE COLHEITA (cont.)

13- Transferir o sangue imediatamente após a colheita para o frasco de hemocultura, não sendo recomendado a troca de agulha (inocular 1º frasco de aeróbio e a seguir anaeróbio)

14- Homogeneizar o frasco cuidadosamente por inversão.

15- Remover a solução residual de iodopovidona ou clorexidina alcoólica do braço do paciente com sabão neutro ou SF 0,9%, para evitar reacção alérgica.

TÉCNICA DE COLHEITA (cont.)

16- Descartar luva estéril.

17- Lavar as mãos.

18- Identificar cada frasco com todas informações padronizadas (horário da colheita, número de amostras, informação clínica) e enviar ao laboratório.

Transportar imediatamente ao laboratório em temperatura ambiente.

Volume de sangue colhido, por frasco.

O volume ideal corresponde a 10% do volume total do frasco de colheita.

Verificar sempre a quantidade no frasco.

Adulto - 5 a 10 ml por punção.

Quando o volume por punção for inferior a 20ml dar preferência ao frasco aeróbio e depois completar o anaeróbio

Guia de Colheitas CHCB

Código: CHCB.GUIA.PATCLI.13

Colheita:

- Na bacteriémia intermitente efectuar a colheita antes do pico febril (altura em que os microrganismos estão presentes na corrente sanguínea em maior número).
- Bacteriémia contínua. Efectuar as colheitas com uma hora de intervalo, exceptuando-se os casos em que é necessário iniciar antibioterapia
- FRASCOS DE COLHEITA: estão disponíveis 4 tipos de frascos para hemocultura
- Adultos (aeróbios e anaeróbios)
- Pediátricos
- Micobactérias.



Guia de Colheitas CHCB

Código: CHCB.GUIA.PATCLI.13

- **VOLUME DE SANGUE INOCULADO:** Deve respeitar as indicações do fabricante consoante o tipo de frasco utilizado.
- **NÚMERO DE COLHEITAS:** Três. Uma só colheita é insuficiente. Mais de três colheitas só raramente se justificam.

PROCEDIMENTO



- Desinfectar cuidadosamente a pele na zona da punção, (do interior para a periferia) com álcool a 70% e com solução iodada (iodopovidona a 2%). Deixar secar completamente durante 1 minuto;
- Não palpar a veia após desinfecção da pele.
- Colher por punção venosa a quantidade de sangue apropriada indicada nos frascos de hemocultura, segundo se trata de adultos ou crianças (colheitas efectuadas através de cateteres E.V. são incorrectas)
- Adultos 8 a 10 ml (2 frascos de aerobiose + 2 frascos de anaerobiose).
excepção: existência de dificuldade na colheita 2 frascos de aerobiose e 1 de anaerobiose

