



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

## Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências

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

Carla Sofia Fernandes Pires

Março de 2015



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

## Um Percorso para o Desenvolvimento de Competências

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

Por Carla Sofia Fernandes Pires  
Sob orientação de Mestre Patrícia Coelho

Março de 2015

*“Quando se viaja em direção a um objetivo.  
É muito importante prestar atenção ao caminho.  
O caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar e enriquece-nos  
enquanto o cruzamos.”*

Paulo Coelho

## **Resumo**

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular de Relatório do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica do Porto, do Instituto de Ciências da Saúde. Este relatório incide sobre os estágios desenvolvidos no Serviço de Urgência (Módulo I) do Hospital de Vila Real, E.P.E., no Serviço de Medicina Intensiva (Módulo II) do Hospital Pedro Hispano, E.P.E. e no Instituto Nacional de Emergência Médica (Módulo III).

O presente relatório tem como principal objetivo a aquisição de competências no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tem como finalidade a confrontação da prática sobre a reflexão das ações desempenhadas com o conhecimento adquirido anteriormente, e a sua análise. Estruturalmente, organizou-se este trabalho segundo os domínios das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Os contributos para os módulos de estágio prenderam-se com situações/problemas detetados e respetivas tentativas de os solucionar. Sendo assim, no Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar foi elaborada uma proposta de intervenção sobre o Controlo de Infeção no Pré-hospitalar relacionada com a limpeza e desinfeção das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida. No Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos, os contributos estiveram relacionados com uma proposta de intervenção sobre a Sede em Cuidados Intensivos e a elaboração de um artigo de revisão integrativa sobre Musicoterapia em Cuidados Intensivos. Os contributos fornecidos no Módulo de Estágio I - Urgência consistiram na proposta de intervenção sobre a Indicação para o Uso de Luvas e a elaboração de um Manual de Boas Práticas na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses.

Este nível de formação académica tem-se vindo a traduzir no desenvolvimento de uma prática profissional, cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. Deste modo, a aprendizagem no contexto de estágio passa não só pela organização de conceitos teóricos e práticos, mas pela concetualização da ação refletida e modificada baseada na evidência científica.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, especialista, doente crítico, cuidados de enfermagem

## **Abstract**

The execution of this work comes under the curricular unit Report of the Master's degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Institute of Health Sciences, Catholic Universidad of Portugal. This report focuses on the clinical practice developed in the Emergency Room (Module I) of Vila Real Hospital, E.P.E, in Intensive Medicine Service (Module II) of Pedro Hispano Hospital, E.P.E. and at the Medical Emergency National Institute (Module III).

This report main objective is the acquisition of skills within the Specialization in Medical-Surgical Nursing. Its purpose is the confrontation of the practice about the reflection of the actions performed with the knowledge previously acquired, and its analysis. Structurally, this work was organized according to the domains of the Specific Competence of Specialist Nurse in Nursing in Person in Critical Condition.

The contributions for the clinical practice modules were related with situations/problems detected and their attempts to solve them. Therefore, in clinical practice Module III – Pre-hospital Assistance was elaborated a proposal of intervention about Pre-hospital Infection Control related to the cleaning and disinfection of the Advanced Life Support Ambulances. In the clinical practice Module II – Intensive Care Unit, the contributions were related with a proposal of intervention about Thirst in Intensive Care and the elaboration of an article of integrative review about Music Therapy in Intensive Care. The contributions left in the clinical practice Module I – Emergency Room consisted on a proposal of intervention about the Indication for the Use of Gloves and the elaboration of a Good Practice Manual for the Collection and Preservation of Forensic Evidences.

This level of academic training has been translated in to the development of an increasingly complex professional practice, differentiated and demanding. Thus, learning in the context of clinical practice goes through not only the organization of theoretical and practical concepts, but also for the conceptualization of the reflected and modified action based on scientific evidence.

**Keywords:** Nurse, specialist, critically ill patients, nursing care

## **Agradecimentos**

**Aos meus Pais,**

**À minha irmã Rita**

**E ao meu namorado José**

Pelo incentivo constante que me  
motivou a crescer  
como pessoa e como enfermeira.

**À Mestre Patrícia Coelho**

pelo incentivo,  
disponibilidade, orientação e crítica positiva.

**À Universidade Católica do Porto**

pela oportunidade do  
desenvolvimento dos Enfermeiros e da Enfermagem.

**Aos Enfermeiros Tutores e Equipa Multidisciplinar de cada módulo de estágio** pelo

tempo,

e oportunidades de aprendizagem, que me  
proporcionaram, crescer pessoalmente e profissionalmente.

**A todos**

Obrigada pela ajuda  
nesta etapa da minha vida.

## **Lista de Abreviaturas/Siglas**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CI – Cuidados Intensivos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CHTMAD – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

E.P.E – Entidade Público Empresarial

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnico de Ambulância e Emergência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## Índice

1.Introdução .....	15
2.De Enfermeira a Enfermeira Especialista.....	19
2.1Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	19
2.2Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	31
2.3Domínio da Gestão de Cuidados .....	39
2.4Domínio das Aprendizagens Profissionais.....	44
3.Conclusão .....	57
4.Referências Bibliográficas .....	61
5.Anexos .....	67
Anexo I – Caracterização do Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar .....	69
Anexo II – Caracterização do Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos .....	73
Anexo III – Caracterização do Módulo de Estágio I – Urgência .....	77
Anexo IV – Norma de Procedimentos e Posters sobre Controlo de Infecção no Pré-hospitalar .....	81
Anexo V – Protocolo sobre Sede em Cuidados Intensivos .....	119
Anexo VI – Artigo sobre Musicoterapia em Cuidados Intensivos.....	149
Anexo VII – Poster sobre Indicação para o Uso de Luvas.....	159
Anexo VIII – Manual de Boas Práticas na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses.....	191

## 1. Introdução

A realização do Relatório surge no âmbito da unidade curricular de Relatório do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica do Porto (UCP), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), na qual foi proposta a elaboração deste relatório de estágio, onde concretize as competências adquiridas durante os três módulos de estágio e atividades desenvolvidas ao longo do contexto da prática, o qual constitui a última etapa para conclusão do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem. O relatório, como afirma Crespo (2003), tem o objetivo de confirmar a capacidade do estudante para desenvolver, com rigor, um tema na sua área de especialização. Este nível de formação académica tem-se vindo a traduzir no desenvolvimento de uma prática profissional, cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

O presente relatório tem como *objetivos*:

- ✓ Servir como um momento de avaliação, no qual se pretende demonstrar os conhecimentos adquiridos e a realidade existente na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC);
- ✓ Descrever e refletir o percurso de evolução e aprendizagem ao longo dos módulos de estágio;
- ✓ Demonstrar a aquisição de competências através da descrição das atividades desenvolvidas e da identificação de situações/problema de saúde e desenvolvimento de soluções eficazes;
- ✓ Obter o Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Tem como *finalidade* a confrontação da prática sobre a reflexão das ações desempenhadas com o conhecimento adquirido anteriormente, e a sua análise, sendo utilizada a *metodologia* descritiva, fundamentada com recurso a pesquisa bibliográfica,

apresentando e refletindo sobre as atividades desenvolvidas, confrontando-as com os objetivos inicialmente traçados, baseando-me no relato das experiências vivenciadas fundamentando-as cientificamente, com o objetivo de desenvolver estratégias, como um elemento facilitador para aprendizagem.

A aquisição de competências especializadas certifica que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza no contexto da prática clínica permitindo-lhe identificar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Um dos aspetos essenciais que caracteriza a elaboração do relatório é a estruturação do processo de aprendizagem para adquirir competências relacionadas com a aquisição de comportamentos e a autonomia na execução (saber ser, saber fazer e saber estar), esta aprendizagem adveio da vivência de situações reais, num determinado contexto. Tendo como principal objetivo a prestação de cuidados com qualidade, visando a máxima satisfação da pessoa doente e família/prestador de cuidados, ao longo do processo individual de saúde/doença.

A minha área de interesse profissional sempre foi o doente crítico, o doente emergente, por isso a minha escolha do Mestrado em Enfermagem, com Especialização Médico-Cirúrgica. A necessidade de aprender e tornar a minha atuação prática mais fundamentada, de ser todos os dias melhor profissional, levou-me a frequentar o curso, voltar a estudar para melhorar, para assim saber ser, saber fazer e saber estar mais e melhor, sendo que, o mais importante foi aprofundar o espírito crítico-reflexivo em relação às minhas ações. Em suma, refletir a minha prática para melhorar a minha atuação adequando-a à evidência prática.

No processo de Bolonha os estudantes são um dos elementos centrais, pois este torna-os num elemento ativo no processo de aprendizagem que se supõe que ocorra ao longo da vida. Este paradigma de ensino assenta no desenvolvimento de competências de acordo com os objetivos de aprendizagem. Sendo assim, o estágio é um momento muito pertinente na medida em que aprofundei e adquiri conhecimentos práticos e teóricos dos quais não tinha qualquer experiência profissional, passei por locais de estágio que não tive a oportunidade de contactar no Curso de Licenciatura em Enfermagem,

especificamente nos Cuidados Intensivos (CI) e a Assistência Pré-hospitalar. A visão enquanto estudante de especialidade foi diferente pois as competências são outras, o olhar foi mais crítico levando a uma reflexão mais aprofundada.

O estágio processou-se em três módulos, sendo que o primeiro foi o Módulo de Opção de Assistência Pré-hospitalar, Módulo III, que decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) entre 28 de Abril de 2014 a 28 de Junho de 2014, no qual tive a oportunidade de contactar com os vários meios existentes no INEM. A caracterização do local encontra-se em Anexo I.

O segundo Módulo foi Cuidados Intensivos, Módulo II, que se efetuou no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. no Hospital Pedro Hispano e decorreu de 15 de Setembro de 2014 a 8 de Novembro de 2014, onde presenciei a abordagem à pessoa doente em situação crítica. A caracterização do local remetida no Anexo II.

Por último, o terceiro Módulo foi no Serviço de Urgência (SU), Módulo I, que foi efetuado no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), E.P.E., que decorreu de 10 de Novembro de 2014 a 17 de Janeiro de 2015, tendo contactado com as várias valências do SU, a caracterização do local encontra-se no Anexo III. Cada módulo de estágio compreendeu 180 horas, sendo atribuído ao estágio 30 ECTS.

Para cada módulo de estágio foi-me atribuído um enfermeiro tutor designado pelo enfermeiro chefe de cada serviço, sendo este Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No módulo de estágio de CI foram-me atribuídos dois enfermeiros tutores, um especialista e o outro Mestre em Enfermagem, contudo para os três módulos de estágio a UCP/ ICS atribuiu como professora, orientadora a Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica Patrícia Coelho. Todos possibilitaram o desenvolvimento do meu percurso ao longo dos módulos de estágio.

A seleção dos locais de estágio teve a mais-valia de melhorar o meu processo formativo, consolidando os conhecimentos já existentes e adquirindo novos, com o intuito de ser uma futura enfermeira especialista de excelência.

A escolha dos módulos de estágio prenderam-se pelo interesse pessoal na abordagem ao doente crítico, por isso escolhi o módulo de estágio de opção, na assistência pré-hospitalar, pois é uma área de interesse pela adrenalina que apresenta, o prestar cuidados de enfermagem na rua, pela imprevisibilidade de cada turno. Os restantes módulos de estágio pertencem ao plano de estudos. Em relação aos locais de estágio inicialmente pretendia efetuarlos no Porto pelas oportunidades e experiências que poderiam ser vivenciadas, pois os hospitais da Região Norte têm uma afluência maior de pessoas a recorrerem aos serviços de saúde. No entanto, com o passar do primeiro estágio tive a necessidade de realizar uma troca, do último módulo de estágio de urgência que, inicialmente me tinha sido atribuído o SU do Hospital de São João mas por decisão pessoal devido à necessidade de viagens constantes e ao cansaço que isso envolveu nos estágios anteriores, pedi alteração do local de estágio para o CHTMAD, E.P.E. onde exerço funções, facilitando assim o meu percurso durante o estágio.

A estrutura adotada para constituir este relatório consiste em organizar os capítulos por domínios segundo o Regulamento nº 124/2011, com recurso a uma estratégia descritiva e reflexiva. A estrutura adotada baseou-se nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011b), pois são estas competências que vou orientar a minha atuação enquanto futura enfermeira especialista, daí a sua escolha para a elaboração do relatório.

O relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo é referente à introdução do estágio; o segundo encontra-se subdividido por quatro capítulos referentes aos domínios, sendo o primeiro o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o segundo sobre o domínio da melhoria contínua da qualidade, o terceiro o domínio da gestão de cuidados e por fim, o domínio das aprendizagens profissionais, onde constam os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências; a seguir segue-se a conclusão; depois as referências bibliográficas e por último os anexos.

## **2. De Enfermeira a Enfermeira Especialista**

O enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, baseando a sua ação nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, dos quais é necessário um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, expressas num conjunto de competências especializadas relacionadas com um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa o antecipar e resolver de situações urgentes e emergentes na pessoa doente em estado crítico, sempre que possível, de forma a prestar cuidados de excelência, os quais exigem observação, colheita de dados de forma sistematizada e contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

A organização deste capítulo encontram-se dividido segundo os quatro domínios de competências de definidos pela OE no regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011b) com os respetivos objetivos destacados em itálico, que delimitam as metas às quais se propôs atingir durante os módulos de estágio, cada módulo encontra-se destacado a negrito de forma a ser mais perceptível, tal como as competências adquiridas para destacar o percurso enquanto futura enfermeira especialista.

### **2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

O enfermeiro apresenta um exercício profissional, seguro e ético, usando uma tomada de decisão ética e deontológica. A aquisição da competência reside no conhecimento do domínio ético-deontológico, na avaliação constante da prática e da preferência da pessoa doente (Ordem dos enfermeiros 2011a).

O exercício profissional de enfermagem é baseado segundo a responsabilidade profissional, ética e legal. Como tal, este domínio torna-se pertinente para a aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista. De seguida, serão apresentados os objetivos, assim como as atividades desenvolvidas para a aquisição dos mesmos, tal como as competências adquiridas.

***Objetivo:*** *Atuar segundo os princípios éticos, legais e de responsabilidade da profissional na área de EEMC*

O profissional de saúde tem que cuidar da pessoa doente como um ser biopsicossocial, cultural e espiritual único e integral, não dissociando nenhuma das partes, sendo que a pessoa doente não deve ser confundida com a sua doença. Deverá antes de mais ser reconhecida na sua dignidade enquanto Pessoa Humana, conferindo à pessoa doente a mesma dignidade que o profissional de saúde (Patrão Neves, Osswald, 2007).

Tal como se encontra definido na Constituição da República Portuguesa no artigo nº 64, “*Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”, e segundo a Lei de Bases da Saúde, a promoção da saúde e prevenção da doença é uma prioridade no planeamento das atividades (Lei de Bases da Saúde, lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Base II alínea a)). Devendo o enfermeiro atuar segundo os princípios sociais e éticos que regem a profissão de Enfermagem. Durante os módulos de estágio prestei cuidados às pessoas doentes, de acordo com os princípios éticos e deontológicos definidos pela OE (2009) atendendo às suas necessidades, e respeitando a sua individualidade.

A família/prestador de cuidados é reconhecida como um elemento fundamental para a continuidade da prestação de cuidados, pelo que a sua participação deverá ser estimulada em todas as circunstâncias, sendo esta uma preocupação assente na mente dos profissionais.

A família é o sistema de suporte para todos os seus membros, esta representa o contexto social mais importante no planeamento das intervenções que poderão influenciar positivamente os resultados da condição do doente. A família é o prolongamento da pessoa doente, pois a promoção da qualidade dos cuidados implica a inclusão da família nos mesmos (Leske, 2002). Sempre que possível inclui a família/prestador de cuidados

na e durante a prestação de cuidados de forma a que estes pudessem funcionar como sistema de suporte, proporcionando a presença destes junto da pessoa doente, atendendo mesmo às limitações existentes nos serviços.

A comunicação em saúde consiste no estudo e utilização de estratégias de comunicação para transmitir e para influenciar as decisões das pessoas e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (Teixeira, 2004).

A comunicação com a pessoa doente e a família/prestador de cuidados foi uma das competências que desenvolvi, pois é importante envolver a família nos cuidados de enfermagem. Na minha experiência profissional e como afirma Nascimento e Tretini (2001) o cuidado não se resume apenas a uma atuação técnica, a execução de um determinado procedimento, mas sim, no sentido de ser, expresso em atitudes, pois é relacional. A presença da família é benéfica tanto para a pessoa doente, como para a família, e é essa a perceção que os familiares me transmitiram. Ao falar com as famílias percebi quais eram os sentimentos, os medos, as dúvidas que eles sentiam, percebendo que esta é uma área muito complexa, na qual o enfermeiro especialista tem o papel fundamental de identificar as necessidades do doente e a família/cuidador, de forma a satisfazer e assegurar cuidados de qualidade e promoção de bem-estar antecipando e prevenindo futuras situações/problema.

Os cuidados à pessoa doente deverão sempre complementar a relação entre a família/prestador de cuidados e a pessoa doente. Deveremos ter presente que independentemente da situação, a família está sempre à espera que aos profissionais de saúde atuem e que façam o seu melhor, para recuperar o bem-estar do familiar, independentemente do diagnóstico e prognóstico de que têm conhecimento. É bastante comum a família apenas ouvir parte da informação transmitida, pois encontram-se à espera de boas notícias, não esperando as más, entrando num processo de negação da situação.

Dada a importância anteriormente referida sobre a Comunicação com a pessoa doente e família/ prestador de cuidados, ao longo dos estágios esta foi uma das competências que desenvolvi de forma a identificar as necessidades da pessoa doente e família/ prestador de cuidados e dar respostas às mesmas.

No decorrer do **Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar**, integrei na minha atuação prática os princípios definidos pela OE (2009), com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro.

Durante o estágio refleti sobre o tema da decisão de não reanimar, pois os principais problemas éticos relacionados com a decisão de não reanimar prendem-se com o facto de os profissionais terem a tendência de excluir a pessoa doente no processo de tomada de decisão, e dar aos médicos o poder absoluto (Holm, Jorgensen, 2001).

A reflexão sobre este problema ético surge na ativação da ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) para uma pessoa doente em fase terminal, que se encontrava em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e a equipa iniciou manobras de reanimação, nesse momento refleti com a equipa sobre a situação/ problema de não reanimar, de forma a tentar sensibilizá-los para a problemática em questão.

As ordens para não reanimação são uma tomada de decisão médica que facilitam o processo natural de morte sem recorrer a intervenções médicas agressivas. Isto assume particular importância quando considerarmos que a instituição dessas manobras se tornam fúteis, tal como afirma Castle, et al (2003). No caso das ambulâncias SIV apenas estão presentes o enfermeiro e um Técnico de Ambulância e Emergência (TAE), o que os leva a terem que iniciar manobras de reanimação até à chegada do médico da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Quando a PCR ocorre em ambiente fora do hospital geralmente é inesperada. As decisões de iniciar, continuar ou parar as manobras de reanimação são tomadas pelo médico do pré-hospitalar e nem sempre têm em consideração a vontade expressa da vítima (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011). No entanto, numa situação de emergência, principalmente no pré-hospitalar, o tempo é escasso para atuar e salvar vidas humanas, mas este tempo também peca pela escassez para refletir sobre a indicação de reanimar ou não reanimar.

A decisão de iniciar manobras de reanimação sempre foi uma temática que me suscitou interesse, principalmente na assistência pré-hospitalar. Após pesquisa bibliográfica deparei-me que existe escassez de informação sobre atitudes perante situações/decisões de iniciar ou suspender as manobras.

Quando se trata de reanimar, considero que o papel do enfermeiro é um pouco redutor, pois na maioria das vezes os médicos não assumem que o doente não deve ser reanimado, sendo esta, uma limitação para o desempenho correto do papel do enfermeiro.

Todos os doentes em PCR devem ser reanimados, exceto quando se verifica que seja uma atitude fútil ou que esteja contra a vontade expressa pelo doente (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011). No entanto, não foi isto que verifiquei, pois é expectável pela família que aquando da chegada do INEM, este faça tudo para recuperar a vida do familiar. Perante estas expectativas os profissionais deparam-se com situações complexas entre a tomada de decisão de reanimar ou não reanimar quando a informação relativamente ao doente e à sua situação clínica, não é explícita ou até mesmo dúbia, avançando-se muitas vezes com medidas fúteis mas esperadas. A minha atuação baseou-se em conversas e partilhas relacionadas com sensibilização da equipa perante a importância de respeitar a vontade do doente, através de conversas informais.

O enfermeiro como profissional que cuida assume a responsabilidade pelo Outro, ou seja, pela pessoa como ser único e não apenas pela prestação de cada intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Durante o módulo de estágio intervi perante situações em que foi necessário transmitir informação relativas à situação clínica da vítima, desenvolvi uma comunicação efetiva com a família/ prestador de cuidados, de modo a proporcionar uma relação de empatia, de confiança, de forma a promover um ambiente terapêutico na prestação de cuidados.

Como a informação pertence ao doente, Lei nº 111/2009 artigo 84. informei sempre este de todos os procedimentos que realizei, tendo em consideração que tem o direito de ser informado, esclarecido e validado assegurando veracidade, assertividade mantendo a esperança realista e respeitando a sua vontade de até onde quer saber ou delegar a sua informação, no entanto, também pode renunciar a esse direito.

Durante a minha prestação de cuidados tive a preocupação de perceber que informação, é que a pessoa queria saber naquele momento de tanta ansiedade, angústia e stress, por vezes a pessoa doente não se sentia capaz de perceber e preferia que fosse o familiar/prestador de cuidados que obtivesse a informação sobre o seu estado clínico, pelo que tive o cuidado de respeitar a vontade, o desejo da pessoa doente.

A Constituição da República Portuguesa afirma no artigo 26, que a pessoa doente tem o direito à reserva da intimidade, como tal, a transmissão do estado de saúde ou doença, só deve ser transmitida à família, de acordo com a vontade expressa pela pessoa doente.

Assim sendo, a família/prestador de cuidados é reconhecida como um elemento fundamental para a continuidade da prestação de cuidados, pelo que a sua participação deverá ser estimulada em todas as circunstâncias, sendo esta uma preocupação assente na mente dos profissionais. Ao longo da minha atuação enquanto enfermeira preocupou-me a importância do envolvimento da família/prestador de cuidados em todo o processo do cuidar, com o intuito de serem proporcionados os melhores cuidados de enfermagem, pois como o foco de atenção na prestação de cuidados são as respostas humanas às transições de vida e necessidades, não esquecendo a família como alvo de atenção.

A comunicação, em ambiente pré-hospitalar, assume uma importância tão relevante como em qualquer outro contexto de prestação de cuidados. Apesar de numa situação de urgência/emergência se dar maior relevo e importância à técnica e à execução da prática/manobras, pude constatar durante o estágio, numa situação muito específica, que essa visão redutora não poderia estar mais errada, pois a comunicação com a vítima e família/prestador de cuidados assume um papel vital no processo de atendimento pré-hospitalar e nas relações estabelecidas entre estes.

Pude comprovar isso numa ativação da SIV para um acidente de viação com quatro vítimas, em que três delas eram familiares e em que uma das vítimas ficou encarcerada. Uma das vítimas, familiar da vítima encarcerada, como se encontrava imobilizada em plano duro não tinha a perceção do que se estava a passar e de como a sua familiar se encontrava, nesse momento de tanta ansiedade e perante o sofrimento causada pelo acidente, a minha atuação prendeu-se com o estabelecimento de uma comunicação eficaz. Este mostrou ser o cuidado mais importante para a vítima, naquele momento pelo que preocupei-me em tranquilizá-la, explicando-lhe tudo o que estava acontecer à sua volta, de forma a reduzir-lhe a ansiedade e o stress.

Ao longo do decorrer do estágio, pude, aplicar e desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a vítima e família/prestador de cuidados durante as ativações dos meios de assistência pré-hospitalar. A minha atuação baseou-se, não apenas na execução de cuidados práticos, mas também no estabelecimento de uma relação empática, através

de uma comunicação eficaz com a vítima e família/cuidador, efetuando ensinamentos direcionados às necessidades identificadas, como por exemplo que informação dizer ao acionar o INEM, considerando ter sido relevante para elucidar o familiar em relação a situações futuras.

Em ambiente pré-hospitalar, é também importante desenvolver competências na transmissão de más notícias, pois algumas das ativações não têm o melhor desfecho e é necessário transmitir a informação aos familiares.

Na transmissão de más notícias, fundamentei as minhas ações segundo o protocolo de Buckman (1992), o qual consiste em seis etapas para a comunicação de más notícias. A primeira consiste no planeamento de como a informação vai ser efetuada, procurando privacidade, envolvendo as pessoas importantes de forma a criar uma relação terapêutica; de seguida é importante perceber o que o doente sabe acerca da sua doença; o que ele quer saber; e com quem quer partilhar essa informação; é importante identificar as emoções e respostas afetivas do doente e por último planear as estratégias em relação ao acompanhamento do doente. Deste modo, desenvolvi esta competência durante o estágio, pois muitas vezes foi necessário transmitir más notícias adequando o protocolo às realidades e contextos vivenciados.

De facto, no desenvolvimento do estágio na VMER, pude verificar a existência de algumas situações de ativação para PCR, em que, à chegada ao local, a vítima não tinha sinais de vida, cabendo ao médico verificar o óbito. Aí, a minha atuação pautou-se pelo cuidado na transmissão da notícia. Pude identificar que na maioria das situações, a família ficava num estado de apatia e de incredulidade (mesmo quando a morte era expectável), e nessas situações, apenas pude auxiliar no esclarecimento dos procedimentos legais a efetuar após a transmissão da notícia, não deixando de confortar a família naquele momento complicado deixando espaço para desabafos, expressão de sentimentos ou mesmo apenas remetendo ao silêncio.

No atendimento pré-hospitalar, a comunicação também é valiosa para se poder recolher a informação pertinente relativamente aos antecedentes da vítima ou descrição do evento ocorrido. Nessas ocasiões, a família, que está ansiosa para que se resolva o sucedido, por vezes não transmite a informação correta, levando à dificuldade na recolha da mesma, julgando que as perguntas colocadas são uma perda de tempo, cabendo ao Enfermeiro

explicar a importância da colheita de dados para que o tratamento seja o mais rápido e adequado. Também verifiquei esta situação no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sendo muito frequente as pessoas, ao ativar o 112 estarem muito ansiosas e não conseguirem explicar o que estava realmente a acontecer, o porquê de ativarem o número de emergência, cabendo aos operadores explicar a importância da colheita de dados, para que possam ativar os meios mais adequados.

No turno realizado no CODU, identifiquei esta situação/ problema da incorreta ativação por parte da população dos meios de assistência pré-hospitalar, perante esta situação, a cada ativação do meio em que me encontrava no estágio, tentei sensibilizar as pessoas para o correto acionamento dos meios de assistência pré-hospitalar.

