



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO

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

Por Patrícia de Melo Caldas

(LISBOA, Maio de 2012)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

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

Por Patrícia de Melo Caldas

Sob orientação de Prof^a Isabel Rabiais

(LISBOA, Maio de 2012)

RESUMO

O presente “relatório de estágio” contextua-se na área de especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Instituto Superior Politécnico de Ciências da Saúde, da Universidade Católica de Lisboa.

Recorrendo à metodologia descritiva, reflexiva e analítica, focaliza-se nos estágios efetuados na área de especialização, que prosseguiram a conclusão da componente curricular teórica deste ciclo de estudos.

Para a efetivação destes estágios, elegi como instituição, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, especificamente o hospital São José, onde tiveram lugar os Módulos I e II, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios, respetivamente, e o hospital Santa Marta, onde decorreu o Módulo III - Prevenção e Controlo de Infeção Hospitalar.

A explanação de todo o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento/aquisição de competências, tomou como referencial dar a conhecer a experiência vivenciada em cada um dos contextos da prática clínica baseada nos objetivos delineados para cada módulo de estágio, tendo em vista a assistência de enfermagem, diferenciada, voltada para o cliente crítico/família.

Avalio que, o contexto da prática clínica especializada assume um papel preponderante na incorporação e valorização da experiência profissional desenvolvida, consagrando, sobretudo, maior competência e mais competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados.

Palavras - Chave: Enfermagem Médico – Cirúrgica, Intervenção Especializada, Competências

ABSTRACT

This "report stage" contextualized in the area of specialization in Nursing Medical - Surgical, of the Master's Degree in Nursing, the Polytechnic Institute of Health Sciences, and Catholic University of Lisbon.

Using the methodology descriptive, analytical and reflective, focuses on the stages made in the area of specialization, which continued the completion of the curriculum component of this cycle of theoretical studies.

For the realization of these stages, I have chosen as an institution, the Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, specifically the São José Hospital, where took place the Modules I and II, and Intensive Care Unit / Intermediate, respectively, and the Santa Marta hospital, where held the Module III, Prevention and Control of Hospital Infection.

The explanation of the whole learning process, as well as the skills acquired and developed, were based on the interventions of different areas of practice, and activities, which allowed me to achieve the goals originally proposed, based on nursing care, differentiated customer-oriented medium and high risk / family.

I conclude that the context of specialized clinical practice assumes a leading role in the development and enhancement of professional experience developed by consecrating, especially, greater competence and more scientific competence, to provide technical and human, as well as general care - skilled nursing care.

Keywords: Medical – Surgical Nursing, specialized intervention, competencies

AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Rabiais, pela sua disponibilidade, paciente escuta, incentivo, apoio e preciosos comentários e sugestões, ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros especialistas que participaram diretamente na minha orientação, nos locais de estágio, pela entrega, disponibilidade, apoio e profissionalismo fundamentais.

Aos colegas do serviço onde exerço funções, pela compreensão, apoio constante e amizade, e à enf^a chefe por me ter ajudado em mais esta caminhada.

À Rita, pelos momentos que passamos juntas na partilha de dificuldades, incentivos, e ajuda mútua. Sem ti, todo este percurso não teria sido a mesma coisa.

À Lila, amiga de uma vida.

À minha irmã, que, de um modo muito próprio, nunca me permitiu desanimar.

À minha mãe, que sempre acreditou em mim, pelo apoio incondicional em todas as escolhas da minha vida, compreendendo as minhas ausências.

Ao Samuel, obrigada pela paciência, escuta, honestidade, incentivo e compreensão!

A todos, muito obrigada!

SIGLAS

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CDE – Código Deontológico

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

DGS – Direção Geral da Saúde

CVC – Cateter Venoso Central

ECG – Eletrocardiograma

EPE – Entidade Pública Empresarial

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

ILC – Infeção do Local cirúrgico

IPI – Inquérito de Prevalência de Infeção

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infeção

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UO – Unidade de Observação

ACRÓNIMOS

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

ENF^a - Enfermeira

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

SUMÁRIO

0.	INTRODUÇÃO	14
1.	CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE – HOSPITAL DE SÃO JOSÉ.....	19
1.1	SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL – MÓDULO I	19
2.	UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS – MÓDULO II.....	31
2.1	COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO – HOSPITAL SANTA MARTA	46
3.	PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR – MÓDULO III	46
4.	REFLEXÃO FINAL	59
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

APÊNDICE I – Grelha de Observação – Prevenção e Controlo de Infeção no doente algaliado

APÊNDICE II – Plano da Sessão

APÊNDICE III – Sessão de Formação – Diapositivos apresentados

APÊNDICE IV – Relatório de Auditoria

APÊNDICE V – Sessão de Formação – Diapositivos apresentados

APÊNDICE VI – Algoritmos de intervenção nas complicações do estoma e região periestomal

APÊNDICE VII – Instrumento de avaliação do estoma e região periestomal

APÊNDICE VIII – Projeto de melhoria contínua da qualidade na manutenção dos cateteres venosos centrais

APÊNDICE IX – Grelha de Observação – Práticas de prevenção e controlo de infeção no doente algaliado

APÊNDICE X – Relatório de auditoria

ANEXOS

ANEXO I – Formulário Individual das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

ANEXO II – Protocolo de Vigilância Epidemiológica das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

0. INTRODUÇÃO

O levantamento de questões sobre a qualidade dos cuidados, as reflexões sobre a essência do cuidar e as questões sobre a prática baseada na evidência não representam algo de novo e desconhecido na sociedade, no entanto, assumem, cada vez mais, uma acuidade particular.

Segundo HESBEEN (2000, p.3), são várias as razões para este facto entre as quais a importância atribuída ao setor da Saúde, e os custos que representa para a sociedade, bem como, “as discussões e as decisões resultantes de um sábio equilíbrio entre as necessidades reais, os jogos de poder e a pressão de diversas influências, nomeadamente, dos media, cujo papel é informar o público e participar na divulgação do conhecimento”

Da mesma forma, a sociedade encontra-se cada vez mais informada dos seus direitos e deveres, substituindo a passividade pela indignação, fazendo ouvir as suas palavras.

As consciências despertam e as ideias direcionam-se para a procura da qualidade, que deve ser entendida como algo dinâmico e não como estagnado, perfeito ou sinónimo de limite.

Tal como refere HESBEEN (2000, p.46), “ o melhor é esforçarmo-nos por obter a qualidade considerando-a como um *continuum* que medeia a mediocridade e a excelência”.

Tudo aquilo que é vivido no dia a dia por quem presta cuidados, contribui para enriquecer as suas qualidades na prestação dos mesmos.

Contudo, este enriquecimento não é automático. Requer esforço de reflexão e procura constante de atualização científica.

Esta afirmação vai de encontro à opinião do autor supracitado quando refere que “a experiência por si só não gera conhecimento, precisa ser refletida, discutida e conceptualizada” (HESBEEN, 2000, p.64).

Torna-se necessário rever as nossas definições de saúde, prestação de cuidados, cuidar, qualidade dos cuidados, de forma a respondermos em conformidade com as necessidades individuais de cada um.

É a atitude do enfermeiro que permite “caminhar com”, “ir ao encontro da outra pessoa para a acompanhar e ajudar na promoção da sua saúde” (HESBEEN, 2000, p.23).

Um trunfo importante, com vista à atualização constante e à busca de resposta para as progressivas exigências das nossas práticas, diz respeito à formação contínua.

Reflete uma questão de percurso, de progressão da pessoa que cuida, que se interroga, que evolui, reajusta e mobiliza conhecimentos adquirindo mais competências.

“A aquisição de competências em Enfermagem envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber – fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral” (MADUREIRA *et al*, 2007, p.27).

Assim, de forma a responder adequadamente aos problemas de saúde das pessoas, tendo em conta as respostas humanas adaptativas muito diversificadas e diferenciadas,

emerge a necessidade para a certificação de competências específicas, definidas para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde dos clientes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Neste contexto, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros estipula que o título de Enfermeiro Especialista reconhece “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em realidades específicas de Enfermagem” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.1).

O presente Relatório insere-se assim na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, no âmbito dos estágios realizados no Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica de Lisboa, permitindo, evidenciar, através de uma metodologia descritiva, reflexiva e analítica, as atividades desenvolvidas e o consequente desenvolvimento de competências objetivado na fase de realização do Projeto de Estágio.

A componente prática constitui uma parte fundamental na formação do enfermeiro especialista, preconizando uma relação teórico – prática e um enquadramento de prestação de cuidados, no sentido do desenvolvimento de competências, possibilitando assim a consolidação dos saberes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007).

Esta área de especialização visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem ao cliente adulto e idoso com doença grave, mas, similarmente o desenvolvimento de competências em valências específicas para a assistência ao cliente em estado crítico de médio e alto risco.

O Curso de Mestrado de Natureza Profissional compreende 540 horas de prática clínica que, se consagram em três módulos de estágio efetivados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios; Módulo III - Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar.

O estágio correspondente ao Módulo I realizou-se no Serviço de Urgência do Hospital São José no período de 27 de abril de 2011 a 24 de junho de 2011.

Por sua vez, o segundo, relativo ao Módulo II, efetivou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, do mesmo Hospital, no período de 26 de setembro de 2011 a 1 de novembro de 2011.

Por fim, o estágio correspondente ao Módulo III (Opcional) decorreu no serviço de Comissão e Controlo de Infeção do Hospital de Santa Marta, desde o dia 21 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012.

Optei pelo Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, para a realização dos três módulos de estágio, por reconhecer esta instituição como um vetor de boas práticas, detentor de uma metodologia de intervenção centrada no bem-estar do cliente e na satisfação dos profissionais, adotando, como eixo estruturante da sua atividade assistencial, um modelo de governação clínica.

Esta Instituição de Saúde, exercendo uma medicina moderna, pretende

“Garantir uma melhoria continuada da qualidade dos serviços e cuidados prestados a caminho da excelência, envolvendo todos os profissionais e garantindo a adoção, pelos serviços, de boas práticas e o empenho de todos, num compromisso de atualização permanente e de formação continuada, aumentando a segurança global na instituição”

(CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLC, EPE, 2007 p.1).

Neste contexto, possui ainda “ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência” (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLC, EPE, 2007, p.3).

A escolha pelo Serviço de Urgência do Hospital S. José prendeu-se sobretudo com o facto de exercer funções no Hospital dos Capuchos, Medicina Interna, pertencendo, por conseguinte, ao mesmo Centro Hospitalar (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE) e, por conseguinte, recebendo diariamente uma grande afluência de clientes transferidos do Serviço de Urgência.

Emergiu assim a curiosidade em conhecer toda a dinâmica, funcionamento e percurso do cliente desde a triagem até à sua admissão/referenciação para uma unidade clínica/UCI.

Para haver uma adequada prestação de cuidados, torna-se pertinente uma interligação entre todos os intervenientes no processo. Nada melhor do que estar “do outro lado” para se entender as diferentes realidades e perceber como atuar em conformidade.

A opção para o segundo período de estágio incidiu sobre a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de S. José.

A Unidade de Cuidados Intensivos tem sido entendida como um espaço físico, dotado de recursos materiais e humanos adequados ao atendimento pronto e eficaz ao paciente grave, potencialmente recuperável (ALAPSA, 2009).

Dessa forma, o fator surpresa das emergências, reduzido pela existência de monitorização constante, e pela própria finalidade destas unidades vocacionadas para a prestação de cuidados a utentes em estado grave, cuja situação de falência orgânica grave obriga à necessidade de monitorização invasiva para identificação precoce e tratamento de intercorrências clínicas graves (ALAPSA, 2009).

Mais uma vez, a escolha deste serviço deve-se, por um lado, às razões assinaladas em relação ao centro hospitalar onde está inserido e, por outro, pela ideia pré concebida, extremamente positiva, que possuo do mesmo, resultante dos vários contactos com a instituição decorrentes de transferências de clientes em estado crítico.

Por fim, a escolha do Serviço de Comissão de Controlo de Infeção, prendeu-se com o facto de ser uma área de intervenção basilar no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente, no local de trabalho onde exerço funções, pelo risco de infeção ser também elevado.

Segundo um estudo realizado por SOARES *et al*, (2005), no âmbito das Infeções num Serviço de Medicina, a patologia infecciosa é uma das principais causas de internamento nos Serviços de Medicina Portugueses, bem como uma das principais causas de prolongamento dos internamentos. A média de idades dos clientes foi de 69 anos e como infeções mais frequentes destacam-se a infeção respiratória e urinária.

Como se sabe, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem, atualmente, um problema nacional de grande acuidade, afetando a qualidade da prestação de cuidados e a segurança dos clientes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007).

Posto isto, surgiu a motivação, o interesse, e a necessidade de aprofundar e mobilizar saberes/conhecimentos nesta área, de forma a desenvolver competências que possam contribuir para gerir o risco no controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e sensibilizar os pares para as boas práticas congruentes com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde.

A opção pelo Hospital de Santa Marta prendeu-se sobretudo pelo facto de ser um centro de referência na política de boas práticas na área de gestão do risco e na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH).

Reflexão e prática reflexiva são termos que se tem tornado usuais quando se pretendem desenvolver estudos sobre as práticas de enfermagem, dinâmicas de formação, desenvolvimento curricular, socialização profissional ou mesmo promoção da qualidade dos cuidados.

Em todas estas abordagens, a atividade clínica é o denominador comum (ABREU, 2007).

A reflexão contínua sobre atividades desenvolvidas na prática visando a prestação de cuidados com qualidade, tornou-se imprescindível ao possibilitar uma intervenção responsável, personalizada e consistente, fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional (ABREU, 2007).

Neste âmbito, corroboro ainda com a conceção de SÁ CHAVES (2000), quando refere que a ação em enfermagem, no caminho da excelência e do reconhecimento profissional, deve centralizar-se no exercício de uma meta competência reflexiva e crítica.

Os objetivos deste trabalho traduzem-se assim em:

- Dar a conhecer o percurso vivenciado em cada contexto da prática clínica;
- Apresentar os objetivos delineados para cada módulo de estágio;
- Expor as atividades mais relevantes, desenvolvidas em cada contexto;
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas de forma a atingir objetivos e competências traçados no Projeto de Estágio inicial;
- Estruturar um documento que permita avaliar o desenvolvimento/certificação de competências na área de especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

A apresentação deste relatório respeita a Norma Portuguesa 405 e foi redigido segundo o novo acordo ortográfico.

Segue uma metodologia descritiva e tem por base a reflexão crítica, relação entre conhecimentos teóricos adquiridos e a sua aplicação prática, bem como, a indispensável pesquisa bibliográfica.

Do ponto de vista estrutural, este documento é constituído pela introdução onde se enquadram e justificam os estágios realizados no âmbito deste curso de Mestrado de Natureza Profissional e apresentam-se as principais motivações que orientaram a preferência pelos contextos de estágio em apreço.

Numa segunda parte, são expostos os módulos de estágio realizados, afigurando-se para cada um deles, um breve relato sobre a unidade de saúde, apresentação dos objetivos delineados, análise e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas, que procuram ilustrar o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências na área de especialização.

Por fim, finalizo com uma reflexão final sobre os aspetos mais relevantes do processo de aprendizagem e o seu contributo para o desenvolvimento de competências para a excelência do cuidar.

A elaboração deste relatório foi facilitada pela realização de um portfólio e reflexões elaboradas durante os vários estágios, que induzem a reflexão diária sobre a prática e, conseqüentemente, promovem que os cuidados de enfermagem sejam enquadrados em padrões de qualidade.

1. CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE – HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

Esta Instituição de Saúde, tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e constitui-se como modelo a nível nacional pelos seus planos estratégicos que ambicionam uma melhoria contínua da qualidade dos serviços e cuidados prestados a caminho da excelência, envolvendo todos os profissionais.

Esta organização pretende assim a adoção de boas práticas e o empenho de todos, num compromisso de atualização permanente e de formação continuada, aumentando a segurança global na instituição (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLC, EPE, 2007).

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL – MÓDULO I

O Serviço de Urgência do Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), EPE, é uma instituição polivalente e que tem por missão “prestar cuidados de saúde gerais e/ou diferenciados em situações de urgência/emergência, no âmbito da emergência médica, cirúrgica e traumatológica” (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLC, 2008).

Para a compreensão lógica do funcionamento dos serviços de urgência, é fundamental a definição clara dos conceitos de urgência e emergência.

Neste âmbito, a DGS, define urgências como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”. Como emergências aponta “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2001, p.7).

Todas as situações enquadráveis nestas definições necessitam assim de referenciação hospitalar para Unidades com a diferenciação suficiente para um atendimento correto sob o ponto de vista técnico e científico, como é o caso do hospital supracitado.

Nesta instituição, e especificamente no serviço de urgência, a equipa de enfermagem é constituída por um total de 102 enfermeiros, que se encontram subdivididos por cinco equipas que laboram em horário rotativo, e uma, em horário fixo.

Na gestão de recursos humanos existe uma preocupação central da Enfermeira Chefe desta unidade clínica em assegurar o equilíbrio de cada equipa com enfermeiros iniciados, devidamente apoiados por enfermeiros mais experientes e peritos que garantam níveis de desempenho similar, o que obriga ao estabelecimento de normas rígidas de trocas possíveis entre os vários enfermeiros da equipa alargada.

A prestação de cuidados centra-se num modelo holístico que privilegia o método de trabalho individual mas que atende, sempre que necessário, ao trabalho de equipa.

No que concerne às áreas de atuação, estas dividem-se em Triagem, Balções verde e amarelo, Unidades de Observação (UO) e, por último, quatro Salas de Emergência (duas destinadas ao cliente do foro traumatológico e duas aos clientes do foro médico).

Assim, tracei como primeiro objetivo de estágio, **desenvolver competências científicas, técnicas, e relacionais na prestação de cuidados especializados na área da Enfermagem Médico – Cirúrgica ao cliente crítico/família, de médio e alto risco, numa situação de urgência.**

Perante o exposto, a minha intervenção incidiu sobre a prestação de cuidados nas distintas salas de emergência, em alternativa a outras áreas.

Contudo, durante a primeira semana, foi-me possibilitado, pela Enfermeira Chefe, integrar as várias áreas de intervenção do serviço de urgência, o que me facultou uma visão abrangente dos princípios gerais de organização e funcionamento da unidade clínica, do circuito do doente, bem como, a identificação da intervenção do enfermeiro nos vários setores que compõe o Serviço de Urgência (SU).

Por outro lado, a análise e reflexão acerca dos protocolos, normas e recomendações desta unidade clínica, bem como, a fundamental pesquisa bibliográfica possibilitaram-me **manter de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional** (UCP/ICS, 2011).

Os sentimentos de ansiedade e apreensão iniciais foram-se desvanecendo, progressivamente, tendo funcionado como fator adjuvante, a forma atenciosa e cordial como fui recebida pela equipa, sentindo-me acarinhada e respeitada, conseguindo adaptar-me e integrar-me no serviço com facilidade.

O percurso pelo SU teve início na área respeitante à triagem, onde se pressupõe que o enfermeiro construa uma avaliação rápida da situação de todos os clientes e lhes atribua a prioridade adequada de maneira a receberem o tratamento apropriado, em tempo oportuno e na especialidade respeitante à sua situação.

Pelo que pude perceber face à minha experiência por este setor, recorrem diariamente à urgência clientes com os mais variados problemas, muitos sem indicação para assistência deste grau de diferenciação de cuidados.

Assim, o enfermeiro desempenha, desta forma, uma função decisiva no atendimento ao cliente que recorre ao SU, utilizando o sistema de triagem para assegurar que estes clientes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.

Esta hierarquia de prioridades, orientada pela Triagem de Manchester, é basilar para a uniformização dos procedimentos de encaminhamento e assistência, tomando como foco principal de atenção a gravidade da situação clínica.

Refletindo nesta metodologia, reconheço o seu papel fulcral na orientação do pensamento crítico e na tomada de decisão, não se podendo, no entanto, correr o risco de quebrar a visão holística com que os profissionais peritos encaram a sua prática clínica, devendo o julgamento clínico ter sempre como base a observação do cliente em todas as dimensões que o constituem e ser suportada em princípios, valores e normas deontológicas.

Assim, centrei a minha intervenção, nesta área, na observação e colaboração com os enfermeiros que se encontravam no local, atribuindo máximo relevo à comunicação com o cliente e o seu familiar, de forma a identificar as suas necessidades, e proporcionar as intervenções em conformidade com as mesmas, “mobilizando conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.3).

Assim, através da empatia, confiança e respeito, habilidades chave no processo de comunicação, (STEFANELLI, 2005), e através dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação inicial, experiência e formação pós graduada, realizei colheita de dados e análise dos mesmos de forma a selecionar/implementar, em parceria com o cliente, as intervenções adequadas à sua situação. Desta forma fui de encontro ao Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, unidade de competência A1.1., onde se pode ler que o enfermeiro “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010. p.4).