PROCEDIMENTO

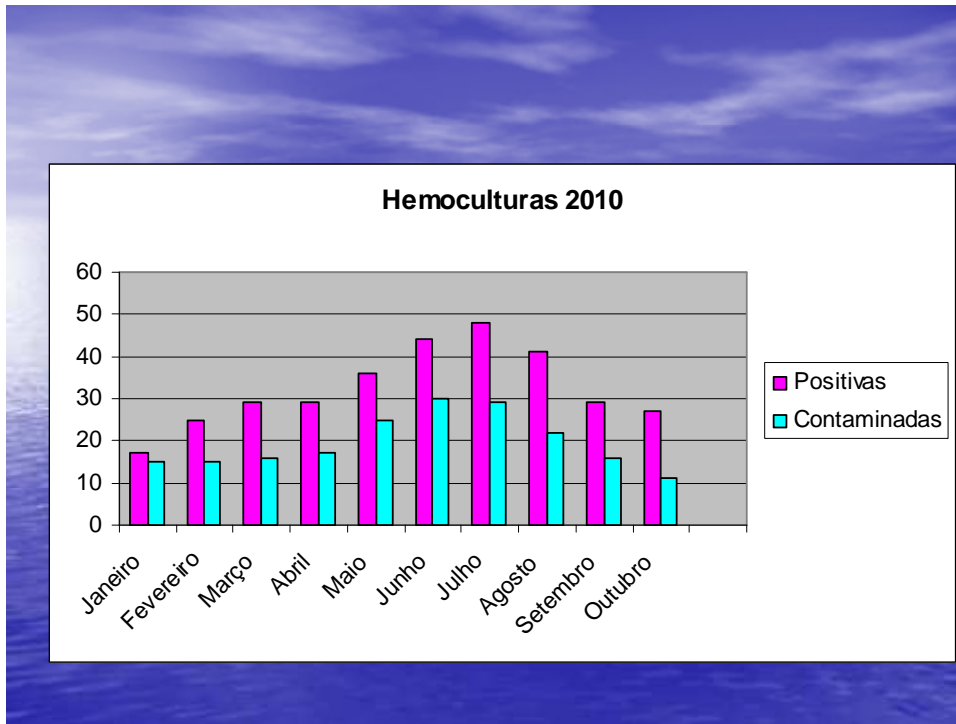


- Micobactérias. 1 a 5 ml
- Retirar a tampa de protecção do frasco de hemocultura e desinfectar a zona perfurável do frasco com álcool a 70%. Deixar secar;
- Inocular o(s) frasco(s) sem mudar de agulha e agitar suavemente;
- Desinfectar o local da punção com álcool a 70%
- Identificar o frasco tendo o cuidado de não inutilizar o “código de barras”;
- Enviar de imediato ao laboratório com requisição correctamente preenchida: identificação do doente, serviço, cama, diagnóstico (Brucella, fungos, etc.).
- Nunca refrigerar

ESTUDO HEMOCULTURAS CHCB 2010

Hemoculturas 2010

	Positivas	Contamina
Janeiro	17	15
Fevereiro	25	15
Março	29	16
Abril	29	17
Maio	36	25
Junho	44	30
Julho	48	29
Agosto	41	22
Setembro	29	16
Outubro	27	11
Total	325	196



Microrganismos mais frequentemente isolados na Hemoculturas contaminadas

- **Staphylococcus Coagulase Negativo**
 - Epidermidis
 - Hominis
 - Staphylococcus Aureus Sensível



BEM- HAJAM



ANEXO V

Flyer “Medidas simples salvam vidas”



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem Médico –Cirúrgica



Programa “Medidas Simples Salvam Vidas”

Previna-se a si e aos outros



Estudante: Glória Félix
Orientado por: Prof Patricia Coelho

ANEXO VI

“Análise de resultados dos inquéritos sobre vigilância dos *Cinco Momentos*
na higienização das mãos”



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

“Análise de resultados dos inquéritos sobre vigilância dos Cinco Momentos na higienização das mãos”

Elaborado por :
Maria Glória Gouveia Félix

Orientado por:
Prof.^a Patrícia Coelho

Novembro de 2010

ÍNDICE

1 – Introdução	153
2 - Análise de resultados dos inquéritos sobre vigilância dos Cinco Momentos na higienização das mãos.....	156
3 - Conclusão	165
4 - Referências Bibliográficas	167
APÊNDICE.....	172
Apêndice I -Formulário de Observação aplicado na vigilância dos Cinco Momentos na higienização das mãos”.....	174

1 – Introdução

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) – também denominada de infecção nosocomial ou hospitalar – é definida como “uma infecção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados num hospital ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde que não existia nem estava em incubação na altura da sua admissão. Inclui também infeções adquiridas no hospital mas que se manifestam após a alta, assim como infeções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais da instituição,” Campanha Nacional de Higiene das mãos. (2009)

Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), a IACS é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos procedimentos e cuidados de saúde prestados e que pode também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. (DGS 2007).

O objetivo principal do PNCI é identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais de saúde, visitantes, estudantes e outros trabalhadores da área hospitalar. Estas medidas levarão a uma diminuição das taxas de infeção e mantendo-as num nível aceitável. ((PNCI). Manual de Operacionalização,2008.)

As IACS, são ainda verdadeiros indicadores, utilizados na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que acarretam consequências importantes para os doentes que acabam por prolongar a sua estadia na instituição de saúde, com custos familiares, sociais e financeiros muito elevados. (Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E, 2009).