No **Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos**, identifiquei uma necessidade na qual a comunicação se mostrou relevante, prendeu-se com um rapaz de 20 anos, internado no SMI que se encontrava revoltado, deprimido pelo facto de estar internado, não percebendo que limitações, e que impacto teria a Doença de Crohn na sua vida, nesse turno estive a tentar desmistificar a doença, para tentar proporcionar-lhe um ambiente mais calmo e tranquilo, maior confiança, ajudando-o a encontrar formas de encarar a doença, levando-o a adaptar-se à transição para um novo estilo de vida. A minha atuação baseou-se, não apenas na execução de cuidados práticos, mas também no estabelecimento de uma relação empática através de uma comunicação eficaz com a pessoa doente e família/ prestador de cuidados, que considero ter sido relevante ao longo do meu percurso de estágio.

Também tive a oportunidade de identificar os anseios de uma familiar de uma doente internada que expressou o medo, angústia que sentia, quando estava na sala de espera para entrar, pois todos os barulhos que ouvia a deixavam ansiosa na expectativa de saber se era alguma coisa com a sua familiar. Assim sendo, esta familiar reforçou a importância da informação que a equipa lhe prestava, “deixando-a mais calma”, a minha ação baseou-se em estar junto da senhora, disponibilizar tempo através de uma atitude serena, tranquila contribuindo para esclarecer todas as dúvidas da mesma de forma, a reduzir a ansiedade e o stress naquele momento angustiante, desmistificando o medo perante os sons.

As memórias fazem parte da nossa vida, pois temos recordações de todos os momentos que nos marcam, quando existe o processo de consciencialização. No caso das pessoas

submetidas a um evento traumático que implique um internamento em CI, na maioria das vezes não existe essa consciencialização e ocorrem as memórias soltas de experiências geradoras de stress que não são entendidas (Jones, et al, 2010).

Neste contexto, o enfermeiro especialista tem um papel extremamente importante enquanto agente humanizador dos cuidados prestados numa unidade de cuidados intensivos, como tal necessita de olhar para a pessoa doente no seu todo, e intervir com ações autónomas, de forma a diminuir os agentes causadores de stress e proporcionar uma melhoria do bem-estar à pessoa doente. No SMI existia um diário de memórias, as quais eram escritas pela equipa multidisciplinar e pela família, para que a pessoa doente pudesse perceber aquele evento traumático do internamento após a alta clínica. Assim sendo, no estágio tive a oportunidade de participar no início da preparação de um diário e de entregar, a um senhor o seu diário e falar com ele sobre a experiência que ele vivenciou, o qual se tornou um meio facilitador da perceção do internamento.

Procurei no módulo de estágio, e perante situações em que era necessário transmitir informação relativas à situação clínica da pessoa doente, fazê-lo de forma clara e simples, para que o doente e família/cuidador entendessem, tendo a preocupação de verificar que a percebiam, de modo a proporcionar uma relação de empatia, de confiança, com o intuito de promover um ambiente terapêutico na prestação de cuidados. No SMI a existência de um local com privacidade para falar com a família, tornou-se num elemento facilitador, levando à diminuição do stress e ansiedade envolvente no internamento.

Ao longo da minha atuação enquanto futura enfermeira especialista no **Módulo de Estágio I – Urgência**, preocupei-me com o envolvimento da família/prestador de cuidados em todo o processo de cuidar, para que após a alta clínica existisse uma continuidade dos cuidados, sendo muito importante os ensinamentos, como por exemplo, nas pessoas doentes com diabetes e hipertensão arterial que recorriam ao SU com os valores descompensados, efetuando ensinamentos sobre a alimentação, exercício físico e a adesão ao regime terapêutico.

Nas famílias/prestadores de cuidados que recorriam ao SU com o seu familiar por incapacidade e recusa alimentar e a qual se encontrava desidratada e necessitando de ser entubada, a minha preocupação foi identificar o porquê dessa situação ocorrer de forma

a efetuar o mais precocemente possível, os ensinamentos ao cuidador das precauções com a alimentação por sonda nasogástrica, de forma a reduzir a ansiedade.

Tal como nos módulos de estágio anteriores, procurei perante situações nas quais era necessário transmitir informação relativas à situação clínica da pessoa doente, fazer-lo através do estabelecimento de uma relação terapêutica, desenvolvendo uma comunicação clara e objetiva, com o intuito de promover um ambiente terapêutico. Contudo no SU, não existia nenhum local com privacidade para falar com a família, o que se tornou numa dificuldade, principalmente quando as pessoas doentes se encontravam internadas no corredor cirúrgico. Em relação a esta situação/ problema conversei de forma informal com a equipa e a enfermeira tutora que se mostraram sensibilizados e que identificaram o mesmo problema, mas dadas as circunstâncias atuais do País e do SU do CHTMAD, E.P.E., ficaria para mais tarde refletir e ponderarem uma solução.

Ao longo do módulo de estágio tive presente os princípios éticos e os pressupostos definidos pela OE (2009), cumprindo as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, protegendo e defendendo a pessoa doente das práticas que contradigam a lei, a ética ou o bem comum.

Tive essa preocupação, pois durante o estágio tive um episódio que me fez refletir sobre os princípios que regem a enfermagem. Este prendeu-se com uma situação de um homem de 40 anos acompanhado pelos Bombeiros Voluntários por acidente de trabalho, um politraumatizado com trauma vertebro-medular, que tinha caído de uma empilhadora, resultando numa fratura da cervical (C4).

A abordagem quanto à imobilização no pré-hospitalar foi correta, pois trouxeram-no completamente imobilizado em plano duro e com colar cervical. Refleti sobre esta situação, devido à atuação de alguns elementos da equipa multidisciplinar do SU, que mostraram uma falta de sensibilidade perante uma pessoa doente que se encontrava completamente imobilizada, sabendo que tinha uma fratura na cervical, mas sem saber o que lhe iria acontecer, sem ninguém da família para o poder apoiar, a chorar pelo que se estava a passar, enquanto lhe era suturada a ferida que apresentava na região occipital. E alguns membros da equipa estavam a fazer comentários inapropriados sobre uma situação que tinha acontecido e que nada tinha a ver com ele, fiquei profundamente incomodada pelo desrespeito pela pessoa doente, pelo que ele estava a sentir.

Naquele momento a minha atuação centrou-se na pessoa doente, para conseguir identificar os sinais que ele me transmitia, mostrando-lhe que estava ali, presente e a perceber que ele não estava bem, segurei-lhe na mão a enxuguei-lhe as lágrimas e expliquei-lhe todos os procedimentos que estavam a ser executados, pois teve que trocar de plano duro, de colar cervical, colocação de acesso venoso periférico, algaliação e preparação para ser transportado para o Hospital Santo António. Naquele momento foquei a minha atuação nas necessidades da pessoa doente, de forma a reduzir a ansiedade e stress. Quando lhe estávamos a retirar a roupa, o telemóvel dele tocou e aí disponibilizei-me para lhe atender o telemóvel, para ele falar com o seu amigo e explicar-lhe o que tinha acontecido, para que ele pudesse acompanhá-lo até ao Porto.

Esta situação deixou-me perturbada pois como está descrito na Carta dos Direitos dos Doente Internado, a qual reúne os direitos consagrados nos diferentes textos legais, designadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (Despacho Normativo nº11/2002), refere que **o doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana**, sendo este um direito humano fundamental, que se torna particularmente importante numa situação de doença. Este deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados. Para mim, este direito foi desrespeitado quando os profissionais de saúde teciam comentários que à pessoa doente nada dizia respeito, quando ele se encontrava numa profunda tristeza. Como é possível as pessoas serem tão frias, distantes e insensíveis ao sofrimento dos outros, de uma pessoa doente. O comportamento inapropriado da equipa multidisciplinar fez-me refletir com a enfermeira tutora e com a equipa multidisciplinar de forma a analisar as atitudes destes, e pelo menos existiu a consciencialização de alguns, para o sucedido.

Ao longo dos módulos de estágio, integrei a família/ prestador de cuidados na prestação de cuidados à pessoa doente, pois está vulnerável e precisa do apoio das pessoas que conhece, pois é necessário respeitar a pessoa, sendo que o papel do Enfermeiro Especialista é garantir a consecução deste princípio, reconhecendo que existe cada vez mais a preocupação da manutenção da qualidade dos cuidados prestados.

Outro tema que considerei pertinente abordar e o qual esteve presente em todos os módulos de estágio, prendeu-se com a preocupação de informar sempre a pessoa doente de todos os procedimentos e técnicas a serem executadas, pois o consentimento informado não deve ser uma imposição para a pessoa doente, nem o resultado de uma decisão precipitada.

O consentimento só é possível se a pessoa doente possuir todas as suas faculdades mentais necessárias para compreender a informação fornecida por parte do profissional de saúde. A obtenção do consentimento informado envolve informação adequada, capacidade de decisão da pessoa doente e compreensão da informação. Quando cumpridos estes requisitos, a pessoa doente decide de forma livre e esclarecida.

Como se afirma a OE (2009), o enfermeiro assume o dever de proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, assim como, as intervenções destes são efetuadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

O dever de esclarecimento, encontra-se expresso na Lei nº 59/2007, o qual salienta que o consentimento só é eficaz quando a pessoa doente tiver sido devidamente esclarecida sobre o diagnóstico, tratamento e consequências destes, salvo se isso implicar a comunicação de consequências que, a serem conhecidas pela pessoa doente, colocariam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar graves danos à saúde, física ou psíquica.

A necessidade de obter consentimento informado assenta na proteção dos direitos à integridade física e moral da pessoa humana e fundamenta-se no reconhecimento da autonomia de todo e qualquer Ser Humano, baseado no poder de decisão livre.

O desenvolvimento das atividades descritas levou à aquisição das seguintes ***Competências: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa doente e família, especialmente na área da EEMC; Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa doente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.***

## 2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade envolve uma análise e revisão das práticas, avalia a qualidade e realiza programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

O exercício profissional deve basear-se na excelência do Cuidar, como tal, é importante instituir medidas de melhoria contínua da qualidade, sendo pertinente, abordar este domínio para a aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista contribuindo para a excelência da disciplina de enfermagem. Pois na procura pela mesma no exercício profissional, o enfermeiro auxilia as pessoas doentes a obterem o máximo potencial de saúde potenciando as suas capacidades e estratégias face à doença-recuperação. De seguida, serão apresentados os objetivos, assim como as atividades desenvolvidas para a aquisição dos mesmos, tal como as competências adquiridas.

***Objetivo:*** *Promover Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados prestados na área de EEMC*

A Melhoria Contínua é concretizável quando a prática clínica é revista de forma sistemática e organizada, pois assim, sobressaem dados imprevisíveis, passíveis de serem solucionados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A formação em serviço é fundamental para a gestão de qualquer instituição que presta cuidados de saúde, pelo facto de se valorizar o saber ser, saber estar e saber fazer, proporcionando o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa, tendo em vista a melhoria do desempenho e da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Este representa um instrumento de mudança de comportamentos e atitudes individuais e de melhoria do processo e estruturas visando a melhoria dos resultados, existindo um desenvolvimento de conhecimentos e competências, definidas como um conjunto integrado de conhecimentos, adquiridos na prática e na evolução pessoal, específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado numa situação concreta possibilita aos enfermeiros e enfermeiros especialistas adequar suas habilidades cognitivas,

psicomotoras, organizacionais e técnicas, e mostrar comportamentos sócio-afetivos adequados (Phaneuf, 2003).

A elaboração do plano de formação em serviço deverá ser executada atendendo às necessidades definidas pelos profissionais, tendo por base o diagnóstico de necessidades da equipa de enfermagem e as opções estratégicas do próprio serviço.

O meu contributo a nível da formação no **Módulo de Estágio III – Assistência Pré-Hospitalar**, baseou-se na elaboração de um projeto de intervenção em colaboração com a comissão de controlo de infeção do INEM relacionado com a limpeza e desinfeção do Ambiente Pré-hospitalar, elaborando-se uma norma de procedimentos, expresso em dois posters (Anexo IV). Os mesmos surgiram após constatação de uma situação/problema existente nos meios de ativação do INEM em relação a dúvidas dos profissionais de como manter o ambiente seguro, como proceder à limpeza e desinfeção do material existente na ambulância. Sendo que esta informação ficará disponível para as equipas, de forma a puderem consultar em caso de dúvida, ficando o catálogo de produtos de higienização disponíveis nas ambulâncias SIV e o guia de limpeza e desinfeção individualizada do equipamento.

Este projeto surge mediante as necessidades observadas enquanto futura enfermeira especialista e em conversa informal com a enfermeira tutora, uma vez que reconheço a importância destes projetos de intervenção e do conhecimento para a prática de Enfermagem baseada na evidência, como é referenciado pela OE (2006), ao definir que a integração da evidência científica, aliada com a experiência, opinião de peritos, valores e preferências das pessoas doentes, proporciona o desenvolvimento de uma melhor prática, que motive a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Este projeto ficou para consideração da enfermeira tutora e comissão de controlo de infeção para posterior implementação no INEM, mas apenas após o término do estágio.

No **Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos**, o meu contributo baseou-se na elaboração de uma proposta de intervenção para o SMI do Hospital Pedro Hispano sobre um Protocolo de atuação na Sede em Cuidados Intensivos (Anexo V). Este projeto surge mediante as necessidades observadas enquanto futura enfermeira especialista e em conversa informal com os enfermeiros tutores e enfermeiros do serviço, uma vez que se reconhece a importância deste para o aumento do conhecimento da prática de

Enfermagem baseada na evidência. Sendo a sede um sintoma que se manifesta de forma intensa e angustiante, e que é recorrente nas pessoas internadas em cuidados intensivos. O objetivo foi a implementação de medidas simples, seguras e de baixo custo de forma a reduzir a intensidade e desconforto da sede. Torna-se assim importante, a implementação destas intervenções, na prática para aliviar um dos sintomas mais angustiantes experienciados por pessoas doentes em estado crítico (Puntillo, et al., 2014).

O protocolo de atuação na Sede em Cuidados Intensivos consiste na utilização de espátula com compressa húmida, gelo granizado e *spray* de água gelada, sendo que estas intervenções estão relacionadas com o alívio da sede e devem ser efetuadas aquando dos posicionamentos, após os cuidados de higienização da mucosa oral, já preconizados no serviço e atendendo às especificidades de cada doente. Esta proposta de intervenção ficou para reavaliação da equipa e para posterior implementação, tornando-se num protocolo do serviço.

Como futura enfermeira especialista, tenho o intuito de adquirir competências na área da investigação, sendo assim, no estágio elaborei um artigo de revisão integrativa que pretendia identificar os benefícios da utilização da música como terapia adjuvante no tratamento de fatores adversos, aos quais as pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos, em situação crítica estão sujeitas (Anexo VI).

A música é uma medida à qual o enfermeiro pode recorrer como intervenção autónoma, pois a sua aplicação não depende de qualquer tipo de prescrição médica. A musicoterapia tem benefícios que melhoram a qualidade de vida da pessoa internada em cuidados intensivos que se encontra sujeita a um grande stress. Os resultados da minha pesquisa foram discutidos com os enfermeiros tutores, e como a revisão integrativa surgiu da necessidade de sensibilizar os enfermeiros para esta realidade, podendo servir para estes intervirem em fatores externos de uma forma tão simples e eficaz, promovendo o conforto e bem-estar da pessoa doente em estado crítico. Esta informação ficou no serviço para posteriormente puderem integrá-la na prática, de forma a integrar um tema novo e pertinente para a prática de enfermagem, na qual pudemos intervir de forma autónoma e, por exemplo, pudemos associar o apoio da família para a seleção da música.

No **Módulo de Estágio I – Urgência**, surgiu uma proposta de intervenção na área de controlo de infeção, sendo este uma situação/problema existente no SU do CHTMAD,

E.P.E., pois as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, não são um problema recente, mas apresentam cada vez maior relevo em Portugal e no mundo, ao nível do sistema de saúde. Com o aumento da esperança média de vida e com as tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, leva conseqüentemente ao aumento do número de pessoas doentes em tratamentos com terapêutica imunossupressora, o que induz o aumento do risco de infeção. Cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (Ministério da Saúde, 2007). Assim, surge a necessidade da utilização de precauções básicas em todas as pessoas doentes independentemente da patologia, ser conhecida ou não.

A proposta recaía na intervenção sobre o uso de luvas e surge no seguimento de um projeto realizado anteriormente no serviço sobre a higienização das mãos. Esta proposta surgiu em conversa informal com a enfermeira tutora, aquando do levantamento das necessidades do serviço, na qual chegamos à conclusão que seria um tema pertinente e uma mais-valia para a equipa, podendo este problema ser colmatado, sendo este o meu contributo para o SU do CHTMAD, E.P.E., a elaboração de um Poster sobre a Indicação do uso de Luvas (Anexo VII). Assim, este surge mediante a necessidade de proporcionar um ambiente seguro e com reduzido risco de infeção com o intuito de esclarecer e informar os profissionais de saúde que prestam cuidados no serviço.

Com a finalidade de adquirir competências na área da formação, no estágio elaborei um Manual de Boas Práticas na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses para as pessoas que recorram ao SU (Anexo VIII), pois como as Ciências Forenses nos últimos anos, tiveram maior visibilidade devido à comunicação social, gerando assim interesse e curiosidade por parte das pessoas e sendo uma necessidade constatada no SU. Por interesse pessoal e após uma conversa informal com a enfermeira tutora, decide abordar o tema Enfermagem Forense, pois durante os turnos que realizei na triagem, percebi que recorrem ao SU pessoas vítimas de acidentes com necessidade de encaminhamento. Daí surge a necessidade deste projeto com o intuito de deixar esta pesquisa para os profissionais de saúde do SU do CHTMAD, E.P.E. de modo a contribuir para a valorização da equipa profissional.

O aumento da violência desencadeou a necessidade dos profissionais de saúde adequarem a sua atuação a nível da educação preventiva de violência interpessoal e deteção de sinais

nas vítimas de violência. A enfermagem ao longo dos tempos ganha espaço e reconhecimento na área das Ciências Forenses, devido ao seu vasto desempenho no cuidado individual e coletivo das pessoas (Silva, Silva, 2009).

A investigação contribui para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões fundamentadas e adequadas para a prestação dos melhores cuidados às pessoas doentes, consolidando-se ao nível do saber e da ciência. Para além disso, a investigação permite demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a visibilidade social da profissão de Enfermagem.

O desenvolvimento das atividades descritas anteriormente levou à aquisição das seguintes ***Competências: Identificar as necessidades formativas na área da EEMC; Participar e promover a investigação em serviço na área de EEMC; Promover a formação em serviço na área de EEMC.***

Para prestar cuidados de enfermagem visando a melhoria contínua da qualidade, durante a minha atuação ao longo dos módulos de estágio delinee o controlo de infeção como sendo uma situação/ problema detetada no Módulo de Estágio I e no Módulo de Estágio III, e pela importância destas medidas na integração da prática, integrei um objetivo associado a esta realidade.

***Objetivo: Integrar medidas de Controlo de Infeção na área de EEMC***

Para desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa doente tive por base os conhecimentos adquiridos anteriormente nas aulas de supervisão clínica. A supervisão clínica centrada na prática defende que mantendo o equilíbrio entre as várias funções, a eficácia do profissional aumenta. Segundo o Nicklin, o processo de supervisão compreende seis fases: 1) *Análise prática do objetivo*; 2) *Identificação de problemas*; 3) *Contextualização*; 4) *Planeamento*; 5) *Implementação das ações planeadas* e 6)

*Avaliação dos resultados* (Abreu, 2007). O processo de Enfermagem é o método utilizado pelos enfermeiros para a promoção do pensamento crítico, preciso e de forma contínua, no qual, existem semelhanças com o modelo de resolução de problemas de Nicklin, uma vez que ambos possuem uma forma sistemática e organizada de aproximação aos problemas, e posteriormente a sua resolução.

A minha atuação enquanto futura enfermeira, no **Módulo de Estágio III - Assistência Pré-hospitalar**, baseou-se pelo cumprimento dos algoritmos e protocolos emanados pelo Conselho Português de Ressuscitação, baseados nas últimas *Guidelines for Resuscitation 2010* do *European Resuscitation Council* e pelas indicações descritas Manual de Suporte Avançado de Vida (SAV) de 2011. Foi com base nesta informação que fundamentei a minha atuação durante o estágio, colaborando na aplicação dos algoritmos internacionais de Suporte Básico de Vida (SBV), SAV e disritmias peri-paragem, colaborando na aplicação dos protocolos de atuação dos diferentes meios de socorro.

Como referi anteriormente o controlo de infeção foi uma situação/problema detetada enquanto futura enfermeira especialista, pois existia um problema em relação à limpeza e desinfeção dos materiais e do próprio veículo, mediante a importância de manter um ambiente seguro e com reduzido risco de infeção nas ambulâncias SIV, elaborou-se uma norma de procedimentos de atuação referente à limpeza e desinfeção do ambiente pré-hospitalar, de forma a colmatar esta situação/problema.

Durante a prestação de cuidados à pessoa doente em situação crítica no **Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos**, atuei sempre atendendo aos princípios de controlo de infeção e segurança. Essas medidas basearam-se na manutenção da segurança da pessoa doente, pela subida das grades da cama para prevenir quedas, pela prevenção de úlceras de pressão através dos posicionamentos, pelo respeito pelas normas básicas de prevenção do controlo de infeção, como a higienização da mãos, pelo cumprimento das *Guidelines* emanadas pela *Centers for Diseases Control and Prevention* relacionadas com os cuidados a ter na introdução e manipulação do cateter urinário, do sistema de drenagem, na fixação da algália como forma de prevenção de infeções associados ao trato urinário (*Centers for Diseases Control and Prevention*, 2009).

Relativamente às *Guidelines* sobre a prevenção de infeção com os dispositivos intravasculares (*Centers for Diseases Control and Prevention*, 2011), baseie a minha

atuação respeitando os princípios de preparação da pele utilizando a solução de Clorohexidina 2% e Álcool isopropílico 70%, na manipulação do cateter venoso central e sistemas de perfusão, usei sempre técnica asséptica, tal como nas colheitas de sangue pela linha arterial, não esquecendo das medidas universais de proteção individual.

Outra preocupação relativa ao controlo de infeção prendeu-se com as *Guidelines* de prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Invasiva (*Centers for Diseases Control and Prevention*, 2003), existindo um conjunto de medidas como: diminuição de transmissão de microrganismos à pessoa doente pelos profissionais através da higienização das mãos e uso de equipamento proteção individual; diminuição da contaminação associada à manipulação o tubo traqueal através da aspiração das secreções das vias respiratórias; estratégias para prevenção da aspiração atendendo à pressão do cuff, posicionamento adequado da cabeceira 30°, monitorização do conteúdo gástrico; diminuição da colonização do trato aerodigestivo, prestando cuidados de higiene oral com Clorohexidina (Matos e Sobral, 2010).

Este conjunto de medidas previnem a Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva, e como tal durante o estágio cumpri todos os cuidados para a prevenção desta, tendo sempre o cuidado de efetuar higiene oral, sendo que o serviço tinha protocolado usar Clorohexidina, duas vezes dia, no momento dos cuidados de higiene e do posicionamento às 23h, nos restantes posicionamentos efetuei lavagem da boca com água e posterior aspiração, aspirando o nariz e o tudo orofaríngeo apenas em caso de necessidade. Durante o módulo de estágio no SMI colaborei em todas as atividades e rotinas diárias, relacionadas com técnicas invasivas seguindo os princípios de controlo de infeção.

Na admissão de doentes numa unidade de saúde, deve-se presumir que estas estão potencialmente colonizadas ou infetadas com microrganismos, sendo que podem representar o reservatório ou fonte potencial para a transmissão cruzada de infeção. Esta premissa apresenta maior relevo aquando da admissão de pessoas doentes num serviço de urgência em que existe um ambiente microbiano diversificado e de difícil controlo. Como tal, é necessário o cumprimento de algumas normas, como atender à distribuição e alocação de doentes, à higiene das mãos, bem como à utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (Direção Geral de Saúde, 2012).

Ao longo do **Módulo de Estágio I - Urgência** o controlo de infeção foi um desafio constante, pois o respeito pelas normas emanadas pela Direção Geral de Saúde está sempre em causa, devido à afluência de pessoas que recorrem ao SU, e às limitações do serviço, bem como do propósito da existência do SU. O maior problema para o cumprimento das normas, no meu ponto de vista, estão relacionados com a distribuição, alocação de doentes e respeito pela etiqueta respiratória, principalmente no corredor cirúrgico do SU do CHTMAD, E.P.E. onde se encontram muitas macas com pessoas doentes internadas com diversas patologias.

Durante a prestação de cuidados à pessoa doente em situação urgente/ emergente, atuei sempre atendendo aos princípios de controlo de infeção e segurança de acordo com as limitações do serviço, mas sempre segundo as normas emanadas pela Direção Geral de Saúde. Essas medidas basearam-se na manutenção da segurança da pessoa doente, pela subida das grades da cama para prevenir quedas, pela prevenção de úlceras de pressão através dos posicionamentos, pelo respeito pelas normas básicas de prevenção do controlo de infeção (Administração Regional de Saúde do Norte, 2013), através da higienização das mãos, uso de medidas de etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, o não recapsular agulhas após utilização e aplicação de práticas seguras com injetáveis.

Sendo o controlo de infeção uma preocupação básica e uma situação/ problema detetada no módulo de estágio I – Urgência e mediante a necessidade de proporcionar um ambiente seguro e com menor risco de infeção, elaborei uma proposta de intervenção para dar continuidade a um projeto anterior do serviço, sobre a Indicação do Uso de Luvas através de um Poster, com o intuito de esclarecer e informar os profissionais de saúde que prestam cuidados no SU do CHTMAD, E.P.E. – Hospital de Vila Real.

Ao longo do módulo de estágio apliquei o processo de enfermagem mobilizando todos os conhecimentos adquiridos, de forma a identificar problemas existentes para a pessoa doente, efetuando um diagnóstico da situação, planeando posteriormente quais as ações de enfermagem mais adequadas, implementando-as e efetuando uma nova avaliação para observar a sua eficácia, devido à necessidade de uma resposta rápida e eficaz, o processo de enfermagem foi muitas vezes mental. Por exemplo, no turno efetuado no SU, no corredor da área cirúrgica, aquando da monitorização dos sinais vitais, pude identificar

que uma doente apresentava saturações de 84%, com aporte de oxigenoterapia. Nesse momento identifiquei um problema. Fui ao processo clínico informar-me se poderia aumentar a percentagem de oxigénio, mas o doente tinha antecedentes de Insuficiência Respiratória, pelo que informei a médica assistente, e aumentou-se a oxigenoterapia para 50% até resultados de controlo analítico, para posteriormente se decidir, pois o doente apresentava sinais de dificuldade respiratória, resultando na transferência deste para a Sala de Observações (SO) para iniciar ventilação não invasiva, e aí ter uma vigilância mais “apertada”.