Com vista ao estabelecimento da comunicação terapêutica com o doente e família, procurei tornar toda a comunicação, tanto verbal como não-verbal, “a mais útil possível para o bem-estar daquele que necessita dos nossos conhecimentos profissionais”, desenvolvendo desta forma o meu potencial para a competência interpessoal, considerando a comunicação como a essência do cuidado humanitário (STEFANELLI, 2005, p.64).

No estabelecimento uma relação terapêutica com o cliente/família procurei, constantemente, uma comunicação consciente e planeada, atendendo à congruência entre a minha linguagem verbal e não – verbal, assim como no que diz respeito ao cliente. Pelo que pude perceber, quando chega à sala de triagem, de acordo com o seu estado clínico, o cliente preocupa-se em elaborar uma descrição detalhada e exaustiva dos fatos, sente necessidade de informar sobre “toda a sua história de vida” mascarando, às vezes, o verdadeiro problema pelo qual recorre à urgência, não sabendo provavelmente como especificá-lo.

Enquanto o cliente se expressava, escutei-o eficazmente, mostrando postura corporal e fâcias de receptividade, de interesse por ele e pelos seus problemas, sem efetuar qualquer juízo de valor. Através de um aceno da cabeça, da forma como clarificava o que me ia transmitindo, demonstrei-lhe que era compreendido, que conseguia colocar-me no seu lugar.

Simultaneamente, ia “*lendo as entrelinhas*”, ou seja, verificando se a linguagem não verbal coincidia com a linguagem verbal, detetando muito mais do que aquilo que o cliente expressava verbalmente.

Foram múltiplas as situações em que o cliente elaborava uma descrição detalhada da sintomatologia mas referia sentir-se bem, no entanto, a sua expressão e a sua postura corporal não correspondiam ao que estava a ser descrito.

Recordo-me de duas situações muito semelhantes em que os clientes recorriam por queixas inespecíficas, referindo “um ligeiro desconforto torácico, má disposição”, “talvez por não ter dormido bem de noite” e acrescentando, ambos, que não teriam ido à urgência, se não, por insistência de terceiros, já que naquele momento até “já se sentiam bem”.

Desta forma, não pareciam atribuir qualquer importância aquela “má disposição”, sem no entanto, deixarem de colocar a mão no tórax, por períodos, referindo que mantinham era “aquela dor no estômago”, provavelmente fomentada por “algo que tinham comido”.

Discretamente, eu e o enfermeiro responsável pela triagem, entreolhamo-nos, enquanto lhe avaliava os sinais vitais, e concordamos, sem necessitar de falar, que o cliente exigia encaminhamento imediato para balcão amarelo para realização de eletrocardiograma. Desloquei-o até esta área enquanto, simultaneamente, informei o médico da sua situação, propondo observação imediata.

Assim, evidenciei **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada** (UCP/ICS, 2011), indo de encontro ao preconizado pela unidade de competência A2.2 do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, onde se menciona que o enfermeiro especialista gere de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança do cliente quando “reconhece a necessidade de prevenir” e “tem uma conduta preventiva antecipatória” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.5).

Após realização de Eletrocardiograma (ECG), verificou-se situação de enfarte nos dois clientes mencionados, pelo que, através deste papel preponderante no despiste precoce de possíveis complicações, na correta avaliação do cliente e no encaminhamento apropriado, pode assim evitar-se o possível agravamento do estado de saúde do mesmo.

Tal como nos diz BENNER (2001, p22), “os peritos não param nas vagas intuições, mas também não ignoram esses sinais, que poderão conduzir à identificação precoce de um problema e à sua confirmação”.

No segundo dia de estágio, permaneci na área denominada de balcão verde. Neste setor, procedi à avaliação, monitorização e avaliação de clientes com problemas respiratórios e consequente necessidade de aporte de oxigênio, administração de terapêutica, avaliando os seus efeitos e intervindo de acordo com os mesmos e/ou reencaminhando o cliente para reavaliação clínica, de acordo com a situação.

O balcão amarelo corresponde ao local para onde são encaminhados os clientes com prioridade considerada urgente e muito urgente, podendo assim tornar-se um potencial cliente de médio/alto risco, pelo que, mantive uma adequada e sistemática avaliação dos mesmos, atendendo ao despiste precoce de complicações, tentando evitar a deterioração do seu estado.

Um exemplo ilustrativo desta situação foi o de uma senhora, trinta e cinco anos, transportada ao serviço de urgência por episódio de crise convulsiva.

Após a triagem, foi encaminhada para balcão amarelo. Em breves minutos, houve necessidade de deslocação urgente para a Sala de Emergência, onde me encontrava, devido a um novo episódio de convulsão com perda de consciência.

Após uma intervenção médica e de enfermagem eficaz conseguiu-se reverter o seu estado. Surpreendida por se encontrar num espaço diferente, sem obviamente se recordar da situação vivida, procurei, logo que a situação o permitiu, proporcionar-lhe oportunidade para permanecer com a sua mãe a seu lado na sala, esclarecendo a cliente, e a sua familiar, da sua situação, informando-as do que tinha acontecido, adequando a linguagem, e tendo em atenção a qualidade da informação durante todo o suporte emocional prestado.

Sobre o dever de informar, o artigo 84º do Código Deontológico explica que o enfermeiro assume o dever de “Informar o individuo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem”; Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”; (...) “pelo que informação à família será concedida, ou não, mediante a vontade expressa da pessoa, salvaguardando-se situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, p72).

Aproveitei para proceder à colheita, análise e interpretação de dados fornecidos pela cliente e familiar, comunicando, interagindo, permitindo o exteriorizar das suas emoções, medos e angústias, sendo autêntica, estando presente, comprometendo-me numa experiência de ensino e aprendizagem, prestando um cuidado que potencializa a aliança entre corpo e espírito, numa abertura para o outro, para a sua espiritualidade (WATSON, 2002).

Neste contexto, provocando assim um encontro real e autêntico com o cliente, transcendendo o meramente físico e material, estabelecendo conexão com o seu mundo emocional e subjetivo, ampliando o aspeto social e espiritual do cliente, não me limitando a ele mas levando-me a um autoconhecimento pessoal, expandindo a minha consciência transpessoal, o meu poder e possibilidades nos momentos de cuidar (WATSON, 2002).

Baseando-me na filosofia e ciência de cuidados de WATSON (2002), procurei fundamentar a minha prestação de cuidados no amor, na amabilidade e na coerência dentro de um contexto de cuidado consciente, demonstrando estar presente, cultivando as minhas próprias práticas espirituais e transpessoais de ser, desenvolvendo e mantendo uma autêntica relação de ajuda e confiança.

Voltando à explanação acerca das áreas de prestação de cuidados, as Unidades de Observação (UO), sendo elas cinco, estão dotadas de equipamento de monitorização contínua, destinada clientes que permanecem em observação por serem considerados ainda instáveis. Através de uma vigilância atenta e sistemática, prestei cuidados a este tipo de clientes avaliando e estabelecendo prioridades de intervenção, atendendo às suas necessidades, formulando diagnósticos de enfermagem e planeando intervenções em função das necessidades, recursos existentes e objetivos definidos.

Durante as três últimas semanas de estágio, tive oportunidade, tal como delineado em objetivos, de permanecer sistematicamente nestas salas.

Colaborei sistematicamente nas Salas de Emergência tomando a iniciativa, atendendo às prioridades de intervenção nos cuidados ao cliente, especialmente no que concerne ao exame primário e secundário, e adequando os métodos de intervenção mais eficazes às situações, seguindo os vários algoritmos de intervenção.

Procedi à colheita de dados junto da equipa de atendimento pré hospitalar que transportava o cliente até às salas de emergência, junto do cliente e família ou através de registos de transferência/processo clínico que acompanhava o cliente, de forma a identificar os problemas dos mesmos e despistar algumas causas relacionadas.

Colaborei, em articulação com a equipa, na realização de diagnósticos e intervenções dirigidas a lesões apresentadas **tomando iniciativa e mobilizando processos de tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas, sociais e éticas**, sentindo-me como um elemento integrante da equipa multidisciplinar e interdisciplinar (UCP/ICS, 2011).

Os vários profissionais do serviço solicitavam a minha intervenção, como se pertencesse efetivamente ao serviço, reconhecendo-me competências para tal.

Ao longo do Estágio pude verificar que a minha evolução foi constatada por parte da equipa de enfermagem que, a título de exemplo, muitas vezes ao repararem que já me encontrava junto da Enfermeira Orientadora a prestar cuidados a um cliente do foro médico ou traumatológico, já não chegavam a entrar na sala porque me reconheciam como mais um elemento com competências para o trabalho que me encontrava a desenvolver.

Prestei cuidados específicos de maior complexidade com rigor técnico e científico: colaboração na entubação endotraqueal, na ventilação invasiva e não invasiva e colocação de

cateteres venosos centrais. Procedi ainda à colocação de cateteres venosos periféricos, administração e vigilância da medicação e colocação de trações cutâneas.

Desenvolvi competências relativas ao suporte básico e avançado de vida, atendendo aos diferentes algoritmos de intervenção, bem como no teste diário do funcionamento do desfibrilhador, **avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situação complexa, segundo uma perspetiva académica avançada** (UCP/ICS, 2011).

Uma das melhorias que mobilizei para o serviço onde exerço funções, relacionou-se com estes aspetos, sensibilizando a equipa para os fatores a ter em conta ao ser testado o desfibrilhador e modo adequado de o fazer.

Da mesma forma, sensibilizei a equipa para os diferentes algoritmos de intervenção, nomeadamente algoritmo da taquicardia e bradicardia, e a importância de os cumprir adequadamente.

Neste âmbito, fui solicitada pela equipa para a realização de formação em serviço sobre suporte avançado de vida, que já sugeri à enfermeira chefe do serviço, aguardando aprovação para a realização da mesma. Propus ainda a organização de uma mala de transporte para o serviço, com a respetiva *check list*, já que a existente é única para dois serviços diferentes.

Sou tida em conta, no serviço, como um elemento de referência no âmbito da especialização, sendo procurada para o esclarecimento de dúvidas acerca de diversas áreas relacionadas com a área da mesma.

Durante o estágio, realizei ainda registos de enfermagem e relatos orais, nomeadamente nas passagens de turno, que garantissem a melhor continuidade dos cuidados, através da transmissão verbal de informação, possibilitando a análise das práticas e promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No âmbito da ventilação invasiva, nomeadamente monitorização do cliente ventilado, aprofundei conhecimentos sobre aspetos relativos à sedação durante o suporte ventilatório, fatores de risco associados ao ventilador e medidas não farmacológicas para a prevenção de pneumonia associada à ventilação, mobilizando esses conhecimentos para a prática dos cuidados, **gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e de vida e da formação pós graduada** (UCP/ICS, 2011).

Foi também muito enriquecedor o contacto com clientes politraumatizados, desenvolvendo e adquirindo competências na abordagem primária e secundária á vítima de trauma, técnicas de imobilização (aplicação do colar cervical, levantamento em bloco e

rolamento em bloco), colaboração em procedimentos invasivos (colocação de cateter venoso central e entubação orotraqueal) e preparação para transporte intra – hospitalar.

Neste processo de transferência e transporte de clientes, intra ou inter hospitalar, colaborei atendendo às normas e recomendações propostas para o transporte do cliente crítico, que visam a promoção da segurança e da boa prática clínica durante o mesmo, atendendo assim às fases de decisão, planeamento e execução, e refletindo sobre o risco / benefício do transporte, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes neste âmbito (ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS, 2008).

Perante duas vítimas de acidente de viação, colaborei de forma autónoma no estabelecimento de prioridades, articulei com o médico as condições em que o cliente poderia ser encaminhado para o serviço de Radiologia e liderei o processo de mobilização deste, do plano duro para a maca, mantendo a técnica de imobilização com colar cervical, **demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar** (UCP/ICS, 2011), cumprindo o artigo 91º do Código Deontológico, alínea b), “Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2003).

Assim que o cliente era considerado estabilizado, fiz continuamente questão de verificar se tinha acompanhante à espera proporcionando a visita do mesmo, após se articular obviamente com a equipa essa possibilidade.

Fui várias vezes verificar a presença das famílias à sala de espera acompanhando-as, posteriormente, até junto do cliente, numa tentativa de diminuir a incerteza, sofrimento e dor das famílias que tentam, simultaneamente, reunir forças para tomarem decisões, aceitarem a situação e permanecerem junto do seu familiar apoiando-o da melhor forma possível.

Assim, o acolhimento da família exige do enfermeiro o desenvolvimento de competências relacionais, que minimizem o medo e o desespero sentidos. No cliente em estado crítico, é fundamental que a família esteja a par da situação do seu familiar e sinta o apoio de toda a equipa.

Tal como refere HESBEEN (2001), cuidar da família é essencial a cuidados de qualidade, sendo possível, apenas, através de uma adequada relação de ajuda.

“É esta relação, que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o cliente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si próprio um valor terapêutico” (COLLIÉRE, 1999, p.152).

Neste contexto, demonstrei sempre disponibilidade para o cliente e família, através de uma comunicação aberta, genuína e coerente, necessária ao estabelecimento de uma relação

de ajuda, procurando esclarecer as suas dúvidas e informando acerca do que estava acontecer, os exames a realizar e o tempo de demora dos resultados.

Houve uma situação que me marcou de forma muito positiva neste contexto da relação interpessoal.

Um senhor de 56 anos deu entrada na Sala de Reanimação com o diagnóstico de isquemia do miocárdio, evidenciada no eletrocardiograma, acompanhado de taquidisritmia.

Apresentava-se sem queixas, dizia sentir-se bem e, como tal, dizia não perceber “o sentido de tanta pressa”.

Apesar de simultaneamente lhe estarem a ser explicados todos os procedimentos, e motivos para a realização dos mesmos, alertando para a possível gravidade do seu problema, apresentava-se renitente aos cuidados da equipa tornando-se até agressivo verbalmente, não reconhecendo os nossos cuidados como uma necessidade sua.

À medida que a equipa ia tomando as medidas terapêuticas necessárias para o momento, o senhor mantinha a mesma atitude.

Fui sentindo que a equipa ia desistindo de falar com ele, pouco a pouco deixando de utilizar os seus recursos para que muda se o seu comportamento, deixando transparecer sentimentos negativos e, conseqüentemente, energia negativa para a prestação de cuidados e para o recetor destes cuidados, originando neste, um aumento da sua própria energia negativa (WATSON, 2002).

Fui transparecendo o máximo de serenidade e autenticidade, e simultaneamente, alertando-o para a necessidade das intervenções. Naquele momento utilizei os meus recursos e intencionalidade para lhe fazer entender que estava ali com ele, queria ajuda-lo e compreendia perfeitamente a sua situação.

Num tom de voz calmo, sem juízos de valor, transmiti-lhe que compreendia que aquele momento estivesse a ser difícil de suportar e que gostaria de o poder ajudar, caso sentisse essa necessidade. Nesta atitude fui de encontro ao artigo 81º do Código Deontológico em que o enfermeiro observa os valores humanos pelos quais se rege o indivíduo e o grupo em que se integra, assumindo o dever de, alínea e), “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (OE, 2003).

Inicialmente disse-me que estava zangado e não queria falar, ao que anuí permanecendo junto a ele em silêncio, mantendo a mesma expressão de abertura e de presença constante. Nesta altura já me encontrava sozinha na sala a ultimar o processo de

transferência. Toda a equipa já tinha desistido de falar com ele, de lhe transmitir qualquer tipo de explicação.

Passados alguns minutos, referiu que não estava zangado, “mas triste porque estava de férias” e de repente via-se “naquela situação de forma súbita”.

Permaneci em silêncio, a escutá-lo ativamente, dando-lhe oportunidade para exteriorizar os seus medos e receios, esclarecendo as suas dúvidas e demonstrando-lhe compreensão genuína.

Quando já se encontrava mais calmo, informei-o de que se gostasse de falar com alguém antes da transferência, eu iria tentar ajudá-lo nesse sentido, respondendo que queria falar com a irmã, pelo que lhe disponibilizei o telefone do serviço.

À chegada dos profissionais responsáveis pela sua transferência, encontrava-se muito mais calmo, sem renitência aos cuidados e, no final, ao sair da sala, chamou-me e disse: “Obrigada por tudo”.

Fiquei pois com um sentimento de dever cumprido e de grande satisfação por ter conseguido corresponder às suas necessidades e estabelecido uma verdadeira relação de ajuda, atendendo às várias dimensões que o constituem (física, psíquica, social e espiritual) e intervindo para satisfazer as necessidades de cada uma delas.

Neste tipo de situações de urgência/emergência, as necessidades fisiológicas, sobrepõe-se às psicológicas, correndo-se o risco de se ignorar o cliente como ser social e de deixar de ter uma visão expandida do mesmo e do que significa ser humano.

A nossa consciência necessita de estar sistematicamente atenta a estes riscos na prestação de cuidados, de forma a evitar que aconteçam.

Indo de encontro à opinião de WATSON (2002,p.129), entendo que “num modelo de cura transpessoal o corpo já não será mais corpo físico material, como objeto, mas torna-se num sujeito que vive, que respira. Este torna-se num mundo subjetivo corporizado, um veículo para o fundamento da nossa existência, uma reserva de consciência e de espírito corporizado”.

Cabe-nos a nós fazer uma introspeção sobre nós próprios e as nossas práticas e prestar um serviço completo e personalizado tendo sempre em conta a unidade do cliente.

O presente Estágio permitiu-me ainda desmistificar o conceito do Serviço de Urgência, que muitas vezes é visto como sinónimo de caos. Este caos, a que vulgarmente se faz referência, poderá ter a ver com a enorme afluência de clientes que diariamente recorrem a este serviço e que deixará transparecer a ideia de que é tudo muito turbulento, stressante e angustiante.

Em relação ao segundo objetivo delineado, desde o início, o desejo era de desenvolver uma temática sobre a prevenção e controlo de infeção pois é uma área de grande interesse pessoal, onde me sentia perfeitamente dotada de recursos pessoais e aptidões para deixar um contributo muito positivo à equipa em prol da qualidade do cuidar, parecendo-me muito pertinente para a unidade clínica em questão.

Por outro lado, as ações de formação já realizadas, ou em planeamento, estavam mais voltadas para a área da urgência e emergência. Delineei então como objetivo, **contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente algaliado.**

Após realizar pesquisa bibliográfica acerca do tema, tendo por base os conhecimentos já adquiridos na formação pós graduada, e de recolher alguma informação junto da Enfermeira responsável pela Comissão de Controlo de Infeção, decidi elaborar uma grelha de observação (Apêndice I) para realização de uma auditoria às práticas dos profissionais, no serviço de urgência, no que respeita à prevenção e controlo de infeção no cliente algaliado, tendo sido realizadas a um total de dez procedimentos distintos.

A respetiva grelha foi verificada, posteriormente, por duas peritas, na área, para seguidamente se proceder à sua aplicação.

Para a divulgação dos resultados das auditorias, foi planeada uma sessão de formação destinada aos enfermeiros do serviço, divulgada através da afixação do plano da sessão (Apêndice II).

A sessão de formação contou com a presença de 30 enfermeiros do serviço e teve a duração de 30 minutos, para apresentação do tema e esclarecimento de dúvidas (Apêndice III).

No final da sessão procedeu-se à avaliação da mesma, através de uma grelha de avaliação onde a equipa avaliou que a formação tinha sido muito importante para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e esteve de acordo com as necessidades da unidade clínica.

No final, foi ainda realizado o Relatório de Auditoria (Apêndice IV) que foi entregue à Enf^a Chefe e apresentado à equipa.

Através desta formação pude promover a minha capacidade de **supervisão do exercício profissional na área de Especialização em Médico-Cirúrgica** (UCP/ICS, 2011).

Segundo ABREU (2007), a supervisão clínica refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado.

A relação profissional é, assim, a chave da supervisão clínica.

Para conseguir alcançar os objetivos da supervisão, o modo como os outros nos vêem e como somos aceites por eles, é determinante pois disso dependerá o seu comportamento. A supervisão só se torna efetiva com a colaboração, quer do supervisor, quer do supervisionado.

Conseguí assim estabelecer uma relação de confiança com a equipa, demonstrei espírito de equipa, compreensão, disponibilidade e motivação ao mesmo tempo que tentei promover a mudança positiva e desenvolver o espírito crítico dos mesmos.

Refleti com a equipa sobre a complexidade de saberes científicos, e a sua pertinência nas nossas práticas, deixando propostas de melhoria para a unidade clínica (Apêndice IV).