Além de causarem sofrimento físico e emocional aos doentes e seus familiares, as IACS incorrem num elevado custo ao sistema de saúde, que poderia ser utilizado noutras medidas preventivas ou outras prioridades. (Campanha Nacional de Higiene das mãos 2009) A medida mais simples de prevenção e controlo da infeção descrita é a higiene das mãos. (Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge,2005)

Atualmente, a preocupação com a segurança do doente, envolvendo o tema “Higienização das Mãos” tem sido tratada como prioridade. Salienta-se a iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a criação da “*World Alliance for Patient Safety*” que lança anualmente programas para uma melhoria contínua da segurança do doente, como foi o caso do *Global Patient Safety Challenge* designado *Clean Care is Safer Care*. O desafio *Clean Care is Safer Care* tem como objetivo, prevenir as IACS e como mensagem de base, “medidas simples salvam vidas”. Preconiza, entre outras ações, a higiene das mãos como uma das medidas que maior impacto tem na redução daquelas infeções, na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na redução dos custos associados a estas problemáticas. (Campanha nacional de Higiene das mãos. Medidas simples salvam vidas 2008).

2 - Análise de resultados dos inquéritos sobre vigilância dos Cinco Momentos na higienização das mãos

A higienização das mãos é considerada uma das práticas mais simples e a medida de maior relevância e comprovada eficácia na prevenção das IACS, uma vez que impede a transmissão cruzada de microrganismos (Ferreira, S., Lima, A., Projeto Segurança do Paciente “Mãos limpas são mãos mais seguras). Contribuindo para a redução da mortalidade e morbidade dos doentes (Divisão de Segurança do Doente, 2010).

As mãos contaminadas dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos relacionados com as IACS, e a higienização das mãos constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS em todo o mundo. (Pina, 2010)

Embora a higienização das mãos seja uma ação simples, a não adesão a esta prática pelos profissionais de saúde ainda é considerada um desafio no controle de infeção dos serviços de saúde. Por se tratar de um problema universal requer medidas padronizadas e investigação e monitorização regular desta prática. (Pina, 2010)

Uma vez que, uma maior adesão às práticas de higienização das mãos está associada a uma redução nas taxas das infeções, mortalidade e transmissão de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde. (Ferreira, S., Lima, A Projeto Segurança do Paciente “Mãos limpas são mãos mais seguras).

Para se obterem resultados sustentáveis no que concerne à prevenção e controlo de IACS, são necessárias abordagens que incluam a monitorização contínua de resultados, forte adesão por parte dos órgãos de gestão, formação de todos os profissionais envolvidos, comunicação intraequipa e uma mudança de paradigma. Em vez de se abordar as IACS como uma consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, deve acreditar-se que a prevenção é possível. (Pina, E., 2010.)

Constatando que as IACS apresentam muitas características que as tornam uma componente crítica de qualquer programa de segurança do doente (“Pina, E,2010”). Não

posso deixar de salientar a premissa “a segurança dos doentes não pode ser comprometida”.

Precauções na Prevenção e Controlo de IACS pela Higienização das mãos

Em 2010 a Direção Geral da Saúde (DGS) lançou uma circular normativa com o objetivo de associar a Boa Prática de Higiene das Mãos, à prevenção e controlo de IACS nas Unidades de Saúde. No mesmo documento são descritas normas em que os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS, designado por os “Cinco Momentos”, cumprindo, ainda, os princípios relativos às técnicas adequadas a este procedimento e aos produtos a utilizar na higiene das mãos. Os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do Órgão de Gestão da Unidade de Saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos. (DGS 2010)

Conceitos referentes à Higienização das mãos

A lavagem/higiene das mãos deve ser um hábito para os profissionais de saúde, e a adesão à sua prática, um desafio na prevenção e controlo de IACS. (Controle e Tratamento - Hinrichsen, S.L. Controle e Tratamento. 2003).

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e efetiva na redução da IACS (DGS 2010) (Hinrichsen, S.L. Risco Sanitário Hospitalar 2004)

A transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade consensual e incontornável. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo de transmissão de microrganismos. (DGS 2010).

As definições e conceitos na área da higiene das mãos são vastos, pelo que se apresentam apenas os mais relevantes para o estudo (DGS 2010).

Solução antisséptica de base alcoólica (SABA[®]) - Preparação de base alcoólica desenvolvida para aplicação nas mãos com o objetivo de inativar e/ou temporariamente reduzir o crescimento de microrganismos. Estas preparações podem conter um ou mais tipos de álcool com excipientes, outros ingredientes ativos, e emolientes.