A capacidade de evitar as infeções pode e deve ser um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo de infeção é evitar as infeções e fazê-lo com custo-efetivo, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infeção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível (Comissão de Controlo de Infeção, 2007).

O desenvolvimento das atividades descritas anteriormente levou à aquisição das seguintes ***Competências: Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa doente; Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC.***

### **2.3 Domínio da Gestão de Cuidados**

O enfermeiro gere os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e dos profissionais, adequando os recursos existentes à necessidade destes, de forma a garantir a segurança e promoção da qualidade dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Um dos focos de atenção da atuação profissional dos enfermeiros prende-se com a gestão de cuidados de enfermagem com qualidade e em tempo oportuno, a referência deste domínio mostrou-se pertinente para a aquisição de competências enquanto futura enfermeira de especialista. De seguida, serão apresentados os objetivos, assim como as atividades desenvolvidas para a aquisição dos mesmos, tal como as competências adquiridas.

**Objetivo:** *Perceber a integração e gestão de regimes terapêuticos complexos na área da EEMC*

A gestão é uma forma de obter resultados (bens ou serviços) com o esforço dos outros (Teixeira, 2011). Esta deixou de se preocupar com a manutenção do estado atual dos factos, passando a ser um estímulo à implementação da mudança e incentivo à inovação, de modo a conseguir a melhoria dos cuidados (Martin, Henderson, 2004). A tarefa da gestão é interpretar os objetivos propostos e transformá-los em ação, através de planeamento, organização, direção e controlo dos esforços realizados a fim de atingir esses mesmos objetivos (Teixeira, 2011).

A gestão tem o objetivo de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, num processo em que se pretende atingir a máxima eficiência.

No desenvolvimento do **Módulo de Estágio I – Urgência**, tive a oportunidade de participar na realização da gestão de cuidados, através da planificação e implementação de cuidados de enfermagem e de recursos materiais. A gestão de cuidados de enfermagem, no SU do CHTMAD, E.P.E. foi um desafio diário pela limitação existente do espaço físico, pois existem poucas rampas de oxigénio nos corredores os doentes em maca. A própria distribuição das macas pelos corredores, a necessidade de se identificarem as macas convenientemente para reduzir a possibilidade de erro, numa altura em que a afluência ao SU era para além da média normal, fazendo com que adaptação a esta realidade fosse um enorme desafio, enquanto futura enfermeira especialista. Mas sendo superado com sucesso com esforço, pesquisa e trabalho.

Em relação à gestão de recursos materiais prendeu-se com a verificação do material existente nos respetivos carros e na sala de emergência procedeu-se à verificação da *checklist* de todo o material, para poder prestar cuidados de forma objetiva e em tempo oportuno. Durante o Módulo de Estágio I tive a oportunidade de passar um turno com o enfermeiro chefe que me facultou o seu conhecimento e experiência enquanto gestor do SU, no qual expressou que a maior dificuldade da gestão do serviço era a gestão interpessoal, pela ocorrência constante de conflitos pelas diferenças de opiniões entre os elementos da equipa multidisciplinar, pois cada um vê uma determinada situação à sua

maneira, como também, conflitos relacionados com as relações interpessoais. As estratégias utilizadas assentaram em conversar com a equipa para identificar quais as situações/problemas de forma a serem resolvidas, em relação aos conflitos interpessoais as estratégias fundamentaram-se na perceção por parte do enfermeiro chefe nas preferências dos elementos da sua equipa em relação ao local de trabalho, por exemplo na área médica, na área cirúrgica, na triagem, entre outros, e na forma como se relacionam uns com os outros pois criam pequenas equipas levando a uma diminuição dos conflitos e melhorando o trabalho em equipa.

Tive a oportunidade de observar e perceber que sistemas de informação eram utilizados para se efetuar a requisição e manutenção de materiais e equipamentos existentes no serviço. Foi interessante e enriquecedor perceber a perspetiva do enfermeiro chefe em relação à realidade existente no SU, principalmente face à situação da quantidade de doentes internados no corredor, dissipando-se o objetivo principal da existência de um SU, que é a prestação de cuidados a pessoas em situação urgente/emergente. Foi interessante perceber que tipo de liderança o enfermeiro chefe utilizava para chefiar a sua equipa, mais orientada para as pessoas do que para as tarefas. Pois os líderes devem preocupar-se em obter um bom clima de trabalho, uma boa relação na sua equipa, aqueles que aceitam a individualidade dos elementos da sua equipa, estabelecem com eles uma relação de respeito, levando a uma maior produtividade e satisfação.

Na gestão de cuidados à pessoa doente é importante integrar a família, fazendo com que esta participe nos cuidados, sendo que no SU existe algumas limitações, pois a dinâmica, e o espaço físico, por vezes não facilitam esse envolvimento. Tive a preocupação de proporcionar esse envolvimento sempre que a família solicitou o meu apoio, no entanto também ressalvei as situações nas quais não foi permitido esse acompanhamento respeitando a Lei nº 33/2009, na qual consta que cabe ao profissional de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento, por motivos de exames, técnicas ou tratamentos.

Na sala de emergência tive uma experiência marcante, pois perante uma situação de emergência de um doente com uma hemorragia cerebral que iria ser transferido para o Hospital de Santo António, após estar estabilizado, entubado e no momento que se encontrava à espera do Helicóptero do INEM, os cuidados de enfermagem apoiaram-se

na estabilização hemodinâmica do doente para a realização do transporte e em proporcionar à família um momento com o seu familiar, de forma a reduzir a ansiedade e o medo destes.

No desenvolvimento do **Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar**, tive o privilégio de realizar gestão de cuidados através da gestão de recursos materiais e de cuidados de enfermagem. Sendo que, o enfermeiro deverá preparar todo o material necessário, tal como está protocolado para cada meio na prestação de cuidados à vítima, para que a assistência ocorra de forma adequada e atempadamente. Para tal, na gestão de recursos materiais efetuei a *checklist* regular do material existente na viatura e malas de abordagem, a fim de verificar a falta ou não de algum material. Assim, conseguiu-se ter tudo organizado e no momento de stress, em que é preciso atuar, nada faltou. Também realizei o teste regular de todos os equipamentos, assim como, verifiquei as validades da medicação e de todo o material, de modo a que pudesse ser utilizado rapidamente.

Durante o atendimento da vítima efetuei gestão de cuidados de enfermagem, abordando-a com segurança, avaliando o seu estado geral e depois particularmente seguindo sempre o ABCDE (A- Via aérea e controle da coluna cervical; B- Respiração; C- Circulação com controlo de hemorragia externa; D- Disfunção neurológica; E- Exposição com controlo da temperatura). Foi importante estabelecer as prioridades segundo o ABCDE, e tentando sempre estabilizar a vítima antes de realizar o transporte. Aquando do transporte, reavaliou-se o estado da vítima e atuou-se sempre que ocorreram alterações significativas que necessitavam de cuidados emergentes. Por fim, toda a informação foi transmitida à equipa que recebeu a vítima no centro especializado para onde esta foi transferida, pois só assim pode existir uma boa continuidade de cuidados, promovendo a melhoria destes. No fim de cada ativação, procedeu-se à reposição de todo o material que se utilizou e desinfeção dos equipamentos, de forma a deixar tudo preparado para uma próxima ativação.

No desenvolvimento do **Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos**, na área da gestão desenvolvi atividades através da gestão de recursos materiais e de cuidados de enfermagem. Na gestão de recursos materiais percebi que no SMI, esta se processava por níveis, ficando a cargo dos assistentes operacionais a sua reposição. Em relação à gestão

dos cuidados de enfermagem participei nos cuidados necessários à pessoa em estado crítico.

A gestão de cuidados de enfermagem também é distinguida em dois tipos de intervenções as autónomas e as interdependentes, tal como refere o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998), pois estes assentam nas intervenções autónomas e interdependentes a serem executadas pelo enfermeiro segundo as suas qualificações.

As intervenções autónomas representam as ações efetuadas pelos enfermeiros, das quais apenas depende a sua iniciativa e responsabilidade

As intervenções interdependentes revelam as ações executadas pelos enfermeiros segundo as respetivas qualificações profissionais, e em articulação com outros profissionais de saúde, com o objetivo comum, inerentes a planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares, nos quais se encontram integrados as prescrições ou orientações previamente formalizadas.

No decorrer do estágio desenvolvi ações autónomas e interdependentes durante a gestão de cuidados de enfermagem aos doentes. Como por exemplo as ações interdependentes estiveram relacionadas com administração de terapêutica, colheita de análises de sangue, preparação para exames complementares de diagnóstico. Em relação às ações autónomas, as quais foquei a minha atuação prenderam-se com a comunicação, o tratamento de feridas, a prestação de cuidados de higiene e conforto, intervenções não farmacológicas no alívio da dor e outros sintomas, entre outros, sempre atendendo às necessidades que a pessoa doente apresentava.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de participar em situações de reanimação intra-hospitalar, pois no SMI do Hospital de Pedro Hispano, esta função pertencia ao Médico Intensivista e ao Enfermeiro do SMI ou do SU, uma das saídas foi para o serviço de medicina, no qual fomos chamados para socorrer uma senhora de 80 anos, totalmente dependente para as atividades de vida diárias, com uma dispneia severa, nesta situação apenas colaborei efetuando a monitorização hemodinâmica da doente e na administração de terapêutica. É importante salientar a pertinência da presença das equipas de reanimação intra-hospitalar, dado que no decorrer das manobras de reanimação é fundamental a presença de um *Team Leader*, pois as equipas de emergência possuem formação e o treino contínuo (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011).

No decorrer do estágio também tive a possibilidade de efetuar a admissão de pessoas doentes no SMI, percebendo toda a dinâmica envolvente, na preparação da unidade. Tal como a preparação do ventilador, efetuando os seus testes, na preparação do material para colocação da linha arterial e cateter central e na execução de colheitas de zaragatoas para despiste de *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* e *Acinetobacter baumannii*. Assim, identifiquei a complexidade dos cuidados inerentes à admissão da pessoa doente em situação crítica.

Ao longo dos módulos de estágio a implementação do processo de enfermagem foi efetuado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, utilizando o sistema de informação SClínico. A aplicação do processo de enfermagem foi realizada mobilizando todos os conhecimentos adquiridos de forma a identificar problemas existentes para o doente, estabelecendo um diagnóstico da situação, planeando posteriormente quais as ações de enfermagem mais adequadas, implementando-as e efetuando uma nova avaliação para observar a sua eficácia. A sua aplicação muitas vezes foi executada mentalmente devido à necessidade de uma resposta rápida e eficaz perante situações de instabilidade do doente.

O desenvolvimento das atividades descritas levou à aquisição das seguintes ***Competências: Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC; Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC; Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a pessoa doente e família, especialmente na área da EEMC.***

## **2.4 Domínio das Aprendizagens Profissionais**

O enfermeiro revela capacidades de autoconhecimento, que são fundamentais para a prática de enfermagem, sendo que este interfere nas relações terapêuticas e multiprofissionais, pois realça a importância de Si e da relação com o Outro, em contexto individual, profissional e organizacional. Os enfermeiros estabelecem os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético,

estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, revelando-se como facilitador nos processos de aprendizagem, tal como no âmbito da investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A importância das aprendizagens profissionais reside na pertinência de constantes atualizações para se ser cada vez melhor, prestando cuidados com qualidade e segurança, revelando-se este domínio fundamental para a aquisição de competências enquanto futura enfermeira que visa a excelência do Cuidar. De seguida, serão apresentados os objetivos, assim como as atividades desenvolvidas para a aquisição dos mesmos, tal como as competências adquiridas.

***Objetivo:*** *Adquirir Competências de Conhecimento, de Diagnóstico e de Intervenção na área de EEMC*

No decorrer dos módulos de estágio, observei a dinâmica de funcionamento do serviço, para efetuar uma prestação de cuidados efetiva e com qualidade, sendo capaz de incorporar na prática de cuidados os conhecimentos adquiridos no Curso de Licenciatura em Enfermagem, no Curso de Pós-Licenciatura e ao longo da minha vida profissional, mobilizando-os sempre que necessário, para poder efetuar uma tomada de decisão assertiva, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa doente e da sua família/ prestador de cuidados e colmatando as mesmas.

No decorrer do **Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar**, procurei observar a dinâmica de funcionamento dos diferentes meios envolvidos na assistência pré-hospitalar, revelando-se fundamental para efetuar uma prestação de cuidados efetiva e com qualidade.

Ao longo do percurso desenvolvido no estágio constatei que o papel dos enfermeiros na assistência pré-hospitalar é basilar, pois estes garantem os cuidados de enfermagem à pessoa doente, família e comunidade, numa circunstância de acidente e/ou doença súbita, que poderá originar falência de uma ou mais funções vitais visando o restabelecimento ou não das mesmas. Como tal os enfermeiros devem incluir a equipa de assistência pré-hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

Durante o turno no CODU, observei as atividades e dinâmicas desempenhadas pelos profissionais, sendo que passei pelos vários postos de trabalho, atendimento, *call back* e acionamento, de forma a compreender o percurso desde a receção da chamada, ativação dos meios e posterior receção dos dados e encaminhamento para a unidade de saúde mais adequada. Presenciei que o grande número de chamadas recebidas, foram na sua maioria por doença súbita, além de que também constatei, um número considerável de chamadas, em que não se verifica a existência de uma situação de emergência.

Durante o turno pude identificar situações/problema relacionadas com a ativação das chamadas por parte dos cidadãos, sendo que observei que muitas pessoas não sabem referenciar a morada e quando ligam por vezes nem sequer estão junto da vítima. A maioria das pessoas não sabe como acionar a equipa de emergência, perante esta situação o INEM vai desenvolvendo várias ações de sensibilização e *masstraining* à população, para promover a consciencialização social. Tornou-se interessante compreender a hierarquização de prioridades no atendimento e no acionamento dos meios mais adequados a cada situação, pois existem limitações e indisponibilidades de meios que é preciso contornar, de modo a proporcionar o melhor auxílio.

No estágio estive durante dois turnos na ambulância de SBV Porto 4, trata-se de uma ambulância de socorro, cuja missão consiste em estabilizar e transportar as vítimas que necessitem de assistência urgente/emergente. A sua tripulação é constituída por dois TAE, e o equipamento permite a aplicação de medidas de SBV possuindo, também, um desfibrilhador automático externo. Durante o estágio tive a oportunidade de observar as atividades desenvolvidas e compreender a função deste meio de socorro, tal como os recursos de que dispunham e a sua colaboração com outros meios de socorro, nomeadamente com a VMER. A maioria das ativações verificadas durante o período de estágio deveu-se a situações de doença súbita.

A maior parte do estágio realizado na assistência pré-hospitalar decorreu nas ambulâncias SIV, tratando-se de um meio cuja função é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação, até que esteja disponível uma equipa de prestação de suporte avançado de vida. Os enfermeiros na SIV desempenham um papel importante nas situações de urgência em contexto pré-hospitalar. A equipa da ambulância SIV é constituída por um TAE e um enfermeiro. Os recursos técnicos e

materiais de que dispõe são iguais aos das ambulâncias SBV, acrescidos de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos, sendo também possível a transmissão de dados como o eletrocardiograma e sinais vitais para o médico do CODU, para este ter a possibilidade de validar a informação necessária, por exemplo, referente à medicação ou decisão, para que unidade hospitalar, transferir a vítima.

Na SIV o Enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados, de acordo com o manual de protocolos e procedimentos de atuação definidos pelo INEM e sob validação do médico presente no CODU. Ao TAE cabe, para além da condução da ambulância, a prestação de cuidados de acordo com as suas competências e sob a supervisão do enfermeiro. Ao longo do estágio nas ambulâncias SIV aprofundei os conhecimentos já existentes e adquiri novos, através da aplicação dos protocolos de atuação pré-definidos, como por exemplo, o de abordagem da vítima de trauma.

Finalmente, em relação ao estágio da VMER, durante os turnos desenvolvidos demonstrei interesse em conhecer a dinâmica do seu funcionamento, assim como as funções específicas dos seus intervenientes, participando na prestação de cuidados à pessoa doente urgente/emergente.

O enfermeiro possui um papel crucial na prestação de cuidados, pois possuem uma formação humana, técnica e científica apropriada para a prestação de cuidados em todas as circunstâncias, especialmente em situações de maior dificuldade e constrangimento, possuindo competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em articulação com o CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

No **Módulo de Estágio – Cuidados Intensivos**, efetuei a admissão de pessoas doentes à unidade, e assim percebi toda a dinâmica inerente aos CI, sendo um aspeto importante para conseguir efetuar a descentralização das “máquinas”, dos procedimentos técnicos e centrar-me na pessoa doente como um todo, para assim conseguir adequar a minha atuação e ser uma melhor enfermeira, com uma intervenção mais fundamentada e assertiva. Trata-se de prestar Cuidados de Enfermagem centrados no doente, atendendo aos princípios éticos e deontológicos.

No decorrer dos turnos relacionei a teoria e a prática, de forma a consolidar melhor os conhecimentos adquiridos anteriormente, por exemplo, perceber as repercussões hemodinâmicas que a patologia pode provocar no estado clínico da pessoa doente. Esta correlação da teoria com a prática teve o contributo dos enfermeiros tutores, ajudando-me assim, a perceber melhor, toda a dinâmica envolvida.

Ao longo do módulo de estágio contactei com uma realidade nova com muitas oportunidades de aprendizagens, por exemplo, assisti a uma formação em serviço sobre interpretação de gasometrias arteriais, podendo aprofundar os conhecimentos obtidos em sala de aula e adquirir novos, tornando-se bastante importante, pois durante o estágio realizei e interpretei várias gasometrias, percebendo as repercussões hemodinâmicas que a pessoa doente apresentava.

Outra aprendizagem que adquiri prendeu-se com a aplicação do Protocolo de Hipotermia, numa pessoa doente que teve uma PCR na via pública presenciada e com início imediato de manobras de SBV. A PCR fora do hospital de etiologia cardíaca é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos. Uma das intervenções hospitalares a ter eficácia clínica na redução das sequelas neurológicas pós-PCR é a hipotermia terapêutica, que consiste no arrefecimento corporal durante 24h para uma temperatura central de 33°C, existindo a necessidade da pessoa doente estar sob sedação, para diminuir o metabolismo e prevenir as lesões de reperfusão. Necessitando de um controlo analítico apertado para se perceber as repercussões hemodinâmicas. Após 24h em hipotermia inicia-se a fase de reaquecimento, que consiste no aquecimento da pessoa doente, de forma gradual, de 0,1 a 0,2°C por hora até ao máximo de 0,5°C por hora, evitando temperaturas superiores a 37°C (Abreu, Gonçalves Pereira, 2011).

Quando recebi o doente já se encontrava na temperatura alvo de hipotermia, as intervenções que realizei foram apenas manter a temperatura e efetuar o controlo analítico de hemograma, de bioquímica, de estudo da coagulação e de gasometria para perceber o estado hemodinâmico deste. Atingidas a 24h de hipotermia iniciou-se processo de reversão da mesma no qual se colocou mantas térmicas para o aquecimento ser gradual, mantendo-se o controlo analítico.

Ao longo do **Módulo de Estágio – Urgência**, intervi nas várias vertentes e especificidades do SU, passando pela área Médica, Cirúrgica, Sala de Macas, SO,

Emergência e Triagem, em todas elas posicionei-me como estudante de especialidade para conseguir adquirir competências especializadas, prestando cuidados de enfermagem centrados na pessoa doente, atendendo aos princípios éticos e deontológicos e sob supervisão da tutora.

No decorrer dos turnos pude relacionar a teoria e a prática de forma a consolidar melhor os conhecimentos já existentes e adquirir novos, principalmente, os relacionados com a sala de emergência, através de técnicas e procedimentos novos na minha prática profissional diária. Esta correlação da teoria com a prática teve os contributos da enfermeira tutora e equipa multidisciplinar, ajudando-me assim a perceber melhor toda a dinâmica envolvida.

Uma situação que me proporcionou aquisição de novos conhecimentos, prendeu-se com uma senhora que deu entrada na sala de emergência em falência respiratória, saturação de Oxigénio a 59%, com Edema Agudo do Pulmão, fez a medicação habitual, mas como mantinha saturação baixa e uma grande dificuldade respiratória, exigiu a necessidade de se utilizar uma máscara com concentração elevada de oxigénio, que fornece pressão positiva contínua nas vias aéreas através de altas concentrações de fluxo de gases, que se chama *Boussignac*, contudo este sistema era-me completamente desconhecido, assim como o seu funcionamento. Quando a senhora ficou estável e com possibilidade de redução de oxigenoterapia foi transportada para o serviço de CI para continuar o tratamento diferenciado.

Na sala de emergência trabalhei em colaboração com o enfermeiro do serviço que estava responsável por esta, providenciando todos os cuidados necessários para a estabilização da pessoa doente de acordo com as suas necessidades, como na monitorização cardiorrespiratória, na colocação de acessos venosos, nas colheitas de sangue, na algaliação, na entubação nasogástrica, na aspiração de secreções e no posicionamento correto de doentes na maca, de forma a otimizar a função respiratória, fundamentais para a recuperação da pessoa doente.

A pessoa doente em situação crítica é aquele que apresenta uma disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas e a sua sobrevivência depende de meios avançados, de monitorização e terapêutica. O transporte do doente crítico justifica-se pela necessidade de possibilitar um nível de assistência superior, ou para a realização de

exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica. Devido à instabilidade destes, o Enfermeiro desempenha um papel fundamental na coordenação do transporte, planeando tudo o que é necessário, tal como a coordenação dos equipamentos, dos materiais e dos fármacos que devem acompanhar a pessoa doente (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

As orientações definidas pela OE relativamente ao transporte do doente crítico definem que cabe ao Enfermeiro acompanhar e vigiar a pessoa doente durante o transporte, com o intuito de assegurar a manutenção ou recuperação das suas funções vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

No transporte da pessoa doente em estado crítico, fui capaz de demonstrar conhecimentos acerca dos problemas e riscos reais e potenciais, demonstrando, desse modo, níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, expressos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2007b), como por exemplo garantindo a segurança do doente e da equipa, através do correto posicionamento da pessoa doente e dos equipamentos.

O transporte pode traduzir-se em grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e desenvolver complicações que devem ser previstas e prevenidas (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Como tal o Enfermeiro desempenha o papel preponderante na coordenação do transporte. Tendo como intuito de minimizar os riscos associados ao mesmo e estabilização prévia do doente, devendo realizar-se todas as intervenções diagnósticas e terapêuticas necessárias, para assim reduzir os riscos durante o transporte.

Neste sentido, na emergência tive a possibilidade de colaborar na estabilização de doentes críticos, como por exemplo politraumatizados, que necessitaram de ir para um hospital mais diferenciado, sendo o transporte inter-hospitalar efetuado com recurso ao helicóptero, nestes casos pude contactar com o material específico, como os planos duros insufláveis, assim como, solidificar os conhecimentos relativamente às técnicas de transferência do doente, mantendo a via aérea permeável e com estabilização cervical.

Durante o módulo de estágio fui percebendo quais os sinais e sintomas que a pessoa doente apresentava, para assim conseguir antecipar uma situação mais graves como numa

situação em que uma doente fez indevidamente uma nebulização com oxigenoterapia, também devido ao excesso de doentes internados no SU. Pois não existia outra possibilidade por não possuir rampas de ar comprimido no corredor, e a equipa de enfermagem não possuía no processo clínico que a pessoa doente tinha como antecedente Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, os meus conhecimentos adquiridos anteriormente, levaram a identificar os sinais e sintomas que a doente apresentava retenção de Dióxido de Carbono, pois esta encontrava-se muito sonolenta. Neste caso, informei a médica assistente de Pneumologia que lhe efetuou uma gasometria, a qual indicou que o meu diagnóstico e intervenção estavam corretos. A minha atuação nesse dia levou à identificação de uma situação/problema existente no SU e em conversa informal com a Pneumologista sobre a forma como poderíamos solucionar o problema, sendo que esta sugeriu a aquisição de câmaras expansores para substituir as nebulizações com oxigénio, levando à resolução da situação/problema no serviço.

Ao longo do estágio, integrei a família/prestador de cuidados na prestação de cuidados à pessoa doente, pois está vulnerável e precisa do apoio dos familiares, pessoas significativas, sendo necessário respeitar a pessoa. Como tal o papel do Enfermeiro Especialista é garantir a consecução deste princípio, reconhecendo que existe cada vez mais a preocupação, da manutenção da qualidade dos cuidados prestados, mas sempre de acordo com as limitações do SU. Embora se encontre contemplado na Lei nº 33/2009 em que é reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido em qualquer SU do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada e devendo ser informado desse direito na admissão no serviço. No SU do CHTMAD, E.P.E. no momento da admissão, o acompanhante recebe uma etiqueta a identificá-lo, com o nome e processo da pessoa doente que está a acompanhar.

As pessoas que acompanham uma pessoa doente ao SU, sendo membros da família ou não, são parte integrante dos cuidados. Como tal, é necessário melhorar a relação e participação destes durante os cuidados, nomeadamente: aumentando a compreensão mútua e empatia entre os profissionais e os acompanhantes; melhorando o sistema de informação de forma, a facilitar a ligação entre a tríade doente-família-profissionais, acompanhantes e pessoas doentes (Sousa, Almeida e Simões, 2011). O SU do CHTMAD, E.P.E tem essa preocupação pois são os enfermeiros que gerem a permanência do

acompanhante e das visitas, situação à qual também participei durante a minha prestação de cuidados, dependendo da área onde me encontrava.

O foco de atenção dos enfermeiros no exercício da sua profissão é baseado no diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida que sugere o desenvolvimento de um processo de cuidados de enfermagem, que deve envolver a pessoa e sua família, em que as terapêuticas utilizadas se propõem a facilitar a vivência de transições saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2007c).

O envolvimento da pessoa doente e família/cuidador durante a prestação de cuidados foi uma necessidade identificada ao longo dos módulos de estágio, na medida em que, na maioria dos casos os doentes que recorreram ao SU existiu a preocupação do acompanhamento da pessoa doente pelos seus familiares, facultando as informações sobre o estado de saúde desta, pois quando está doente necessita do conforto e carinho dos seus, que os ajudam também a reconhecer as necessidades e preferências da pessoa doente e a contextualizar o episódio ou a doença.

O desenvolvimento das atividades descritas anteriormente levou à aquisição das seguintes ***Competências: Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.***

***Objetivo:*** *Conhecer as especificidades relacionadas com os cuidados inerentes à pessoa doente na área de EEMC*

Durante o desenvolvimento do **Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar**, colaborei na prestação de cuidados a vítimas de acidentes de viação (encarceradas e não encarceradas), nomeadamente, na estabilização cervical, na aplicação do colar cervical, na mobilização, na remoção de vítimas com colete de extração, na aplicação do plano duro, na imobilizações de membros, no transporte primário e secundário.