Conseguí estabelecer com a equipa uma comunicação eficaz, identificando não conformidades nas práticas, incentivei a reflexão sobre as mesmas e sobre a compreensão das nossas ações. Houve muita receptividade por parte da equipa, e consegui que esclarecessem as suas dúvidas, permiti a atualização de conhecimentos e a desmistificação de certos procedimentos ainda executados nas práticas, como a questão da utilização do *betadine* previamente à algaliação.

Através da realização desta ação de formação tive oportunidade de **incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes** no âmbito da prevenção e controlo de infeção no cliente algaliado, sendo também uma forma de **zelar pelos cuidados prestados** com vista à promoção da segurança dos mesmos (UCP/ICS, 2011).

No final, considero ter contribuído para o **desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros** e soube **identificar necessidades formativas** pertinentes para o serviço, como o comprovam os resultados da avaliação da sessão (UCP/ICS, 2011).

Fico satisfeita por ter ainda promovido a formação em serviço na medida em que referiram que gostariam de realizar futuras formações também para outros procedimentos existentes.

Concluo que a minha intervenção nesta área permitiu fazer uso das minhas aptidões e recursos, possibilitou-me desenvolver competências científicas, despertou o interesse da equipa e apontou o rumo a seguir por qualquer estratégia que tenha como objetivo a qualidade dos cuidados. Desta forma o sentimento é de grande satisfação.

Sinto que deixei o meu contributo, como futura enfermeira especialista, no sentido do aumento da qualidade na prestação de cuidados contribuindo, simultaneamente, para uma das normas do atual Programa de Acreditação Internacional para as Organizações de Saúde, que diz respeito ao Antigo Critério n 2.23 do anterior programa.

Tal como se lê deverá existir “um sistema para assegurar que todas as políticas e todos os procedimentos são divulgados por toda a organização”. Para além disso, deverá assegurar

também que todo o pessoal tem conhecimento das políticas e dos procedimentos respeitantes ao seu trabalho, sendo necessário o controlo de documentos aplicado à distribuição das políticas e dos procedimentos. “Tal poderá incluir uma assinatura comprovativa da receção das políticas e dos procedimentos...” (PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE, 2010, p.25).

Acreditar significa, neste âmbito, “atribuir créditos” (...) “garantir, através de um processo específico, que determinado estabelecimento é credível e que, conseqüentemente, merece a confiança da população” (HESBEEN 2000, p.172).

No final da formação, deixei algumas sugestões de melhorias para o serviço, nomeadamente um incentivo para a realização de mais formações na área da prevenção e controlo de infeção, parecendo-me uma área que necessita de uma maior atenção no serviço de urgência, onde muitas vezes a urgência das situações é utilizada como *escapatória* para a existência de inconformidades nas práticas em relação aos procedimentos considerados mais corretos cientificamente.

A Enfermeira Chefe elogiou o meu contributo e atitude no serviço, referindo existir sempre “uma porta aberta para mim”.

Posso afirmar com segurança que evoluí de forma gradual, adquirindo e desenvolvendo competências e incrementando o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo da minha prestação de cuidados diária, centrada no cliente, como um todo, e procurando promover diariamente a qualidade dos mesmos, correspondendo às necessidades reais dos clientes.

2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS – MÓDULO II

A área diferenciada da Medicina Intensiva centraliza a sua missão na prevenção, diagnóstico e tratamento/cuidados a clientes “cuja vida está ameaçada por falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.1).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP1) do Hospital S. José destina-se ao internamento de clientes, na sua maioria em situação crítica, das especialidades médica, cirúrgica e traumatológica.

Admite clientes da área de toda a instituição hospitalar ou, por acordo prévio, referenciados por outros hospitais ou pelo CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes), que necessitem de vigilância e monitorização hemodinâmica contínua, suporte ventilatório ou técnicas de substituição da função renal.

Trata-se de uma unidade de cuidados inserida na classificação III da DGS, possuindo

equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista em presença física nas 24 horas, e reúne os meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários.

Por outro lado, dispõe ainda de medidas de controlo contínuo de qualidade, onde a equipa de enfermagem, colaborando no projeto emanado pelo grupo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) do CHLC, trabalha vários indicadores de qualidade: Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão, Avaliação do Risco de Queda, Monitorização dos Incidentes de Queda, Monitorização das Úlceras de Pressão e Monitorização da Dor.

Tive oportunidade de aplicar cada um destes indicadores, encontrando-me familiarizada com os mesmos por serem utilizados no serviço onde exerço funções.

A unidade clínica dispõe também de um conjunto de protocolos, normas e procedimentos que norteiam a prestação de cuidados e que foram desenvolvidos (na sua maioria) especificamente para a UCIP, bem como um plano de integração para novos elementos, o que favorece a prática de cuidados e estabelece/define a qualidade dos cuidados a prestar aos clientes.

A leitura e análise dos mesmos, permitiu-me a recolha de informação que considerei mais oportuna o que me permitiu, por um lado, compreender critérios de atuação e normas de procedimento condutores de boas práticas. Por outro lado, foram auxiliaadoras, quer no processo de conhecimento sobre a estrutura e a dinâmica de funcionamento da unidade, quer no processo de integração/adaptação ao serviço.

Tal como refere SALE (1998, p.51) “não é possível medir a qualidade dos cuidados se estes não forem descritos com exatidão e em termos mensuráveis. Uma das formas de o fazer é definir normas”.

A uniformização e padronização das práticas levam a uma maior efetividade dos cuidados, aumentando o índice de qualidade dos mesmos, uma vez que reduz, à partida, o número de erros.

Os protocolos existentes no serviço estão de acordo com as linhas orientadoras da investigação recente e dizem respeito, nomeadamente, à perfusão de insulino-terapia endovenosa contínua, administração de alimentação entérica, manutenção de cateter venoso central e linha arterial, utilização de electrocatéter e prevenção da pneumonia associada à ventilação.

A sua leitura e utilização, tendo em conta a individualidade do cliente e a sua situação, possibilitaram-me melhor fundamentação e aprofundamento de conhecimentos, constatando a sua utilidade como um instrumento de melhoria da qualidade para a gestão dos cuidados, permitindo a uniformização de boas práticas e conduzindo, conseqüentemente, à promoção da qualidade e segurança dos cuidados, evitando-se assim os gastos desnecessários em saúde e a gestão inadequada dos recursos humanos, constituindo-se ainda como uma ajuda preciosa na tomada de decisão.

Considerando o aprofundamento de conhecimentos e a aquisição de competências enquadradas no âmbito do enfermeiro especialista em médico – cirúrgica, passo a descrever e refletir sobre aquilo que constituiu o meu percurso neste estágio.

Como ponto de partida delineei, como primeiro objetivo, **desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao cliente crítico/família sob ventilação invasiva.**

Prestar assistência ao cliente numa unidade de cuidados intensivos, submetido a ventilação mecânica e envolvido por um ambiente de elevada componente técnica, bem como a abordagem à família neste contexto, foi um desafio a nível pessoal e profissional, dado a falta de experiência nesta área e ter sido a primeira vez que desempenhei funções numa unidade de cuidados intensivos (UCI).

Num primeiro impacto, assemelhou-se a um lugar frio, hostil, onde a tecnologia, sobrepõe as ações humanas. Progressivamente, através do conhecimento da dinâmica e funcionamento da unidade clínica, esta ideia foi desmistificada.

Visto tratar-se de uma área que não faz parte da minha prestação de cuidados diária, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica tendo como finalidade a fundamentação teórica sobre a mesma, indo de encontro à opinião de COLLIÉRE (1999), quando refere que as competências que caracterizam uma profissão, decorrem de um conjunto de conhecimentos organizados e a sua aquisição requer o domínio prévio dos fundamentos teóricos dessa mesma competência.

Na prestação de cuidados globais e individualizados, a principal dificuldade sentida, numa fase inicial, esteve relacionada com a mobilização do cliente ventilado, pelo risco de desconexão da prótese ventilatória e na interpretação dos parâmetros ventilatórios. Apesar de pesquisa bibliográfica prévia e dos conhecimentos adquiridos na formação pós graduada, o contacto com a prática é sempre diferente e surgem sempre dificuldades quando não existe qualquer experiência na área.

Progressivamente, fui sentindo maior autonomia e capacidade de iniciativa na resolução dos problemas relacionados com o cliente ventilado e nos diversos cuidados relativos ao mesmo, identificando prontamente os parâmetros do ventilador conseguindo estabelecer a correspondência entre as alterações do cliente e alterações dos parâmetros, bem como fazer a ligação com os valores da gasimetria e conseqüente alteração dos parâmetros do ventilador, pelo médico.

Monitorizei e avaliei a adequação das respostas aos problemas identificados, nomeadamente na reavaliação do cliente em relação à adaptação a novos parâmetros do ventilador, qual a sua resposta em termos de gasimetria, necessidade de reajustar valores do ritmo de perfusão da sedação.

Através desta progressiva compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do cliente, **demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos** que mobilizei na prática através da adequada **tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas** (UCP/ICS, 2011).

Apesar dos inúmeros benefícios, a utilização de ventilação mecânica pode acarretar complicações, tendo procurado sempre a antecipação, despiste precoce e prevenção das mesmas, indo de encontro ao enunciado descritivo 4.3 do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica, onde se pode ler “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p.4).

Assim, mantive vigilância atenta ao estado de consciência do cliente, alterações da coloração da pele e mucosas, estado hemodinâmico, resultados do balanço hídrico, valores de gasimetria e distensão abdominal. Procedi sempre ao ajuste correto da pressão do cuff do tubo orotraqueal, à fixação adequada do tubo, aspiração de secreções do mesmo e resposta do cliente, bem como, medidas de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), com base na evidência.

A pneumonia, após a infeção urinária, é a infeção associada aos cuidados de saúde mais comum, sendo a ventilação mecânica o maior fator de risco associado (PINA *et al*, 2010).

A ventilação invasiva, associada à situação vulnerável dos utentes, procedimentos invasivos, cirurgias complexas, drogas imunossupressoras e terapêutica antimicrobiana é consequência da maior taxa deste tipo de infeções nas UCI.

Neste contexto, mantive-me sempre atenta para as medidas para reduzir o risco da PAV, contribuindo para a redução do risco de aspirações, efetuando o tratamento correto dos dispositivos que entram em contato com a via aérea e evitando a infeção cruzada aplicando as boas práticas recomendadas pelas evidências recentes.

A equipa encontrava-se desperta para a necessidade de prevenção deste tipo de infeção, utilizando como adjuvante um protocolo de atuação, realizado para a unidade, com as linhas orientadoras atuais relativas a esta temática.

Ainda neste contexto, cumpri adequadamente as medidas específicas fortemente recomendadas para a prevenção da pneumonia associada à ventilação, nomeadamente, elevação da cabeceira do leito, avaliação diária da necessidade de sedação, aspiração da secreção subglótica e higiene oral e monitorização da pressão do cuff (PASSOS & CASTILHO, 2000).

No que diz respeito à técnica de aspiração de secreções, sendo uma medida

preventiva, tem também associadas, simultaneamente, complicações resultantes da sonda de aspiração, pressão do vácuo exercida, dos efeitos secundários que podem ocorrer e com a avaliação da necessidade de realizar aspiração.

Durante a aspiração pelo tubo orotraqueal, incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no que diz respeito ao equipamento de proteção individual a utilizar, tamanho adequado da sonda tendo em conta o tubo endotraqueal, cumprimento da técnica asséptica durante todo o procedimento, duração da sonda dentro do tubo, bem como, a sua retirada.

Simultaneamente, mantive avaliação constante e atenta dos parâmetros hemodinâmicos do cliente, nomeadamente saturação periférica de oxigénio, coloração da pele e mucosas e vigilância do estado de consciência, atendendo ao facto de que a aspiração endotraqueal poderá expor os clientes a sérios riscos tais a hipoxemia, atelectasia, arritmia e infeção.

No que diz respeito à infeção, o cliente com tubo orotraqueal além de perder as suas barreiras de defesa das vias aéreas superiores, está sujeito a contaminação exógena provocada pelas mãos dos profissionais de saúde e do equipamento respiratório.

Assim, medidas preventivas como a correta higienização das mãos, utilização das barreiras básicas de proteção individual e a manutenção dos circuitos respiratórios, são imperativas. A equipa encontrava-se desperta para estes aspetos aplicando-os na prática diária de cuidados. No entanto, verificaram-se certas fragilidades, nomeadamente, no cumprimento da higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela DGS, que não se verificava em todas as situações.

Assim, procurei sensibilizar os profissionais para a importância do cumprimento da higienização das mãos em todos os momentos preconizados, discutindo e analisando, com os mesmos, situações problema resultantes do não cumprimento do preconizado pelas boas práticas.

De forma indireta, verifiquei que através da minha atuação, incentivei os profissionais para o cumprimento destas medidas, havendo situações em que se aproximavam do cliente sem higienizar as mãos e, discretamente, corrigiam este comportamento ao verificarem a minha preocupação em o fazer.

Da mesma forma, em discussão com a orientadora e com os restantes profissionais sobre o procedimento hospitalar acerca da higiene das mãos, entendo ter contribuído para uma melhor compreensão da função da solução de base alcoólica para a desinfeção das mãos, lembrando que, excetuando os casos em que as mãos se encontram visivelmente contaminadas ou nas situações de infeção pela bactéria *clostridium difficile*, a solução de base alcoólica, se utilizada convenientemente, assegura uma perfeita descontaminação das

mesmas.

Tendo em conta estes pressupostos, procurei que a minha atuação permitisse ao cliente os benefícios da aspiração, sem contudo, provocar outro tipo de complicações resultantes da técnica.

Assim, tendo em conta as atividades apresentadas, entendo que **adquiri competências científicas e técnicas na área da ventilação mecânica, gerindo e aprofundando informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e formação pós graduada** (UCP/ICS, 2011).

O uso de ventilação não invasiva (VNI) tem demonstrado redução na incidência de PAV comparado com ventilação mecânica invasiva em pacientes com falência respiratória.

Em relação a este tipo de ventilação desenvolvi competências técnicas no manuseamento das diferentes máscaras, promovendo o correto ajustamento das mesmas, reconhecendo esta intervenção como a chave para assegurar um suporte ventilatório adequado.

Uma inadequada adaptação da máscara pode ser responsável pelo assincronismo entre o doente e o ventilador, podendo não ser detetado o esforço e o final da inspiração nesta circunstância.

As discussões com a orientadora e com outros enfermeiros sobre os diferentes métodos de análise de situações complexas, nomeadamente, se a modalidade seria a adequada ao cliente, se a sonda seria suficiente ou em demasia, se estaria de acordo com as novas evidências, foram uma mais-valia para troca de experiências e partilha de opiniões com vista ao desenvolvimento de competências nesta área.

Por outro lado, o facto da ventilação não invasiva ser uma área em que tenho algum contacto na minha prática diária, nomeadamente com clientes que sofrem de apneia obstrutiva do sono, possibilitou-me estar mais desperta e elucidada para a preocupação, desconforto e ansiedade que procuram ultrapassar de forma a adaptarem-se a este tipo de ventilação.

O desconforto provocado pelas interfaces, a sensação de asfixia por vezes sentida, a ansiedade por necessitarem deste dispositivo para respirar, as alterações e limitações instaladas nas suas vidas e a diminuição de esperança, são muito comuns nestes clientes.

Com base na teoria do conforto de KOLCABA (2003), onde define o conforto como uma experiência imediata e holística através da qual são satisfeitas as necessidades dos três tipos de conforto quer a nível físico, psicoespiritual, social e ambiental, procurei identificar e satisfazer as necessidades do cliente, em todas as minhas intervenções, proporcionando-lhes alívio, tranquilidade e transcendência, conceitos que a autora descreve como os três tipos de

conforto.

Assim, a nível físico, os vários tipos de interface são propícios a desconforto e dor ou lesões cutâneas aos quais estive atenta colocando apósitos nas lesões, reposicionando a interface sempre que necessário para alívio das pressões, bem como posicionando o cliente ajudando-o a encontrar posições de alívio de pressão e de conforto.

Por outro lado, procurei explicar-lhes todos os procedimentos com linguagem apropriada, esclarecendo dúvidas, valorizando as suas preocupações, reforçando pequenos progressos, valorizando as mais “pequenas coisas”; estimulando a colaboração na técnica, avaliando a sua tolerância à interface, elogiando progressos de adaptação, estando presente, apoiando, mostrando verdadeira compreensão, proporcionando-lhes tranquilidade e esperança, mantendo pessoalmente a esperança.

Com base no que foi exposto, considero ter conseguido adquirir e desenvolver competências que tenho incorporado no meu contexto de trabalho, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, neste caso, sob ventilação não invasiva.

A equipa solicita a minha intervenção nesta área, fazendo questões, esclarecendo dúvidas e reconhecendo-me assim com competências perante o cliente ventilado devido ao aprofundamento de conhecimentos que demonstro.

Numa unidade de cuidados intensivos que persegue as mais elevadas competências de natureza técnico-científica, tendo bem presente que “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas” (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001, p.10), a esfera de cuidados é preenchida pelo desenvolvimento contínuo de competências de comunicação e de relação onde a humanização, espelha o artigo 89º do Código Deontológico (CDE) onde se advoga que o enfermeiro assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (OE, 2003).

Ao focarmos as nossas ações no humanismo e no altruísmo, reportamo-nos a WATSON (2002), a qual destaca que o cuidado humano transpessoal é um ideal de intersubjetividade, com o enfermeiro e o cliente envolvidos; uma arte, quando o enfermeiro unido ao outro, transcende o físico dando significado à existência, e é um ideal moral onde o enfermeiro se preocupa com a dignidade humana e preservação da humanidade.

Tendo em conta estes pressupostos, que orientaram a minha prestação de cuidados, percebi que, perante o doente crítico, que se encontra numa situação major de vulnerabilidade, de sofrimento, dor, afastamento dos seus entes queridos, dependência parcial ou total nas atividades de vida diárias, este cuidar humanizado revela-se ainda mais crucial.

Ao reler e analisar a teoria transpessoal de Watson, e perante a especificidade do cliente crítico, senti necessidade de desenvolver um processo autorreflexivo mais aprofundado sobre quem sou, sobre a minha própria espiritualidade e a dos outros e sobre a forma como me relaciono com o cliente e família tendo em conta todas as suas dimensões.

Progressivamente, questionava-me mais acerca das minhas intervenções durante o dia que tinha passado, das relações terapêuticas que tinha conseguido estabelecer, das formas como o tinha feito, que atitudes tinham sido utilizadas, como poderia estabelecer uma melhor relação de ajuda e o que não estava tão adequado na minha conduta relacional.

Desta forma, percebi que ao amplificarmos o sentido de conhecimento próprio, de grau de consciência mais elevado, existe, como traduz WATSON (2002, p83), “uma força interior que pode expandir capacidades humanas e permitir que uma pessoa transcenda o seu eu habitual”.

Ao nos conhecermos e percebermos efetivamente, agimos melhor, entendemos o outro de uma forma mais integral e, conseqüentemente, auferimos maior aptidão para a interação e para o verdadeiro cuidar.

Ao empregarmos na nossa prestação de cuidados, “todo o nosso ser”, as nossas emoções e sentimentos, estamos a contemplar verdadeiramente o interior do cliente, ajudando-o a “encontrar significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo o autocontrolo, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença” (WATSON, 2002, p.87).

Isto vai de encontro à opinião de LÁZURE (1994, p.102), quando refere que para se estabelecer uma verdadeira relação de ajuda, o enfermeiro deve inicialmente interrogar-se sobre uma questão fundamental: “Quem sou eu?” acrescentando ainda que esta pergunta e as respostas conseqüentes permitirão tornar cada encontro com o cliente, momentos de contacto intenso entre seres humanos em crescimento, em vez de ocasiões em que “aquela que sabe e pode, exerce o poder sobre aquele que não sabe e que não pode”.

No que diz respeito ao acolhimento à família/pessoa significativa, estabeleci uma relação transparente e pró – ativa, onde a comunicação eficiente e eficaz, clara e precisa possibilitaram uma verdadeira relação de ajuda e confiança.

Aproveitava para, em cada encontro, incentivar os familiares a auxiliar na prestação de cuidados, a tocar e interagir com o cliente, bem como, fornecendo informações, esclarecendo dúvidas e escutando-os ativamente, colocando-me no seu lugar, indo ao encontro da afirmação de LÁZURE (1994), ao referir que o enfermeiro deverá possuir uma capacidade de base, primordial à relação de ajuda – *a escuta*, escutando com todo o ser.