Higiene das mãos/higienização das mãos (doravante serão considerados conceitos semelhantes - Termo geral que se aplica a qualquer um dos seguintes procedimentos: Lavagem das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano), Fricção das mãos com SABA[®] e Preparação pré-cirúrgica das mãos, executada pela equipa cirúrgica.

Lavagem das mãos - Lavagem das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano). Esta técnica aplica-se às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias. O procedimento demora cerca de 60 segundos.

Fricção antisséptica das mãos - Aplicação de um antisséptico de base alcoólica (SABA[®]) por fricção das mãos, a fim de reduzir ou inibir o crescimento de microrganismos (a sua utilização não necessita de água nem de toalhetes ou de outros dispositivos). Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 15-30 segundos, sendo que o ideal são 20 segundos.

Preparação pré-cirúrgica das mãos: consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório, com o objetivo de eliminar a flora transitória e de reduzir significativamente a flora residente. Os antissépticos a utilizar devem ter uma atividade antimicrobiana com ação residual. O procedimento demora entre 2-3 minutos.

Cuidados com as mãos - Ações para reduzir o risco de irritação cutânea.

Local de prestação de cuidados - Refere-se ao local em que três elementos estão simultaneamente presentes: o doente e o seu ambiente envolvente, o profissional de saúde e o cuidado ou tratamento inerente a cada contacto ou cada ação junto do doente.

Relação entre a Higienização das mãos e a IACS

No prosaico ato de lavar as mãos reside a mais importante profilaxia contra as infeções hospitalares, que conjugada a outras estratégias, representam medidas imprescindíveis para a controlo de infeção em ambiente hospitalar. (DGS 2010)

A importância da higiene das mãos na prevenção e transmissão de IACS é baseada na capacidade da pele abrigar micro-organismos e transferi-los de uma superfície para outra, por contacto direto, pele com pele, ou indireto, por meio de objetos. (Santos, 2002)

Esta exposição das mãos aos micro-organismos ocorre dezenas a milhares de vezes ao dia, e pode resultar em colonização e/ou infeção dos doentes. (Borges, L.F.A., controle de infeção e transmissão de *Staphylococcus Aureus*, 2009).

Há indicação para higiene das mãos sempre que existe o risco das mãos dos profissionais de saúde transmitirem microrganismos durante a prestação de cuidados de saúde. O risco é composto pelo risco de transmissão do profissional e ambiente para o doente, de uma parte do corpo para outra no mesmo doente, ou do doente para o profissional de saúde e para o ambiente (inclui todos os elementos presentes nesse ambiente). (DGS 2010)

Apesar de todas as evidências demonstrarem a importância das mãos na transmissão das IACS, e os efeitos dos procedimentos de higienização na diminuição de taxas de infeção, muitos profissionais têm uma atitude passiva diante do problema. Apesar da higiene das mãos parecer um hábito de difícil modificação, a maioria dos profissionais de saúde lava as mãos de acordo com as suas necessidades, deixando de fazê-lo nos momentos recomendados. (Mendonça, A.P., Fernandes Acta Scientiarum. Health Sciences, 2003); (Santos, F.M., 2009)

O risco de transmissão de IACS pode variar com o tipo de contacto entre os profissionais de saúde, o doente e o ambiente, no entanto a fórmula essencial da prevenção é a higiene das mãos.

Higienização das mãos – operacionalização

Os profissionais de saúde devem higienizar as mãos de acordo com o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” proposto pela OMS aos quais correspondem as indicações ou tempos em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica. Com o intuito de facilitar a compreensão, este novo conceito integrado foca apenas cinco indicações para a higiene das mãos na prática clínica, sendo eles:

- 1 - Antes do contacto com o doente;
- 2 - Antes de procedimentos limpos/assépticos;
- 3 - Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
- 4 - Após contacto com o doente;
- 5 - Após contacto com o ambiente envolvente do doente.

No CHCB a CCI procedeu à aplicação do Formulário de Observação, sobre vigilância da higienização das mãos, nos serviços (efetuado pelo elo de ligação da CCI ou pelo enfermeiro chefe), segundo as normas emanadas pela DGS. Após a aplicação do formulário, este era enviado à CCI e aos elementos que trabalham na CCI promoveram o tratamento dos dados.