Participei também na avaliação primária ABCDE e secundária da vítima (deteção de possíveis anomalias ou lesões: observação da cabeça e face; observação do pescoço;

observação do tórax; observação do abdómen; pelve e períneo; extremidades da pele e região posterior) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012). Procurei sempre obter e solidificar os conhecimentos relacionados com o trauma, durante as ativações que experienciei, pois os conhecimentos e formação na área de trauma são fulcrais na emergência pré-hospitalar.

Nas situações de reanimação em que estive presente tive um papel ativo e interventivo, demonstrando ter conhecimentos de SAV, assim como em todas as ativações demonstrei ter capacidade para trabalhar com equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Tal como referido anteriormente o transporte primário e/ou secundário de doente visa a manutenção ou recuperação das funções vitais, tendo como intuito a minimização dos riscos associados ao transporte. Durante o estágio, participei no transporte primário e secundário de doentes, verificando as dificuldades a ele associadas, respeitando as regras de segurança, de modo a não comprometer a segurança do doente ou da equipa.

No decorrer do **Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos**, efetuei reflexões individuais e partilhadas com os Enfermeiros Tutores e Orientadora, analisando situações de maior complexidade decorridas no turno e avaliando a tomada de decisão, como por exemplo na admissão de um doente com Insuficiência Respiratória grave, que necessitava de ventilação não invasiva, sobre a necessidade de colocação de sonda nasogástrica, tendo este o sistema neurológico preservado, sendo que foi entubado como forma de prevenção de aspiração de vómito e descompressão gástrica. Muitas destas vivências foram partilhadas com a orientadora no sentido de evidenciar uma prática segura, zelar pelo doente e sua família e promover a excelência dos cuidados de enfermagem enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Durante o estágio tive como objetivo o perceber e atuar durante os transporte da pessoa doente em situação crítica, como tal participei no transporte intra-hospitalar e percebi as suas implicações, pois é necessário ter a preocupação que durante o transporte se deve ter acesso a todos os cuidados, que teria se estivesse no serviço, para tal é necessário ter o cuidado de levar o insuflador manual com a máscara, pois este pode extubar-se por acidente, e se isso acontecesse não iríamos conseguir ventila-lo. Um dos transportes intra-hospitalares que tive a oportunidade de efetuar esteve relacionado com uma intoxicação voluntária por Monóxido de Carbono, o qual necessitou de ser transportado até à câmara

hiperbárica para realizar uma sessão, neste caso e segundo as recomendações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), além das precauções base é necessário ter atenção especial à insuflação do cuff, que não pode ser com ar mas com soro. Deste modo, tornou-se importante os conhecimentos aprendidos nas aulas teóricas e aplicados na prática.

Aquando do posicionamento e transferência de pessoas doentes na unidade tive sempre atenção à estabilização do tubo endotraqueal para esta não se extubar, assim como aquando dos cuidados de higiene durante a troca da fita de nastro e mudança do tubo de comissura labial também tive esse cuidado, tendo sempre como princípio a segurança do doente.

Ao longo do **Módulo de Estágio I – Urgência**, tive como objetivo conhecer as especificidades relacionadas com a Triagem de Prioridades na Urgência através do Sistema de Manchester. Este permite identificar prioridades clínicas e definir o tempo alvo aconselhado até à observação médica, caso a caso, quer em situações de normal funcionamento do SU quer em situações de exceção, quer de catástrofe, pois o objetivo da Triagem de Prioridades é identificar critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, que indiquem a prioridade clínica com que a pessoa doente deve ser assistido e o respetivo tempo de espera recomendado até à observação clínica (Grupo Português de Triagem, 2009).

Ao longo do módulo de estágio tive a oportunidade de perceber a dinâmica da Triagem de Manchester e toda a complexidade envolvida, e de realizar triagem com a supervisão da enfermeira tutora. Assim, pude identificar as dificuldades inerentes a este sistema, que já não era a primeira vez que contactava, mas no SU do CHTMAD, E.P.E., existiam algumas especificidades introduzidas pelo Diretor Clínico, na qual se faz triagem por especialidades, o que foi confuso no início, mas com a presença de fluxogramas foi possível colmatar essa dificuldade. No entanto, a maior dificuldade sentida prendeu-se com conseguir perceber quais os sinais e sintomas que fazia com que as pessoas recorressem ao SU, para posteriormente os conseguir alocar no discriminador correto, para que a pessoa doente tivesse a prioridade que lhe era devida.

Durante os turnos na Triagem pude perceber a dinâmica de encaminhamento da pessoa doente que recorre ao SU segundo o grau de prioridade, desde a pulseira de cor azul (não

urgente) até à de cor vermelha (emergente), também analisei os fluxogramas de orientação da Via Verde, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma e Sepsis para poder perceber a ativação destes sistemas, para que os doentes pudessem ter um encaminhamento e acompanhamento o mais adequado possível e no tempo adequado, principalmente as pessoas doentes sinalizadas na Via Verde AVC. É importante perceber qual o diagnóstico, se é hemorrágico ou isquémico, sendo que este último, implica, na fase aguda, a ponderação do uso de fibrinolíticos, com base em critérios clínicos bem definidos, nas primeiras 4,5 horas após o início dos sintomas. Esta janela de tempo é de extrema importância desde que se efetua o diagnóstico até que se realiza o tratamento. Quando estive na triagem tive a oportunidade de realizar o encaminhamento de um doente para a Via Verde AVC, fazendo logo o encaminhamento para a Neurologia, de forma a realizar uma Tomografia Axial Computorizada, colheita de sangue para análises e após diagnóstico médico, iniciar o tratamento.

A elaboração das reflexões forneceram um grande contributo para o desenvolvimento pessoal, uma vez que foi possível detetar aspetos a corrigir ou melhorar e quais as atitudes a manter, pois o local de estágio surge como o momento facilitador de aprendizagem, permitindo que os saberes existentes anteriormente, se confrontem com a prática e se concretizem em saberes práticos (Abreu, 2003).

A atuação do enfermeiro deve basear-se segundo alguns princípios com o objetivo de prestar cuidados de excelência aos cidadãos/família sendo eles: o conhecimento científico e prático, os princípios éticos e morais (Correia, 2012). O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, em que a Enfermagem tem como objetivo prestar cuidados às pessoas doentes ou não, durante toda a vida, de modo a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-os a recuperar a capacidade funcional o mais rapidamente possível (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998). Os cuidados de enfermagem têm o foco de atenção na promoção dos projetos de saúde que cada pessoa possui. Logo, pretende-se que ao longo de todo o ciclo vital, se previna a doença e promova os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas essenciais e a maior independência para as atividades de vida diárias, procurando-se a adaptação funcional aos défices, normalmente através de processos de aprendizagem da pessoa doente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O enfermeiro deverá atuar segundo as suas qualificações profissionais, prestando os cuidados que identificar como necessários, caso não o faça incumbe num incumprimento, que segundo a OE (2009), refere que o enfermeiro deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar, visando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento das atividades descritas anteriormente levou à aquisição das seguintes ***Competências: Formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica; Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.***

### 3. Conclusão

O estágio deve ser um local de formação de saberes em que a aprendizagem contextualizada permite aos estudantes mobilizar os seus conhecimentos, aprender quais os procedimentos corretos para a cada circunstância, observar, atuar e refletir sobre a sua prática e a dos outros (Bento, 2001). Deste modo, a aprendizagem no contexto de estágio passa não só pela organização de conceitos teóricos e práticos, mas pela concetualização da ação refletida e modificada baseada na evidência científica.

Os enfermeiros que desempenham funções nos serviços pelos quais tive a oportunidade contactar ao longo dos módulos de estágio, têm como dever saber dar resposta a situações relacionadas com a pessoa doente em situação crítica, como tal os que desempenham funções no SU, no serviço de CI e no INEM necessitam ter uma capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer de forma mais geral, quer de forma mais específica.

Na realização deste relatório pude constatar toda a complexidade e rigor que envolve a sua elaboração. A execução deste envolveu uma grande mobilização de energia, bem como reflexão e análise das intervenções realizadas para ao desenvolvimento de atividades, de forma a alcançar as competências delineadas pela Ordem dos Enfermeiros. Ao longo do presente relatório foram descritas várias situações experienciadas durante o estágio, tendo-se demonstrado bastante gratificante esta experiência para o meu enriquecimento pessoal e profissional, fazendo-me pensar de outra forma, vendo pormenores para os quais anteriormente não estava desperta.

Para os módulos de estágio existia uma grande expetativa em conhecer a realidade dos serviços, principalmente na área dos CI e da assistência pré-hospitalar, pois era uma realidade diferente e cheia de novas oportunidades de aprendizagem. Durante os módulos de estágio prestei cuidados a pessoas em situação crítica, identificando as suas especificidades ao longo de cada módulo de estágio.

O estágio mostrou-se importante para desenvolver o meu espírito crítico-reflexivo, perante as várias oportunidades de aprendizagem que foram surgindo, e a minha capacidade de integração em equipas multidisciplinares muito diversificadas.

Este relatório retratou todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio visando a excelência do Cuidar, de forma a obter ganhos em saúde, pois a reflexão sobre a prática é um bom método de aprendizagem e de mudança de comportamentos.

As oportunidades experienciadas durante o estágio contribuíram para a aquisição de novas aprendizagens permitindo melhorar a minha prestação não só na prática assistencial mas também no meu local de trabalho, pois contactei com realidades dispares como: no INEM tive a oportunidade de perceber a realidade das ambulâncias de SBV, do CODU, das ambulâncias de SIV e da VMER; nos CI contactei com pessoas doentes com necessidade de suporte ventilatório, com técnicas novas, como entubação endotraqueal, desmames ventilatórios, colheita de gasometrias por linha arterial e sua interpretação; no SU tive a oportunidade de passar pelas várias áreas, triagem, sala de macas, SO, área médica, área cirúrgica e sala de emergência, levando-me à aquisição de competências teóricas e práticas.

O meu contributo para o **Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar** prendeu-se com uma proposta de intervenção sobre Controlo de Infeção no Pré-hospitalar relacionada com a elaboração de uma norma de procedimentos sobre a limpeza e desinfeção das ambulâncias SIV, expressa em dois posters, um sobre o catálogo de produtos de higienização disponíveis nas ambulâncias SIV e outro como guia de limpeza e desinfeção individualizada do equipamento da ambulância SIV. Esta proposta ficou para consideração da comissão de controlo de infeção do INEM e enfermeira tutora para posterior implementação e assim colmatar a necessidade destes perante esta situação/problema identificada, sendo futuramente atualizado consoante as orientações vigentes.

No **Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos**, os meus contributos estiveram relacionados com uma proposta de intervenção sobre a Sede em Cuidados Intensivos através da elaboração de um protocolo de atuação, sendo ponderada pela equipa e enfermeiros tutores como adequada à prática de enfermagem ficando no serviço para consideração destes, sendo continuamente atualizada segundo a evidência científica. Outro contributo para o SMI está relacionada com a elaboração de um artigo de revisão

integrativa sobre Musicoterapia em Cuidados Intensivos, uma temática considerada pelos enfermeiros tutores e equipa pertinente para a enfermagem. O artigo ficou disponível no serviço para consulta e como cooperação para desenvolverem um projeto no futuro. Este será submetido para publicação num revista de enfermagem, de forma a trazer contributos não apenas para o meu percurso académico mas para a enfermagem.

Os contributos deixados para o **Módulo de Estágio I - Urgência** prenderam-se com uma proposta de intervenção sobre a Indicação para o Uso de Luvas sob a forma de Poster ficando no serviço exposto, e outra proposta sobre Enfermagem Forense através da elaboração de um Manual de Boas Práticas na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses, uma proposta sobre uma temática, considerada pela equipa e enfermeira tutora pertinente, que poderá ser posteriormente completada ou continuamente atualizada segundo as *guidelines* que forem surgindo.

As dificuldades sentidas no estágio estiveram relacionadas com a dificuldade inicial de conseguir perceber a dinâmica dos serviços, com todas as especificidades a eles associados. Com o cansaço normal que esta etapa envolveu na minha vida, o conciliar trabalho e estudo em duas cidades distantes, pois este esforço constante foi psicologicamente e fisicamente cansativo, contudo considero que os objetivos propostos a atingir, durante o estágio foram alcançados.

A aprendizagem pela análise e confrontação da minha prática profissional orientada para a melhoria contínua da qualidade, na resolução de problemas reais, revelou ser uma metodologia eficaz, na medida em que é motivador o ato de aprender para mudar/melhorar.

A realização do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, levou-me a refletir sobre a minha atuação enquanto enfermeira e nas Competências do Enfermeiro Especialista, analisando todo o trajeto percorrido durante esta jornada, no qual me revejo como futura Enfermeira Especialista, tendo o objetivo de levar este ganhos para o meu local de trabalho. Em suma, o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização Médico-Cirúrgica tornou-se numa ótima aprendizagem para o meu percurso, como futura Enfermeira Especialista.

No futuro pretendo continuar a dar visibilidade à Enfermagem como profissão e disciplina através da investigação, pois a Enfermagem especializada não se limita apenas à soma das intervenções que cada um executa, mesmo que o foco de atenção seja a pessoa doente, mas, fundamentalmente, de incluir estas intervenções numa perspetiva que tenha significado para a pessoa doente.

#### 4. Referências Bibliográficas

Abreu, A; Gonçalves Pereira, J. (2011). *Hipotermia no doente pós-Paragem Cardio-Respiratória - ponto de vista do especialista*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Vol. 18. Nº 3

Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, Teorias e conserações didácticas*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde, Lda

Administração Regional de Saúde do Norte (2013). *Manual de Controlo de Infeção*. Ministério da Saúde

Bento, M. (2001). *Formação em Enfermagem*. Revista Sinais Vitais. Nº 35

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press

Castle, N.; Owen, R.; Kenward, G.; Ineson, N. (2003). *Pre-printed 'Do Not Attempt Resuscitation' forms improve documentation?*. Elsevier

Centers for Diseases Control and Prevention (2003). *Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/HAPneu2003guidelines.pdf> e acedido a 29 de Setembro de 2014

*Centers for Diseases Control and Prevention* (2009). *Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf> e acessado a 29 de Setembro de 2014

*Centers for Diseases Control and Prevention* (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf> e acessado a 29 de Setembro de 2014

Comissão de Controlo de Infecção (2007). *Manual da CCI*. Porto: Centro Hospitalar do Porto

Correia, A. (2012). *Enfermagem em Emergência Pré-hospitalar: existem ou não competências?* in Revista Sinais Vitais, nº 105, Dezembro

Cunha, J. (2000). *Prevenção e Controlo da Infecção na Emergência Pré-Hospitalar: Projeto de Intervenção na VMER do Pedro Hispano*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Tese de Investigação do Curso de Enfermagem em Controlo de Infecção

Crespo, V. (2003). *Ganhar Bolonha, Ganhar o Futuro – O Ensino Superior no Espaço Europeu*. 1ª Edição. Gradiva-publicações, Lisboa.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril

Despacho Normativo nº11/2002. DR. Série B. 55 (2002-03-06). *Serviço de Urgência Hospitalar*. Disponível em <http://dre.tretas.org/dre/149913/> e acessado a 20 Setembro de 2014

Direção Geral de Saúde (2005). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx> e acessado a 2 de Dezembro de 2014

Direção Geral de Saúde (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Norma Nº: 029/2012

Grupo Português de Triagem (2009). *Triagem de Prioridades na Urgência – Sistema de Manchester*. Disponível em [pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester](http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester) e acessado a 15 de Setembro de 2014

Holm, S.; Jorgensen, E. (2001). *Ethical issues in cardiopulmonary resuscitation*. Elsevier

Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 2ª Edição. Lisboa: INEM

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Técnicas de Extração e Imobilização das Vítimas de Trauma*. 2ª Edição. Lisboa: INEM

Jones, C.; Bäckman, C.; Capuzzo, M.; Egerod, I.; Flaatten, H.; Granja, C.; Rylander, C.; Griffiths, R. (2010). *Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial*. Critical Care. Vol. 14

Lei nº 48/1990. DR. I Série. 195 (1990-08-24). *Lei de Bases da Saúde*. Disponível em <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF> e acessado a 19 de Junho de 2014

Lei Constitucional nº 1/2005. DR. I Série-A. 155 (2005-08-12). *Constituição da República Portuguesa*. Disponível em <http://www.parlamento.pt/RevisoesConstitucionais/Documents/Revisao2005/155a00.pdf> e acessado a 19 de Junho de 2014

Lei nº 59/2007. DR. I Série. 170 (2007-09-04). *Código Penal*. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/09/17000/0618106258.PDF> e acessado a 09 de Fevereiro de 2015

Lei nº 33/2009. DR. I Série. 134 (2009-07-14). *Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=4836&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=4836&m=PDF) e acessado a 20 de Setembro de 2014

Leske, J. (2002). *Protocols for Practice: Applying Research at Bedside*. Critical Care Nurse. Vol 22, n.º 6, Dezembro

Martin, V.; Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. 1ª Edição. Lousã: Monitor

Matos, A.; Sobral, A. (2010). *Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associado à Ventilação Mecânica*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Vol. 17. Nº 1

Ministério da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa

Nascimento, E.; Trentin, M. (2004). *O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Ziderad*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol. 12, n.º 2, Março/Abril

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Concetual Enunciados Descritos*. Divulgar. Dezembro

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf) e acedido a 27 de Junho de 2014

Ordem dos Enfermeiros (2007a). *Enfermagem no Pré-hospitalar*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf> e acedido a 13 de Maio de 2014

Ordem dos Enfermeiros (2007b). *Desenvolvimento profissional - Certificação de competências-Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros. N.º 26

Ordem dos Enfermeiros (2007c). *Enfermagem Portuguesa: Implicações na Adequação do Processo de Bolonha no Atual Quadro Regulamentar*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lei nº 111/2009. DR. I Série. 180 (2009-09-16). Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf> e acedido a 13 de Maio de 2014

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Parecer OE nº 245/2010*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoesFimVida.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoesFimVida.pdf) e acedido a 20 Maio 2014

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento nº 122/2011. DR. II Série. Nº 35 (18-02-2011). *Ordem dos Enfermeiros -Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/0864808653.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf) e acedido a 19 de Março de 2014

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento nº 124/2011. DR. II Série. Nº 35 (18-02-2011). *Ordem dos Enfermeiros -Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf) e acedido a 19 de Março de 2014

Patrão Neves, M.; Osswald, W. (2008). *Bioética Simples*. Editorial Verbo. Lisboa.

Phaneuf, M. (2003). *Tendências atuais da formação em Enfermagem*. In GADBOIS, C. – Gestão, formação e investigação em Enfermagem: partilha de experiências. Vol. 2. Coimbra: Direção de Enfermagem dos HUC

Puntillo, K.; Arai, S.; Cooper, B.; Stotts, N.; Nelson, J. (2014). *A Randomized Clinical Trial of na Intervention to Relieve Thirst and Dry Mouth in Intensive Care Unit Patients*. Intensive Care Medicine. Vol. 40. Nº. 9

Silva, K., Silva, R. (2009). *Enfermagem Forense: uma especialidade a conhecer*. Cogitare Enfermagem

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Guia para o Transporte de Doentes Críticos*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=66808e327dc79d135ba18e051673d906&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1> e acedido a 26 de Junho de 2014

Sousa, L.; Almeida, A.; Simões, C. (2011). *Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes*. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo. Vol. 20. Nº 1

Teixeira, J. (2004). *Comunicação em saúde - Relação Técnicos de Saúde – Utentes*. In Revista Análise Psicológica. Vol. 22, n.º 4.

Teixeira, S. (2011). *Gestão das Organizações*. 2ª Edição. Verlag Dashofer Edições Profissionais, Unip., Lda.

## **5. Anexos**



## **Anexo I – Caracterização do Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar**



## **Caracterização do Módulo de Estágio III – Assistência Pré-hospitalar**

Esta caracterização é referente aos meios pelos quais tive a oportunidade de contactar ao longo do módulo de estágio.

No **Módulo de Estágio III** – Assistência Pré-hospitalar, a sequência foi a seguinte:

- ✓ Um turno de quatro horas no Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU), no Porto, onde pude contactar com a realidade deste elo da cadeia de emergência;
- ✓ Dois turnos de seis horas nas ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), que foi efetuada na SBV Porto 4;
- ✓ Dezasseis turnos de seis horas nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), tive a oportunidade de passar pela SIV Santo Tirso, uma SIV integrada no Serviço de Urgência Básica do Hospital de Santo Tirso (nove turnos), SIV Gondomar, uma SIV não integrada (cinco turnos), SIV Vila Conde, uma SIV integrada no Serviço de Urgência Básica do Hospital da Póvoa de Varzim (dois turnos);
- ✓ Dez turnos de seis horas na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), tive a oportunidade de estagiar na VMER São João (quatro turnos), VMER Santo António (quatro turnos) e VMER Pedro Hispano (dois turnos).

### **Elementos dos meios:**

- ✓ CODU – um Psicólogo, um Médico; operadores no atendimento, um operador no atendimento e chamadas *call back* e operadores no acionamento;
- ✓ SBV – dois Técnicos de Ambulância e Emergência (TAE);
- ✓ SIV – um Enfermeiro e um TAE
- ✓ VMER – um Enfermeiro e um Médico

### **Horário de estágio:**

- ✓ Manhã – 8h-14h
- ✓ Tarde – 14h-20h



## **Anexo II – Caracterização do Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos**



## **Caracterização do Módulo de Estágio II – Cuidados Intensivos**

Esta caracterização é referente ao local de estágio do Serviço de Medicina Intensiva que é uma Unidade Polivalente sem Neurocirurgia e Cardio-Torácica que se situa no piso -1 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos no Hospital Pedro Hispano, E.P.E.

### **Lotação:**

- ✓ 12 Unidades
- ✓ 10 Unidades disponíveis
- ✓ 8 Unidades utilizadas na prática
- ✓ 2 Unidades de isolamento fechado
- ✓ 3 Unidades de isolamento de contacto

### **Horário de estágio:**

- ✓ Manhã – 8h-14,30h
- ✓ Tarde – 14h-20,30h
- ✓ Noite – 20h-8,30h

A **equipa multidisciplinar** era distribuída da seguinte forma:

- ✓ Turna da Manhã:
  - ✓ 6 Enfermeiros incluindo a Enfermeira Chefe;
  - ✓ Equipa Médica (Diretor de Serviço, Responsável de Turno e Internos);
  - ✓ 2 Assistentes Operacionais;
- ✓ Turno da Tarde:
  - ✓ 4 Enfermeiros incluindo a Enfermeira Chefe;
  - ✓ Equipa Médica (Responsável de Turno e Internos);
  - ✓ 2 Assistentes Operacionais;
- ✓ Turno da Noite:
  - ✓ 4 Enfermeiros incluindo a Enfermeira Chefe;
  - ✓ Médico Responsável de Turno;
  - ✓ 2 Assistentes Operacionais.



## **Anexo III – Caracterização do Módulo de Estágio I – Urgência**



## **Caracterização do Módulo de Estágio I – Urgência**

Esta caracterização é referente ao local de estágio do Serviço de Urgência do Centro hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro no Hospital de Vila Real, E.P.E., que se situa no piso -1. Neste módulo de estágio apenas fiz manhãs.

**Serviço de Urgência** encontra-se dividido em:

- ✓ Corredor de área Médica e Cirúrgica (nos quais se prestam cuidados de forma a controlar sinais e sintomas, no entanto no Corredor de área Cirúrgica ficam internadas as pessoas doentes que não têm vagas nos serviços respetivos);
- ✓ Serviço de Observação (SO) com lotação de nove camas;
- ✓ Sala de Macas com ocupação de nove macas;
- ✓ Sala de Emergência e Triagem.

Os **Enfermeiros** são distribuídos e **Horário de Estágio**:

- ✓ Nove no Turno da Manhã – 8h-16h;
- ✓ Seis no Turno da Tarde – 15,45h-23h;
- ✓ Seis no Turno da Noite- 22,45h-8,30h.

No **Turno da Manhã** estão distribuídos:

- ✓ Área Médica, três Enfermeiros;
- ✓ Dois na área Cirúrgica em que um elemento é responsável pela Sala de Emergência;
- ✓ Um Enfermeiro na Sala de Macas;
- ✓ Dois Enfermeiros na Sala de Observação;
- ✓ Um na Triagem.

No **Turno da Tarde e da Noite** estão distribuídos:

- ✓ Dois Enfermeiros na área Médica;
- ✓ Um Enfermeiro na área Cirúrgica;
- ✓ Um Enfermeiro na Sala de Macas;
- ✓ Dois Enfermeiros na Sala de Observação;
- ✓ Um Enfermeiro na Triagem.



**Anexo IV – Norma de Procedimentos e Posters sobre Controlo de Infecção no Pré-hospitalar**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA**

**Controlo de Infecção no Pré-hospitalar:  
Proposta de Intervenção**

**Realizado por:** Ana Karina Rocha  
Carla Pires  
Cármem Patrícia Moreira  
Sara Oliveira

**Sob orientação de:** Mestre Lúcia Rocha

**Porto, Julho de 2014**



*“It cannot be necessary to tell a nurse that she should be clean,  
or that she should keep her patient clean”*

**Florence Nightingale, 1969**



## **Lista de Abreviaturas / Siglas**

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

SIV – Suporte Imediato de Vida



## Índice

1.Introdução .....	91
2.Prevenção e Controlo de Infecção no Pré-hospitalar .....	93
3.Norma de Procedimento e Limpeza e Desinfecção em Ambiente Pré-hospitalar .....	95
4.Conclusão .....	105
5.Referências Bibliográficas.....	107
6.Anexos .....	109
Anexo I – Catálogo de produtos de higienização das Ambulâncias SIV .....	111
Anexo II – Guia de Limpeza e Desinfecção do equipamento das Ambulâncias SIV .....	115



## **1. Introdução**

O presente trabalho insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica incluído no módulo de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica III, e surge na sequência de uma proposta de intervenção com interesse prático para o local de estágio, neste caso, para as bases da Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A Emergência Pré-Hospitalar é o meio de atendimento que exige uma tomada de decisões rápida de forma precisa e objetiva, pois corre-se constantemente contra o tempo, os profissionais estão expostos a diversos riscos como infeções, contaminações e acidentes, principalmente, por manusearem materiais orgânicos de vítimas com antecedentes desconhecidos, podendo ocorrer infeção cruzada de microrganismos entre os profissionais e outras vítimas. Cientes de que o ambiente pré-hospitalar constitui um risco para o doente e para os profissionais, consideramos fundamental a implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações. Esta necessidade surgiu após observação do trabalho dos profissionais nos mais diversos meios de assistência, concluímos que existia necessidade de melhoria nos procedimentos de limpeza e de desinfeção do material constituinte da carga das viaturas, o que quanto a nós constitui um défice de segurança e qualidade de cuidados.