Em cada uma das minhas intervenções com o cliente e família procurei transmitir-lhe que estava “ali para eles”, o quanto que eram importantes para mim, dando-lhes espaço e a oportunidade para exteriorizarem as suas emoções, ajudando-os a identificar as suas necessidades e a alcançar as estratégias realistas e eficazes para as satisfazer.

Estas atitudes são apoiadas pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1998), no artigo 5º, relativo à caracterização dos cuidados de enfermagem, onde refere que “Os cuidados de enfermagem são caracterizados por: 1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”.

O estado de vulnerabilidade provocado por um problema de saúde aumenta de tal forma no cliente a necessidade de se sentir importante aos olhos dos outros que só uma escuta atenta, a pode satisfazer.

Durante todo o processo que envolve a prestação de cuidados tentei, afastar todas as preocupações pessoais para manter a serenidade necessária “para abrir o espírito” ao cliente e família, ou seja, para os acolher inteiramente, estando atenta a todas as formas de linguagem, quer verbal, quer não-verbal.

A comunicação é um dos instrumentos básicos, e indispensáveis, capaz de favorecer e ajudar no processo de humanização do cuidar, diminuindo a ansiedade da equipa de enfermagem, dos clientes e familiares proporcionando confiança e segurança aos mesmos.

Na comunicação com o cliente submetido a ventilação mecânica, onde as dificuldades comunicacionais são ainda mais evidentes, procurei que a presença do tubo endotraqueal, a conexão à prótese ventilatória ou a medicação analgésica e sedativa instituída, não se tornassem barreiras impeditivas à comunicação.

Para este efeito, fui desenvolvendo e aperfeiçoando aptidões que me permitissem consciencializar e estar desperta para os comportamentos não-verbais dos clientes, uma vez que seria essa a sua forma de comunicar, gerindo assim “ (...) a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.4).

Recordo-me de uma situação de uma cliente entubada endotraquealmente mas consciente e orientada, mostrando-se atenta para todo o ambiente em redor.

Diversas vezes, atendendo às suas expressões faciais, apercebi-me das suas dúvidas em relação ao que se ia passando e ao que ia ouvindo, esclarecendo-a com prontidão e falando-lhe da família, do neto que tinha nascido recentemente, pois percebia o quanto isso a deixava feliz, elogiava a sua força e a sua vontade de vencer a doença, sentindo da sua parte gratidão, momentos breves de alegria, satisfação, calma e esperança.

Todos estes sentimentos se refletiam através dos seus olhos, das suas expressões e dos seus gestos, o que contribuiu para um sentimento de aprazimento, da minha parte, por saber que estava realmente a ajudá-la.

Por outro lado, demonstrei disponibilidade, permanecendo próxima do cliente, assumindo uma atitude de compreensão e de escuta ativa, dando prevalência ao toque que “[...] transmite por vezes mais o sentido das nossas mensagens que as próprias palavras” (PHANEUF, 2005, p.45).

Adotei uma atitude corporal de abertura, debruçando-me ligeiramente sobre o cliente mostrando calma, disponibilidade e verdadeiro interesse e motivação para ajuda-lo, fazendo silencio no meu interior “fazendo calar essa vozinha interior que faz juízos de valor e tem medo de não saber o que dizer, como se houvesse sempre necessidade de dizer algo” (LÁZURE, 1994, p.17).

Posso afirmar com segurança ter desenvolvido significativamente esta habilidade de escuta, pois uma das minhas dificuldades era exatamente manter este silêncio interior. Tentava sempre procurar uma resposta às palavras do cliente, as vezes mesmo antes de este ter terminado de falar.

O facto de contactar com clientes, que na sua maioria, estavam impossibilitados de se expressarem verbalmente, ajudou-me a estar mais atenta à importância da linguagem não-verbal e do silêncio.

Consgo agora escutar verdadeiramente o cliente, escutando a linguagem não-verbal e completando com ela o que escuto através das suas palavras, dando espaço para o silêncio necessário durante a escuta, utilizando este silêncio para refletir e integrar o que o cliente expressa. Desta forma, consigo compreender melhor o cliente, e verifico pelos seus indicadores verbais e não-verbais que atendo de uma forma mais eficaz às suas necessidades.

Tal como afirma LAZURE (1994, p.18), “a competência profissional da enfermeira não se mede pela rapidez com que responde [...] muitas vezes ele não deseja se não exprimir uma opinião ou partilhar uma tomada de consciência, o que não exige resposta verbal”.

Sendo o cliente quem possui os principais recursos para resolver os seus problemas, se o escutarmos verdadeiramente, ele irá conseguir guiar-nos para que o possamos ajudar.

Durante este percurso aprendi a conhecer-me melhor, a conhecer o impacto dos meus comportamentos com o cliente, e vice-versa, e ainda identificar os meus pontos fortes e fracos relativamente à arte de escutar, elemento fulcral da relação de ajuda.

Mobilizando conhecimentos sobre técnicas de comunicação com o doente ventilado para o contexto da prática, desenvolvidos e adquiridos na formação pós graduada, através da

orientadora de estágio e utilizando a pesquisa bibliográfica, fui capaz do estabelecimento de uma comunicação eficaz com o doente ventilado, gerindo e interpretando, de forma adequada a informação adquirida/desenvolvida.

Neste âmbito, para os clientes impossibilitados de escrever, recorri às frases curtas, aconselhando a acentuação da silabação e procurando aplicar a linguagem gestual como a mímica facial, gestos e a leitura dos lábios.

Se conseguiam utilizar a escrita, promovi esta forma de expressão com lápis e papel, quadro com figuras letras e símbolos, tendo sido persistente, incentivando e mostrando verdadeiro interesse em entender, ajudar e estabelecer verdadeira relação terapêutica.

Da mesma forma, realizei ensino à família na comunicação com o seu familiar impossibilitado de expressar-se verbalmente, incentivando que conversassem com ele, nomeadamente, sobre aspetos relacionais considerados importantes e positivos e incentivando-os a acarinhar o cliente e a tocar-lhe.

O facto de se estabelecer uma relação terapêutica com o cliente, permite uma maior compreensão e aceitação deste em relação aos procedimentos, e identificam-se de uma melhor forma as suas necessidades, oferecendo-lhe simultaneamente apoio, conforto, e despertando os seus sentimentos de confiança e auto estima.

No que diz respeito à utilização do humor, este, como ação de enfermagem, “ continua a ser subutilizado, subvalorizado, e até olhado com certa desconfiança” (JOSÉ, 2010, p.21) numa cultura profissional onde idoneidade tem vindo aliada a alguma sisudez como se houvesse necessidade de deixar de lado o humor e o que a ele está associado para se ser considerado um “verdadeiro” profissional.

Em estudos efetuados, o humor é julgado apropriado e desejável nos cuidados de saúde sendo a sua utilização vantajosa na promoção dos relacionamentos, aumento da auto estima e alívio da ansiedade e tensão (JOSÉ, 2010).

No entanto, entendo que para se fazer uso adequado do humor, no relacionamento com os outros, bem como a utilização das outras técnicas de relacionamento terapêutico é necessário, tal como referi inicialmente, efetuar uma autoanálise sobre nós próprios e as nossas ações, conhecer-nos a nós próprios e evoluir abrindo-nos a novas dimensões do cuidar em enfermagem, ainda pouco exploradas e que fazem toda a diferença na prestação de cuidados.

Como não poderia deixar de ser, para se alcançar uma verdadeira relação terapêutica precisamos basear-nos no conhecimento aprofundado do cliente, do seu universo, a sua história pessoal e o seu problema de saúde aplicando as boas práticas à sua situação.

A tecnologia e as medidas terapêuticas oferecidas nas UCI são indispensáveis para que se obtenha o objetivo destas unidades. No entanto, estas medidas não são por si só suficientes para tornarem realmente efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-se o cliente de forma holística, ou seja, respeitando o CDE no seu artigo 82º, alínea c) "Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa" (OE, 2003).

Na UCI, a equipa demonstrou reconhecer importância no estabelecimento de relação terapêutica mas simultaneamente reconheciam falta de "treino" na área relacional, e remetendo a maior parte das vezes a família para o médico, descurando o despiste das reais necessidades da mesma nesses momentos. Pelo que pude aferir, havia momentos em que não precisavam nem desejavam falar de diagnósticos, mas sim simplesmente serem ouvidas, desabafar, procurar conforto e apoio emocional.

Entendo que os elementos da equipa necessitem de um maior enfoque em ações de formação nesta área, um guia de boas práticas sobre relação terapêutica seria o ideal para entenderem que o estado emocional do cliente pode, muitas vezes, estar tão afetado quanto o físico e que descurar qualquer um dos estados, não se aplica ao verdadeiro significado do cuidar em enfermagem.

Reconheço uma evolução significativa do meu desempenho no estabelecimento da relação terapêutica, escutando os clientes com maior atenção, elaboro questões mais abertas, consigo obter com maior facilidade a sua confiança e tenho maior discernimento para contornar os obstáculos, que fazem parte da minha realidade de trabalho e que poderão interferir no processo terapêutico, tais como o insuficiente rácio de enfermeiros por cliente.

Por todas as atividades explanadas, entendo ter **demonstrado conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família** (UCP/ICS, 2011).

No que concerne ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas, gradualmente, fui sentindo maior autonomia na prestação de cuidados ao cliente crítico, nomeadamente na metodologia de avaliação, consciência crítica dos problemas e antecipação de complicações, sendo esta autonomia reconhecida pela equipa, nomeadamente, pela enfermeira orientadora atribuindo-me total responsabilidade na prestação de cuidados a pelo menos um dos clientes atribuídos.

A equipa multidisciplinar, em geral, reconhecia-me como mais um membro da unidade clínica, solicitando a minha atuação como se pertencesse efetivamente à equipa e, a equipa

médica, em particular, solicitava a minha intervenção vendo-me como a única responsável pelo cliente.

Estes factos evidenciaram a confiança que depositavam no meu trabalho e, simultaneamente, que era considerada competente no mesmo.

Para finalizar gostaria de evidenciar a minha preocupação permanente com o registo rigoroso das alterações do cliente, das intervenções e da resposta a essas intervenções, algo que considero realmente crucial na nossa prática diária sobretudo em realidade de cuidados intensivos onde, devido ao facto de estarmos perante clientes em estado crítico, o mínimo erro, falha, ou omissão nos registos poderá ser fatal.

Assim, os registos permitem estabelecer um meio de comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar, facilitar a coordenação e continuidade na prestação de cuidados e fornecer dados úteis para a pesquisa, educação e planeamento a curto e longo prazo, contendo um conjunto de informações que deverão refletir a quantidade e qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne ao segundo objetivo de estágio, este destinava-se a **desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao cliente com alterações neurológicas/ família em situação crítica.**

Na monitorização do cliente neurológico, desenvolvi competências técnicas na realização do exame físico e monitorização invasiva atendendo aos sinais de hipertensão intracraniana ou diminuição da perfusão cerebral e sinais de compressão do tronco ou nervos cranianos adjacentes ao mesmo, conseguindo-se desta forma um reconhecimento precoce de deterioração neurológica e/ou hemodinâmica.

Tive oportunidade de contactar com um cliente com derivação ventricular externa, algo que desconhecia, e que me permitiu adquirir conhecimentos nesta área tendo noção da importância dos cuidados de enfermagem a estes clientes, sobretudo no que diz respeito aos registos rigorosos e avaliação criteriosa da região de inserção do cateter, débito, aspeto e cor da drenagem de líquor, sinais e sintomas de infeção e manipulação do cateter, **demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional perante estes clientes** (UCP/ICS, 2011).

A necessidade de analgésicos e sedativos para manter a segurança e conforto dos clientes é importante mas, cada vez mais, se reconhece que a sedação excessiva pode prolongar a duração da ventilação mecânica, criar dependência física e psicológica e aumentar o tempo de internamento. O objetivo é encontrar o equilíbrio entre prestar cuidados compassivos e evitar a sedação excessiva,

Também neste aspeto a minha observação atenta da resposta do cliente à sedação foi

importante, avaliando, sistematicamente, o estado de consciência e os parâmetros hemodinâmicos do mesmo, despistando repercussões hemodinâmicas que obrigam a um reajuste das doses em perfusão, antecipando-se assim possíveis complicações e **avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada** (UCP/ICS, 2011).

O desenvolvimento de competências científicas e técnicas no cliente ventilado e no cliente neurológico permitem-me atualmente um maior potencial para a tomada de decisão nestas áreas, tendo obviamente por base a evidência científica, os valores dos clientes e as suas preferências, **zelando pelos cuidados prestados** nesta área (UCP/ICS, 2011).

No que se refere ao transporte de clientes em estado crítico, colaborei nas várias etapas do mesmo, atendendo à fundamentação científica em vigor, nomeadamente, o procedimento multissetorial do transporte intra e inter – hospitalar do doente crítico do CHLC, baseado nas orientações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e no Regulamento de transportes de doentes de 2001.

Assim, colaborei na seleção dos meios adequados de monitorização, equipamentos e terapêutica a incluir/manter durante o transporte, tendo em conta as possíveis complicações, e fazendo uso do papel preponderante do enfermeiro na vigilância contínua do cliente, antecipação de complicações e tomada de iniciativa para a resolução das mesmas.

Reconheço a prática reflexiva como um alicerce fundamental do desenvolvimento social e profissional dirigido para as necessidades da população e procuro difundir na equipa, no meu contexto de trabalho, os resultados da investigação recente de forma a promover a prática refletida tornando-a menos rotineira, e com maior adequação às necessidades dos utentes.

Parece estar demonstrado que o raciocínio, decisão e qualidade de cuidados estão intimamente ligados, bem como a responsabilidade, autonomia e desenvolvimento profissional (ABREU, 2007).

Conclui-se assim que a tomada de decisão está profundamente ligada à fundamentação das práticas, sendo um avanço fundamental para o reconhecimento, por parte de outros grupos profissionais, da sua autonomia nas tomadas de decisão.

Nesta linha de pensamento acerca das práticas baseadas em evidência, vou de encontro ao terceiro objetivo de Estágio, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente ostomizado.

Decidi investir nesta área no serviço, por um lado, devido à falta de evidências recentes nas suas práticas a este tipo de clientes e por outro, devido à falta de conformidade dos registos respeitantes às ostomias intestinais, assim como, o défice nos registos não sendo

evidenciados os cuidados prestados ao estoma ou pele periestomal.

Como pude verificar, o serviço recebe um vasto leque de clientes com ostomias de eliminação recentes, dependentes de problemas gastrointestinais e traumatológicos, pelo que entendi que seria oportuno contribuir para a prestação de boas práticas aos mesmos.

Tive oportunidade de discutir com alguns elementos da equipa aspetos baseados em resultados de investigação recente, que desconheciam, e não incorporavam na prática diária pelo que baseei a minha intervenção nas suas principais dúvidas.

Como se sabe, a prática baseada em evidência possibilita a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente, surgindo como reflexo da necessidade de aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde, bem como diminuir os custos operacionais.

Assim, foi realizada uma ação de formação (Apêndice V) que abordou os vários tipos de ostomias, e respetivas características das mesmas, complicações do estoma e região periestomal e respetivos cuidados de enfermagem e foram apresentadas algumas recomendações de boas práticas baseadas em evidência atual já que é essencial fazer-se uso da melhor evidência para a tomada de decisão.

Foram ainda apresentados algoritmos (Apêndice VI) sobre despiste de complicações do estoma e região periestomal, de forma a uniformizar os cuidados ao estoma e pele periestomal e melhorar a qualidade dos mesmos.

Além de toda esta informação, ficou ainda disponível no serviço um instrumento de avaliação do estoma e região periestomal (Apêndice VII), que sugeri para implementação, de forma a auxiliar na uniformização dos registos e conseqüente melhoria da qualidade dos mesmos.

No final da ação de formação, a equipa referiu ter sido uma mais-valia para o serviço, em vários pontos: uniformização dos registos, uma vez que cada elemento “escrevia à sua maneira” e “sempre o mesmo, ou seja, que a ostomia estava funcionante” – desta forma dei também aqui o meu contributo para mais uma vez se olhar o cliente de forma individualizada, efetuando as intervenções de acordo com cada situação específica; atualização em termos dos dispositivos a utilizar e forma adequada de avaliar o tamanho do estoma, sendo referido pelos vários elementos que utilizavam sempre o saco aberto em todas as situações e não se avaliava o diâmetro do estoma; atualização em termos das complicações do estoma e cuidados de enfermagem inerentes – incutindo o espírito crítico e deixando em termos do algoritmo de intervenção, ferramentas para a tomada de decisão clínica.

No final da formação um médico que assistiu à mesma referiu-me ter apreciado o conteúdo exposto e parecer-lhe ter “deixado ótimas ferramentas para se prestar cuidados com

mais qualidade ao doente ostomizado”.

Uma das enfermeiras da equipa, abordou-me da mesma forma positiva e pediu a minha colaboração para a auxiliar na elaboração de um plano alimentar, no doente colostomizado, de forma a poder auxiliar um familiar com este tipo de ostomia.

Por outro lado, consegui mobilizar melhorias para a unidade clínica onde exerço funções, sensibilizando a equipa para uniformização nos registos e para as boas práticas na prestação de cuidados a este tipo de clientes. Neste momento, a maior parte dos elementos regista de uma forma mais completa, apontando os cuidados ao estoma e pele periestomal, as suas características, bem como os ensinamentos prestados ao cliente e as suas reações perante a sua ostomia.

Da mesma forma, procuram-me sistematicamente para esclarecimento de dúvidas, procurando-me para que verifique com eles o estoma/pele periestomal, no sentido de verificarem se a minha opinião está em conformidade com as suas.

2.1 COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO – HOSPITAL SANTA MARTA

A CCI do Hospital Santa Marta, CHLC, é constituída pelo Núcleo Executivo, representado por um médico (coordenador), e pela enfermeira da CCIH; Apoio Administrativo, representado por uma assistente técnica; Núcleo de Apoio Técnico, Apoio Consultivo e Núcleo de Elos de Ligação à CCIH.

No Apoio Técnico encontra-se uma microbiologista, uma médica de medicina interna, uma administradora hospitalar e uma farmacêutica.

No Apoio Consultivo encontra-se a enfermeira responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco, a responsável da gestão hoteleira e um Engenheiro da área de gestão de instalações e equipamentos.

3. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR – MÓDULO III

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) representa um dos eventos adversos mais relevantes em cuidados de saúde, quer pela sua magnitude quer pelas consequências que acarreta para os clientes e a sua qualidade de vida.

No cliente, provoca ansiedade e mal-estar, adia a recuperação, com conseqüente prolongamento dos internamentos e custos inerentes, resultando, por vezes, em doença prolongada ou até morte (WILSON, 2003).

O controlo das infeções hospitalares é intrínseco ao processo de cuidar, sendo dever do profissional de saúde estar capacitado para uma prática de cuidado livre do risco de

infecções.

Hoje em dia existe um vasto leque de estudos científicos, diretrizes clínicas e regulamentações governamentais de forma a fundamentarem a emergência de ações de prevenção e controlo de infeção. No entanto, este tipo de infeções prevalece e parece difícil diminuir significativamente a sua ocorrência.

Sendo a IACS considerada um dos indicadores de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, as intervenções dos profissionais de saúde, neste âmbito, deverão assim, estar voltadas para assegurar as boas práticas e uma cultura de segurança.

Assim, pela necessidade de acrescentar saberes e competências técnicas/científicas nesta área, para a qual relevo a maior importância, que me permitam, garantir a melhor qualidade de cuidados e a maior segurança para os clientes, familiares e profissionais, optei pela realização de estágio na CCI.

Numa tentativa de criar uma ponte entre a CCI e os profissionais da prestação de cuidados diretos foi criado um grupo, elos de ligação, ou membros dinamizadores das CCI, aos quais competirá, segundo a DGS (2007) dinamizar o plano operacional de controlo de infeção do hospital.

Tive oportunidade de participar numa das reuniões destes elos de ligação possibilitando-me um maior entendimento no que diz respeito ao campo de intervenção, distinto, de cada profissional e que em conjunto tomam medidas para um objetivo comum que se resume à Prevenção da infeção com vista à melhoria da Qualidade e Segurança dos cuidados prestados ao cliente.

Por outro lado, também pude participar na reunião mensal da CCI que contribuiu, igualmente, para me aperceber da dimensão e abrangência das atividades destas unidades de saúde, através dos diversos assuntos em discussão, assim como a sua articulação com a Gestão de Risco e Gestão Hoteleira.

Para que, na área da prevenção e controlo de infeção se comecem a evidenciar contornos de melhoria, é necessário considerá-la como um dever profissional e uma responsabilidade partilhada por todos os que prestam, direta ou indiretamente, cuidados de saúde.