Durante o meu estágio colaborei neste na introdução dos dados recolhidos e foram analisados os dados comparando os anos de 2009 e 2010. Os resultados obtidos foram os seguintes:



	2009 1.ª avaliação		2009 2.ª avaliação		2010	
	CHCB	Nacional	CHCB	Nacional	CHCB	Nacional
Adesão Global	44,9%	40,0%	63,5%	65,0%	77,6%	64,0%

	2009 1.ª avaliação		2009 2.ª avaliação		2010	
	CHCB	Nacional	CHCB	Nacional	CHCB	Nacional
Enfermeiro	55,0%	54,8%	77,8%	72,6%	86,0%	72,0%
Assistente Operacional	32,7%	38,1%	48,7%	53,0%	75,6%	50,0%
Médico	36,8%	37,7%	48,4%	58,0%	61,0%	58,0%
Outros	23,1%	35,9%	41,7%	62,7%	74,4%	53,0%

	2009 1.ª avaliação		2009 2.ª avaliação		2010	
	CHCB	Nacional	CHCB	Nacional	CHCB	Nacional
Antes de contacto com o doente	20,8%	35,8%	51,3%	56,2%	71,7%	53,0%
Antes de procedimento asséptico	54,1%	48,5%	63,8%	68,3%	87,5%	80,0%
Depois de risco de exposição a sangue e fluidos	67,4%	62,1%	71,2%	81,5%	90,7%	81,0%
Depois de contacto com o doente	60,1%	56,6%	76,5%	75,3%	86,5%	74,0%
Depois de contacto com o ambiente	31,0%	40,6%	46,3%	61,2%	62,8%	58,0%

Gráfico 1 – Resultados da aplicação do Formulário de Observação de higienização do CHCB (2009 e 2010)

Da análise dos resultados podemos observar que de uma forma global houve um aumento da adesão global à higienização das mãos, assim como por categoria profissional e por momento de higienização.

Sendo que, os resultados obtidos revelaram uma evolução positiva, foram observados até resultados superiores aos dados nacionais, como em 2010, em que o CHCB obteve uma percentagem de adesão superior em mais de 13 %, quando comparado com a média nacional obtida a partir de dados fornecidos pela Direção Geral de Saúde.

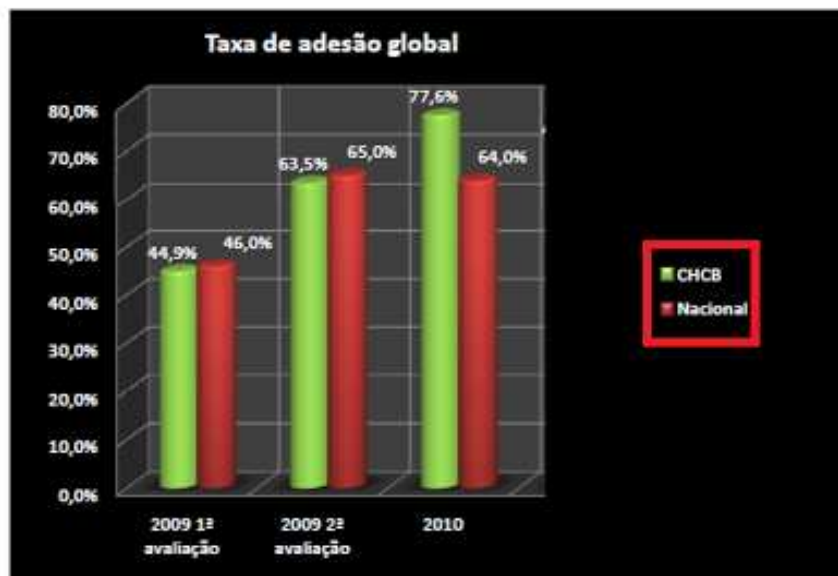


Gráfico 2 – Resultados da taxa de adesão global

No primeiro ano de aplicação das medidas (2009), registaram-se dois momentos de avaliação (semestral), tendo os profissionais de saúde do CHCB registado uma adesão global ligeiramente inferior, que pode mesmo ser considerada residual, em relação ao total nacional com um diferencial de cerca de 2%. Da primeira para a segunda avaliação de 2009, verifica-se um aumento da adesão dos profissionais de saúde, quer a nível nacional, quer no CHCB, com valores próximos dos 20 %.