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 pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A IACS, não são uma problemática recente, mas assumem cada vez maior relevo em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que as tecnologias são cada vez mais avançadas e invasivas, e conseqüentemente o número de doentes em terapêutica imunossupressora aumenta, existe um maior risco de infeção. Os estudos internacionais mostram que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O controlo de infeção é um aspeto importante na prestação de cuidados para os profissionais de saúde a nível da emergência pré-hospitalar. O objetivo principal das organizações de saúde deve ser o contínuo aperfeiçoamento e prestação de cuidados de saúde de qualidade com recurso a estratégias eficazes de controlo da infeção, baseadas na prevenção da transmissão da infeção (MCDONELL, 2008).

A capacidade de evitar as infeções pode e deve ser um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo de infeção é evitar as infeções evitáveis e fazê-lo com custo-efetivo, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infeção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível (COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO, 2007).

A metodologia adotada para constituir este projeto consiste em organiza-lo por capítulos, com recurso a uma estratégia descritiva e reflexiva.

O primeiro capítulo é referente à introdução aonde se define o projeto, faz-se referência à pertinência do tema durante o módulo de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No segundo capítulo faz-se a contextualização da prevenção e controlo de infeção no pré-hospitalar. O terceiro capítulo refere-se à proposta da norma onde serão descritos os procedimentos referentes à limpeza e desinfeção do ambiente pré-hospitalar. E finalizar-se-á com a conclusão seguindo-se das referências bibliográficas. Por último a apresentação dos anexos, sendo o Anexo I o Catálogo de Produtos das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e o Anexo II o Guia de Limpeza e Desinfeção do equipamento das Ambulâncias SIV.

## **2. Prevenção e Controlo de Infecção no Pré-hospitalar**

A Prevenção e Controlo das IACS's são importantes na medida em que evitam a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde, incluindo na assistência pré-hospitalar. Assim, assume-se a prevenção e o controlo da infecção como fundamental para melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde.

A implementação das precauções básicas constitui a medida de primeira linha para o controlo das IACS's entre doentes e profissionais. Tais medidas incluem a higienização das mãos, o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), controlo ambiental, saúde e segurança dos profissionais, higiene / etiqueta respiratória e práticas de injeção seguras (CDC, 2007).

Estas devem ser usadas quando se prevê o contacto com sangue e fluídos orgânicos, secreções e excreções (exceto suor) e soluções de continuidade da pele e membranas mucosas.

Na prestação de cuidados a doentes em contexto pré-hospitalar é importante a equipa garantir a segurança dos procedimentos efetuados, para tal é necessário que durante todos os cuidados prestados seja criado e mantido um ambiente seguro, utilizando estratégias de forma a garantir a qualidade e minimizar o risco, para segurança do doente e da equipa.

Durante a abordagem e estabilização do doente crítico são efetuados procedimentos e terapêuticas invasivas que aumentam os riscos associados de infecção, pois estes procedimentos provocam uma quebra nos mecanismos de proteção e defesas naturais do indivíduo podendo ficar seriamente comprometidas.

Como a abordagem e estabilização da vítima no pré-hospitalar é efetuada no local da ocorrência, é praticamente impossível fazê-lo sem recorrer a procedimentos que aumentem o risco de infecção, que continua mesmo durante a fase de transporte dentro da ambulância.

Numa situação de emergência, por vezes é difícil controlar de forma rigorosa a manutenção de práticas assépticas durante as intervenções realizadas por parte da equipa.

As IACS's na assistência pré-hospitalar estão, geralmente, associadas a procedimentos invasivos envolvendo técnica asséptica, com a gravidade da vítima e com a necessidade de realizar procedimentos emergentes.

No entanto é importante manter o equilíbrio entre a necessidade de procedimentos assépticos e de realizar técnicas de “*life saving*”, pois a execução de procedimentos assépticos em meio hospitalar é completamente diferente do pré-hospitalar no que concerne à manutenção da assepsia consequentemente o aumento do risco de infeção.

A evidência científica que garante a qualidade dos programas de controlo de infeção foi estabelecida pelo projeto SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) orientado pelo CDC entre 1974 e 1983, demonstrando que 32% das infeções nosocomiais (atualmente designadas de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde) podiam ser evitadas (CUNHA, 2000).

O surgir de associações dedicadas ao controlo de infeção contribuiu para a elaboração de recomendações e *guidelines*, das quais se destacam a *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC), *Infectious Disease Society of America* (IDSA), *Society for Healthcare Epidemiology of America* (SHEA), o *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC), *Hospital Infection Program* (HIP) e *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC), como tal, denota-se a importância da utilização de medidas de controlo de infeção, sendo referências imprescindíveis na prestação de cuidados.

Mediante a importância de manter um ambiente seguro e com reduzido risco de infeção nas ambulâncias SIV, o grupo elaborou uma norma de procedimentos de atuação referente à limpeza e desinfeção do ambiente pré-hospitalar, que passa a ser descrito abaixo.

### **3. Norma de Procedimento e Limpeza e Desinfecção em Ambiente Pré-hospitalar**

A presente norma de procedimentos surgiu após constatação de uma situação/problema existente nos meios de ativação do INEM em relação a dúvidas dos profissionais de como manter o ambiente seguro, como proceder à limpeza e desinfecção do material existente na ambulância. Sendo que esta informação ficará disponível para as equipas, de forma a puderem consultar em caso de dúvida.

#### **Procedimentos/Instrução**

Limpeza e Desinfecção do Ambiente Pré-Hospitalar.

##### **1. Objetivo**

- Informar acerca da necessidade de controlo de infeção em pré hospitalar
- Uniformizar procedimentos no domínio do Controlo de Infeção
- Servir como instrumento de apoio às atividades diárias, nomeadamente aquelas que são, pela sua importância, suscetíveis de risco para as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

##### **2. Âmbito ou campo de aplicação**

Os procedimentos de limpeza e desinfecção destinam-se às ambulâncias SIV e a todo o seu material constituinte, no Anexo I apresenta-se em forma de poster o catálogo de produtos de higienização destas e o Anexo II apresenta o Guia de Limpeza e Desinfecção do equipamento.

## **CONSIDERAÇÕES GERAIS**

A limpeza e manutenção dos compartimentos e equipamentos constituintes das ambulâncias SIV, são medidas fundamentais para a prevenção de transmissão de infecção e para o controlo da qualidade em ambiente pré hospitalar.

A limpeza consiste no processo de remoção da sujidade o que inclui a remoção de microrganismos nela contidos e da matéria orgânica que favorece a sobrevivência e proliferação dos mesmos.

Um ambiente limpo e seco reduz os riscos de infecção para os doentes e profissionais, na medida em que a limpeza reduz significativamente o número e o tipo de microrganismos presentes (vertente microbiológica).

Contribui também para uma sensação de conforto por parte dos doentes e confere condições de trabalho dos profissionais (vertente não microbiológica).

A desinfeção de superfícies por rotina não está indicada, uma metodologia de descontaminação correta (água quente e detergente) consegue remover 80-85% dos microrganismos presentes e o tempo de recontaminação dessa mesma superfície é igual existindo posterior desinfeção ou não.

O uso de desinfetantes de forma incorreta gera problemas de risco ambiental e de saúde dos profissionais e doentes, podendo também danificar superfícies e materiais por processos de corrosão e abrasão.

### **3. Modo de Proceder / Descrição das atividades**

As atividades assentam nos seguintes pontos: limpeza, detergentes, desinfeção, limpeza e desinfeção dos equipamentos, material e erros graves.

#### **3.1 Limpeza**

A limpeza é um processo, fundamentalmente físico, cujo objetivo é a separação ou o desprendimento de todo o tipo de sujidade agarrada às superfícies, objetos e utensílios e a posterior eliminação da solução detergente durante a fase de enxaguamento final.

A sua ação pode ser desempenhada através de meios químicos, mecânicos ou térmicos com a função de verificação e manutenção da aparência das superfícies e ação de redução de contaminação de microrganismos transitórios.

- Meio químico: ação de produtos com propriedades de dissolução, dispersão e suspensão de sujidade;
- Meio mecânico: ação obtida pelo meio de esfregar manualmente ou pela pressão de uma máquina de lavar, permitindo a remoção da sujidade;
- Meio térmico: ação pelo calor, o qual reduz a viscosidade da gordura, tornando-a mais fácil de remover. Sempre que a temperatura for alta e aplicada em tempo suficiente, ela também poderá ter (por si só) uma ação desinfetante ou esterilizante.

Aquando do processo de limpeza, há que ter em atenção o tipo de sujidade que se pretende remover, considerando cada superfície, a sua utilização e assim a seleção do produto adequado.

Ao considerar os procedimentos de limpeza devemos definir os seguintes aspetos relativamente à sua frequência.

- A **limpeza diária (d)** refere-se à higienização básica do ambiente, feitas com pano, água e sabão (húmida ou seca). Este procedimento é usado para limpar chão e estruturas laterais da ambulância e para esvaziamento ou troca de recipientes.

- A **limpeza semanal (s)** envolve uma higienização mais completa que a diária, em todos os ambientes e materiais, nos lados internos e externos. Deve ser realizada pelo menos uma vez por semana.

- A **limpeza imediata (i)**, é feita em ambientes críticos, com grande risco de contaminação. Essa limpeza deve ser feita logo que o ambiente for sujo, para evitar que os resíduos sequem ou se espalhem, e, assim, as bactérias comecem a se proliferar. Aplica-se logo que ocorram salpicos ou derramamento de produtos biológicos (sangue ou matéria orgânica) em qualquer altura do dia.

### 3.1.1 Técnicas de Limpeza

A limpeza é feita apenas com água e detergente usando-se, inicialmente, um pano húmido para recolha de resíduos, seguindo-se de limpeza com água e detergente, retirando toda a sujidade.

A limpeza responde a vários princípios técnicos:

- **Orientação horizontal** - Da zona mais afastada para a mais próxima da saída;
- **Orientação Vertical** - De cima para baixo, das superfícies que se encontram mais afastadas do chão para as que se encontram mais próximas;
- **Orientação Limpo-Sujo** - Limpar primeiro as zonas que se encontram mais limpas e progredir para as mais sujas;
- **Não levantar pó** - Fazer limpeza por meios húmidos, não utilizar materiais ou técnicas de limpeza que levantem ou dispersem o pó;
- **Secar adequadamente** - Depois da limpeza as superfícies devem ficar o mais secas possível. Nunca deixar uma superfície/equipamento ou pavimento molhados ou húmidos, uma vez que o meio líquido favorece o desenvolvimento de microrganismos.
- **Uso de dois Baldes:** A técnica de limpeza utilizando dois baldes tem por objetivo estender o tempo de vida útil do detergente, diminuindo o custo e a carga de trabalho.

#### **Procedimento:**

- Preparar dois baldes, um com água e detergente e outro apenas com água;
- Mergulhar o pano no balde com água e detergente, torcendo-o bem para retirar o máximo possível de água (substitui a operação de remover o pó seco, e ao mesmo tempo promover a limpeza);
- Abrir o pano humedecido, dobrando-o em 2 ou 4;
- Limpar as superfícies, desdobrando o pano para utilizar todas as dobras limpas;
- Limpar em paralelo, com movimentos ritmados, longos e retos;

- Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras;
- Voltar a mergulhar o pano no balde com água e detergente, para se necessário, reiniciar o procedimento de limpeza;
- Repetir a operação quantas vezes se considerar necessário para promover a limpeza;
- Trocar o conteúdo dos baldes sempre que visivelmente sujo, quantas vezes forem necessárias;
- Despejar conteúdo dos baldes;
- Limpar e guardar todo o material após o uso;
- Lavar as mãos.

### **3.1.2 Detergentes**

O detergente é um produto utilizado para limpeza, contendo tensoativos destinados a favorecer a eliminação da sujidade visível através da água (emulsionam gorduras e mantêm resíduos em suspensão).

O detergente não destrói os microrganismos por ação direta, mas por desagregação da sujidade das superfícies em suspensão na solução de lavagem.

Após a utilização de um detergente as superfícies ficam visivelmente limpas mas não desinfetadas.

### **3.2 Desinfecção**

A desinfecção consiste na operação de eliminar, reduzir ou inativar microrganismos indesejáveis em meios inertes. Os resultados são limitados aos microrganismos presentes no momento da operação (momentâneo).

A desinfecção deve ser SEMPRE precedida pela limpeza, garantindo o cumprimento as suas três etapas: limpeza, enxaguamento e secagem.

A desinfecção utiliza-se a diferentes níveis:

- Desinfecção de superfícies;
- Desinfecção de material e instrumentos;
- Desinfecção mecânica de material termo sensível.

### **3.2.1 Desinfetantes**

Condições de utilização dos desinfetantes:

- Conhecer a ficha técnica do produto;
- Respeitar as indicações de utilização (procedimento);
- Respeitar as dosagens e diluições recomendadas (sobredosagem é ineficaz e pode danificar o material e prejudicar gravemente a saúde de quem o manipula);
- Respeitar tempos de contacto e temperatura da água de diluição;
- Respeitar datas de validade e conservação do produto após a abertura (datar abertura nos frascos é muito importante);
- Utilizar embalagens de origem.

Não devem ser utilizados dispersores ou borrifadores com a solução diluída de desinfetante por risco de produção de aerossóis (recomendação do fabricante).

O desperdício da solução diluída de desinfetante deve ser feito para a canalização comum em simultâneo com água corrente (de forma a aumentar a diluição) e nunca na sua forma pura ou apenas com a primeira diluição.

#### **Álcool a 70%**

O álcool a 70% é utilizado na Desinfecção Imediata e deverá ser usado após limpeza. Este está indicado para a desinfecção de equipamentos, bancadas, macas, superfícies metálicas e etc;

**Procedimento:**

- Retirar o excesso da carga contaminante (matéria orgânica) se houver, com papéis absorventes, utilizando sempre luvas;
- Proceder à limpeza com água e detergente em toda superfície, usando a técnica de pano húmido;
- Embeber o pano no álcool e fazer 3 fricções locais por 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente;
- Manter o frasco rotulado com nome da solução, validade, data da abertura e assinatura;
- O prazo máximo para uso da solução, após a abertura do frasco, é de 7 dias;

**3.3 Limpeza e Desinfecção de Equipamentos**

As ambulâncias SIV possuem uma grande diversidade de equipamentos, sendo a sua limpeza e desinfecção condicionada pelas suas características físicas e materiais, assim como pelas indicações do fabricante.

É obrigatório conhecer as indicações do fabricante antes de aplicar um produto ou executar a limpeza/desinfecção de um equipamento.

O uso incorreto/desadequado dos produtos de limpeza poderá resultar em dano/má função ou mesmo inutilização do equipamento.

Procede-se à discriminação dos produtos de limpeza e desinfecção adequados aos equipamentos mais comuns da carga da SIV no Anexo II.

**3.3.1 Procedimento Limpeza Célula Sanitária da ambulância SIV**

- Recolher todo o material constituinte da carga da ambulância e coloca-lo no exterior;
- Preparar dois baldes, um com água e detergente, outro apenas com água;
- Limpar a célula humedecendo um pano com água e detergente;

- Começar pelo teto e partes laterais do interior da célula sanitária;
- Passar pano húmido embebido em água pura duas vezes, ou mais se necessário, para retirar todo o detergente;
- Não misturar os panos de limpeza de bancadas com os de limpeza do chão;
- Retirar as luvas de limpeza de bancadas e lavar as mãos;
- Colocar as luvas destinadas à limpeza do chão;
- Proceder à limpeza do chão com água e detergente começando pela parte mais distal da ambulância (junto à célula do condutor) e ir limpando com movimentos paralelos até à porta de saída exterior;
- Lavar o pano no balde com água pura;
- Passar o pano húmido com água pura para retirar todo o detergente quantas vezes for necessário;
- Deixar secar;
- Calçar novas luvas;
- Substituir a água do balde;
- Limpar individualmente a carga constituinte da ambulância, respeitando a técnica de limpeza de cada equipamento;
- Arrumar a carga, alocando-a no seu respetivo local.

#### **4. Material e Equipamento**

Considera-se material necessário para a realização da limpeza e desinfeção do ambiente:

- Toalhetes secos descartáveis;
- Toalhetes impregnados com detergente;
- Medidor de soluções líquidas pequeno (50ml);
- Medidor de soluções líquidas grandes (balde volumétrico);
- Recipiente para colocar a solução diluída;

- Caneta para identificar recipiente;
- Aventais de plástico descartável;
- Luvas descartáveis;
- Catálogo explicativo de diluições de detergentes e desinfetantes;

Cada equipa deve garantir a disponibilidade e preservação do material necessário, a utilização de materiais não recomendados ou a sua não disponibilidade poderá levar a incumprimentos no processo de limpeza e desinfeção.

## **5. Responsabilidades**

São das responsabilidades conjuntas dos Enfermeiros e TAE's das SIV:

- Executar procedimentos de limpeza de acordo com A Política de Limpeza e Desinfeção do Ambiente Pré- Hospitalar;
- Assegurar um ambiente limpo dentro da ambulância e na base SIV;
- Respeitar as condições de utilização de detergentes e desinfetantes;
- Utilizar EPI's de acordo com o regulamentado;
- Alertar a sede INEM sobre material/equipamento danificado (ou que não cumpra a sua função);
- Executar a Triagem correta de Resíduos Hospitalares de acordo com os Procedimentos N°1 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos I e II), N°3 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos III e IV) e N°7 (Resíduos Líquidos com Risco Biológico).



## 4. Conclusão

As atividades ligadas à prevenção e controlo de infeção têm sido uma área do conhecimento em constante evolução nos últimos 30 anos. Os esforços para reduzir o risco da IACS, baseados na vigilância epidemiológica, na pesquisa e na formação profissional, têm balanceado com um número crescente de doentes imunodeprimidos, com o surgimento das resistências aos antibióticos, com as infeções multirresistentes e com a necessidade de proceder a técnicas invasivas.

O facto de 25 a 50% das IACS estarem associadas a um efeito combinado entre procedimentos invasivos e a flora endógena, realça a importância da filosofia da prevenção. (CUNHA, 2000) Neste contexto, as CCI têm desempenhado um papel importante, ao determinar as políticas e ao elaborar programas efetivos de luta contra as infeções baseadas na evidência.

A limpeza, desinfeção são essenciais para proteger os doentes e a equipa de microrganismos patogénicos. Com este trabalho pretendemos salientar que para conseguir prevenir e controlar a infeção no cenário pré-hospitalar, é necessário desenvolver estratégias para gerir eficazmente os riscos.

O avanço na área do controlo de infeção requer o desenvolvimento de um conjunto de partilha de valores organizacionais, de diretrizes de conduta e princípios de qualidade que apoiem a estratégia do serviço de controlo de infeção. Cuidadosa atenção a este processo irá fornecer a segurança que é necessária ao cuidar de doentes. (MCDONELL, 2008)

O processo de mudança de comportamentos é um desafio que significa conhecer a situação real do problema e implantar medidas que as solucionem. Assim, esperamos que o esforço deste trabalho seja reconhecido, e que a prevenção e controlo da infeção seja uma realidade em crescendo entre os profissionais integrantes dos meios de socorro pré hospitalar.

Todo o material que apresentamos em anexo foi pensado no sentido de ser de fácil acesso e consulta, pelo que consideramos pertinente a sua alocação junto das folhas de *checklist* das ambulâncias SIV. Cientes de que as medidas futuras dependerão somente dos

intervenientes da instituição INEM, pensamos ter dado um contributo com vista à melhoria da qualidade dos cuidados cumprindo com um dos objetivos para este estágio.

Em suma, enquanto futuras enfermeiras especialistas pensamos ter adquirido competência capaz de nos fazer equacionar os problemas e dar - lhes um caminho seguro atuando de forma técnica e científica, conforme pretendido com a realização deste trabalho.

## 5. Referências Bibliográficas

ADMISNISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO (2009). *Manual de Procedimentos: Higienização das Instalações dos Centros de Saúde*. Fevereiro

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (2013). *Manual de Controlo de Infeção*

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf> acedido em 7 de Junho de 2014

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO (2007). *Manual da CCI*. Porto: Centro Hospitalar do Porto

CUNHA, J. (2000). *Prevenção e Controlo da Infeção na Emergência Pré-Hospitalar: Projeto de Intervenção na VMER do Pedro Hispano*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Tese de Investigação do Curso de Enfermagem em Controlo de Infeção

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa

MCDONELL, A. (2008) *Issues of infection control in prehospital settings*. Journal of Emergency Primary Health Care. Vol. 6. No 4.



## **6. Anexos**



**Anexo I – Catálogo de produtos de higienização das Ambulâncias SIV**



## SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS DE EMERGÊNCIA

### Catálogo de Produtos e Higienização das Ambulâncias

Nome Comercial do Produto	Categoria	Indicações	Modo de Emprego
	<b>Detergente; Desinfetante de superfícies</b>	<b>Limpeza e Desinfecção de Superfícies Horizontais acima do solo:</b> - Maca - Célula Sanitária Interior - Monitores e cabos	- Pulverizar o produto em diferentes pontos da superfícies - Espalhar a solução com ajuda de um pano seco, sem secar; - Não Enxaguar - Deixar secar
	<b>Sabão Líquido Hipoalergénico para mãos e pele sã</b>	<b>Desinfetante para mãos quando estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com <i>Clostridium difficile</i>, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias</b>	- Molhar as Mãos - Colocar 3ml de solução nas mãos - 5 passos – 1 minuto - Secar com folha de papel
	<b>Desinfetante de Uso Geral à Base de Cloro</b>	<b>Limpeza geral e desinfecção de louça sanitária e fardamento</b>	<b>Para manchas de fardamento:</b> - Deixar a roupa inteiramente molhada em água, adicionar 100 mL de produto para cada 0,5 Litros de água. Deixar de molho por 15 minutos e enxaguar. <b>Para limpeza de louça sanitários e ralos:</b> - Na remoção de manchas usar puro e enxaguar. <b>Para limpeza e desinfecção:</b> - Diluir 30 mL do produto em 0,1 Litro de água, deixar agir por alguns minutos e enxaguar
	<b>Desinfetante para mãos e pele sã</b>	<b>Desinfecção de mãos 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</b>	- Aplicar o anti-séptico de base alcoólica para fricção das mãos - Não necessita de água nem toalhetes. - 5 passos da desinfecção das mãos durante 15-30 segundos.
	<b>Detergente; Desinfetante de superfícies</b>	<b>Limpeza e desinfecção de pisos e superfícies, paredes e materiais médicos</b> - Chão da ambulância	- Calçar luvas - Selecionar 2 baldes com 8 litros de água, cada. - Deitar 20 ml de Surfianos num dos baldes - Após varrer a superfície, humedece-la com uma esfregona só com água - Passar a esfregona envolvida na diluição de Surfianos em movimentos tipo S. - Não enxaguar - Deixar secar
	<b>Absorvente Rápido de Líquidos Orgânicos</b>	<b>Absorve rapidamente fluidos como sangue e urina presentes nas superfícies.</b>	- Calçar Luvas - Espalhar uma camada fina sobre os fluidos - Esperar alguns instantes até solidificar - Recolher com a ajuda de uma pá e vassoura



**Anexo II – Guia de Limpeza e Desinfecção do equipamento das  
Ambulâncias SIV**





Ana Karina Rocha, Carla Pires, Cármen Patrícia Moreira, Sara Oliveira sob orientação da Mestre Lúcia Rocha e Enfermeira Especialista Adriana Machado

## SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS DE EMERGÊNCIA

### Guia de Limpeza e Desinfecção do Equipamento das Ambulâncias

Equipamento	Frequência	Produto		Comentário
		Limpeza	Desinfecção	
Seringa Infusora	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Braçadeiras de Pressão Arterial (Automáticas ou Esfigmomanómetros)	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Quando macroscopicamente suja, e se possível, a braçadeira deverá ser trocada.
Cadeira de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Maca de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Deverá usar-se sempre que possível um lençol descartável entre a maca e o utente.
Plano Duro	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Macas de Extração	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Monitor	Imediata, diária e semanal	Anios	Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Aspirador de Secreções	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Rádio e Computador	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante. Ecrã deve ser higienizado com produto próprio*.
Ventilador de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Sacos de abordagem	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Interior e exterior. Sem esquecer fechos, alças...
Célula Sanitária	Imediata, diária e semanal	Anios	Saniclean, Álcool 70° ou Anios e Surfianos	



## **Anexo V – Protocolo sobre Sede em Cuidados Intensivos**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-**  
**CIRÚRGICA**

**Sede em Cuidados Intensivos:**  
**Proposta de Intervenção**

**Aluno:** Carla Pires

**Sob orientação:** Mestre Patrícia Coelho  
Mestre Ricardo Dantas  
Enfermeiro Especialista Gustavo Azevedo

**Porto, Novembro de 2014**



*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”*

Florence Nightingale



## **Lista de Abreviaturas / Siglas**

CI – Cuidados Intensivos

PAVI – Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

SMI – Serviço de Medicina Intensiva



## Índice

1.Introdução.....	129
2.Sede em contexto de Cuidados Intensivos .....	131
2.1Memórias.....	131
2.2Fatores Predisponentes .....	132
2.3Estratégias de Intervenção.....	133
3.Conclusão .....	137
4.Referências Bibliográficas.....	139
5.Anexos.....	141
Anexo A – Protocolo da Sede em Cuidados Intensivos .....	143



## **1. Introdução**

No âmbito da unidade curricular de Estágio – Cuidados Intensivos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi-me proposto elaborar um projeto de intervenção com interesse prático para o local de estágio, neste caso o Serviço de Medicina Intensiva no Hospital Pedro Hispano, mediante as necessidades observadas e com base na evidência científica, enquanto futura enfermeira especialista.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pertencem a um contexto muito específico de cuidados de saúde, pois são um serviço muito sofisticado pela tecnologia de monitorização e intervenção terapêutica, tal como pelos recursos humanos especializados e pela gravidade do estado clínico das pessoas aí internadas (Almeida, Ribeiro, 2008).

As pessoas internadas em Cuidados Intensivos (CI) estão na maioria das vezes com suporte de ventilação mecânica e entubadas, o que lhes causa alguns fatores de stress impedindo-as de falar, ficando com sede, com dificuldade em deglutir, sem controlo do ambiente existente à sua volta (Rotondi, et al, 2002).

Perante esta evidência, surge a necessidade de se intervir nos fatores causadores de stress, para tal é necessário recorrer à implementação de intervenções em que os enfermeiros possam atuar de forma autónoma, com vista à melhoria dos cuidados prestados à pessoa internada.

A metodologia adotada para a elaboração deste projeto consiste em organiza-lo por capítulos, com recurso a uma estratégia descritiva e reflexiva.

O primeiro capítulo é referente à Introdução aonde consta a definição o projeto de intervenção, fazendo-se referência à pertinência do tema durante o módulo de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No segundo capítulo faz-se o enquadramento e fundamentação teórica sobre a Sede em contexto de CI tendo-se recorrido à pesquisa bibliográfica em bases de dados, o qual foi

subdividido em três capítulos: o primeiro sobre as memórias; o segundo sobre os fatores predisponentes e por último as estratégias de intervenção. O próximo capítulo será a Conclusão, seguindo-se das Referências e por último os Anexos, sendo o Anexo I referente ao Protocolo da Sede em Cuidados Intensivos.