Daquilo que consigo perceber da prática diária, não é suficiente, nas instituições de saúde, a existência de normas, procedimentos ou protocolos respeitantes a esta área, o maior desafio é a reflexão coletiva da reconhecida importância das medidas de prevenção e controlo de infeção na nossa prática diária.

Torna-se imperativo um investimento pessoal, de cada profissional, na formação contínua relativa a esta área, procurando alcançar o conhecimento que irá possibilitar a reformulação de hábitos, a reflexão e a ação proativa.

Devemos refletir em cada ação praticada, devidamente fundamentada pelo conhecimento produzido previamente, tornando a prestação de cuidados de qualidade e livre da rotinização, do “fazer por fazer” ou “porque sempre o fiz assim”.

A CCI das instituições tem assim o papel fundamental de transmitir orientações aos profissionais, de acordo com as boas práticas, de forma a definirem estratégias de acordo com o nível de risco de transmissão de microrganismos, contribuindo para a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e da segurança do cliente.

Numa cultura de segurança quer para o cliente quer para os profissionais de saúde, a CCI, abraça quatro vertentes de intervenção, nomeadamente, vigilância epidemiológica (resultado, estrutura e processo), elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação e consultoria e apoio.

Ao longo deste estágio, sustentei então todo o meu percurso na fundamentação teórica, na evidência científica e na partilha de saberes com profissionais peritos nesta área, relativamente a estas vertentes de intervenção, identificando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nestes serviços e procurando desenvolver um nível de proficiência na capacidade de identificar os problemas nas práticas e consequentemente, capacidade empreendedora para contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste contexto, delineei como primeiro objetivo de estágio **adquirir e desenvolver competências científicas e técnicas no âmbito da vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS), integrada no plano nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) da Direção Geral de Saúde (DGS) (Anexo II).**

Reconheço atualmente a verdadeira importância da Vigilância Epidemiológica (VE) das IACS como uma medida custo-efetiva de prevenção e controlo, já que permite a identificação dos clientes mais suscetíveis à infeção e dos serviços de maior risco, possibilita detetar importantes mudanças dos padrões das IACS ao longo do tempo e fornecer informação sobre as práticas mais relevantes para a infeção, nomeadamente, o uso de antibióticos e os cuidados com a colocação e manutenção dos dispositivos invasivos.

Neste contexto, podemos aferir que a tendência de vigilância da IACS deve ser orientada para áreas prioritárias das quais se destaca a Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) (DGS, 2010).

Neste campo de Ação, colaborei ativamente no processo de vigilância ativa e contínua das INCS, utilizando como ponto de partida a confirmação laboratorial.

O fato deste tipo de vigilância epidemiológica se efetivar de forma ativa, permite que a CCI seja pró - ativa, não dependendo apenas da motivação, disponibilidade e conhecimento da equipa prestadora de cuidados diretos.

Ao colaborar na recolha de dados, na avaliação dos critérios de infeção e microrganismos causais e respetivo perfil de sensibilidade ou resistência aos agentes antimicrobianos, atingi um nível de aprofundamento de conhecimentos nesta área que me proporcionaram o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho mais fundamentada e eficaz na assistência ao cliente com infeção.

Neste momento, sinto que aprofundei conhecimentos, nomeadamente, sobre as práticas mais recomendadas na colheita, acondicionamento e transporte de produtos para o laboratório de bacteriologia, que já importei para a minha prática profissional.

Da mesma forma, fiquei mais sensibilizada para a análise dos resultados emanados pelo laboratório de microbiologia que fornece a informação sobre os agentes patogénicos e o seu perfil de sensibilidade, avaliando se o antibiótico prescrito está de acordo com este perfil.

Assim, posso afirmar que adquiri competências científicas, neste âmbito, que me permitem uma tomada de decisão fundamentada e favorável à implementação das medidas mais adequadas para a prevenção e controlo de infeção.

Neste contexto, procuro diariamente transpor estas competências para o meu local de trabalho, sensibilizando a equipa para a reflexão sobre a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas nesta área, promovendo a importância da reflexão crítica sobre as práticas e as medidas de melhoria a implementar de acordo com as boas práticas emanadas pelas organizações peritas.

Como refere Jarvis, citado por ABREU (2007, p.146), há uma necessidade de uma prática reflexiva “uma vez que os enfermeiros lidam com pessoas que, devido à sua situação exigem uma intervenção responsável, personalizada e consistente, e não uma ação mecânica e estandardizada”.

Neste sentido, considero a prática reflexiva fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional, identificando-me com ABREU (2007) ao considerar que a pessoa evolui no seu todo, e que é interessante constatar que as equipas sofrem transformação mais facilmente se sentirem que a mudança está inserida numa estratégia de promoção da qualidade.

Este percurso de sensibilização, como se sabe, é moroso e cheio de obstáculos, mas, por outro lado, motivante e imprescindível. Um dos principais obstáculos prende-se muitas vezes com a argumentação, por parte da equipa, de que “há falta de recursos, os clientes são muitos e não há tempo”.

No meu entender, antes de cogitarmos sobre a falta de meios, de recursos, temos de refletir convenientemente sobre a forma como as nossas práticas contribuem ou não para a melhoria da qualidade dos cuidados. Não é o número de elementos das equipas que define exclusivamente o nível de qualidade dos cuidados mas sim o tipo de práticas que cada um desenvolve individualmente.

Tal como refere HESBEEN (2000, p.7), “o aumento dos meios não serve de nada e não pode ser validamente argumentado se a prática do cuidar não for previamente enriquecida por uma reflexão essencial, a da perspetiva dada às ações”.

A recetividade por parte da equipa tem sido muito positiva, questionando e solicitando a minha intervenção, nesta área, vendo-me como alguém de referência.

Neste contexto, consegui sensibilizar o elo de ligação do meu local de trabalho para a necessidade emergente do adesivo estéril para os cateteres periféricos, tendo dado opinião sobre qual seria o mais adequado, já tendo sido introduzido no serviço, estando, simultaneamente, a sensibilizar toda a equipa para as vantagens e importância da sua utilização.

É interessante verificar que sou vista pelos colegas como uma perita na área, pois procuram-me para o esclarecimento de dúvidas e elaboram questões sobre a prevenção e controlo de infeção, o que me **permite liderar equipas de prestação de cuidados especializados** (UCP/ICS, 2011).

No seguimento da vigilância epidemiológica, colaborei nas visitas aos serviços para análise dos processos clínicos e preenchimento dos formulários individuais das INCS (Anexo I), próprios do protocolo da DGS (Anexo II), pesquisando dados referentes à infeção, fatores de risco intrínsecos do cliente e exposição a fatores de risco extrínseco.

Este tipo de visitas faculta, simultaneamente, oportunidade de monitorizar aspetos da prática clínica e detetar problemas potenciais, bem como um maior relacionamento com os prestadores de cuidados, envolvendo os elos ligação no processo de vigilância contínua.

O conhecimento mútuo proporciona que a CCI seja conhecida por todos os intervenientes, permitindo interação com eles de maneira mais eficiente e eficaz para ambas as partes.

É extremamente importante este conhecimento para que exista respeito e confiança pelas/nas ações da Comissão.

Como posso concluir através da experiência da minha realidade laboral, o maior ou menor conhecimento que os profissionais possuem acerca da CCI facilitará o desempenho desta, aumentando a confiança no seu trabalho, atraindo respeito para as suas orientações e determinações, gerando adesão aos seus protocolos e facilitando o diálogo e interação com os

diversos serviços do hospital.

Sem este tipo de interação, adquire-se uma ideia menos positiva do trabalho que é desenvolvido pelos profissionais da CCI, denotando-se falta de apoio, de trabalho de equipa, como se o objetivo dos prestadores de cuidados, quer diretos, quer indiretos, na prevenção e controlo de infeção, fosse totalmente diferente.

Na realidade onde decorreu o meu percurso, apesar da vigilância ativa ser realizada pela enfermeira da CCI, existe a preocupação em envolver constantemente os elos de ligação, tendo colaborado com os mesmos, no registo dos dados na base de dados da plataforma da DGS, de forma a serem alcançados os respetivos relatórios de forma automática.

Desta forma, os profissionais de cada unidade, estão a par da vigilância epidemiológica da sua unidade clínica, ficando mais sensibilizados para as medidas de melhoria a tomar e verificando ativamente os resultados do seu trabalho como equipa, sendo um estímulo à mudança de comportamento.

Por outro lado, a formação contínua quer formal, quer informal em momentos de passagem de turno, no seio das equipas permite que se desenvolvam e adquiram conhecimentos que originam o questionamento, reavaliação e identificação de problemas face a novos processos de tomada de decisão.

Assim, nos momentos em que realizei auditorias pelos serviços fui incentivando as equipas para a formação contínua acerca dos aspetos da prática clínica onde existiam algumas lacunas. Da mesma forma, nos relatórios de auditoria que entreguei nos serviços reforcei mais uma vez esta necessidade, explicitando as áreas onde deveriam ser realizadas melhorias.

Alguns elementos das equipas referiram que já abordavam certas temáticas de forma, quer formal quer informal, e que concordavam que deveriam incidir nas áreas sugeridas por se ter evidenciado que existiam aspetos a melhorar. Desta forma, a prática reflexiva torna-se assim um agente de mudança promovendo o desenvolvimento da autodescoberta, autoconsciência e motivação.

Abreu (2007) sustenta ainda estes pressupostos referindo que a mudança de comportamentos se centra na transformação do sistema humano, das suas estruturas e racionalidades, partindo de ações realizadas pelos próprios.

Em articulação efetiva com as ferramentas anteriores, surge a supervisão clínica que permite desenvolver saberes e competências através da prática, que permitirão uma consciencialização mais aprofundada de si, dos outros e dos contextos, sendo esta, o elemento estruturante da aprendizagem clínica (Severinsson, citado por ABREU, 2007).

Neste âmbito, após uma vasta pesquisa bibliográfica pelas diversas entidades peritas na

área da prevenção e controlo de infeção (CDC, DGS, OMS), acompanhada de uma reflexão analítico-reflexiva sobre as minhas próprias práticas, com vista à prestação de cuidados de qualidade, realizei supervisão clínica às práticas profissionais, nomeadamente, no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção no doente algaliado.

Tal como refere Canário, citado por ABREU (2007:81), “(...) para que a experiência se constitua em saber, é a de fazer do próprio exercício do trabalho um objeto de reflexão e pesquisa, pelos que nele estão diretamente implicados”, sendo o local de trabalho, um local privilegiado da aprendizagem.

Entendo assim que o desenvolvimento da reflexão analítico-reflexiva sobre a prestação de cuidados é um adquirido que se reflete tanto na prática clínica, através do exercício profissional de qualidade de acordo com as boas práticas, como na esfera pessoal, desencadeando sentimentos de segurança, auto – estima e satisfação pessoal (ABREU, 2007), dimensões chave para motivação e desenvolvimento profissional, bem como, para os processos de tomada de decisão em contexto de trabalho.

Desta forma, tal como senti este desenvolvimento a nível profissional e pessoal, acredito ter contribuído para o desenvolvimento dos outros enfermeiros, incutindo o espírito crítico dos mesmos (ponto de partida para o processo de desenvolvimento profissional) e auxiliando-os a consciencializarem-se das necessidade de mudanças positivas, através das problematizações que emergiram das auditorias efetuadas, com vista à prestação de cuidados de qualidade.

Esta intervenção no que diz respeito à supervisão clínica será desenvolvida posteriormente neste documento, no que concerne ao segundo objetivo de estágio.

Voltando à reflexão sobre a vigilância epidemiológica, o facto de necessitarmos de registos exatos dos profissionais para o preenchimento correto dos formulários da INCS, fez com que estes sintam necessidade de melhorar os seus registos no que diz respeito à vigilância epidemiológica, porque quando envolvidos neste processo verificam na prática esta real necessidade.

Apercebi-me da importância deste trabalho e do seu impacto no cliente, pois permite otimizar resultados e sensibilizar os profissionais para a existência de infeção e para a necessidade de adotar medidas de prevenção e controlo.

Por tudo aquilo que foi exposto, considero ter conseguido **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, e abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família** (UCP/ICS, 2011).

O grupo de enfermeiros responsáveis pelos Padrões de Qualidade, lançou o desafio para a elaboração de um projeto de melhoria na área da prevenção e controlo de infeção

(Apêndice VIII).

De acordo com os dados da vigilância epidemiológica das INCS, a infecção nosocomial da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, tem vindo a aumentar ao longo dos anos, pelo que se decidiu realizar o projeto na área da prevenção e controlo de infeção associado a cateter venoso central.

Assim, dei o meu contributo para a elaboração deste projeto, inicialmente, na pesquisa bibliográfica baseada em evidência científica e, posteriormente, na justificação da temática, elaboração de critérios de avaliação do projeto, indicadores de desempenho e intervenção prevista em termos de mudanças estruturais e educacionais.

As metas quantitativas e indicadores de desempenho, representam variáveis importantes na averiguação da qualidade do serviço prestado.

Após duas reuniões com o grupo responsável pelos padrões de qualidade, sucedeu a etapa seguinte que será a divulgação e discussão do mesmo pelas equipas.

Decorrente deste projeto, colaborei na elaboração de uma folha de registo dos procedimentos adequados à manutenção do cateter venoso central (CVC) de forma a se verificar a adesão aos critérios de avaliação dos mesmos e procurando uma uniformização nos registos efetuados.

O projeto de melhoria contínua de qualidade para a manutenção dos CVC irá contribuir assim para implantar um conjunto de linhas de orientação no que concerne às boas práticas no manuseamento do dispositivo, procurando, mais uma vez, a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente, diminuindo as taxas de infeção nosocomial associada ao mesmo.

Desta forma, demonstrei **consciência crítica para os problemas da prática profissional, zelando pelos cuidados prestados** com vista à melhoria contínua dos mesmos e promovendo a investigação em serviço, incorporando na prática, simultaneamente, os resultados da mesma (UCP/ICS, 2011).

O segundo objetivo de estágio, estabelecia **colaborar na monitorização do cumprimento das normas e recomendações de boas práticas, em relação à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, de forma a promover a qualidade e segurança dos cuidados**, temática já referida anteriormente neste documento.

Segundo o Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), (2009), a infeção do trato urinário continua a ser o tipo mais comum de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), representando mais de 30% das infeções, e destas, 80% estão associadas com a algaliação.

Desta forma cabe-nos tentar melhorar as nossas práticas procurando basear os nossos

procedimentos em evidência científica de forma a promover a melhoria dos cuidados prestados.

No sentido da melhoria das práticas no controlo de infeção, torna-se imprescindível avaliar previamente os aspetos menos positivos das mesmas, partindo deste pressuposto, para as medidas de melhoria, a implementar.

Assim, com o objetivo de monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção e controlo de infeção implementadas, em relação à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, colaborei no planeamento de duas auditorias clínicas em duas unidades clínicas distintas.

Nesta fase de planificação fiz uso da indispensável pesquisa bibliográfica, devidamente fundamentada pela evidência científica e procedi à análise do procedimento multissetorial, atualizado segundo as evidências recentes, bem como, os critérios, da respetiva grelha da CCI (Apêndice IX).

Em relação à grelha efetuei uma alteração num dos critérios respeitantes às colheitas de urina assética de forma a estar em total conformidade com o enunciado respeitante ao procedimento divulgado.

Posteriormente, implementei as ações planeadas realizando as auditorias e avaliando os resultados das mesmas e do processo de supervisão através do relatório de auditoria que permitiu a identificação das necessidades de formação e áreas com necessidade de melhoria na prestação de cuidados.

Assim, exerci supervisão do exercício profissional, à semelhança do modelo proposto por Nicklin, que se focaliza nas práticas e apresenta as etapas do processo de enfermagem num ciclo de supervisão, ou seja: objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação (ABREU, 2007).

Desta forma, **contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros**, e simultaneamente contribui para a qualidade e segurança nos cuidados, preocupação que deve “polarizar as estratégias e o funcionamento das organizações de saúde” (ABREU, 2007, p.189).

A forma como a equipa auditora (EA) foi recebida pelos profissionais das unidades clínicas, evidencia que avaliam a auditoria como uma ferramenta para a melhoria contínua das suas práticas e não como um modo de “fiscalização”.

Para este facto, muito contribui certamente o envolvimento da CCI com as várias unidades clínicas da instituição sendo parceiros que devem caminhar lado a lado rumo ao controlo de infeção, praxis esta que só resultará ser for coletiva.

Tal como refere ALARCÃO (1996), torna-se necessário que o supervisor consiga criar

uma relação interpessoal com o supervisor, baseada na abertura, entreajuda, espontaneidade, autenticidade, cordialidade e empatia, contribuindo assim para a aprendizagem e desenvolvimento.

Após análise dos resultados e elaboração dos relatórios das auditorias (Apêndice X), foram identificadas necessidades de formação contínua dos profissionais, nomeadamente no que diz respeito à higiene das mãos nos cinco momentos preconizados, algo que não se verificou em todas as situações.

A divulgação e análise dos resultados foram feitas nas respetivas unidades clínicas, junto das equipas, permitindo a estes profissionais refletirem sobre os aspetos positivos e as propostas de melhoria nas suas práticas.

Isto vai de encontro ao referido por KURCGANT (1991), que menciona como um dos benefícios das auditorias, a reflexão profissional, porque os profissionais poderão a partir dos resultados, avaliar aspetos positivos e negativos dos cuidados que prestam

As auditorias proporcionam a oportunidade para o desenvolvimento profissional, pois ao fornecerem um feedback imediato sobre a adequabilidade dos cuidados, constituem uma ocasião para fazer correções em benefício do cliente (TAPPEN, 2005).

O enfermeiro especialista assume, neste âmbito, uma posição privilegiada para incentivar e colaborar com os outros profissionais na aquisição de conhecimentos, através de discussões construtivas sobre as práticas, incorporando competências de aconselhamento, e fomentando a dinâmica interpessoal.

Como sugestões, propus manter a divulgação e discussão contínua do procedimento emanado pela CCIH, quer em momentos informais como as passagens de turno, quer em momentos formais como sessões de formação integradas no *Plano de Formação da unidade clínica* e continuar a apostar na formação dos profissionais relativamente às precauções básicas e na higiene das mãos, nos 5 momentos previstos, pois é uma das precauções básicas que mais impacto poderá causar na prevenção e controlo da infeção.

Através desta experiência particular vivenciada neste estágio, entendo que uma das estratégias principais para promover a intervenção dos profissionais na prevenção e controlo de infeção hospitalar parte muito do estímulo proveniente da CCI, sensibilizando os profissionais, incentivando e estimulando o desenvolvimento da consciência nos mesmos sobre os seus contextos.

No serviço onde exerço funções, não sendo elo de ligação mas tendo desenvolvido/adquirido competências técnicas e científicas na área da prevenção e controlo de infeção, procuro diariamente sensibilizar os colegas para as boas práticas nesta temática, atualizando-os acerca da evidência científica recente, inculcando o espírito crítico e levando-os a

consciencializar-se da necessidade de mudanças positivas nas suas práticas.

Reconhecidas as minhas competências neste âmbito, pela equipa, sou diariamente solicitada, nomeadamente pelo elo de ligação do serviço, procurando a minha intervenção, aconselhamento, esclarecimentos e atualizações durante o exercício profissional.

Assim, este trabalho no combate às infeções só irá ter o efeito pretendido se existir um esforço e envolvimento coletivo nas práticas de prevenção e controlo de infeção.

De nada adianta a CCI normalizar e instituir medidas de prevenção das infeções se a comunidade hospitalar como um todo, não participar destas normatizações nem houver adesão individual e coletiva às mesmas. Para que se confirme esta adesão cada profissional deverá sentir necessidade de mudar as suas práticas, de as saber fundamentar, de refletir criticamente sobre as mesmas.

No que diz respeito ao último objetivo de estágio, este visava a **colaboração no projeto de monitorização da infeção nosocomial do local cirúrgico de uma unidade clínica, com vista à implementação de estratégias para a redução do risco da mesma.**

Faz parte de um dos projetos da CCI e para o qual foi solicitada a minha colaboração.

Abracei este projeto com agrado por se tratar de uma área de grande enfoque para a qualidade de vida do cliente submetido a cirurgia. Os enfermeiros têm este papel reconhecido no seu CDE, artigo 82º, alínea c) que diz que “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, p.59).

Estando a doença associada a vários fatores de risco, relativos a estilos de vida menos saudáveis, importa conhecer os hábitos das pessoas, bem como as mudanças verificadas após a doença e cirurgia, percebendo qual a influência sobre a qualidade de vida, conhecendo também a forma como os enfermeiros podem contribuir para a melhorarem, nomeadamente através da educação para a saúde (RABIAIS, 2007), indo de encontro ao enunciado descritivo dos padrões de qualidade relativo à readaptação funcional, onde refere que são elementos importantes, neste âmbito, a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, o planeamento da alta e o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001).