No segundo ano de aplicação da medida (2010), os números demonstram, tal como no segundo semestre de 2009, uma tendência de subida da adesão o que aparenta significar maior consciencialização dos profissionais de saúde para a importância de higienizar as mãos de acordo com as normas estabelecidas. Embora os gráficos demonstrem esta tendência, compará-los de forma mais aprofundada torna-se difícil, porque no primeiro ano os dados foram obtidos e tratados semestralmente enquanto no segundo ano os dados são anuais.

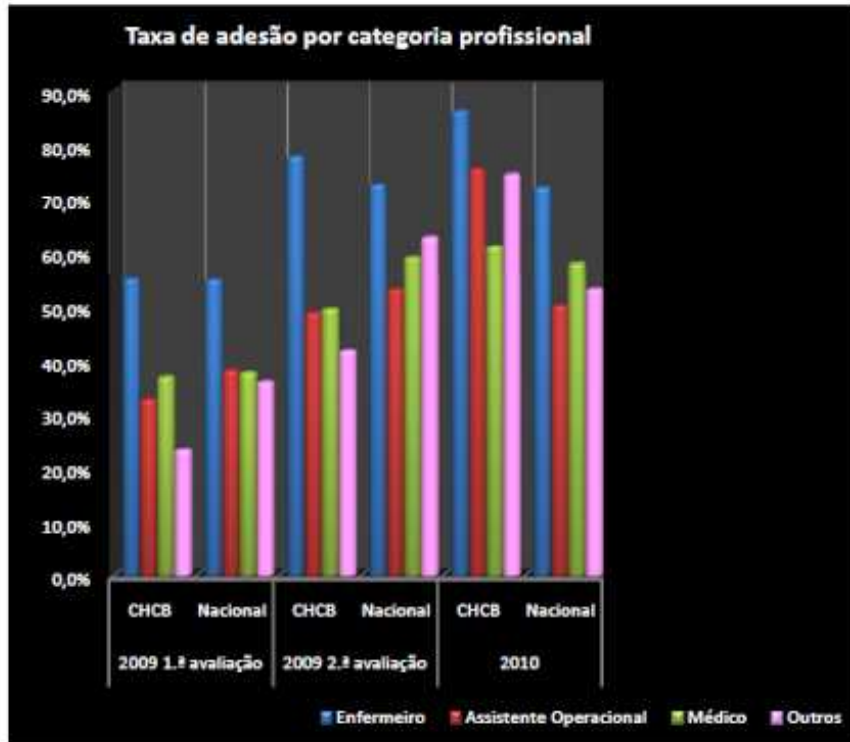


Gráfico 3 – Resultados da taxa de adesão por categoria profissional

A análise deste gráfico reflete, acompanhando a tendência nacional, que os enfermeiros são a classe profissional, no sector da saúde, que apresenta maior preocupação com a higienização das mãos. Nos três períodos de avaliação no CHCB, os enfermeiros obtiveram resultados melhores que a média nacional, sendo de 86 % a taxa de adesão dos enfermeiros do CHCB para 72 % da média nacional.

Nas restantes categorias profissionais, merece particular destaque a classe médica cuja evolução é significativa atingindo mais 61 % dos clínicos, ganhando terreno em relação à média nacional que, até então, havia sido superior nas duas avaliações semestrais.