## **2. Sede em contexto de Cuidados Intensivos**

### **2.1 Memórias**

As memórias fazem parte da nossa vida, pois temos recordações de todos os momentos que nos marcam, quando existe o processo de consciencialização. No caso das pessoas submetidas a um evento traumático que implique um internamento em cuidados intensivos, na maioria das vezes não existe essa consciencialização e ocorrem memórias soltas de experiências geradoras de stress que não são entendidas (Jones, et al, 2010).

Essas memórias desagradáveis estão frequentemente relacionadas com as experiências que as pessoas internadas em UCI têm acerca do internamento, pois foram submetidas a várias intervenções dolorosas, tais como: a entubação orotraqueal, a colocação de dispositivos intravasculares, além de outros procedimentos invasivos (Castro, 2011).

As pessoas internadas numa UCI enfrentam problemas psicológicos durante a sua recuperação, incluindo ansiedade, depressão e stress pós-traumático (Jones, et al, 2010). Essas vivências experienciadas pelas pessoas doentes internadas numa UCI foi relatada no estudo efetuado por Jones, et al (2010), no qual se fez o registo das memórias desagradáveis descritas por estes e as suas implicações. Este estudo apresentou uma amostra randomizada de 352 participantes, permanecendo neste durante 1 mês, no qual a incidência de novos casos de stress pós-traumático reduziu no grupo de intervenção comparado com o grupo de controlo (5% versus 13%,  $P=0,02$ ), apresentando evidência significativa.

Sendo assim, o enfermeiro tem um papel extremamente importante enquanto agente humanizador dos cuidados prestados numa UCI, como tal necessita de olhar para a pessoa doente no seu todo, e intervir com ações autónomas de forma a diminuir os agentes causadores de stress e proporcionar uma melhoria do bem-estar à pessoa doente.

## 2.2 Fatores Predisponentes

A pessoa internada em CI, encontra-se vulnerável, instável, em estado crítico, com a necessidade de cuidados especializados com o objetivo da manutenção da vida. Está sujeita a vários fatores estranhos que podem levar ao aumento do stress, ansiedade e dificuldade em dormir, entre outros, pois esta assistência intensiva contribui para a perda de identidade e privacidade e aumento da ansiedade (Castro, 2011).

Tendo em conta a variedade dos acontecimentos existentes nas UCI, as pessoas internadas estão sujeitas a vários agentes causadores de stress que podem pôr em causa o seu bem-estar e a satisfação das suas necessidades (Almeida, Ribeiro, 2008).

A sede é um dos sintomas que provoca desconforto aos doentes críticos que têm suporte de ventilação mecânico na UCI. Por vezes, após a alta dos CI, as pessoas doentes recordam a sede como sendo uma das memórias stressantes durante o internamento. Isso destaca o problema da sede, e se estas memórias de sede dependem do facto dos enfermeiros não perceberem que a pessoa doente sofre de sede ou se a sede é um problema difícil de tratar (Landström, et al, 2009).

Um dos problemas expressos pelas pessoas doentes prende-se com a sede e com a vontade de a saciar. De seguida encontra-se o relato de uma mulher internada numa UCI, em que descreveu a sua sede e o seu anseio por beber algo desta maneira:

*“I am so thirsty I can drink a whole bucket of water at once. I feel such craving. I am so very thirsty. I’m just longing for something to drink. Drink, drink and drink”* (Persenius, et al, 2009).

Este relato reforça a necessidade de se intervir nesta área tão importante e tão causadora de stress e ansiedade. Pois a maioria dos fatores indutores de stress não são previsíveis para a pessoa doente, esta imprevisibilidade dos agentes causadores de stress deixa a pessoa doente sempre na expectativa, pois a esta não tem qualquer tipo de controlo sobre o ambiente que a rodeia (Almeida, Ribeiro, 2008).

É importante perceber quais os fatores que predispõem a sede em contexto de CI, mesmo sabendo que é difícil controlá-los. O estudo de Stotts, et al (2014) pretende identificar os fatores preditivos da sede numa UCI, sendo que a amostra do estudo (n=353) é constituída por pessoas doentes internadas em três UCI (médico-cirúrgica, cardíaca e neurológica), em que ao grupo da sede corresponde (n=252) e ao grupo de controlo (n= 101). Com o uso de uma escala numérica pretenderam quantificar a presença, a intensidade e a angústia da sede, sendo estes dados analisados utilizando uma regressão logística e truncada com alfa de 0,05.

Este estudo referiu que os fatores preditivos da presença da sede, apresentando uma evidência significativa, são: elevadas doses de opióides ( $\geq 50\text{mg}$ ) ( $P=0,001$ ); elevadas doses de furosemida ( $> 60\text{mg}$ ) ( $P=0,038$ ); inibidores seletivos da recaptção de serotonina ( $P= 0,048$ ); baixo nível de cálcio ionizado ( $P=0,008$ ). Os preditores da intensidade da sede descritos, apresentando uma evidência relevante, são: receber fluídos orais ( $P=0,001$ ) e ter um diagnóstico clínico de patologia Gastrointestinal ( $P=0,02$ ).

Os preditores da angústia da sede referenciados, apresentando evidência significativa, são: ventilação mecânica ( $P=0,014$ ); balanço hídrico negativo ( $P=0,043$ ); medicamentos anti hipertensores ( $P=0,001$ ); e um diagnóstico clínico de patologia gastrointestinal ou outro ( $P=0,003$ ). O estudo confirma a necessidade de se avaliar as múltiplas dimensões da sede e implementar intervenções que abordem esses fatores de risco inseridos no contexto dos cuidados prestados em CI.

Os profissionais de saúde devem ter em atenção à prática baseada na evidência, de forma a reduzir o desconforto e os encargos relacionados com sede em pessoas criticamente doentes (Stotts, et al, 2014).

### **2.3 Estratégias de Intervenção**

Como afirma a evidência científica a sede é um dos sintomas mais referenciados pelas pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos, como causadora de grande stress, daí surge a necessidade de se intervir, sendo que os enfermeiros têm um papel

fundamental para efetuar o diagnóstico desta necessidade e atuar. Por tanto surge o projeto de intervenção de estágio sobre a criação de um conjunto de medidas de prevenção e redução da sede às pessoas doentes internadas nos CI independentemente do estado de consciência.

Inicialmente começou-se por efetuar uma pesquisa em base de dados para se puder fundamentar quais as melhores medidas para as pessoas doentes em estado crítico, sendo assim, Puntillo, et al (2014) efetuaram um estudo clínico randomizado para a implementação de intervenções para aliviar a sede e boca seca nas pessoas internadas numa UCI, estes definem as seguintes medidas de intervenção: compressas húmidas, gelo, spray de água gelada e gel hidratante, por exemplo de mentol. No estudo a amostra era composta por grupo de intervenção (n=127) e o grupo de cuidados habituais (n=125), obtendo-se os seguintes resultados, os valores de intensidade e de angústia da sede diminuíram antes e após os procedimentos, sendo significativamente maior no grupo de intervenção do que no grupo de cuidados habituais apresentando um evidência significativa ( $P < 0,01$ ). Especificamente, os valores da intensidade da sede no grupo de intervenção diminuiu em média 2,3 pontos em relação ao grupo de cuidados habituais que diminuiu em média 0,6 pontos. No caso da angústia da sede os valores referentes ao grupo de intervenção diminuíram em média 1,8 pontos em relação ao grupo de cuidados habituais que diminuiu 0,4 pontos, apresentando uma evidência relevante ( $P < 0,05$ ).

Landström, et al (2009) realizam um estudo sobre as perceções dos enfermeiros em relação à sede nos doentes ventilados em CI, no qual identificaram que a sede é um problema à qual se deve dar atenção, no entanto, esta não é uma prioridade para os enfermeiros, que normalmente não fazem qualquer tipo de referência sobre ela nos registos de enfermagem. No estudo, também afirmam que os cuidados com a higiene oral, os dentes e uso de um hidratante e lubrificante nos lábios devem ser efetuados várias vezes por dia, sendo que, Puntillo, et al (2014) faz a distinção de cuidados de higiene oral e o alívio da sede como sendo diferentes, criando um conjunto de medidas para alívio da sede.

Iniciou-se este projeto, tendo por base a evidência científica, pensando-se em medidas de baixo custo para a implementação de intervenções de prevenção e/ ou redução da sede. As medidas que podem ser utilizadas descritas na evidência científica prendem-se com o

uso de espátula de compressa húmida, o gelo granizado, o pulverizador de água gelada e gel hidratante.

Sendo assim, o gel hidratante será colocado de parte pelos custos associados, quanto ao gelo como forma de evitar queimaduras da mucosa oral pensou-se em utilizar granizado de gelo, as compressas húmidas não tinha qualquer inconveniente para o serviço, em relação aos frascos com pulverizador foi necessário o contato com enfermeira responsável pela esterilização para saber qual o material que poderia ser esterilizado, para posteriormente ser utilizado, resolvendo-se esta questão procedeu-se à elaboração do protocolo de atuação que se encontra descrito no Anexo I, com o objetivo de prevenir e reduzir a sede nas UCI, tendo em atenção se os doentes internados possuem o seu sistema neurológico preservado.

Como o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) possui uma consulta de follow up de acompanhamento da pessoa doente e família, esta temática pode ser inserida nessas consultas para se perceber se estas medidas estão a ser eficazes ou não ou se é necessário ajustá-las.

Este foi o primeiro passo para se implementar uma mudança nas intervenções realizadas no SMI no Hospital Pedro Hispano, podendo-se a partir daqui desenvolver muitos mais projetos e melhorar os cuidados de enfermagem prestados às pessoas doentes em estado crítico.



### **3. Conclusão**

A sede é um sintoma que se manifesta de forma intenso e angustiante, sendo recorrente nas pessoas internadas em cuidados intensivos. A execução de medidas simples, seguras e de baixo custo reduzem a intensidade e desconforto da sede, como também a xerostomia. Sendo assim a implementação destas intervenções, na prática pode aliviar um dos sintomas mais angustiantes experienciados por pessoas doentes em estado crítico (Puntillo, et al, 2014).

A realização deste trabalho mostrou-se bastante gratificante, pelo facto de poder realizar um projeto com interesse prático para o SMI inserido no módulo de estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e baseado na evidência, pois como futura enfermeira especialista é fundamental basear a prática na evidência.

O processo de mudança de comportamentos é um desafio que significa conhecer a situação real do problema e implementar medidas que as solucionem. Assim, espera-se que com a elaboração deste projeto a prevenção e/ ou redução da sede seja implementada, pelos enfermeiros a exercer funções no SMI do Pedro Hispano.

A aprendizagem pela análise e confrontação da prática profissional orientada para a melhoria da qualidade na resolução de problemas reais, revelou ser uma metodologia eficaz, na medida em que é motivador o ato de aprender para mudar/melhorar.

O aumento do conhecimento sobre a sede, higiene oral, baseada na evidência científica, tal como, a implementação de estratégias e protocolos para identificar a sede, e constando dos registos de enfermagem, pode levar à prevenção e redução dos efeitos da mesma (Landström, et al, 2009).

Em suma, enquanto futura enfermeira especialista julgo ter adquirido competências para identificar o problemas reais e dar-lhe uma resposta segura atuando de forma técnica e científica, conforme pretendido com a elaboração deste projeto.



#### 4. Referências Bibliográficas

Almeida, M.; Ribeiro, J. (2008). *Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos*. Revista Referência. Nº 7. p.79-88

Castro, C.; Vilelas, J.; Botelho, M. (2011). *A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura*. Pensar Enfermagem. Vol. 15. No. 2 p.41-59

Jones, C.; Bäckman, C.; Capuzzo, M.; Egerod, I.; Flaatten, H.; Granja, C.; Rylander, C.; Griffiths, R. (2010). *Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial*. Critical Care. Vol. 14

Landström, M.; Rehn, Ing-Marie; Frisman, G. (2009). *Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units – A phenomenographic study*. Intensive and Critical Nursing. Vol. 25. p.133-139

Persenius, M.; Hall-Lord, M.; Wilde-Larsson, B. (2009). *Grasping the nutritional situation: a grounded theory study of patients' experiences in intensive care*. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care. Vol. 14. No. 4. p.166-174

Puntillo, K.; Arai, S.; Cooper, B.; Stotts, N.; Nelson, J. (2014). *A Randomized Clinical Trial of na Intervention to Relieve Thirst and Dry Mouth in Intensive Care Unit Patients*. Intensive Care Medicine. Vol. 40. No. 9 p.1295-1302

Rotondi, A.; Chelluri, L.; Sirio, C.; Mendelsohn, A.; Schulz, R.; Belle, S.; Im, k.; Donahoe, M.; Pinsky, M. (2002). *Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit*. Critical Care Medicine. Vol. 30. No. 4. p.746-752

Stotts, N.; Arai, S.; Cooper, B.; Nelson, J.; Puntillo, K. (2014). *Predictors of Thirst in Intensive Care Unit Patients*. Journal of Pain and Symptom Management

## **5. Anexos**



## **Anexo A – Protocolo da Sede em Cuidados Intensivos**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **Sede em Cuidados Intensivos**

### **Protocolo de atuação**

Carla Pires sob a orientação de Mestre Patrícia Coelho, Mestre Ricardo Dantas e Enfermeiro Especialista Gustavo Azevedo

Os cuidados com a prevenção e/ ou redução da sede são especialmente dirigidos a doentes cuja capacidade fisiológica de ingestão de líquidos se encontra comprometida. Os doentes inconscientes, sedados ou curarizados representam um grupo de alto risco de desenvolver sede.

#### **1. Objetivo**

Prevenir e/ou reduzir a sede do doente crítico

#### **2. Destinatários**

As intervenções destinam-se a todos os doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos

#### **3. Responsabilidades**

Todos os enfermeiros a exercer funções do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano

#### **4. Definições**

Um dos problemas expressos pelas pessoas doentes internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos prende-se com a sede e com a vontade de a saciar. (Persenius, 2009)

Segundo Stotts, et al, (2014) no estudo sobre os fatores preditivos da sede em CI definem-se, os fatores que predispõem a presença da sede, sendo: as elevadas doses de opióides ( $\geq 50\text{mg}$ ); as elevadas doses de furosemida ( $> 60\text{mg}$ ); os inibidores seletivos da recaptção de serotonina e o baixo nível de cálcio ionizado. Em relação à intensidade da sede estão descritos: receber fluídos orais e ter diagnóstico clínico de patologia gastrointestinal. Quanto aos fatores preditivos da angústia da sede são: a ventilação mecânica; balanço hídrico negativo; medicamentos anti hipertensores e um diagnóstico gastrointestinal ou outro. É necessário avaliar as múltiplas dimensões da sede e implementar intervenções que abordem esses fatores de risco inseridos no contexto dos cuidados prestados em Cuidados Intensivos.

A implementação destas medidas foram baseadas na evidência do estudo de Puntillo (2014). Atendendo que os doentes internados em Cuidados Intensivos podem não possuir o seu sistema neurológico preservado, é necessário efetuar a distinção das intervenções num doente ventilado e num doente não ventilado e consciente.

#### **5. Material e Procedimento**

##### **Material:**

- Espátula de compressa húmida
- Gelo granizado
- Spray de água gelada

**Procedimento:**

As intervenções relacionadas com o alívio da sede devem ser efetuadas a quando dos posicionamentos, atendendo às especificadas de cada doente.

**No doente ventilado:**

Após cuidados de higienização da mucosa oral já protocolados (PAVI):

- Proceder à humidificação final da mucosa com espátula de compressa húmida;
- Pulverizar com spray de água gelada a mucosa oral (usar esta estratégia entre posicionamentos ou sempre que necessário).

**No doente não ventilado e consciente:**

Após cuidados de higienização da mucosa oral:

- Proceder à humidificação final da mucosa com espátula de compressa húmida;
- Colocar uma pequena porção de gelo granizado na boca e deixar derreter devendo ser intercaladas no tempo, para evitar queimaduras (usar esta estratégia entre posicionamentos ou sempre que necessário);

**Ou**

- Pulverizar com spray de água gelada a mucosa oral (usar esta estratégia entre posicionamentos ou sempre que necessário).

**Nota:** atender à preferência do doente

**6. Referências**

Persenius, M.; Hall-Lord, M.; Wilde-Larsson, B. (2009). *Grasping the nutritional situation: a grounded theory study of patients' experiences in intensive care*. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care. Vol. 14. No. 4. p.166-174

Puntillo, K.; Arai, S.; Cooper, B.; Stotts, N.; Nelson, J. (2014). *A Randomized Clinical Trial of an Intervention to Relieve Thirst and Dry Mouth in Intensive Care Unit Patients*. Intensive Care Medicine. Vol. 40. No. 9 p.1295-1302

Stotts, N.; Arai, S.; Cooper, B.; Nelson, J.; Puntillo, K. (2014). *Predictors of Thirst in Intensive Care Unit Patients*. Journal of Pain and Symptom Management

## **Anexo VI – Artigo sobre Musicoterapia em Cuidados Intensivos**





CATÓLICA PORTO  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Musicoterapia em Cuidados Intensivos

Carla Pires<sup>1</sup>, sob a orientação Mestre Patrícia Coelho<sup>2</sup>

### Resumo

Neste artigo pretende-se identificar os benefícios da utilização da música como terapia adjuvante no tratamento de fatores adversos aos quais as pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos, em estado crítico estão sujeitas. **Objetivo.** Identificar os benefícios da utilização da musicoterapia em cuidados intensivos. **Metodologia.** Revisão integrativa dos artigos disponíveis na ISI Web of Knowledge entre janeiro de 2009 e Setembro de 2014. **Resultados.** Da pesquisa foram encontrados 5 artigos escritos em inglês, podendo-se constatar a utilização da musicoterapia na qualidade do sono, na redução da ansiedade, na sedação, na dor e no stress. **Discussão.** Todos os estudos estão de acordo quanto aos benefícios da utilização da musicoterapia em cuidados intensivos, como forma de redução de fatores stressantes. **Conclusão.** A música é uma intervenção segura e barata, que o enfermeiro pode executar de forma autónoma, podendo ser facilmente incorporada nos cuidados à pessoa doente, proporcionando uma melhoria na prestação de cuidados.

---

<sup>1</sup>Enfermeira no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E, Mestranda em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica do Porto; E-mail para contacto: sofia18.2004@gmail.com

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e docente da Universidade Católica do Porto

## **Palavras-chave**

Cuidados Intensivos; Musicoterapia; Enfermagem; Cuidados Críticos de Medicina; Música

## **Introdução**

A musicoterapia é a utilização da música e dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) com um intuito profissional e efetuado por um profissional qualificado, tendo intervenções em contextos médicos, educativos e sociais, com indivíduos, famílias, grupos e comunidades, visando a promoção do bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e melhoria da qualidade de vida<sup>3</sup>.

A Música estimula funções específicas do cérebro, como a memória e o estado emocional, podendo induzir um estado de relaxamento, melhorando o humor e aumentando a motivação<sup>4</sup>.

As pessoas internadas em cuidados intensivos estão na maioria das vezes com suporte de ventilação mecânica por mais de 48 horas e entubadas, o que lhes causa alguns fatores de stress impedindo-as de falar, ficando com sede, com dificuldade em deglutir, sem controlo do ambiente à sua volta<sup>5</sup>.

As intervenções não farmacológicas para tratar a ansiedade incluem o toque empático e terapêutico, controlo de fatores ambientais stressantes, devendo-se proporcionar à pessoa doente o controlo destes fatores, através do uso de técnicas de relaxamento, como a música<sup>6</sup>. A música é uma intervenção simples e fácil que tem o mínimo de efeitos negativos<sup>7</sup>. Portanto o enfermeiro tem o papel importante de identificar as necessidades da pessoa doente, com vista a promover o conforto e o bem-estar da pessoa internada

---

<sup>3</sup>Federação Mundial de Musicoterapia (2011)

<sup>4</sup>Tracy, Chlan (2011)

<sup>5</sup>Rotondi et al (2002)

<sup>6</sup>Frazier (2003)

<sup>7</sup>Cole, LoBiondo-Wood (2014)

numa Unidade de Cuidados Intensivos, contribuindo para a redução de stress, ansiedade, dor e melhorando a qualidade do sono. Sendo assim este pode socorrer-se de intervenções autónomas, como a música, tendo esta um fim terapêutico.

Este artigo tem como objetivo identificar os benefícios da utilização da musicoterapia em cuidados intensivos.

## **Metodologia**

Nesta investigação realizou-se uma revisão integrativa para dar resposta ao objetivo em estudo, para tal recorreu-se aos artigos disponíveis na base de dados da ISI Web of Knowledge, desde Janeiro de 2009 a Setembro de 2014, apenas utilizados artigos escritos em inglês.

Os descritores utilizados foram os seguintes: Intensive Care; Music Therapy; Nursing; Critical Care Medicine; Music. Dos quais surgiram 9 artigos mas apenas 5 artigos foram selecionados para esta revisão integrativa. Os critérios de exclusão prenderam-se com artigos relacionados com a musicoterapia durante as cirurgias e artigos relacionados com a pediatria.

Por conveniência e pertinência irão ser utilizados outros artigos de referência secundária, pela sua robustez e adequação ao tema que está a ser estudado.

## **Resultados**

Na revisão integrativa sobre a musicoterapia em Cuidados Intensivos verificou-se a utilização da música com fins terapêuticos no aumento da qualidade do sono, na diminuição da ansiedade, do uso de sedativos, da dor e do stress.

No estudo de Su, et al (2012) sobre os efeitos da música na qualidade do sono e relaxamento participaram 28 doentes de forma randomizada, em que 14 ouviram música durante 45 minutos à noite e os outros 14 não ouviram. Os participantes foram avaliados recorrendo à monitorização dos sinais vitais, aplicação de questionário, e através de um exame do sono, em que o seu registo apenas foi efetuado nas primeiras 2 horas de sono. Segundo o estudo, os participantes que ouviram música durante as primeiras 2 horas de sono diminuiram o tempo total de sono com percentagem de 21,38%, correspondendo à

fase inicial do sono e aumentaram o tempo total de sono numa percentagem de 62,76%, correspondente à fase seguinte, levando ao aumentando a qualidade do sono em 37,03% com um ( $P=0,012$ ) provando ser uma evidência muito forte em comparação com os doentes que pertenciam ao grupo de controlo. Os doentes que participaram no estudo e que ouviam música durante o sono melhoraram a qualidade do mesmo.

Chlan, et al (2013), no estudo randomizado sobre os efeitos da música na ansiedade e sedação nas pessoas doentes internadas nos cuidados intensivos com suporte de ventilação mecânica separou três grupos, os que iriam ouvir música ( $n= 126$ ), os que apenas teriam uns fones que cancelassem o ruído ( $n=122$ ) e o grupo de controlo ( $n=125$ ). O uso de musicoterapia resultou numa redução da ansiedade com uma percentagem de 36,5% em comparação com o grupo de controlo que apenas tinham os cuidados habituais apresentando uma evidência de ( $P=0,003$ ), mas não em comparação com o grupo que apenas tinha fones para cancelar o ruído ( $P=0,24$ ). No entanto, a musicoterapia também resultou numa redução da frequência de sedação em comparação com o grupo de controlo ou com o grupo que apenas tinha fones para cancelar o ruído com evidência de ( $P=0,04$ ), e redução na intensidade da sedação com percentagem de 36%, ( $P=0,05$ ) em comparação com o grupo de controlo, mas não em comparação com o grupo que apenas tinha fones para cancelar o ruído apresentando pouca evidência ( $P=0,32$ ). Sendo assim, a música pode ser uma alternativa para ao uso e redução de medicação sedativa, pois pode aliviar a ansiedade associada ao ventilador.

Chlan e Savik (2011), efetuaram um estudo randomizado para avaliar a eficácia da intervenção da música na ansiedade nos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos sob ventilação mecânica. A ansiedade foi registada no início do estudo e depois diariamente durante 30 dias, utilizando-se uma escala visual analógica de ansiedade. Esta análise tinha como objetivo avaliar a natureza e a magnitude das mudanças da ansiedade ao longo do tempo, para tal realizaram-se 251 observações nos 57 doentes que participaram no estudo. Os participantes relataram ansiedade moderada no início do estudo, apresentando uma média de 57,5 segunda a escala de ansiedade (que varia de 0 a 100), neste caso os valores variaram de 0 (sem ansiedade) até 96. Os participantes referiram diferentes níveis de ansiedade no decorrer do estudo. Este indica que com a aplicação da escala visual analógica da ansiedade, esta vai diminuindo lentamente ao longo do tempo (0,53 pontos por dia,  $P=0,09$ ). Os autores afirmam que a ansiedade é uma

experiência individual de cada pessoa doente que requer monitorização contínua com avaliação adequada e intervenções enquanto o doente se encontra internado nos Cuidados Intensivos.

Cole, et al (2014) efetua uma revisão sistemática sobre a música como terapia adjuvante no controlo da dor e dos sintomas em adultos hospitalizados, no qual usou como descritores: música, musicoterapia, dor, adultos, pacientes hospitalizados, estudos clínicos randomizados e optou por estudos em Inglês. Sessenta estudos foram identificados através de uma pesquisa eletrónica inicial. Após revisão dos mesmos, 17 dos estudos preencheram os critérios de inclusão para o estudo randomizado realizado em ambiente hospitalar entre 2005 a março de 2011. A pesquisa incluiu, 2 estudos de mulheres grávidas, 4 estudos relacionados com doentes em estado crítico, 1 estudo com doentes do foro médico-cirúrgico, 3 estudos de doentes do foro médico, e 7 estudos de doentes cirúrgicos. Esta revisão sistemática demonstra o impacto positivo da utilização da música como uma terapia adjuvante para o controlo da dor. Afirmando que o uso da música tem benefícios na medida em que pode positivamente ter impacto não apenas no controlo da dor, mas também noutras variáveis, tais como ansiedade, tensão muscular, e humor, podendo estas variáveis afetar negativamente o internamento.

Beaulieu-Boire, et al (2013), realizaram um estudo prospetivo randomizado sobre a música e stress biológico nos doentes ventilados numa Unidade de Cuidados Intensivos, a amostra era constituída por 55 doentes, sendo apenas incluídos no final 49. Os autores concluíram que a resposta biológica é mais sensível do que a resposta clínica ao ouvir música. A redução do stress relacionada com a monitorização dos sinais vitais, como era inicialmente esperado, não foi observado de forma consistente. No entanto, existe uma tendência clinicamente relevante para a redução do consumo de narcóticos nas pessoas doentes especialmente naquelas que ao ouvirem a música tiveram uma resposta biológica sensível, reduzindo rapidamente os níveis de cortisol, logo reduzindo o stress, apresentando evidência significativa ( $P=0,06$ ).