Da mesma forma, importa refletir na forma como a infeção nosocomial do local cirúrgico irá influenciar negativamente a qualidade de vida do cliente e de que forma os profissionais poderão contribuir para a redução da mesma através do cumprimento das normas de boa prática clínica (RABIAIS, 2007).

Tal como refere Wilson, as infeções do local cirúrgico são um problema importante

atrasando a recuperação do cliente, aumentando a duração do internamento ou originando reinternamentos múltiplos com consequências económicas óbvias. (WILSON, 2002).

A monitorização de tendências como a incidência de infeção do local cirúrgico poderá ser uma mais-valia para a diminuição deste tipo de infeção nosocomial dando-se informação de retorno aos profissionais podendo contribuir para focar a atenção na importância das boas práticas e ser um incentivo para a mudança.

Um dos problemas que muitas vezes é colocado na vigilância das infeções das feridas cirúrgicas é a dificuldade em tomar conhecimento das mesmas quando se desenvolvem depois de o cliente ter alta do hospital (WILSON, 2002).

No hospital de Santa Marta, de acordo com a minha experiência, não se verificou a existência desta lacuna, sendo colmatada através da consulta de “follow up” de enfermagem, orientada por um protocolo de seguimento dos clientes pós alta em que são reavaliados aos 3 dias, 30 dias, 6 meses e um ano pós cirurgia.

A intervenção da consulta de enfermagem tem um papel importante na qualidade de vida do doente submetido a cirurgia, nomeadamente, hábitos de vida diários, adesão ao regime terapêutico e controlo da dor, proporcionando momentos de ajuda e partilha ao cliente e sua família.

Após análise do relatório dos resultados da infeção nosocomial do local cirúrgico, referentes ao ano 2010 procurei refletir acerca das variáveis que seriam interessantes para o estudo e que fossem de acordo com o objetivo geral pretendido, calcular a taxa de incidência de infeção nosocomial do local cirúrgico, no ano de 2011.

Realizei pesquisa em bases de dados do número de clientes submetidos a cirurgia na unidade clínica, no ano 2011 e identifiquei os clientes com infeção do local cirúrgico, de acordo com os critérios de avaliação fundamentados pelo Centers of Disease Control.

Posteriormente, dei seguimento à colheita de dados através da análise de alguns dos processos clínicos, de bases de dados das diferentes áreas do serviço e da consulta de follow-up de enfermagem.

Neste momento, apesar de ter terminado este estágio, mantenho-me empenhada na realização deste relatório, prestando toda a minha colaboração de forma a se alcançarem os objetivos pretendidos.

Da mesma forma, procuro utilizar, mais uma vez, a vigilância epidemiológica para sensibilizar os profissionais de saúde para a adoção de medidas de controlo das IACS, cumprimento das normas de boa prática clínica e melhorar a qualidade da colheita e registo de dados, focando-me na finalidade única da melhoria dos cuidados prestados ao cliente

submetido a intervenção cirúrgica.

Refletindo sobre todo o meu percurso neste estágio, posso afirmar com firmeza que, adquiri, aprofundei e mobilizei conhecimentos que, me permitiram acrescentar competências e atingir os objetivos propostos, indo de encontro ao enunciado descritivo 4.7, do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, referindo que “ (...) face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p7).

A relação que consegui estabelecer com a enfermeira orientadora e coordenador da CCI foi muito facilitador da minha integração e adaptação a este campo de estágio e a esta equipa.

Os sentimentos de insegurança e ansiedade que antecederam o início do estágio, pouco a pouco foram substituídos pelo entusiasmo e vontade de participar ativamente nos muitos desafios profissionais a que este núcleo da CCI pretendia dar resposta.

Realço a maior importância de todas as estratégias de saúde que possam contribuir para minimizar a morbilidade, mortalidade, bem como, respetivos custos intrínsecos ao controlo da infeção hospitalar.

Considero que tenho as competências necessárias e o dever de prestar sensibilização dos profissionais para as questões de prevenção e controlo de infeção, bem como, na divulgação e operacionalização de ações e estratégias que se afigurem relevantes para a concretização do Programa Nacional de Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

4. REFLEXÃO FINAL

Após um processo de reflexão sobre a minha prática diária, senti a necessidade de desenvolver a Especialidade de Enfermagem Médico – Cirúrgica, que para além de dar resposta aos objetivos académicos, enquadra-se numa área de interesse pessoal, para a qual, estava imensamente motivada.

No final deste percurso, o sentimento é de grande satisfação pessoal por todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências adquirido, e que espero ter conseguido espelhar neste documento.

O delineamento inicial das atividades desenvolvidas nestes estágios, contribuiu para uma orientação cuidada da minha aprendizagem, culminada no alcance dos objetivos propostos inicialmente e o desenvolvimento de competências pretendido.

Através do pensamento crítico – reflexivo, foi descrito o percurso e vivências sentidas durante o desenvolvimento dos estágios, que não teve um caráter fixo e rígido, sendo ajustado sempre que necessário, mediante situações imprevistas e oportunidades de aprendizagem.

O contato com as distintas realidades de prestação de cuidados, baseado numa prática analítico-reflexiva, possibilitou o desenvolvimento de competências, técnicas, científicas e relacionais na intervenção ao cliente de médio e alto risco/ família, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo como principal missão a satisfação das necessidades dos recetores desses mesmos cuidados.

O percurso desenvolvido veio contribuir para um maior poder de reflexão na, e sobre, a prática, proporcionando uma prestação de cuidados mais fundamentada, o que facilita a tomada de decisão na mesma, assumindo-se como geradora de uma visão mais direcionada para as reais necessidades em cuidados de enfermagem.

De modo formal ou informal, fui um agente de mudança sempre com o objetivo de melhorar a qualidade das práticas. A partir dos momentos de formação que proporcionei, houve reflexão sobre a prestação de cuidados e, conseqüentemente, o primeiro passo para rumar a caminho das boas práticas e da excelência nos cuidados.

Como principais dificuldades sentidas ao longo deste percurso, destaco a falta de experiência no contexto de cuidados intensivos, o que dificultou numa primeira fase a minha prestação de cuidados, bem como a dificuldade, que tenho ultrapassado, em “falar de mim” e exteriorizar o que penso e sinto.

No presente, faço uma retrospectiva e constato o quão gratificante foi esta caminhada e o quanto ainda existe para percorrer ao longo desta carreira, que abracei com tanto gosto e empenho. É esta reconstrução permanente que me motiva, cada dia, para lutar cada vez mais no âmbito do

exercício profissional, munida agora de ferramentas para exercer uma enfermagem mais diferenciada, especializada, mais consciente e humanizada.

Por fim, gostaria de sugerir o prolongamento dos períodos de estágio. A componente prática, pareceu-me insuficiente para poder demonstrar todo o potencial adquirido.

Por outro lado, entendo que o módulo III, que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, não deveria ser de carácter opcional mas antes enquadrado com carácter mandatário na componente prática do curso, pela importância em promover as boas práticas e a segurança dos clientes e profissionais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia – **Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN 978-972-8485-870.

ALARCÃO, Isabel – **Formação reflexiva de professores. Estratégias de supervisão**. Porto: Porto Editora, 1996. 189p. ISBN 972-0-34721-X

ALAPSA: Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud - **A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva**. *Boletín Latinoamericano de psicología de la salud* (2009). atual. 5 de maio. 2009. [Consult. 5 de maio 2012]. Disponível na Internet <URL:

<http://www.alapsa.org/2/web/spip.php?article14>

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294p. ISBN 972-8535-97-X.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção terapêutica: Os fundamentos existenciais – humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta, 2008. 293p. ISBN: 978-989-8075-05-5

COLLIÉRE, Marie Françoise – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 3ª ed. Paris: Lidel – edições técnicas, lda., 1999. 383p. ISBN 272 96-0009-4.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLC – **Regulamento Interno do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE**. Lisboa: Conselho de Administração do CHLC, 2007.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLC – **Plano de Ação do SU do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**. Lisboa: Conselho de Administração do CHLC, 2008.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 20p. ISSN 1646 -2629.

DECRETO – LEI N.161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto – Lei nº 104/98, de 21 de abril [REPE].

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Direção de serviços de planeamento. Rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2007. 20p.

HEALTHCARE INFECTION CONTROL PRACTICES ADVISORY COMMITTEE - **Guideline for Prevention of catheter-associated urinary tract infections**. 2009

HESBEEN, Walter – Cuidar no hospital – **Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. 201p. ISBN: 972-8383-11-8

JOSÉ, Helena – **Humor nos cuidados de enfermagem**. Loures: Lusodidacta, 2010. 184p.

KOLCABA, Katharine - **Confort Theory and practice: a vision for holistic health care and research**. NewYork: Springer Publishing Company, 2003. ISBN o – 8261 -1663 – 7. 241p.

KURCGANT, Paulina – **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991, 237p. ISBN 85-12-12470-9

LAZURE, H. – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-52

MADUREIRA, Isaura [et al.] – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais – Análise do sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner**. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-0844. nº71 (2007). p.27 – 30

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Cuidados Intensivos. Recomendação para o seu desenvolvimento**. Lisboa: DGS, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 24p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros, 2007. 20p. ISSN 1646-2629. 26

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011

ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de doentes Críticos. Recomendações**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008 p.31

PASSOS, Elane; CASTILHO, Vania Gislene – **Papel da Enfermagem na Assistência ao paciente em Ventilação Mecânica**. *Jornal de Pneumologia*. ISSN 0034-7094. nº26 (2000).

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN: 972-8383-84-3

PINA, Elaine; SILVA, Goreti; ETELVINA, Ferreira – **Relatório: Inquérito de Prevalência de Infecção**. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, 2010.

PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE. **Normas para a Acreditação**. 3.^a ed. 2010. 527p.

RABIAIS, Isabel – **Contributo do Enfermeiro na Educação para a Saúde: Qualidade de Vida após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio**. Lisboa: (s.n.), 2007. Tese de Mestrado.

SÁ – CHAVES, Idália – **Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas de Formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000.

SALE, Diana – **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para profissionais da equipa de saúde**. Lisboa: Principia, 1998. ISBN 972-97457-6-5

SOARES, D.L. JOSÉ; ARAÚJO, Francisco; MARQUES, Nuno - **Infeções e antibioterapia num Serviço de Medicina**. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* (2005). atual. 2 de Set. 2005. [Consult. 23 março.2012]. Disponível na internet <URL:

http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n4_2005_203-208.pdf

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de – **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Brasil: Editora Manole Ltda, 2005.159p. ISBN: 85-204-2196-2.

TAPPEN, Ruth – **Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática**. 4^aed. Loures: Lusociência, 2005. 589p. ISBN 972-8930-00-3

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (UCP) – **Guia de Estágio**. Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Lisboa; Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde/Escola Superior Politécnica de Saúde, 2011.

WATSON, Jean – **Nursing: The philosophy and science of caring**. Boston: Little, Brown, 1979.

WATSON, Jean – **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. 182p. ISBN 972- 8383- 33-9

WILSON, Jennie – **Controlo de Infecção na Prática Clínica**. Loures: Lusociência, 2003. 369p. ISBN 972 – 8383 – 57 – 6

APÊNDICES

APÊNDICE I

Grelha de observação – Prevenção e controlo de infeção no doente algaliado

Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

AUDITORIA SOBRE PROCEDIMENTO PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA NO DOENTE ALGALIADO

Inserção da algália

Critérios de avaliação	S	N	N/A	Observações
1				Realiza higienização das mãos antes de colocar luvas limpas para higiene genital
2				Coloca luvas limpas
3				Realiza higiene genital com água e sabão
4				Realiza higienização das mãos antes de colocar luvas limpas para lavagem do meato
5				Efectua lavagem do meato urinário com soro fisiológico
6				Selecciona o tipo de algália de acordo com a duração prevista da algaliação
7				Utiliza campo estéril
8				Realiza higienização das mãos antes de colocar luvas esterilizadas
9				Lubrifica a uretra com gel anestésico estéril individualizado
10				Mantém técnica asséptica durante a inserção da algália
11				Dilata o balão com o volume adequado de água estéril (5 a 10 ml)
12				Conecta a algália a um sistema de drenagem fechado
13				Fixa o cateter (coxa na mulher e coxa ou abdómen no homem)

Manutenção da algália (despejo de saco colector de urina)

Critérios de avaliação		S	N	N/A	Observações
1	Realiza higienização das mãos				
2	Usa luvas limpas				
3	Coloca o recipiente de despejo debaixo do saco de drenagem sem tocar na parte terminal da torneira ou adaptar o saco de despejo				
4	Abre a torneira e esvazia o saco				
5	Fecha a torneira				
6	Limpa a torneira (toallete descartável ou compressa com ou sem álcool)				
7	Remove as luvas				
8	Realiza higienização das mãos				

Manutenção da algália (substituição do saco colector de urina)

Critérios de avaliação		S	N	N/A	Observações
1	Clampa a algália				
2	Realiza higienização das mãos				
3	Envolve a conexão algália/saco colector com compressa embebida em álcool a 70% durante dez minutos				
4	Coloca luvas esterilizadas para colocação do saco colector				
5	Substitui o saco colector mantendo técnica asséptica				
6	Envolve a conexão algália/saco colector com compressa embebida em álcool a 70% durante 10 minutos				
7	Remove as luvas				
8	Realiza higienização das mãos				

Remoção da algália

Critérios de avaliação		S	N	N/A	Observações
1	Descontamina as mãos (solução antisséptica de base alcoólica)				
2	Coloca luvas limpas				
3	Desinsufla o balão				
4	Limpa o meato urinário e região peri-uterl com soro fisiológico				
5	Retirar a algália suavemente				
6	Limpa o meato urinário e região peri-uterl com soro fisiológico				
7	Retira as luvas				

Equipa Auditora:

Aluna: Patrícia Caldas

Orientadora: Enfermeira Susana Tormenta

Tutoria: Prof^ª Isabel Rabiais

Auditados:

Data:

APÊNDICE II

Plano da sessão

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Prevenção e Controlo de Infeção no doente algaliado

Local: Sala de Enfermagem

Data: 27/06/2011 e 29/06/2011

Hora: 10 h 00

Objetivo geral

Sensibilizar os profissionais de Enfermagem para o Procedimento sectorial sobre Prevenção e Controlo de Infeção no doente algaliado.

Objetivo específico

Tomar conhecimento do procedimento operativo no doente algaliado.

APÊNDICE III

Sessão de Formação:

Diapositivos apresentados

Prevenção e Controlo da Infecção no doente algaliado



Serviço de Urgência do Hospital S. José



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Enf.^a - Patrícia Caldas

Enf.^a Orientadora - Susana Tormenta

Tutoria: Prof.^a Isabel Rabiais

Objectivo Geral

- Sensibilizar os profissionais de Enfermagem para o Procedimento Setorial da Prevenção e Controlo de Infeção no doente algaliado.

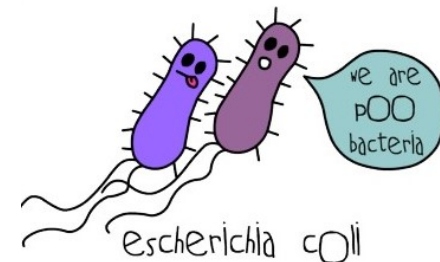
SUMÁRIO

- ▶ Sensibilização para o conteúdo do procedimento setorial referente à introdução, manutenção e remoção da algália;
- ▶ Divulgação dos resultados de auditoria ao procedimento de prevenção e controlo de infeção no doente algaliado;
- ▶ Sugestão de medidas a implementar com vista à promoção da qualidade dos cuidados no doente algaliado.

INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)

- ▶ **“...infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão”.**

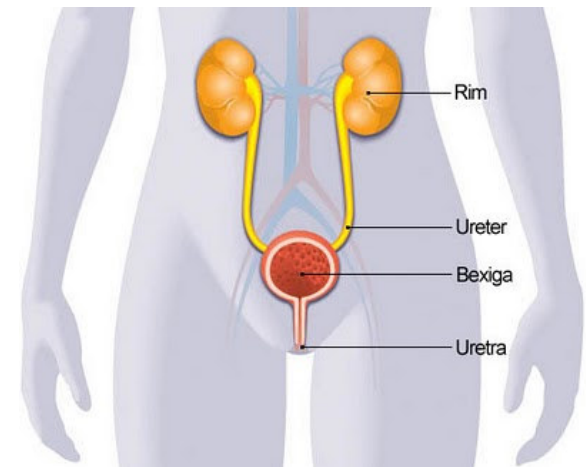
OMS, 2002



EPIDEMIOLOGIA



- É o tipo mais comum de IACS, representando mais de 30% das infeções.
- Destas, 80% estão associadas com a algaliação.
- Num doente algaliado, o risco de infeção é de 5%/dia.

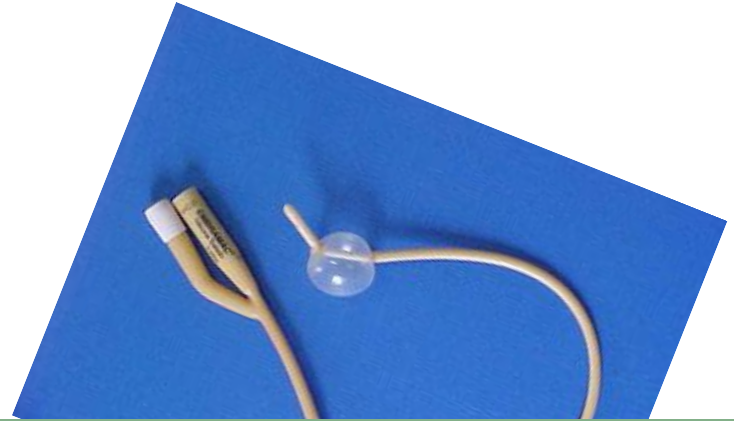


- Cerca de 17% a 69% poderiam ser prevenidas com medidas de controle de infecção.
- Cerca de 380.000 infecções e 9.000 óbitos relacionados à algaliação, por ano, poderiam ser prevenidos.

Healthcare Infection Control Practices Advisory
Committee (HICPAC), 2009

- IACS mais frequentes: infecção do trato urinário (37%) e infecção do trato respiratório (35,6%).