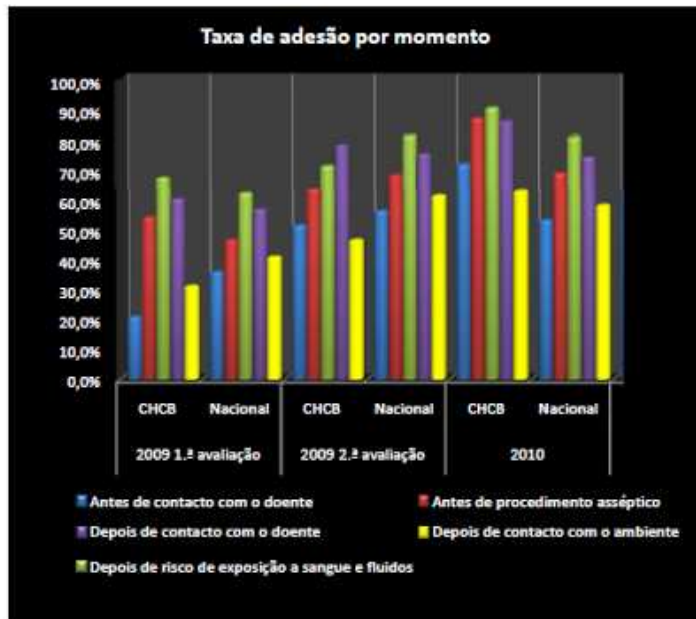


Gráfico 4 – Resultados da taxa de adesão por momento de higienização

No global o CHCB acompanhou a tendência de evolução positiva de higienização das mãos nos diferentes momentos previstos.

O momento de higienização das mãos logo após o risco de exposição a fluídos é aquele que, aparentemente, determina maiores preocupações dos profissionais de saúde, sendo de 90,7 % no CHCB e de 81 % na média nacional.

A higienização das mãos antes de um procedimento asséptico e depois do contato com o doente também apresenta percentagens elevadas de adesão (acima dos 80 % no CHCB), havendo ainda dois momentos com percentagens de adesão mais baixas, quer no CHCB quer a nível nacional.

Sintetizando, deve dizer-se que o CHCB acompanhou a tendência nacional sendo, no entanto, necessários estudos mais aprofundados nos anos subsequentes para confirmar os dados obtidos em 2009 e 2010.

Estes resultados refletem uma adesão significativa dos profissionais de saúde à iniciativa «Medidas Simples Salvam Vidas» e que os Cinco Momentos de Higienização das Mãos, avaliados no CHCB, acompanharam a tendência nacional de evolução nos diferentes momentos.

3 - Conclusão

Garantir o cumprimento das Precauções Padrão e das Precauções Específicas é um desafio que deve ser enfrentado dia a dia por todos aqueles que entram em contato com o paciente. O comprometimento dos profissionais na adesão ao uso dos equipamentos de proteção necessários para atender o paciente em Precauções Específicas resulta no controlo da transmissão de micro-organismos no ambiente hospitalar, menor transmissão de doenças infecciosas, menor tempo e custo de internamento para os doentes acometidos. Para isso, torna-se necessário a informação ao doente, para que este não se sinta isolado pela sua condição de saúde.

Os familiares dos doentes também devem ser informados e educados corretamente sobre o processo do cuidado, a fim de que estes sejam envolvidos na prevenção de doenças transmissíveis.

A adoção de medidas como a prática da higienização das mãos associada ao uso dos equipamentos de proteção necessários e informações claras, garante um cuidado seguro, com maior qualidade na assistência prestada e melhor satisfação do doente. Questionar participar do processo do cuidado garante uma melhoria na prevenção do controlo das IACS

A higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção. Para além do exposto, também se considera uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos. (DGS,2010)

4 - Referências Bibliográficas

1. Campanha Nacional de Higiene das mãos. Medidas simples salvam vidas. Manual para os observadores, Adaptado de World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care, 2009.
2. Direção Geral da Saúde (DGS) / Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Lisboa, 2007.
3. Comissão de Controlo da Infecção (CCI) - Inquérito Prevalência Dados do Hospital Santa Maria - Boletim Trimestral Outubro a Dezembro. Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E, 2009.
4. Leça, A., Costa, A., Silva, M.I., Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Manual de Operacionalização, 2008.
5. Ministério da Saúde (MS). Relatório de Prevalência de Infecção 2003. Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005.
6. Jain, R., Kralovic, S. Evans, M.E. Veterans Affairs Initiative to Prevent Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Infections. New England Journal of Medicine, 2011.
7. Pina, E., Ferreira, E., Marques, A, Infecções Associadas aos Cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.10, 2010.
8. Ferreira, S., Lima, A., Projeto Segurança do Paciente “Mãos limpas são mãos mais seguras”. Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadoria de Controlo de Doenças – CCD/Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – CVE/Divisão de Infecção Hospitalar.