## **Discussão**

Com vista a uma reflexão crítica, baseada no objetivo desta revisão integrativa, foram analisados os resultados emergentes da pesquisa. Podendo-se afirmar que todos os

estudos estão de acordo nos benefícios da utilização da musicoterapia em cuidados intensivos, como forma de redução de fatores stressantes, levando assim a um aumento da qualidade de vida da pessoa em estado crítico internada em cuidados intensivos.

A utilização da musicoterapia como uma medida não farmacológica para promover o conforto e o bem-estar da pessoa internada em Cuidados Intensivos, e reduzir o stress, a ansiedade, a dor e melhorar a qualidade do sono, não existe na prática, mas atendendo ao que a evidência afirma, torna-se imperioso incorporar estas medidas para melhorar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa doente em estado crítico. O enfermeiro torna-se assim o elemento facilitador para implementar esta intervenção, pois além de aliviar e identificar os sinais e sintomas, pode implementar e monitorizar medidas como a musicoterapia para a redução destes, e promover o bem-estar e qualidade de vida da pessoa doente internada numa unidade de cuidados intensivos.

A música é uma medida à qual o enfermeiro pode recorrer como intervenção autónoma, pois a sua aplicação não depende de qualquer tipo de prescrição médica, e como realçam todos os artigos anteriormente referenciados a musicoterapia tem benefícios para melhorar a qualidade de vida da pessoa internada em cuidados intensivos que se encontra sujeita a um grande stress. Esta revisão integrativa surge na necessidade de sensibilizar os enfermeiros para esta realidade, podendo servir para intervir nestes fatores externos de uma forma tão simples e eficaz, promovendo o conforto e bem-estar da pessoa doente em estado crítico.

## **Conclusão**

Com a revisão integrativa desta temática é possível perceber que é necessário fazerem-se mais estudos para melhor se perceber quais os benefícios na utilização da musicoterapia na pessoa em estado crítico. Os contributos da realização desta revisão integrativa prenderam-se com a importância do papel do enfermeiro na prestação de cuidados através de intervenções autónomas, pois este tem um papel importante para a manutenção do bem-estar da pessoa doente.

Sendo a música uma intervenção segura e barata que o enfermeiro pode executar de forma autónoma, podendo ser facilmente incorporada nos cuidados à pessoa doente, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida, na evolução clínica e contribuindo

para a excelência dos cuidados<sup>8</sup>. Seria pertinente utilizar as músicas preferidas da pessoa doente, sendo necessário perguntar à família, caso esta não o consiga fazer, qual seu gosto musical, permitindo que estes a levem para as Unidade de Cuidados Intensivos, promovendo o aumento conforto e bem-estar.

Ao efetuar esta revisão integrativa pode-se constatar que existem poucos estudos sobre a utilização da musicoterapia em cuidados intensivos, sendo importante haver mais estudos que fundamentem as intervenções autónomas dos enfermeiros.

Respondendo ao objetivo do artigo que pretendia identificar os benefícios da utilização da musicoterapia em cuidados intensivos, pode-se constatar que existem benefícios na utilização da música em cuidados intensivos, pois esta pode contribuir para a redução de stress, ansiedade, dor e melhoria da qualidade de sono.

Em suma, a musicoterapia promove o bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual e espiritual e a melhora a qualidade de vida da pessoa doente em estado crítico.

## Referências

Beaulieu-Boire, G.; Bourque, S.; Chagnon, F.; Chouinard, L.; Gallo-Payet, N.; Lesur, O. (2013). *Music and biological stress dampening in mechanically-ventilated patients at the intensive care unit ward – a prospective interventional randomized crossover trial*. Journal of Critical Care. Vol. 28. p. 442-450

Chlan, L.; Savik, K. (2011). *Patterns of Anxiety in Critically III Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support*. Nursing Research. Vol. 60. No. 3S. p.S50-S57

Chlan, L.; Weinert, C.; Heiderscheit, A.; Tracy, M.; Skaar, D.; Guttormson, J.; Savik, K. (2013). *Effects of Patient-Directed Music Intervention on Anxiety and Sedative Exposure in Critically III Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support. A Randomized Clinical Trial*. American Medical Association. Vol. 309. No. 22 p.2335-2344

---

<sup>8</sup>Cole, LoBiondo-Wood (2014)

Cole, L.; LoBiondo-Wood, G. (2014). *Music as na Adjuvant Therapy in Control of Pain and Symptoms in Hospitalized Adults: A Systematic Review*. Pain Management Nursing. Vol. 15. No. 1 p.406-425

Federação Mundial de Musicoterapia. (2011). *Musicoterapia*. Disponível em <http://www.apmtmusicoterapia.com/#/musicoterapia2> acessado em 27/10/2014

Frazier, S.; Moser, D.; Daley, L.; McKinley, S.; Riegel, B., & Garvin, B. (2003). *Critical Care Nurses' Beliefs About and Reported Management of Anxiety*. American Journal of Critical Care. Vol. 12. No. 1 p.19-27

Su, C.; Lai, H.; Chang, E.; Yiin, L.; Perng, S.; Chen, P. (2012). *A randomized controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit*. Journal of Advanced Nursing. p.1377-1389

Rotondi, A.; Chelluri, L.; Sirio, C.; Mendelsohn, A.; Schulz, R.; Belle, S.; Im, k.; Donahoe, M.; Pinsky, M. (2002). *Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit*. Critical Care Medicine. Vol. 30. No. 4. p.746-752

Tracy, M.; Chlan L. (2011). *Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation*. Crit Care Nurse. Vol. 31. No. 3 p.19-28

## **Anexo VII – Poster sobre Indicação para o Uso de Luvas**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA**

**Indicação para o Uso de Luvas:  
Proposta de Intervenção**

**Aluno:** Carla Pires

**Sob orientação:** Mestre Patrícia Coelho  
Enfermeira Especialista Sónia Pereira

**Porto, Janeiro de 2015**



*"Onde há vontade não falta caminho."*

J.R.R.Tolkien



## **Lista de Abreviaturas / Siglas**

ARS – Administração Regional de Saúde

*CDC – Centers for Diseases Control and Prevention*

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes de Alto Douro

DGS – Direção Geral de Saúde

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamento de Proteção Individual

*HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

SU – Serviço de Urgência



## Índice

1.Introdução .....	169
2.Controlo de Infeção – Precauções Básicas .....	171
3.Medidas importantes para o Controlo de Infeção.....	175
3.1Higienização das mãos .....	175
3.2Equipamento de Proteção Individual .....	176
3.2.1Indicação para o uso de luvas.....	178
4.Conclusão .....	181
5.Referências Bibliográficas.....	183
6.Anexos .....	185
Anexo A – Poster sobre Indicação para o Uso de Luvas.....	187



## 1. Introdução

No âmbito da unidade curricular de Estágio – Serviço de Urgência do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi-me proposto elaborar uma proposta de intervenção com interesse prático para o local de estágio, neste caso o Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E, mediante as necessidades identificadas e com base na evidência científica, enquanto futura enfermeira especialista.

A proposta de intervenção sobre o uso de luvas surge no seguimento de um projeto realizado anteriormente no serviço sobre a higienização das mãos, esta proposta surgiu em conversa informal com a enfermeira tutora, aquando do levantamento das necessidades do serviço, na qual chegamos à conclusão que seria um tema pertinente e uma mais-valia para a equipa, podendo assim ser colmatada a mesma, neste caso disponibilizou-se a informação através de um Poster.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), não são um problema recente, mas apresentam cada vez maior relevo em Portugal e no mundo. Com o aumento da esperança média de vida e com as tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, levam consequentemente ao aumento do número de pessoas doentes em tratamentos com terapêutica imunossupressora, logo, aumenta o risco de infeção. Cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis. (Ministério da Saúde, 2007) Assim surge a necessidade da utilização de precauções básicas em todas as pessoas doentes independentemente da patologia ser conhecida ou não.

Mediante a necessidade de proporcionar um ambiente seguro e com reduzido risco de infeção elaborou-se um Poster (Anexo A) com o intuito de esclarecer e informar os profissionais de saúde que prestam cuidados no SU do CHTMAD, E.P.E. – Hospital de Vila Real sobre as indicações para o uso de luvas.

A proposta de intervenção sobre a indicação para o uso de luvas tem como objetivo:

- ✓ Identificar quais os procedimentos em que se deve usar luvas e qual o tipo de luvas que devem ser utilizadas;
- ✓ Servir como instrumento de apoio aos cuidados e intervenções de enfermagem, principalmente as que são suscetíveis de causar IACS.

A metodologia adotada para a elaboração desta proposta de intervenção consiste no recurso a uma estratégia descritiva e reflexiva.

A proposta de intervenção encontra-se organizada por capítulos, em que o primeiro capítulo é referente à Introdução aonde consta a definição da proposta de intervenção, fazendo-se referência à pertinência do tema durante o módulo de estágio e elucidando os objetivos desta proposta.

No segundo capítulo faz-se o enquadramento e fundamentação teórica sobre as Precauções Básicas no Controlo de Infeção tendo-se recorrido à pesquisa bibliográfica. O terceiro capítulo consiste nas medidas importantes para o Controlo de Infeção o qual foi subdividido em dois capítulos: o primeiro sobre a higienização das mãos e o segundo sobre o equipamento de proteção individual, que apresenta um subcapítulo sobre a indicação para o uso de luvas. O capítulo seguinte é a Conclusão, seguindo-se das Referências e por último os Anexos, sendo o Anexo A referente ao Poster sobre a Indicação para o Uso de Luvas.

## **2. Controlo de Infecção – Precauções Básicas**

O controlo de infecção é um aspeto importante na prestação de cuidados, sendo que o principal objetivo das unidades de saúde deve ser o contínuo aperfeiçoamento na prestação de cuidados de saúde de qualidade com recurso a estratégias eficazes de controlo da infecção, baseadas na prevenção da transmissão cruzada de infecção (McDonnell, 2008).

Os dirigentes das unidades de saúde prestadoras de cuidados devem garantir a existência de meios e recursos que possibilitem a implementação das precauções básicas de controlo da infecção (PBCI), tal como a verificação do seu cumprimento, por todos os que prestam cuidados de saúde (DGS, 2014).

É crucial a Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) para evitar a transmissão de agentes infecciosos entre pessoas doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde. A prevenção e o controlo da infecção assume-se como sendo essencial para melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde.

A capacidade de evitar as infeções pode e deve ser um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo de infecção é evitar as infeções e fazê-lo com custo-efetivo, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infecção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível (Comissão De Controlo De Infecção, 2007).

As precauções básicas para controlo de infecção definidas no Manual de Controlo de Infecção elaborado pela Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte) (2013), consistem:

1. **Higienização das mãos** através da lavagem ou fricção alcoólica destas;

2. **Medidas de etiqueta respiratória** com a proteção da boca e nariz ao tossir e/ou espirrar;
3. **Utilização de Equipamento de Proteção Individual** adequada a cada situação sendo que o principal são as Luvas, máscaras, batas, aventais e óculos;
4. **Não recapsular as agulhas após utilização**, devendo colocá-las no contentor de corto-perfurantes;
5. **Evitar manobras de ressuscitação boca a boca**, devendo-se utilizar o insuflador manual com máscara;
6. **Vacinação**, é importante ter as vacinas atualizadas principalmente as contra o Tétano, Hepatite B e Gripe;
7. **Práticas seguras com injetáveis**, utilizando técnica assética.

Na admissão de pessoas doentes numa unidade de saúde, deve-se presumir que estas estão potencialmente colonizadas ou infetadas com microrganismos, sendo que podem representar o reservatório ou fonte potencial para a transmissão cruzada de infeção. Esta premissa apresenta maior relevo aquando da admissão de pessoas doentes num serviço de urgência em que existe um ambiente microbiano diversificado e de difícil controlo. (DGS, 2012)

A utilização de PBCI durante a prestação de cuidados é definida pela interação entre o profissional de saúde e a pessoa doente e, o grau de exposição previsto a sangue ou outros fluidos orgânicos (DGS, 2012). Sendo que a implementação destas medidas constitui uma estratégia de primeira linha para o controlo das IACS entre pessoas doentes e profissionais de saúde (CDC, 2007). Estes devem usar medidas de barreira adequadas como forma de prevenir a exposição acidental de sangue ou outras secreções/excreções, em todos os procedimentos executados às pessoas doentes (ARS Norte, 2013).

O Sistema de categorização das recomendações por níveis de evidência segundo *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)* e *Healthcare Infection Control Practices*

*Advisory Committee (HICPAC)* foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), sendo a evidência científica classificada nas seguintes categorias:

- ✓ ***Categoria IA:*** Fortemente recomendada para implementação e bem suportada por estudos epidemiológicos, clínicos e ou experimentais bem conduzidos;
- ✓ ***Categoria IB:*** Fortemente recomendada para implementação e suportada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e forte fundamentação teórica.
- ✓ ***Categoria IC:*** Recomendada a sua implementação através de entidades internacionais, leis, normas ou regulamentos.
- ✓ ***Categoria II:*** A implementação é sugerida e suportada por estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos, fundamentação teórica ou por consenso de peritos.

Este é o nível de evidência no qual foi baseado esta proposta de intervenção de forma a ter rigor científico e de basear a prática na evidência.



### **3. Medidas importantes para o Controlo de Infecção**

As PBCI têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada vinda de fontes de infeção conhecidas ou não. As potenciais fontes de infeção são o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, tal como, o material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, que se pode contaminar com as fontes anteriormente mencionadas. Estas permitem garantir a segurança das pessoas doentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde. O princípio inerente às PBCI é de que não existe pessoas doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco, portanto deve-se implementar precauções consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (DGS, 2012).

#### **3.1 Higienização das mãos**

O principal meio de transmissão das IACS são as mãos, estas têm presentes muitos microrganismos, os *residentes* que se caracteriza pela flora habitual, que raramente causam doença, e os *transitórios* que têm um potencial patogénico, facilmente transmitidos por contacto, por isso torna-se imperioso o controlo destes microrganismos (ARS Norte, 2013). Sendo assim, para se abordar o tema sobre o uso de equipamento de proteção individual é necessário antes de mais abordar a importância da higienização das mãos que é fundamental na eliminação dos microrganismos antes de se calçar as luvas para se executar qualquer tipo de procedimento.

O conceito de higienização das mãos aplica-se quer à lavagem quer à fricção alcoólica das mãos, este é o procedimento mais importante na prevenção das IACS, sendo descrita pelos CDC como uma medida de *Categoria IA*, isto é, fortemente recomendada para implementação e bem suportada por estudos epidemiológicos, clínicos e ou experimentais bem conduzidos, que apresentam a sua eficácia na redução das IACS (ARS Norte, 2013).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010) sobre a Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde apresenta os “**cinco momentos**” para a **higiene das mãos** na prática clínica, de acordo com o modelo conceptual designado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que são os seguintes:

1. Antes do contacto com o doente (*Categoria IB*);
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos (*Categoria IB*);
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos (*Categoria IA*);
4. Após contacto com o doente (*Categoria IB*) e
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente (*Categoria IB*).

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e efetiva para a redução das IACS, sendo consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais de saúde e pessoas doentes ocorre através das mãos, esta é uma realidade incontornável, pois na maioria das situações em que ocorre transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo dessa transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas ou para outros locais do corpo habitualmente estéreis provocando infeção (DGS, 2010).

Sendo assim, a higiene das mãos integrada um conjunto de medidas de precauções básicas, a qual representa a medida mais relevante para a prevenção no controlo da infeção, mas também é considerada uma medida de impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010).

### **3.2 Equipamento de Proteção Individual**

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2012) definiu-se que a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) garante a proteção adequada dos profissionais de saúde, mediante o risco relacionado ao procedimento a realizar, e também, às pessoas doentes e visitas em determinadas circunstâncias específicas.

Os EPI devem:

- ✓ Estar disponíveis junto ao local de utilização;
- ✓ Estar acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação (devendo-se cumprir os prazos de validade);
- ✓ Ser de utilização única, salvo o fabricante informe do contrário;
- ✓ Em artigos reutilizáveis, deve existir um plano de descontaminação estabelecido e com responsabilidade bem definida do seu cumprimento.

A ARS Norte (2013), preconiza que o EPI mais frequentemente utilizado é:

### **1. Luvas**

- ✓ Uso obrigatório quando há contacto com sangue, secreções e excreções (*Categoria IB/IC*);
- ✓ Não utilizar-se para mais do que um procedimento (*Categoria IB*);
- ✓ Quando se rompem devem ser retiradas, procedendo-se à higiene das mãos e só depois calçar outras luvas (*Categoria IB*);
- ✓ Antes e após o uso das luvas deve proceder-se à higienização das mãos (*Categoria IB*).

As luvas desempenham um papel muito importante na prevenção, no entanto precisam de ser bem utilizadas. Estas devem ser usadas por três razões principais, servindo como uma medida de barreira para prevenir:

- a. A contaminação das mãos ao manipular sangue, secreções, excreções, mucosas, outros fluidos orgânicos e pele não íntegra;
- b. Que os microrganismos presentes nas mãos dos profissionais de saúde (flora residente) sejam transmitidos às pessoas doentes quando se realizam procedimentos invasivos ou cuidados que tocam nas mucosas ou pele não íntegra;
- c. Que as mãos dos profissionais de saúde contaminadas transmitam esses microrganismos a outra pessoa doente.

## **2. Máscaras**

- ✓ Devem ser usadas quando se prevê que haja salpicos com sangue, secreções e excreções (*Categoria IB*).

## **3. Óculos**

- ✓ Devem ser usadas quando se prevê que haja salpicos com sangue, secreções e excreções (*Categoria IB/ IC*).

## **4. Batas e/ou aventais**

- ✓ Devem ser usadas quando se prevê que haja salpicos com sangue, secreções e excreções (*Categoria IB/ IC*);
- ✓ Devem ser substituídos logo que se sujem (*Categoria IB/ IC*).

**Todas as superfícies (pele, mucosas, mãos)** devem ser imediatamente lavadas após contacto accidental com os produtos biológicos, como sangue ou outros fluídos orgânicos.

### **3.2.1 Indicação para o uso de luvas**

A proposta de intervenção foi elaborada segundo os princípios emanados pela DGS (2014) e baseados na pirâmide da OMS (2009) aonde constam as indicações para o uso de luvas, esta foi a base utilizada para o Poster elaborado para o SU do CHTMAD, E.P.E – Hospital de Vila Real. A seguir serão apresentadas as indicações para o uso de luvas definidas no Poster (Anexo A).

**Indicação para o uso de luvas esterilizadas (Categoria IC):**

- ✓ Qualquer procedimento cirúrgico;
- ✓ Parto vaginal;
- ✓ Procedimentos radiológicos invasivos;
- ✓ Colocação de acessos venosos ou cateteres centrais;
- ✓ Preparação de nutrição parentérica total e de agentes de quimioterapia.

O uso de luvas limpas está indicado nas situações clínicas (Categoria IC), em que há possibilidade de contacto com sangue, fluídos orgânicos, secreções, excreções e objetos visivelmente contaminados por fluídos orgânicos, como por exemplo nas situações em que ocorre:

- ✓ **Exposição direta ao doente:** contacto com sangue; contacto com membranas mucosas e com pele não íntegra; possível presença de organismos perigosos e altamente infecciosos; situações de emergência ou epidemia; colocação e remoção de acessos vasculares; derramamento de sangue; remoção de linha venosa; exame pélvico ou vaginal; aspiração de sistemas abertos de tubos endotraqueais;
- ✓ **Exposição indireta ao doente:** esvaziamento de recipientes com fluídos orgânicos; manipulação/ limpeza de instrumentos; manipulação de resíduos; limpeza de fluídos corporais.

O uso de luvas não está indicada (exceto para precauções de contacto) (Categoria IC) sempre que não exista possibilidade de exposição a sangue ou fluídos corporais ou ambiente contaminado, como por exemplo nas situações em que ocorre:

- ✓ **Exposição direta ao doente:** avaliação de pressão arterial; temperatura e pulso, administração de injeções SC ou IM; lavar e vestir o doente; transportar o doente; cuidar dos olhos e pavilhões auriculares (sem secreções); qualquer manipulação de acesso vascular na ausência de extravasamento de sangue;
  
- ✓ **Exposição indireta ao doente:** utilização do telefone; escrever nos registos do doente; administração de medicação oral; distribuição e recolhas de tabuleiros das refeições; remoção e substituição dos lençóis da cama; colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigénio, deslocação da mobília do doente.

É necessário ter atenção que as luvas devem estar adequadas ao procedimento e ao profissional de saúde, de modo que não interfira com a destreza manual deste, não provocando transpiração excessiva, nem provocar fadiga muscular, (*Categoria IIC*) (DGS, 2014).

O uso indiscriminado de luvas pelos profissionais de saúde no hospital não é a melhor abordagem para a maioria das unidades saúde, pois além de representar um desperdício de recursos materiais, não tem qualquer benefício o seu uso, e podendo causar problemas dermatológicos, estas devem ser utilizadas com bom senso e segundo as indicações elaboradas pela OMS (DGS, 2014).

## 4. Conclusão

As luvas estão recomendadas quando existe o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e líquidos orgânicos e como forma de diminuir o risco de disseminação dos microrganismos para o ambiente envolvente da pessoa doente, evitando a infeção cruzada (DGS, 2014).

A realização desta proposta de intervenção mostrou-se bastante satisfatória, pelo facto de se poder realizar um trabalho com interesse prático para o SU inserido no módulo de estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e baseado na evidência, pois como futura enfermeira especialista tenho que basear a minha prática na evidência.

O processo de mudança de comportamentos é um desafio que significa conhecer a situação problema e implementar medidas que as solucionem, com a elaboração deste Poster pretende-se alterar os comportamentos menos corretos da equipa, pois este ficou no serviço para servir de apoio à prática, pois em algumas situações foi alertada a equipa de forma informal para o correto uso de luvas, como por exemplo aquando da colheita de sangue, devido ao risco de exposição a fluídos orgânicos, sendo este um dos erros mais vezes detetado. Assim, espera-se que com a elaboração desta proposta haja redução das IACS, com a utilização de medidas de controlo da infeção nomeadamente com o uso correto das luvas, pelos enfermeiros a exercer funções no SU do CHTMAD, E.P.E.

A aprendizagem pela análise e confrontação da prática profissional orientada para a melhoria da qualidade na resolução de problemas reais, revelou ser uma metodologia eficaz, na medida em que é motivador o ato de aprender para mudar/melhorar.

A capacidade de evitar as infeções pode e deve ser um indicador da qualidade dos cuidados prestados (Comissão de Controlo de Infeção, 2007).

Sendo assim, pretende-se ainda que esta proposta de intervenção sirva de apoio à prestação de cuidados por parte de todos os profissionais de saúde, tal como aos familiares, pois são estes que, direta ou indiretamente, se encontram envolvidos na

prevenção das IACS. E servir como instrumento para realizar auditorias internas para assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, enquanto futura enfermeira especialista julgo ter adquirido competências para identificar os problemas reais e dar-lhe uma resposta segura atuando de forma técnica e científica, conforme pretendido com a elaboração desta proposta.

## 5. Referências Bibliográficas

Administração Regional de Saúde do Norte (2013). *Manual de Controlo de Infecção*. Ministério da Saúde

Centers of Disease Control and Prevention (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf> acedido em 7 de Junho de 2014

Comissão de Controlo de Infecção (2007). *Manual da CCI*. Porto: Centro Hospitalar do Porto

Direção Geral de Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD

Direção Geral de Saúde (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Norma Nº: 029/2012

Direção Geral de Saúde (2014). *Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. Norma Nº: 013/2014

Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa

Mcdonell (2008). *Issues of infection control in prehospital settings*. Journal of Emergency Primary Health Care. Vol. 6. No 4. p. 1-10



## **6. Anexos**



**Anexo A – Poster sobre Indicação para o Uso de Luvas**



## Indicação para o Uso de Luvas

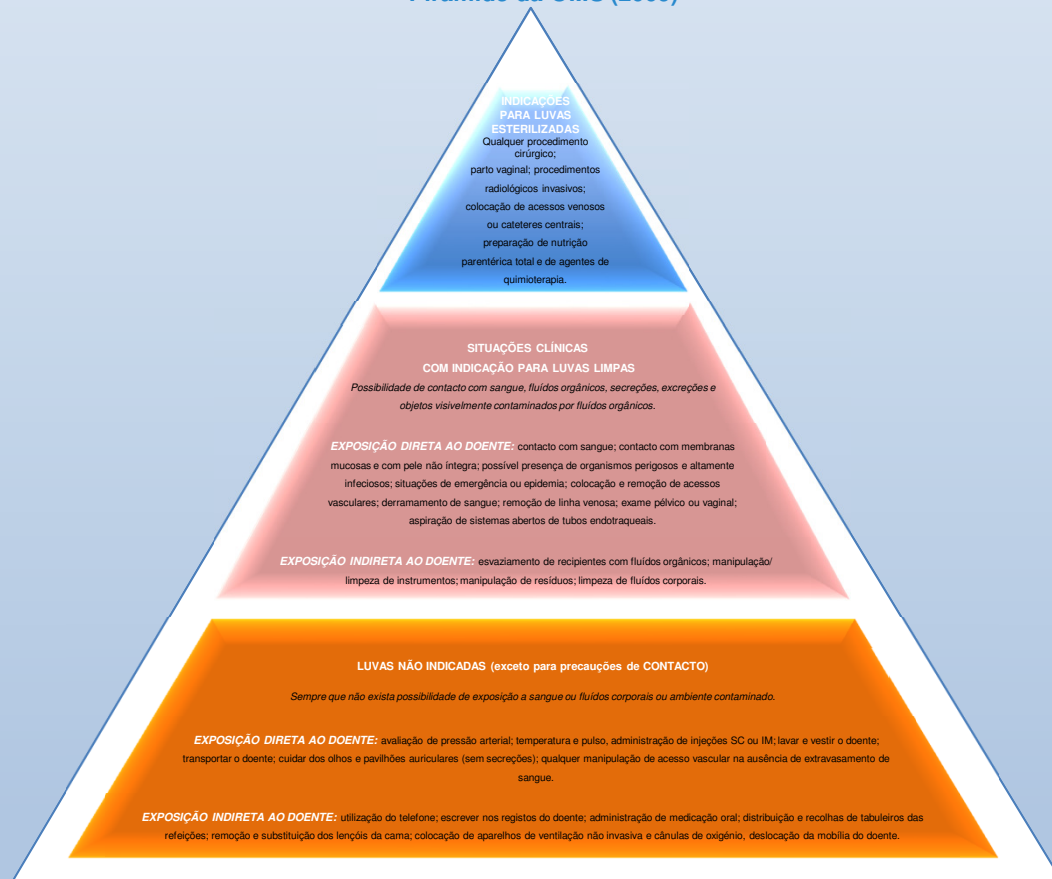
Carla Pires sob orientação da Mestre Patrícia Coelho e Enfermeira Especialista Sónia Pereira  
E-mail de contacto: sofia18.2004@gmail.com

As luvas são recomendadas para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais com sangue e líquidos orgânicos e reduzir o risco de transmissão de microrganismos no ambiente evitando a infeção cruzada.