CCI HSAC/HSJ, 2010



Procedimento Setorial

(Videos)



Auditoria da Qualidade

Preparação da auditoria



Seleção dos critérios



Identificação dos problemas – não conformidades



Medidas de melhoria

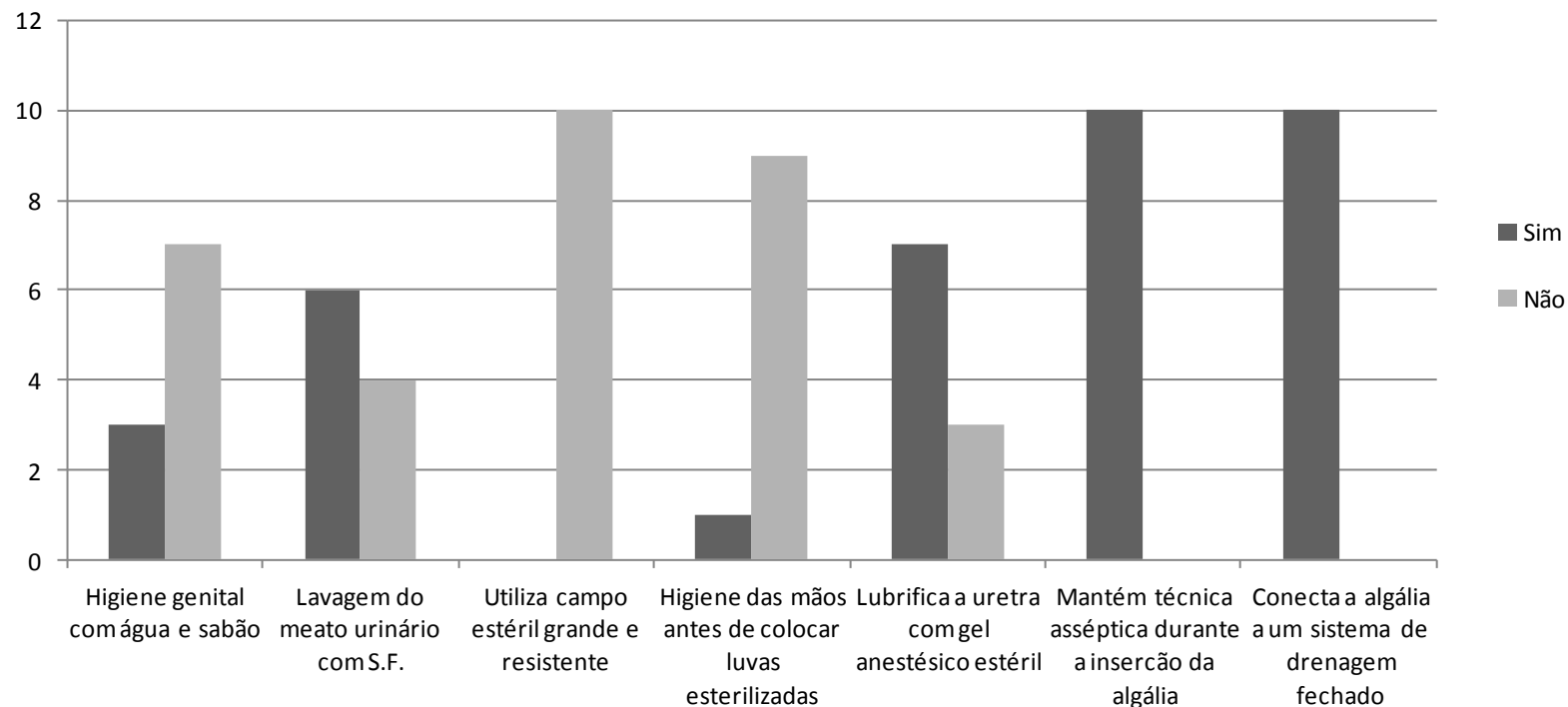


Avaliação das melhorias introduzidas

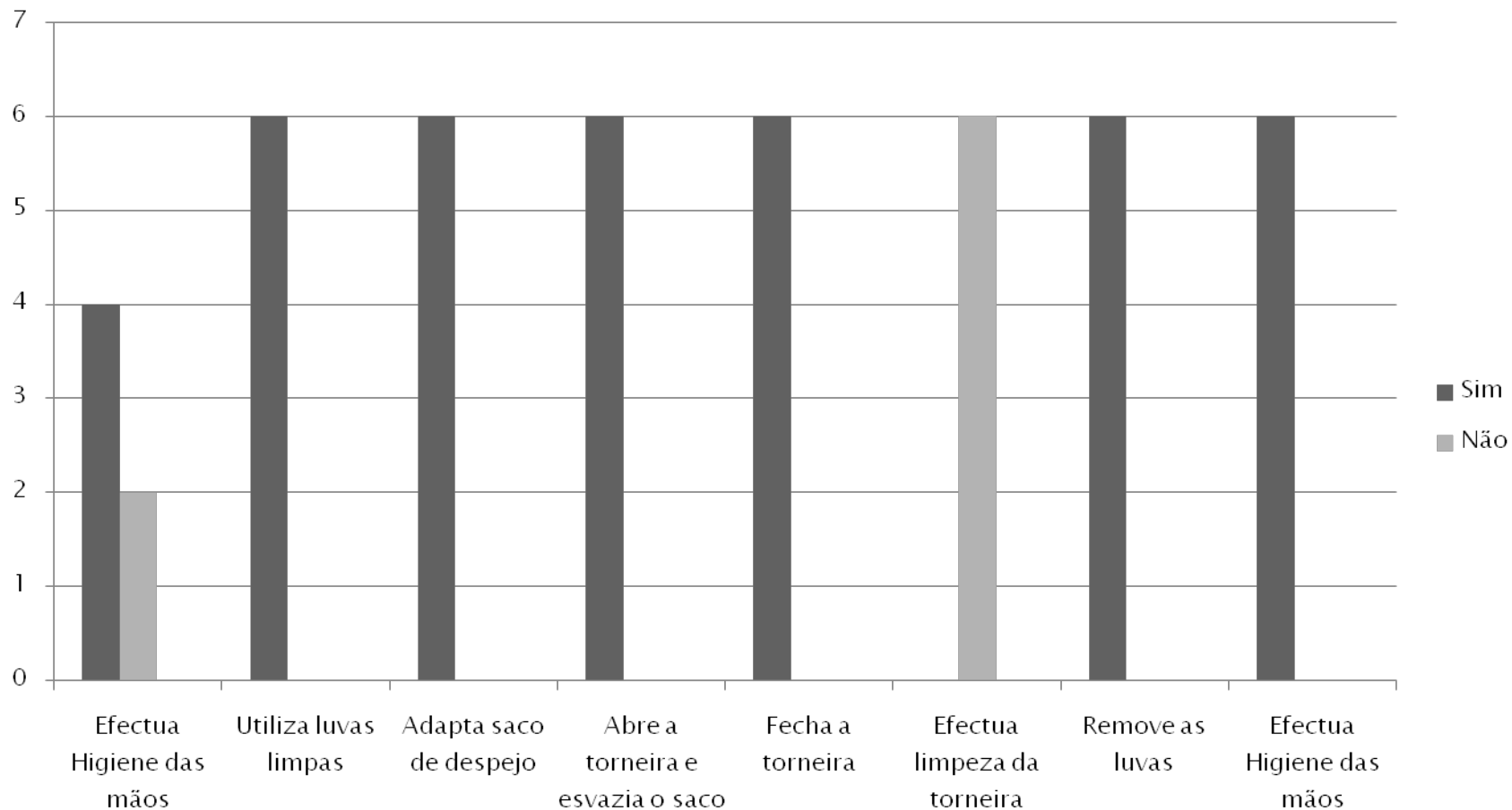
Auditoria da Qualidade

- ▶ Decorreu desde 1 /06/2011 a 24/06/2011.
- ▶ Foram auditados dez procedimentos na etapa da inserção da algália e seis na manutenção da mesma.
- ▶ Etapas da colheita de urina asséptica e remoção da algália não foram observadas.

Resultados (Inserção da algália)



Resultados (despejo do saco colector)



Referências Bibliográficas

- ▶ Duce G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002
- ▶ Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2009
- ▶ Comissão do Controlo de Infeção HSAC/HSJ. **Inquérito de Prevalência de Infeção.** 2010 p6
- ▶ Comissão do Controlo de Infeção Hospitalar. **Manual de Práticas de Prevenção e Controlo de Infeção.** 2008

APÊNDICE IV

Relatório de auditoria



 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	RELATÓRIO DE AUDITORIA
--	-------------------------------

Data: 1/06/2011 a 24/06/2011
Unidade Funcional: Serviço de Urgência
Norma/Critérios/Documentos de referência: Manual de Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção – Procedimento Operativo no doente algaliado.
Equipa Auditora Aluna Patrícia Caldas Enf ^a Susana Tormenta Tutoria: Prof ^a Isabel Rabiais
Auditados: Enfermeiros do Serviço de Urgência

OBJECTIVOS

- Observar os enfermeiros, na prestação de cuidados a doentes algaliados no que diz respeito à prevenção e controlo de infecção.
- Verificar a adesão, dos profissionais de Enfermagem, ao Procedimento Operativo no doente algaliado existente e em vigor na Instituição.

METODOLOGIA

A Grelha de Observação foi aplicada aos enfermeiros do Serviço de Urgência desde o dia 1/06/2011 até 24/06/2011 dependendo o número de horas e a frequência

da aplicação com o número de turnos realizados nesta data, bem como, com o número de práticas, respeitantes ao procedimento, que foi possível observar nesse período.

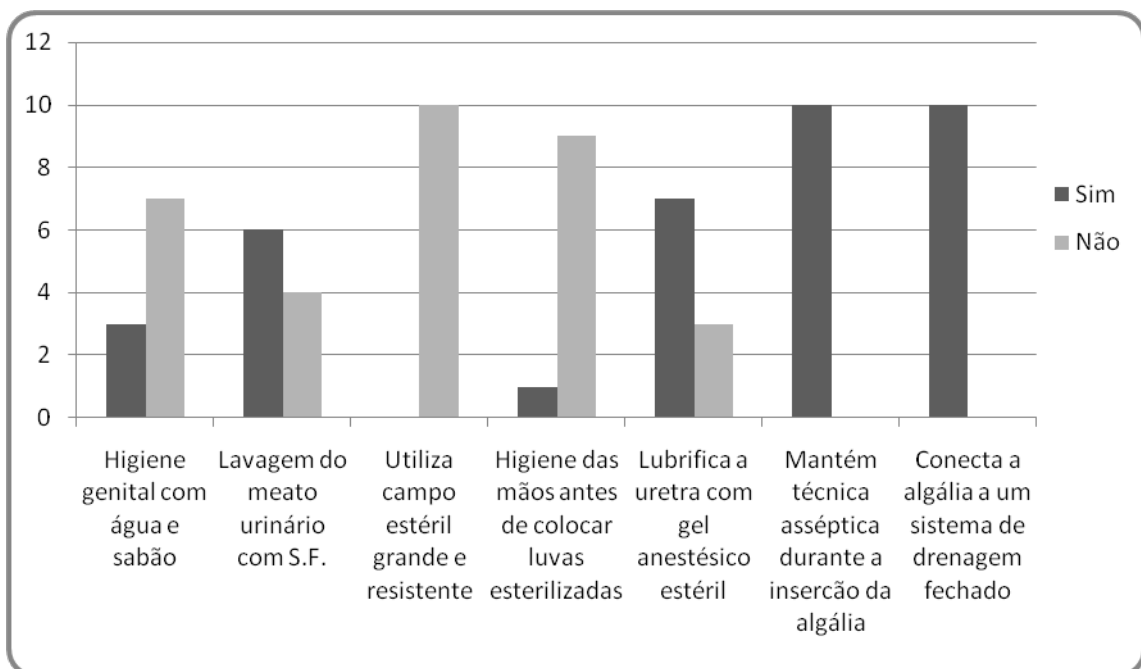
Relativamente aos critérios de avaliação utilizados na auditoria, estes foram baseados no Procedimento Operativo no doente algaliado emanado pela Comissão de Controlo de Infecção.

Foi possível a aplicação da grelha em dez situações respeitantes á etapa da inserção da algália e seis vezes no que concerne á manutenção da algália (despejo do saco colector de urina).

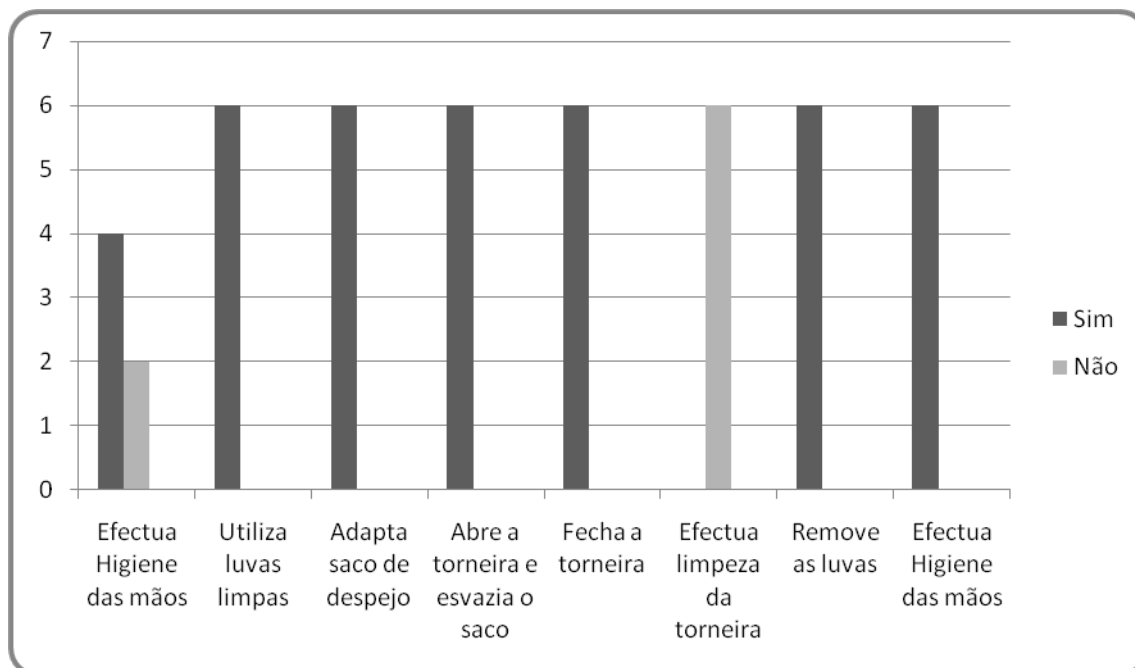
As etapas da colheita de urina asséptica e remoção da algália não foram observadas durante este período pelo que não foi possível recolher dados.

RESULTADOS

Inserção da algália



Manutenção da algália (despejo do saco colector)



CONCLUSÕES

Verificam-se algumas não conformidades com o procedimento operativo no doente algaliado sobretudo na etapa que diz respeito á inserção da algália.

As principais não conformidades detectadas nesta etapa do procedimento, por ordem decrescente, correspondem á Utilização de campo esterilizado grande e resistente, Higienização das mãos antes de colocar luvas esterilizadas, Realização de higiene genital com água e sabão e lavagem do meato urinário com soro fisiológico.

Apesar de não utilizarem campo esterilizado grande e resistente, os profissionais revelaram preocupação com este aspecto uma vez que utilizam o campo das luvas esterilizadas.

Na etapa da lavagem do meato com soro fisiológico alguns profissionais revelaram dúvidas acerca das vantagens desta etapa assim como no que diz respeito ao motivo pelo qual já não está preconizada a utilização de solução de iodopovidona.

No que se refere á etapa da manutenção da algália (despejo do saco colector), verificam-se não conformidades nas fases da Higienização das mãos antes de colocar luvas limpas e Limpeza da torneira após despejar o saco colector.

Em relação a esta etapa do Procedimento Operativo levantaram-se dúvidas no que diz respeito aos benefícios da limpeza da torneira.

PROPOSTAS PARA MEDIDAS DE MELHORIA

- Foi elaborada uma acção de formação de forma a dar conhecimento e sensibilizar os profissionais para o cumprimento do procedimento operativo no doente algaliado.
- Divulgada a consulta, na Intranet, do “site” da Comissão de Controlo de Infecção deve ser mais divulgada de modo a motivar os profissionais para a respectiva consulta.
- Incentivar a formação em serviço no que diz respeito á Prevenção e Controlo de Infecção, salientando as vantagens para os profissionais de saúde e doentes, do cumprimento dos procedimentos em vigor e na utilização constante das medidas básicas de controlo de infecção.

APÊNDICE V

Plano da Sessão de Formação

“ Boas práticas na manutenção das ostomias intestinais”:

Diapositivos apresentados

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Boas Práticas na manutenção das Ostomias Intestinais

Local: UCIP 1 – Sala de Pausa Data: 16 /11 /2011

Hora: 14h 30

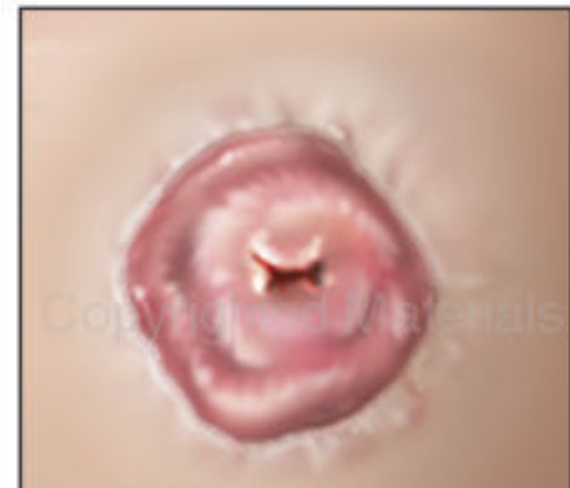
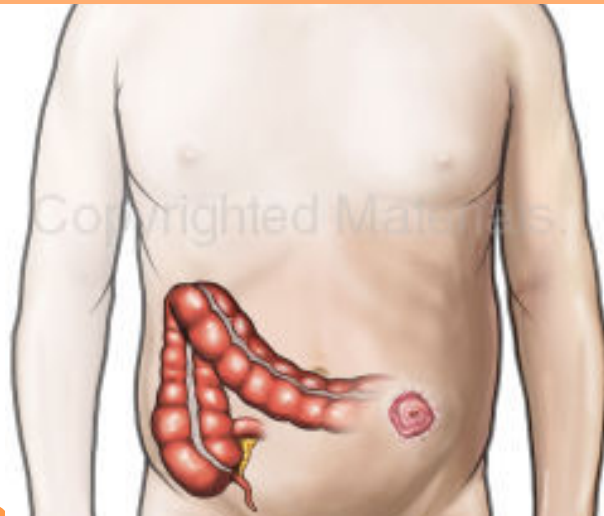
Objetivo geral:

Sensibilizar a Equipa de Enfermagem para as Boas Práticas na prestação de Cuidados á pessoa portadora de ostomia intestinal

Objetivos específicos:

- Sensibilizar para os diferentes estomas intestinais e características associadas;
- Sensibilizar para possíveis complicações dos estomas intestinais e formas de serem antecipadas e prevenidas;
- Sensibilizar para a existência de algoritmos para o despiste de complicações.
- Apresentar recomendações, baseadas em evidência científica, respeitantes aos cuidados de enfermagem nos doentes com ostomias intestinais;

BOAS PRÁTICAS NA MANUTENÇÃO DAS OSTOMIAS INTESTINAIS



COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS



Aluna: Patrícia Caldas
Orientadora: Enf^a Daniela Santos
Tutoria: Pof^a Isabel Rabiais

OBJECTIVOS

- Sensibilizar para os diferentes estomas intestinais e características associadas;
- Sensibilizar para algumas das possíveis complicações dos estomas intestinais e formas de serem antecipadas e prevenidas;
- Apresentar algoritmos que poderão facilitar o despiste de complicações do estoma e da pele periestomal;
- Apresentar recomendações, baseadas em evidência científica, respeitantes aos cuidados de enfermagem nos doentes com ostomias intestinais.

OSTOMIA

- Abertura de uma víscera oca para o exterior, geralmente na parede abdominal, para eliminar os produtos do organismo.

ESTOMA

- Palavra de origem grega que significa boca ou abertura.
- Abertura criada cirúrgicamente do intestino ou do sistema urinário para o abdómen.

- ✓ Estimam-se 15 mil a 18 mil pessoas ostomizadas em Portugal(?)
- ✓ Inexistência de registos a nível nacional.

COLOSTOMIA

- Exteriorização do cólon através da parede abdominal, fixando-o à pele, com o objectivo de criar uma saída artificial por onde passam a ser eliminados os gases e fezes.

ILEOSTOMIA

- Ostomia intestinal que coloca o Íleon em comunicação com o exterior.

TIPO DE OSTOMIAS	CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA	EFLUENTE	SACO UTILIZADO
ILEOSTOMIA Quadrante inferior direito	<ul style="list-style-type: none"> • Proeminente (0,5cm de exteriorização) • Rosado a vermelho • Brilhante 	<ul style="list-style-type: none"> • 750 a 1000ml de consistência líquida a semi – líquida altamente agressivas para a pele • Ph alcalino • Eliminação frequente 	<ul style="list-style-type: none"> • Aberto • Não é aconselhável o sistema de uma peça
C. ASCENDENTE Quadrante inferior direito	<ul style="list-style-type: none"> • Plano ou com ligeiro relevo (3 a 5 mm de exteriorização) • Rosado e húmido 	<ul style="list-style-type: none"> 500 a 750 ml de consistência Líquida ou Semi – líquida Ph alcalino 	<ul style="list-style-type: none"> • Aberto
C. TRANSVERSA Quadrante inferior direito/ superior direito ou esquerdo	<ul style="list-style-type: none"> • Plano (3 a 5 mm de exteriorização) • Rosado e húmido 	<ul style="list-style-type: none"> • Consistência semi – líquida • Ph alcalino 	<ul style="list-style-type: none"> • Aberto ou Fechado • Não aconselhável sistema de uma peça
C. DESCENDENTE E DO SIGMOIDE Quadrante inferior direito	<ul style="list-style-type: none"> • Plano (3 a 5 mm de exteriorização) • Rosado e húmido 	<ul style="list-style-type: none"> • Moldado e firme • Ph alcalino 	<ul style="list-style-type: none"> • Fechado e com filtro anti odor • Aberto em exceções

TIPO DE DIETA

- A quantidade de sódio influencia o volume do débito
- O eventual risco está relacionado com grande quantidade de efluente e conseqüente desidratação
- Dieta polimérica: menos osmolar e menos dispendiosa
- Iniciar alimentação com doses baixas
- Poderá ser necessário reposição de vitamina B12 em casos de recessão alargada do íleon




RECOMENDAÇÕES

1 Avaliar o estoma, imediatamente, após a cirurgia avaliando o estado do estoma e pele periestomal, a cada troca de dispositivo, com uma ferramenta de classificação para validar possíveis complicações.