9. Campanha nacional de Higiene das mãos. Medidas simples salvam vidas. A estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos em 10 perguntas. Adaptado de World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care, 2008.
10. Puccini, P., T., Prospects for controlling hospital infection and the new social forces for upholding healthcare. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011.
11. Ministério da Saúde pela OMS, Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital. Um Guia Prático. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2ª ed., 2002.
12. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde, Inquérito de Prevalência de Infecção. Protocolo, 2010.
13. Tiple, A.F.V., Silva e Souza, A.C., Prevenção e Controlo de infeção: como estamos? Quais avanços e desafios?. *Revista Eletrónica de Enfermagem* 2011.
14. Oliveira, R., Maruyama, S.A.T., Controlo of hospital infection: description and paper of the state. *Revista Eletrónica de Enfermagem* 2008.
15. Silva, C.P.R., lacerda, R.A., Validation of a proposal for evaluating hospital infection control programs. *Revista Saúde Pública*, 2011.
16. Pereira, M.S., Prado, M.A., Sousa, J.T., Controle de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e perspectivas. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 2000.
17. Brandt, R.A., Monzillo, P.H., Ética em Saúde. Einstein: Educ Contin Saúde, 2007.
18. Carta dos Direitos do Doente Internado. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.
19. Silva, A.E.B.C., Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 2010.

20. Allegranzi, B., Storr, J., Dziekan, G The first Global Patient Safety Challenge “Clean care is Safer Care”: from launch to current progress and achievements. *Journal of Hospital Infection*, 2007.

21. Azambuja, E.P., Pires, D.P., Vaz, M.R.C., Prevention and Control oh Hospital Infection: Interfaces as a Process of education for the worker. *Texto Contexto Enfermagem*, 2004.

22. Direcção Geral da Saúde. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, 2010.

23. Direcção Geral da Saúde. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Divisão de Segurança do Doente, 2010.

24. Mendonça, A.P., Fernandes, M.S.C., Azevedo, J.M.R., et al., Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 2003.

25. Cruz, E.D.A., Pimenta, F.C., Palos, M.A.P., Silva, S.R.M., et al., Lavado de Manos: 20 años de divergências entre la práctica y lo idealizado. *Ciencia y Enfermaria*, 2009.

26. Souza, L.B., Jacome, C.I., Arruda, A.C., Importância do controle de infecção hospitalar em um bloco cirúrgico. *Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração*, 2008.

27. Anjos, Danda. Higienização das mãos In: Hinrichsen, S.L., Biossegurança e Controlo de Infecções. *Risco Sanitário Hospitalar. Medsi*, 2004.


28. Blom, B.C., Lima, S.L., Lavagem das Mãos In: Couto, R.C., Pedrosa, T.M.G., Nogueira, J.M., Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-infecciosas da Doença. *Epidemiologia, Controlo e Tratamento*. 3ªed. *Meds*, 2003.

29. Borges, L.F.A., Higiene das mãos de profissionais de saúde em um hospital Brasileiro: adesão, controle de infecção e transmissão de staphylococcus aureus, 2009.
30. Hinrichsen, S.L., Unidade de Terapia Intensiva. Prevenção/Controle de Processos Infeciosos Nosocomiais, Medsi, 2004.
31. Hinrichsen, S.L., Procedimentos Cirúrgicos na Prevenção de Infecções do Sítio Cirúrgico. Remoção dos pêlos, banho pré-operatório, anti-sepsia da pele e de mucosas. Medsi, 2004.
32. Santos, A.A.M., Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. Ras. Vol4. Nº15, 2002.
33. Santos, F.M., Gonçalves, V.M.S., Laundering of the hands in the control of the hospital infection: a study on the execution of the technique. Revista Enfermagem Integrada, 2009.
34. Coelho, M.S., Silva Arruda, C., Faria Simões, S.M., Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: um estudo quantitativo. Enfermeria Global, 2011.


APÊNDICE


Apêndice I

Formulário de Observação aplicado na vigilância dos Cinco Momentos na
higienização das mãos”



WORLD ALLIANCE
FOR PATIENT SAFETY





Rede Hospitalar
Luz e Vida

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital	
Observador			Período Nº.		Serviço/Departamento
Data (dd.mm.aaaa)			Sessão Nº.		Enfermaria
Hora de início/fim (hh:mm)			Formulár. Nº.		
Duração da sessão (mm)					
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-sep. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

Anexo 6

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO 1