As luvas não devem ser usadas quando não há indicação para tal, pois estas representam desperdício de recursos e aumento de risco de problemas dermatológicos, sem qualquer benefício para profissional ou utente.

O cumprimento dos cinco momentos de higienização das mãos e o uso correto das luvas, constitui um meio de proteção e segurança para utentes e profissionais.

### Pirâmide da OMS (2009)



Fonte: Direção-Geral de Saúde – Indicações para o uso de luvas – Pirâmide da OMS 2009

Para prevenir a transmissão cruzada de infeção e colonização deve-se ter em atenção a correta avaliação da necessidade do uso de luvas, pois a sua utilização prolongada nas Precauções de Contacto, não pode evitar a higienização das mãos.

#### Bibliografia

- Direção-Geral de Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Circular Normativa Nº: 13/DOS/DSD
- Direção-Geral de Saúde (2014). *Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. Norma Nº: 013/2014
- National Health Service (2012). *Personal Protective Equipment (PPE) Policy (An element of standard infection control precautions)*. Peninsula Community Health
- Public Health Agency of Canada. (2012) *Routine Practices and Additional Precautions Assessment and Educational Tools*. ISBN: 978-1-100-20041-5. Canada
- Royal College of Nursing (2012) *Tools of the trade: RCN guidance for health care staff on glove use and the prevention of contact dermatitis*
- World Health Organization (2009). *Glove Use Information Leaflet*. Patient Safety a world alliance for Safer Healthcare



## **Anexo VIII – Manual de Boas Práticas na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses**





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA**

**Manual de Boas Práticas na Recolha e  
Preservação de Vestígios Forenses**

**Aluno:** Carla Pires

**Sob orientação:** Mestre Patrícia Coelho  
Enfermeira Especialista Sónia Pereira

**Porto, Janeiro de 2015**



*“A ignorância é a raiz de todos os males.  
Ela é que causa doenças, violência,  
intolerância, miséria, fome, preconceito...”*

Dilson de Oliveira Nunes



## **Lista de Abreviaturas / Siglas**

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes de Alto Douro

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

LOIC – Lei da Organização da Investigação Criminal

PJ – Polícia Judiciária

SU – Serviço de Urgência



## Índice

1.Introdução .....	201
2.Enfermagem Forense .....	203
3.Recolha e Preservação de Vestígios .....	205
3.1Princípios Básicos na Recolha de Vestígios.....	206
3.2Documentar a Recolha de Vestígios .....	208
3.3Registos de Enfermagem Forense .....	209
4.Criminalidade Sexual .....	211
4.1Contatos Importantes.....	212
5.Conclusão .....	215
6.Referências Bibliográficas.....	217



## **1. Introdução**

No âmbito da unidade curricular do Módulo de Estágio I – Serviço de Urgência do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi-me proposto elaborar uma proposta de intervenção com interesse prático para o local de estágio, neste caso o Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), E.P.E, mediante as necessidades identificadas e com base na evidência científica, enquanto futura enfermeira especialista.

O aumento da violência desencadeou a necessidade dos profissionais de saúde adequarem a sua atuação a nível da educação preventiva de violência interpessoal e deteção de sinais nas vítimas de violência. A enfermagem ao longo dos tempos ganha espaço e reconhecimento na área das Ciências Forenses, devido ao seu vasto desempenho no cuidado individual e coletivo de pessoas (Silva, Silva, 2009).

Os enfermeiros, sendo profissionais de saúde, identificam que a procura de cuidados, por parte das vítimas de violência, tem aumentado nos últimos anos, em Portugal. Como tal esta realidade originou a necessidade da aquisição e atualização de conhecimentos, na área das Ciências Forenses (Santos, 2013).

Neste sentido e perante o meu interesse pessoal e após uma conversa informal com a enfermeira tutora decide abordar o tema Enfermagem Forense, sobre a Recolha e Preservação de Vestígios Forenses, com o intuito de deixar esta informação para os profissionais de saúde do SU do CHTMAD, E.P.E. para posteriormente puderam consultar a mesma em caso de dúvidas, sendo esta, apenas o início de um trabalho que poderão continuar a no futuro de forma mais aprofundada, de modo a contribuir para a valorização da equipa profissional.

Durante a pesquisa bibliográfica sobre a temática em questão foram surgindo vários temas pertinentes aos quais ponderei abordar, além do tema já definido sobre a Recolha e Preservação de Vestígios Forenses, enfatizando o tema da Criminalidade Sexual, dedicando um capítulo para esse fim e com os contatos mais importantes, no caso de existência de crime.

A proposta de intervenção sobre a Recolha e Preservação de Vestígios Forenses tem como objetivo:

- ✓ Identificar os aspetos básicos para a recolha e preservação de vestígios no serviço de urgência;
- ✓ Servir como instrumento de apoio aos cuidados e intervenções de enfermagem, como forma de alerta para esta problemática.

A metodologia adotada para a elaboração desta proposta de intervenção consiste no recurso a uma estratégia descritiva e reflexiva. A proposta de intervenção encontra-se organizada por capítulos, em que o primeiro capítulo é referente à introdução aonde consta a pertinência do tema abordado para o módulo de estágio I - Serviço de Urgência no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, elucidando os objetivos desta proposta de intervenção.

No segundo capítulo faz-se o enquadramento e fundamentação teórica sobre a Enfermagem Forense tendo-se recorrido a pesquisa bibliográfica. O terceiro capítulo consiste na Recolha e Preservação de Vestígios o qual se encontra subdividido em cinco capítulos: o primeiro sobre os Princípios Básicos na Recolha de Vestígios Forenses, o segundo sobre a definição de Vestígios, o terceiro sobre a definição de Cadeia de Custódia da Prova, o quarto sobre como Documentar a Recolha de Vestígios e por fim o quinto sobre os Registos de Enfermagem Forense. O capítulo seguinte é o quarto e é referente à Criminalidade Sexual, o qual apresenta um subcapítulo sobre os Contatos importante em caso de existência de Crime. Posteriormente é o capítulo é a conclusão, seguindo-se por último das referências bibliográficas.

## 2. Enfermagem Forense

As Ciências Forenses nos últimos anos, tiveram maior visibilidade devido à comunicação social, gerando assim interesse e curiosidade por parte das pessoas.

Os enfermeiros portugueses não investiram nesta área por mero acaso, nem para seguir o trabalho dos outros no estrangeiro, mas porque acreditam que, enquanto profissionais que cuidam da saúde de pessoas, na sua dimensão holística, têm a responsabilidade, bem como a função de colaborar com a Justiça (Santos, 2013).

Tal como é definido no Código Deontológico dos Enfermeiros: *intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação, da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar, a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...)* (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Enfermeiros especificamente treinados para prestar cuidados na área de gestão médico-legal de vítimas forenses com competência demonstrada na realização de exames forenses e com a capacidade para depor como testemunha num tribunal, pode assumir como enfermeiro forense, perito na área de atuação. Os documentados de enfermagem, a educação forense, a certificação, o desempenho clínico e outras recomendações pertinentes determinam a competência do enfermeiro forense (Lynch, 2006).

O enfermeiro deve agir de forma consciente baseado em conhecimentos científicos forenses de forma a humanizar os cuidados prestados, sendo um desafio para este e um benefício para a pessoa que recebe os cuidados.

No entanto não nos podemos esquecer que deve existir uma correta articulação entre os cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros e a sua colaboração com a Justiça (Santos, 2013).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1978) no artigo 1º, refere que *todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade*, tal como no

artigo 3º, afirma que *todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.*

A Ciência de Enfermagem é uma arte que tem como objetivo cuidar do ser humano, quer esteja doente ou não, independentemente da religião, sociedade, cultura (Santos,2013).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto – Lei nº 104/98 *Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível* (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

O papel da Enfermagem Forense é centrado na contínua evolução científica de forma a estimular os profissionais de saúde a melhorar, reinterpretar e redefinir as suas funções, para tal é necessário manter a dignidade, promover carinho e proteger os direitos das vítimas de agressões ou mesmo depois da sua morte.

A Enfermagem Forense visa promover a aquisição de conhecimentos necessários para a abordagem da vítima de violência e trauma, bem como a preservação de vestígios, apoio psicológico e encaminhamento da vítima para a entidade judicial e social (Gomes, 2014).

### **3. Recolha e Preservação de Vestígios**

A ciência forense começa no local do crime, se os vestígios não forem identificados, preservados e recolhidos, os peritos no laboratório pouco conseguem fazer. Os enfermeiros têm a possibilidade única de recolher os vestígios, pois na maioria das vezes estes apenas podem ser recolhidos no hospital. Quando o enfermeiro identificar uma potencial vítima forense, deve de imediato providenciar a identificação da mesma, recolhendo e preservando os vestígios, não esquecendo que a prioridade absoluta é a assistência médica da vítima (Sousa, 2013).

O objetivo da atuação do enfermeiro forense é identificar e recolher vestígios que tenham sido deslocados do agressor para a vítima, sendo inquestionável que estes baseiam as suas ações na preservação da vida e promoção da saúde, por isso quando perante uma vítima de violência no SU, a principal preocupação destes é receber a vítima, preocupando-se com a manutenção da sua vida, efetuando de imediato uma correta avaliação da mesma e tratando das suas lesões. Desta forma, a recolha e manutenção de potenciais vestígios correm o risco de ser esquecidas, podendo colocar em risco a investigação, pois pode levar à perda de evidências forenses fundamentais (Gonçalves, 2011).

A Polícia Judiciária (PJ) procede à recolha de vestígios do local, enquanto os enfermeiros forenses executam a recolha de vestígios da vítima. Os vestígios devem ser recolhidos de forma organizada e adequada, sem produzir danos físicos ou psicológicos na vítima.

A recolha de vestígios exige uma pesquisa minuciosa de todo o corpo, assim como a documentação de todos os procedimentos realizados nos registos de enfermagem. Esta deve ser objetiva, legível, clara e descritiva, não contendo qualquer tipo de diagnóstico (Gomes, 2014).

É primordial que ao efetuar o exame forense este deva ser feito da cabeça aos pés, tendo réguas, diagramas corporais e câmara fotográfica e utilizando luz ultravioleta para a pesquisar fluidos corporais, e no caso de serem encontrados, deve-se proceder à realização de zaragatoa da zona, para posterior pesquisa de Ácido Desoxirribonucleico

(ADN). Não esquecendo que o exame forense é uma invasão da privacidade e intimidade da vítima e que pode ser constrangedor para esta (Gomes, 2014).

### **3.3 Princípios Básicos na Recolha de Vestígios**

A assistência médica e a segurança da vítima são sempre a prioridade absoluta, aquando do processo de recolha de vestígios de forma a não dificultar as medidas de reanimação. A recolha de vestígios é um processo sistemático, rigoroso e abrangente, que se inicia na identificação de potenciais vestígios. O enfermeiro deve-se socorrer do seu conhecimento e experiência, tal como, do índice de suspeita para o reconhecimento de situações nas quais se deve recolher e preservar vestígios (Gonçalves, 2011).

#### **Recomendações gerais:**

- ✓ Usar sempre luvas e equipamento de proteção individual e analisar a vítima da cabeça aos pés;
- ✓ Trocar de luvas frequentemente, para evitar a infeção cruzada, não esquecendo de higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas;
- ✓ A roupa e espólio pessoal da vítima não deve ser devolvido à família ou amigos;
- ✓ Cada vestígio deve ser colocado em sacos de papel separados, sendo identificado com o nome da vítima, o nome de quem o recolheu, a data, a hora e o conteúdo;
- ✓ Todos os itens devem secar antes de serem embalados;
- ✓ Sacos, envelopes, contentores devem ser selados e deve ser colocada uma etiqueta a identificar;
- ✓ Os sacos não devem ser agrafados para serem fechados;
- ✓ A pesquisa de vestígios em cavidades corporais apenas deve ser realizada com indicação judicial, e esta deve ser efetuada por médicos, estes devem ser acompanhados por uma testemunha do mesmo sexo da vítima. É importante documentar tudo e assinar (Gomes, 2014).

## PROCEDIMENTOS BÁSICOS NA RECOLHA segundo Gomes (2014)

<b>Recolha</b>	A <b>recolha</b> dos vestígios deve ser feita com cuidado de forma a não danificar a mesma e de forma, a respeitar o Princípio de Locard (1939), que refere que se pode transferir vestígios da vítima para o cuidador, do cuidador para a vítima e do local para ambos.
<b>Secagem</b>	A <b>secagem</b> deve ser feita ao ar livre, mas em local seco, sendo este o método preferencial para a preservação dos vestígios húmidos. O sangue deve ser refrigerado mas não congelado. Nunca colocar os itens que contenham ADN em sacos de plásticos ou contentores fechados, pois estes podem provocar a degradação dos mesmos. O <b>tempo ideal</b> para <b>secar ao ar livre</b> é entre <b>20 a 30 minutos</b> .
<b>Rotulagem</b>	Todos os vestígios devem ser <b>identificados, rotulados e guardados</b> de forma a manter a cadeia de custódia. Cada saco ou contentor deve ter: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Nome completo da vítima e/ou número de processo;</li><li>✓ Idade e data de nascimento;</li><li>✓ Breve descrição da fonte, incluindo a localização de onde foi recolhido;</li><li>✓ Data e hora da recolha;</li><li>✓ Iniciais ou assinatura da pessoa que recolheu e embalou o vestígio.</li></ul> Para evitar danificar o vestígio, o envelope deve ser escrito antes de o colocar dentro.
<b>Selagem</b>	Cada saco deve ser <b>selado</b> para que não se possa acrescentar ou retirar qualquer item, deve-se <b>selar e assinar</b> em cima do selo para garantir a cadeia de custódia.
<b>Processamento</b>	Nem todos os vestígios são processados, pois o processamento de alguns vestígios pode ser desnecessário, por exemplo quando o agressor confessa o crime. No entanto o enfermeiro deve sempre fazer a recolha, pois quem decide a validade e interesse do vestígio é o juiz.

### **3.4 Documentar a Recolha de Vestígios**

O enfermeiro forense deve garantir que os registos estão completos, legíveis e precisos, devendo constar os nomes de quem teve contato com a vítima durante o transporte para o serviço de urgência e o tipo de tratamento realizado. Os vestígios mais relevantes para a reconstituição do acontecimento são os registos (Santos, 2013).

Segundo, Gomes (2014), no exame físico, os registos devem ser legíveis e o enfermeiro deve:

- ✓ Assinalar no diagrama corporal a localização e o tipo de lesões;
- ✓ Documentar a localização, tamanho e aspeto das lesões, antes da intervenção e após, se as lesões se modificarem, deve ser documentado;
- ✓ Não documentar orifícios de entrada e saída, em caso de dúvida;
- ✓ No caso de a vítima ter sido agredida por arma de fogo, documentar a presença ou ausência de resíduos de pólvora;
- ✓ Documentar o aspeto da vítima à chegada;
- ✓ Documentar odores;
- ✓ Documentar o comportamento e reações da vítima.

A fotografia é um meio útil de preservar o aspeto das lesões, ao tirar as fotografias deve ser usada uma referência métrica, não esquecendo que para poder fotografar as lesões é necessário obter o consentimento da vítima. Esta deve incluir o rosto e áreas afetadas, deve ser guardada com a restante informação da vítima, devendo ser identificada com o nome da vítima, data, hora e nome do fotógrafo (Lynch, 2006).

#### **Recomendações segundo Gomes (2014):**

- ✓ Tirar as fotografias apenas quando a vítima estiver estabilizada;
- ✓ Fotografar a face e corpo da vítima;
- ✓ Fotografar a etiqueta do processo da vítima;

- ✓ Quando possível, fotografar cada ferida individualmente; a primeira fotografia é tirada para identificar a parte do corpo, a segunda próxima da lesão e a terceira próxima da lesão mas com escala;
- ✓ Fotografar lesões antes e depois de intervir;
- ✓ As fotografias devem ser tiradas num ângulo de 90° para terem melhor qualidade;
- ✓ Depois de fotografar as lesões, deve-se remover o cartão de memória e colocá-lo num envelope com identificação da vítima e fotógrafo;
- ✓ Registrar nas notas de enfermagem.

### **3.5 Registos de Enfermagem Forense**

Os registos escritos das lesões da vítima devem ser o mais completos possível, para tal pode socorrer-se de cartas anatómicas e diagramas, sendo estas ferramentas úteis para identificar todas as marcas existentes no corpo da vítima. A descrição de cada lesão deve conter, o tamanho, a forma, a cor, a localização e características da pele circundante, tal como a presença de material na lesão ou nos tecidos envolventes (Lynch, 2006).

Quando o enfermeiro está a documentar os vestígios, a sua descrição deve incluir o seguinte:

- ✓ Item ou itens recolhido(s);
- ✓ Data e hora de recolha;
- ✓ Nome da pessoa ou pessoas que recolheram;
- ✓ Localização dos vestígios recolhidos;
- ✓ Esquemas, diagramas corporais e/ou fotografias;
- ✓ Número do processo ou episódio de urgência do paciente (Gomes, 2014).

Os registos servem como prova, por isso aquando do julgamento os juízes e advogados tomam a posição que “o que não está documentado não foi feito”. Como tal, o enfermeiro

deve registrar todos os procedimentos efetuados, uma vez que estes são as provas mais importantes quando não existem vestígios pertinentes.

O enfermeiro deve efetuar os registos de forma a serem específicos, evitando termos gerais e expressões vagas (Gomes, 2014).

## **4. Criminalidade Sexual**

Como a criminalidade sexual é uma realidade muito presente na nossa sociedade é importante que os profissionais de saúde saibam o que fazer e como encaminhar as vítimas, pois os crimes sexuais continuam a ser inúmeros, como tal cabe aos profissionais de saúde e da justiça contribuir para a desmistificação da queixa formal (PJ, 2014).

### **Recomendações segundo a Polícia Judiciária (2014)**

Se é profissional de saúde,

Se, de algum modo, contacta com estas vítimas,

Se é vítima,

#### ***Saiba que:***

- Este crime é da competência reservada da PJ, contemplado na LOIC (Lei da Organização da Investigação Criminal),
- As unidades da PJ apresentam um serviço de atendimento 24 horas por dia, todos os dias do ano,
- Os investigadores da PJ possuem formação qualificada para entrevistar as vítimas, tendo em conta as suas especificidades,
- Os investigadores da PJ segundo o código deontológico do Serviço Policial estão sujeitos a segredo profissional,
- A denúncia é obrigatória para os funcionários, por força do artigo 242.º do Código Penal Português, sob pena de incorrer em responsabilidade penal e disciplinar,
- Se participar a existência de um crime poderá impedir a repetição deste e da ocorrência de outras vítimas,

- Levar a vítima a repetir o sucedido a pessoas diferentes pode aumentar o trauma e inibindo-a de participar o crime,
- A contaminação do local e a má recolha dos vestígios pode prejudicar a prova do acontecimento,
- A identificação e detenção de um autor impede a repetição.

## **4.1 Contatos Importantes**

### **Em caso de existência de Crime (PJ, 2014)**

#### **Diretoria de Lisboa, 211 967 000**

(Lisboa, Alenquer, Almeirim, Amadora, Arraiolos, Avis, Benavente, Cadaval, Cartaxo, Cascais, Castelo de Vide, Coruche, Elvas, Estremoz, Évora, Fronteira, Loures, Lourinhã, Mafra, Montemor-o-Novo, Nisa, Oeiras, Portalegre, Ponte de Sor, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Santarém, Sintra, Torres Vedras, Vila Franca de Xira e Vila Viçosa)

#### **Diretoria do Norte, 225 582 000**

(Porto, Amarante, Arouca, Baião, Castelo de Paiva, Castro Daire, Cinfães, Espinho, Gondomar, Lousada, Marco de Canaveses, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel, Póvoa de Varzim, Resende, Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Santo Tirso, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Famalicão e Vila Nova de Gaia)

#### **Diretoria do Centro, 239 863 000**

(Coimbra, Alvaiázere, Ansião, Arganil, Cantanhede, Castelo Branco, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Figueiró dos Vinhos, Idanha-a-Nova, Lousã, Mangualde, Montemor-o-Velho, Nelas, Oleiros, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penamacor, Penela, Pombal, Santa Comba Dão, Sátão, Sertã, Soure, Tábua, Tondela e Viseu)

#### **Diretoria do Sul, 289 884 500**

(Faro, Albufeira, Almodôvar, Beja, Cuba, Ferreira do Alentejo, Loulé, Mértola, Moura, Olhão, Ourique, Portel, Serpa, Tavira e Vila Real de Santo António)

#### **Departamento de Investigação Criminal de Aveiro, 234 376 000**

(Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Mira, Oliveira do Bairro, Oliveira de Frades, Ovar, São Pedro do Sul, Sever do Vouga, Vagos e Vouzela)

#### **Departamento de Investigação Criminal de Braga, 253 255 000**

(Braga, Amares, Arcos de Valdevez, Barcelos, Cabeceiras de Basto, Caminha, Celorico de Basto, Esposende, Fafe, Felgueiras, Guimarães, Melgaço, Monção, Mondim de Basto, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Póvoa de Lanhoso, Valença, Viana do Castelo, Vieira do Minho, Vila Nova de Cerveira e Vila Verde)

**Departamento de Investigação Criminal do Funchal, 291 215 600**

(Funchal, Ponta do Sol, Porto Santo, Santa Cruz e São Vicente)

**Departamento de Investigação Criminal da Guarda, 271 216 600**

(Guarda, Almeida, Celorico da Beira, Covilhã, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Fundão, Gouveia, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa)

**Departamento de Investigação Criminal de Leiria, 244 845 200**

(Leiria, Abrantes, Alcanena, Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Golegã, Mação, Marinha Grande, Nazaré, Ourém, Peniche, Ponte de Sor, Porto de Mós, Rio Maior, Tomar e Torres Novas)

**Departamento de Investigação Criminal de Ponta Delgada, 296 206 400**

(Ponta Delgada, Angra do Heroísmo, Horta, Lagoa, Nordeste, Povoação, Ribeira Grande, Santa Cruz das Flores, Santa Cruz da Graciosa, São Roque do Pico, Velas, Vila Franca do Campo, Vila Praia da Vitória e Vila do Porto)

**Departamento de Investigação Criminal de Portimão, 282 405 400**

(Portimão, Lagos, Monchique e Silves)

**Departamento de Investigação Criminal de Setúbal, 265 556 200**

(Setúbal, Alcácer do Sal, Almada, Barreiro, Grândola, Moita, Montijo, Odemira, Palmela, Santiago do Cacém, Seixal e Sesimbra)

**Unidade Local de Investigação Criminal de Vila Real, 259 321 012**

(Vila Real, Alfândega da Fé, Alijó, Armamar, Boticas, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Chaves, Lamego, Macedo de Cavaleiros, Mesão Frio, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Moimenta da Beira, Montalegre, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, São João da Pesqueira, Tabuaço, Torre de Moncorvo, Valpaços, Vila Flor, Vila Pouca de Aguiar, Vimioso e Vinhais)



## 5. Conclusão

A atuação da enfermagem forense é bastante diferenciada, pois inclui exames meticolosos para a recolha de provas, deteção e tratamento de lesões de trauma em vítimas de abuso físico, emocional ou sexual, violação ou morte e apoio emocional às vítimas e familiares. Examinar, reconhecer, recolher e preservar são elementos fundamentais para a prática da enfermagem forense, tal como a educação da população contra a violência interpessoal (Silva, et al, 2009).

A realização desta proposta de intervenção mostrou-se bastante satisfatória, pelo facto de se poder realizar um trabalho com interesse prático para a equipa do SU do CHTMAD, E.P.E., inserido no módulo de estágio I do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e baseada na evidência, pois como futura enfermeira especialista é fulcral e mandatário basear a minha prática na evidência.

O processo de aquisição de conhecimentos é um desafio constante, pois implica dedicação e tempo, a aprendizagem pela análise e confrontação da prática profissional orientada para a melhoria da qualidade na resolução de problemas reais, revelou ser uma metodologia eficaz, na medida em que é motivador, o ato de aprender para mudar/melhorar. Sendo assim, pretende-se que esta proposta de intervenção sirva de apoio à prestação de cuidados por parte dos enfermeiros do SU do CHTMAD, E.P.E., levando à melhoria dos cuidados prestados. Contudo esta proposta será entregue ao enfermeiro chefe e tutora do SU mas será revista e analisada em reunião de direção após o término do módulo de estágio. Assim, fica uma proposta sobre uma temática pertinente neste contexto que poderá ser posteriormente completada ou continuamente atualizada segundo as guidelines que forem surgindo.

Quando existe um contato, existe um rasto – qualquer criminoso deixa algo na cena do crime e leva algo consigo. Até mesmo um único cabelo humano tem uma história detalhada para contar, no cientista forense no laboratório e pode servir de prova para um caso (Innes, 2001).

Em suma, enquanto futura enfermeira especialista julgo ter adquirido competências para identificar problemas reais e dar-lhe uma resposta segura atuando de forma técnica e científica, conforme pretendido com a elaboração desta proposta.

## 6. Referências Bibliográficas

Diário da República nº57/1978. DR. I Série-A. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em [www.dgdc.min-edu.pt/.../declaracao\\_universal\\_direitos\\_homem.pdf](http://www.dgdc.min-edu.pt/.../declaracao_universal_direitos_homem.pdf) e acedido a 6 de Janeiro de 2015

Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*. Lidel – Edições Técnicas, Lda. Vol.1

Gonçalves, S. (2011). *Vivências dos Enfermeiros na Manutenção de Provas Forenses no Serviço de Emergência*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. Instituto de Biomédias Abel Salazar. Universidade do Porto

Innes, B. (2001). *Os Cadáveres acusam – O mundo fascinante da Ciência Forense e como ela ajudou a resolver mais de 100 crimes*. Editorial Estampa, Lda. Lisboa

Lei nº 59/1999. *Código Civil Português*. Disponível em <http://www.confap.pt/docs/codcivil.PDF> e acedido a 6 de Janeiro de 2015

Lei nº 111/2009. DR. I Série. 180. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf> e acedido a 6 de Janeiro de 2015

Lynch, V. (2006). *Forensic nursing*. St Louis: Elsevier Mosby

Polícia Judiciária. (2014). *Criminalidade sexual – Boas práticas na denúncia e encaminhamento de vítimas de crimes sexuais*. Escola de Polícia Judiciária

Porto Editora (2014). *Dicionários da língua portuguesa*. Dicionários Editora

R.E.P.E. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Decreto-Lei n° 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n° 104/98, de 21 de Abril

Santos, C. (2013). *Contributos para a implementação da Enfermagem forense em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra

Silva, K., Silva, R. (2009). *Enfermagem Forense: uma especialidade a conhecer*. Cogitare Enfermagem