2 Identificar os factores de risco que influenciam as complicações do estoma e pele periestomal.

3 Rever o perfil farmacológico do paciente para garantir a máxima absorção e eficácia em relação ao tipo de ostomia.



Anexo M: Ejemplo de formulario en cuidados de la ostomía

CIRUGÍA

Procedimiento quirúrgico _____

Cirujano _____

Fecha de la operación _____

Otra operación prevista: _____

Sí No Se desconoce

TIPO DE OSTOMÍA

Ileostomía Colostomía

Urostomía

Terminal En asa

Fistula mucosa

En pora Permanente

Desconido

Varilla Catéteres ureterales (p) Catéter _____

Fecha para D/C de la varilla _____

Realizada por _____

FINANCIACIÓN

Formulario ADP completado: Sí No

(El ADP no es aplicable a ostomas temporales)

Sociedad médica privada: Sí No

Apoyo económico: DVA DIA

HIN ODSP JDA

WSIB Redamación _____

Otros _____

TAMAÑO Y CONSTRUCCIÓN ESTOMA

Tamaño _____

Protruberancia

Retraído Nivelado

Ovalado Redondeado

Neurosis Estenosis

Desprendimiento de la mucosa

Otros _____



RESIDUOS

Heces:

Líquidas Pastosas Espesas

Sólidas

Orina:

Clara Con mucosidad Con sangre

PEL PERIESTOMIAL

Intacta Roja Húmeda Erupción

Separación mucocutánea

Otros _____

Intervenciones _____

CUIDADO DE LA FÍSTULA MUCOSA

Apósito diario Bolsa n° _____

FRECUENCIA DE CAMBIO DE DISPOSITIVO

Una vez/semana Dos veces/semana

Otros _____

INDEPENDENCIA CON EL CUIDADO

Vaciado de la bolsa

Independiente Necesita ayuda

Depende de un cuidador

Cambio de la bolsa y disco opaca:

Independiente Necesita ayuda

Depende de un cuidador

Deterioro físico y limitaciones

DIETA

Dieta normal (para Colo. y Uro.)

Postileostomias durante _____ semanas

Líquidos hidratantes:

Mínimo 1.5 l/día

Mínimo 2 l/día

Otros _____

ALERGIA A PRODUCTOS

Sí No

MEDICAMENTOS

(sólo para ileostomias)

Comprimidos de acción lenta NO

Comprimidos de cubierta entérica NO

Laxantes NO

PROVEEDOR

Hollister ConvaTec Coloplast

Otros _____

Tipos:

1-pieza 2-piezas

Tipo de deter:

Clip Integrado

Disco o placa:

Plano n° _____

Convex n° _____

Bolsa:

Drenable n° _____

Cerrada n° _____

Urinaria n° _____

Urinaria nocturna n° _____

Cantidad:

5 barreras 10 bolsas

ACCESORIOS

Pasta n° _____

Cinta n° _____

Pelo n° _____

Anillos de barrera n° _____

Otros _____

ADAPTACIÓN GLOBAL

Actividad física:

(sólo para ileostomias)

No levantar (más de 2 kg), tirar o empujar más de 6 semanas

Sexualidad:

Tema hablado N/D

RECURSOS

Folleto informativo sobre ostomía

Consejos prácticos sobre viajar

Instrucciones dietéticas

Equipo de alta hospitalaria Ostomy Toronto

Toronto

Lista de minoristas Guía de recursos


Derivación a un visitante ostomizado

Completado por _____

Firma _____

ADRESÓGRAFO

RECOMENDAÇÕES

- 4 Utilizar sacos transparentes para facilitar a avaliação e visualização do estoma e do efluente.
 - 5 Realizar a primeira troca do sistema colector (48 a 72 h após a cirurgia), se possível, envolvendo o doente.
 - 6 Aplicar equipamento convexo em estomas em retração para evitar lesões periestomais.
 - 7 Trocar a placa, do dispositivo de duas peças, a cada 3-5 dias.
 - 8 O dispositivo de duas peças é recomendado nos primeiros dois a três meses após a cirurgia e sempre que não houver integridade da pele periestomal.
- 

RECOMENDAÇÕES

9

Realizar higiene do estoma e pele periestomal com água e sabão neutro e aplicar o dispositivo recortado no máximo 3 mm além do estoma.

Utilizar protectores de resina sintética composta de gelatina, pectina e carboximetilcelulose:

10

- Protegem da acção do efluente
- Preenchem irregularidades da pele
- Regeneram-na quando lesionada
- Diminuem o risco de infiltração do efluente
- Aumentam a durabilidade do sistema colector em uso

11

Esvaziar o saco quando o efluente ocupar no máximo metade da sua capacidade total ou estiver com dois terços da sua capacidade.



COMPLICAÇÕES DO ESTOMA

COLOSTOMIAS E
ILEOSTOMIAS

COMPLICAÇÕES E CAUSAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

RETRAÇÃO

Deve-se a má fixação do cólon à parede abdominal ou necrose



- Avaliação da área periestomal e estoma
- Higiene do estoma e aplicação de pasta hidrocoloide
- Executar dilatação digital
- Recortar correctamente o dispositivo
- Aplicar dispositivo convexo de duas peças

HÉRNIA PERIESTOMAL

Deve-se à fragilidade da parede abdominal ou por ruptura das paredes intraperitoniais.



- Assegurar que o dispositivo se adapta na perfeição à superfície da protuberância abdominal
- Uso de cinta elástica quando tosse crónica e fragilidade dos músculos abdominais

EDEMA

Mobilização do intestino ou orifício do estoma inadequado para o tamanho das vísceras



- Aplicar soro fisiológico frio
- Corrigir dimensões do dispositivo
- Avaliar características do estoma, nomeadamente coloração do mesmo



COMPLICAÇÕES E CAUSAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

NECROSE

Compressão do orifício parietal



- Vigiar coloração do estoma
- Delimitar a extensão da necrose
- Comunicar ao cirurgião
- Apoio emocional e se necessário preparar a pessoa para nova cirurgia

PROLAPSO

Aumento brusco da pressão intra abdominal, fixação inadequada à parede abdominal



- Observar e vigiar o estoma em relação à sua coloração, áreas ulceradas e existência de pequenas hemorragias
- Redução manual do estoma
- Verificar e vigiar aderência do dispositivo, tendo em atenção o volume do prolapso
- Comunicar ao cirurgião e preparar a pessoa para nova intervenção cirúrgica.

DEISCÊNCIA



- Observar atentamente o estoma e sutura muco cutânea e higiene da pele periestomal e estoma com água e sabão neutro
- Aplicar pasta hidrocoloide em redor da sutura
- Comunicar ao cirurgião



2. Changes of the stoma (visual observation)

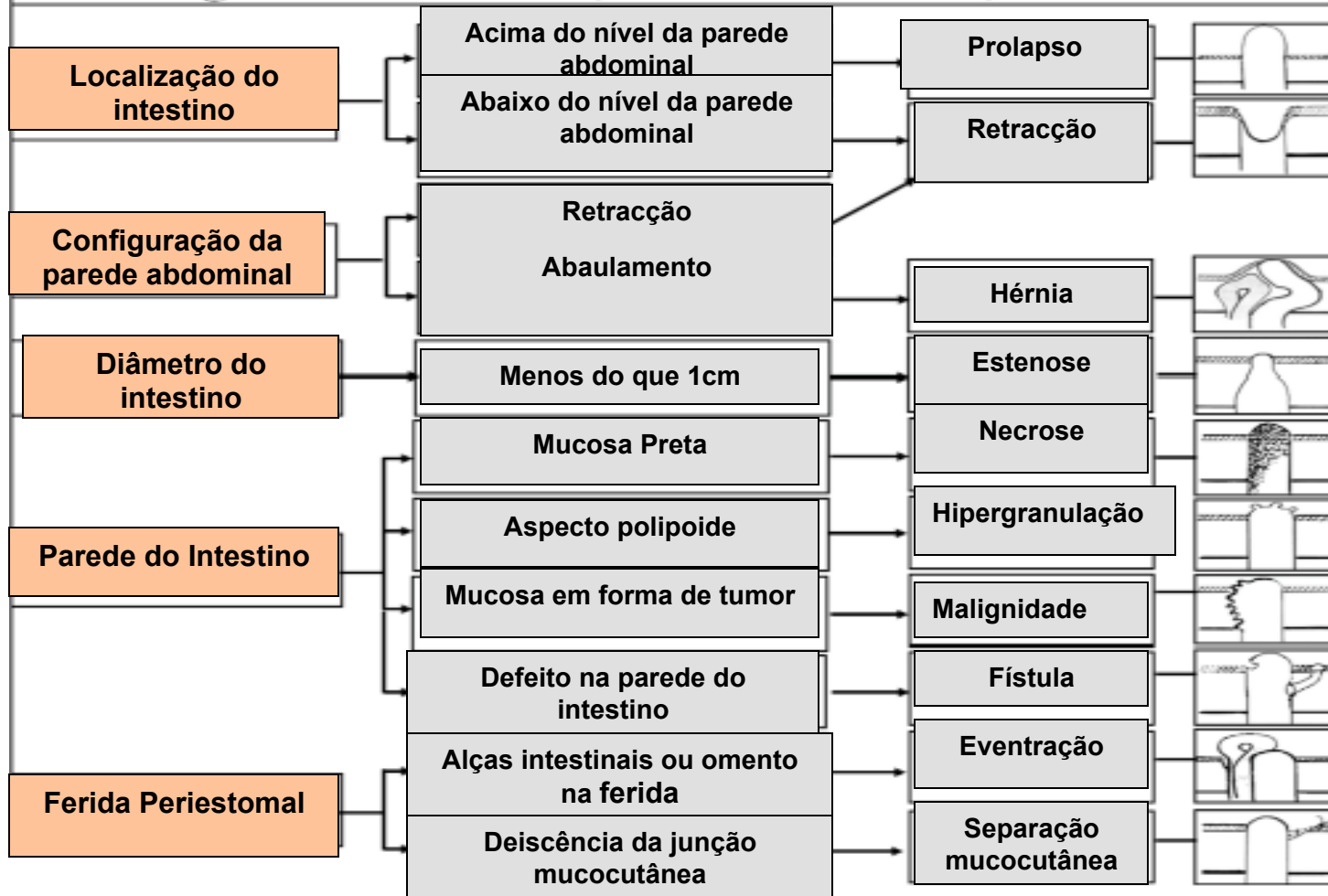


Figure 3. Advanced algorithm for diagnosis of ostomy complications: changes of the stoma (visual inspection). The number (2) refers to the level of decision in the algorithm as described in Figure 2.

2.1. Changes of the stoma (digital investigation)

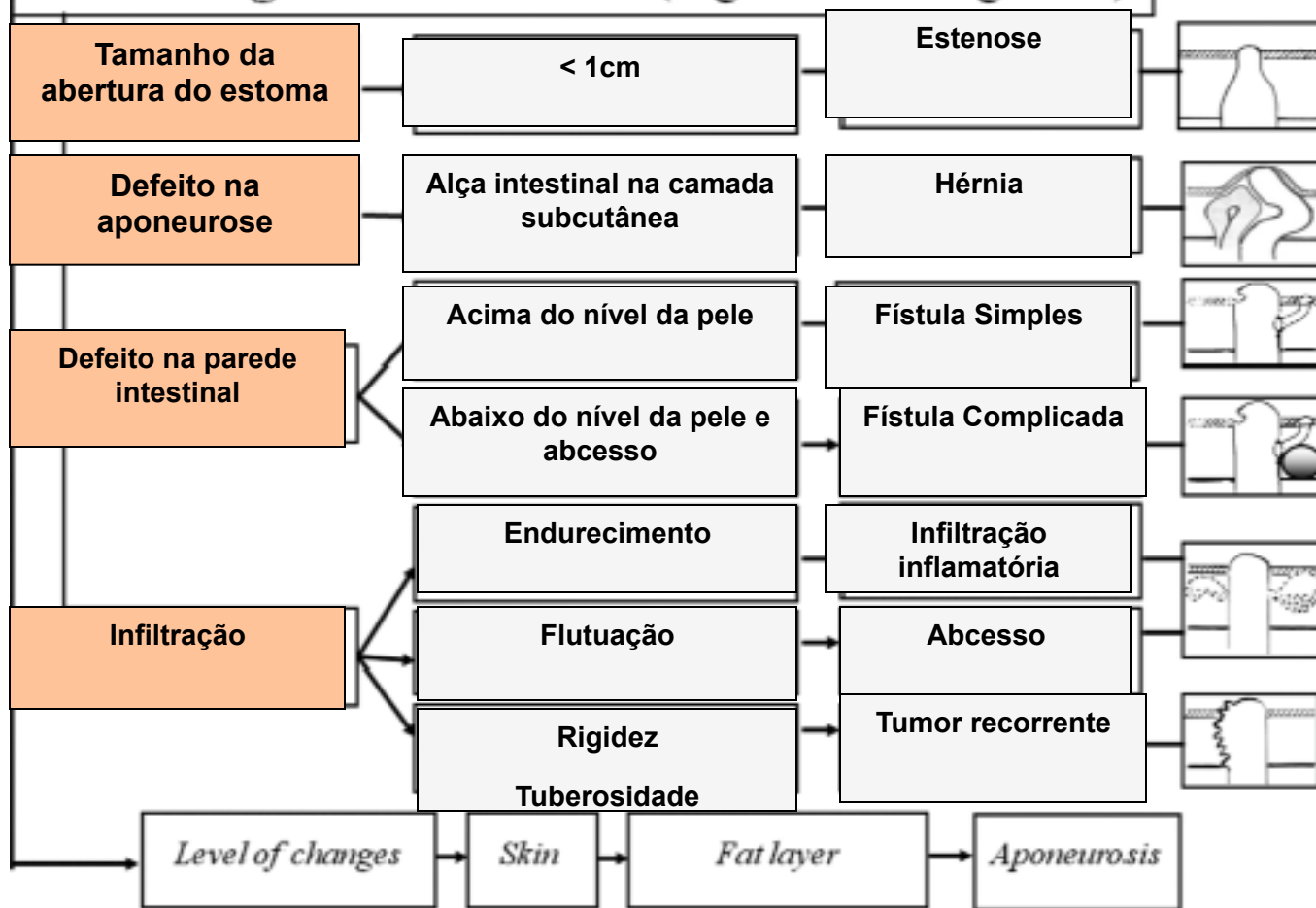


Figure 4. Advanced algorithm for diagnosis of ostomy complications: changes of the stoma (digital investigation). The number (2.1) refers to the level of decision in the algorithm as described in Figure 2.



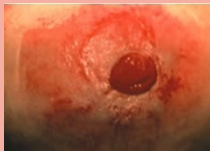
COMPLICAÇÕES PERIESTOMAIS

COLOSTOMIAS E
ILEOSTOMIAS

DERMATITE

CARACTERÍSTICAS

IRRITATIVA



Ocorre pelo contacto de efluente com a pele

Cuidados:

- Higiene adequada com água e sabão neutro
- Uso de saco aberto com barreira protetora de pele e utilizar barreiras cutâneas adicionais

ALÉRGICA



Reações de contacto da pele com produtos

Cuidados:

- Investigar a causa da alergia
- Na troca dos dispositivos usar preferencialmente os hipoalérgicos

MECÂNICA

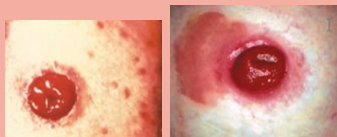


Ocorre pela retirada abrupta do dispositivo, troca frequente do mesmo ou fricção durante a higienização

Cuidados:

- Evitar ações que provoquem trauma mecânico
- Rever ações de cuidado
- Usar dispositivo de duas peças

INFECCIOSA



São secundárias às causas referidas: Foliculite (estafilococos) e candidíase (cândida albicans)

Cuidados:

- Administrar medicação tópica específica

2. Changes in the peristomal skin (visual observation)

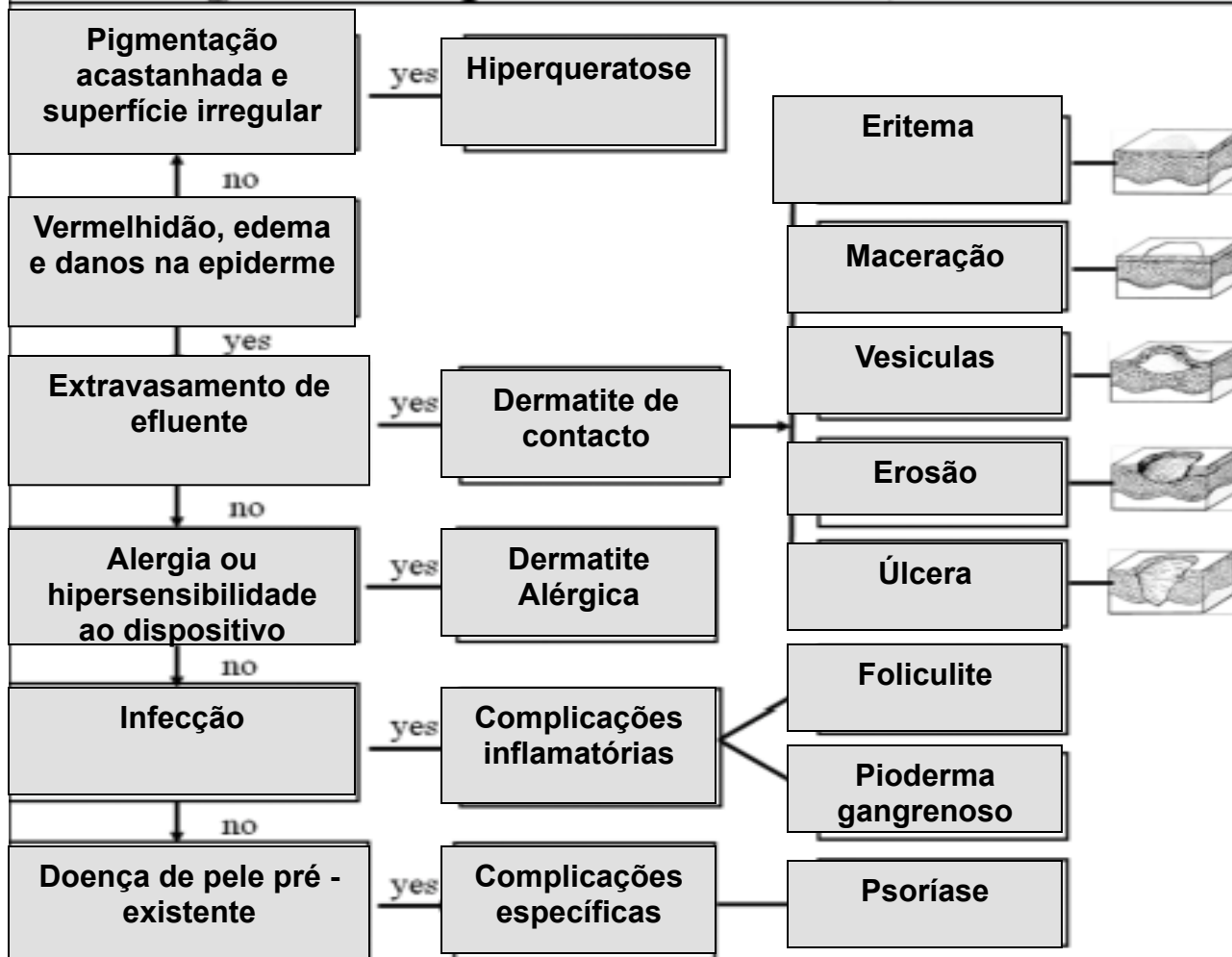


Figure 5. Advanced algorithm for diagnosis of ostomy complications: changes of the peristomal skin (visual inspection). The number (2) refers to the level of decision in the algorithm as described in Figure 2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <http://www.o-wm.com/content/development-and-use-algorithms-diagnosing-and-choosing-treatment-ostomy-complications> resultpage=0,2
- http://www.ostomymedicalsupplies.com/sitebackup/Prevention_strategies_for_peristomal_skin.html
- <http://www.medicinaintensiva.com.br/california-vni.htm>
- International Affairs & Best Practice Guidelines: Registered Nurses Association of Ontário – Ostomy Care and Management August, 2009
- http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Nutrologia/dicas/profissionais/intestino_curto.pdf
- MARTINS, Sandra; LAMELAS, Javier; RODRIGUES, Mesquita – **Estomas digestivos**, in Boletim do Hospital de São Marcos, XXIII, 2:199-204, 2007
- CESARETTI, *et al* – **O Cuidar de Enfermagem na Trajectória do Ostomizado: Pré & Trans & Pós- Operatórios**. In SANTOS, Vera; CESARETTI, Isabel – *Assistência em Estomaterapia: Cuidados do Ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2001. [s. ISBN] p. 113-131. [s. ISBN].



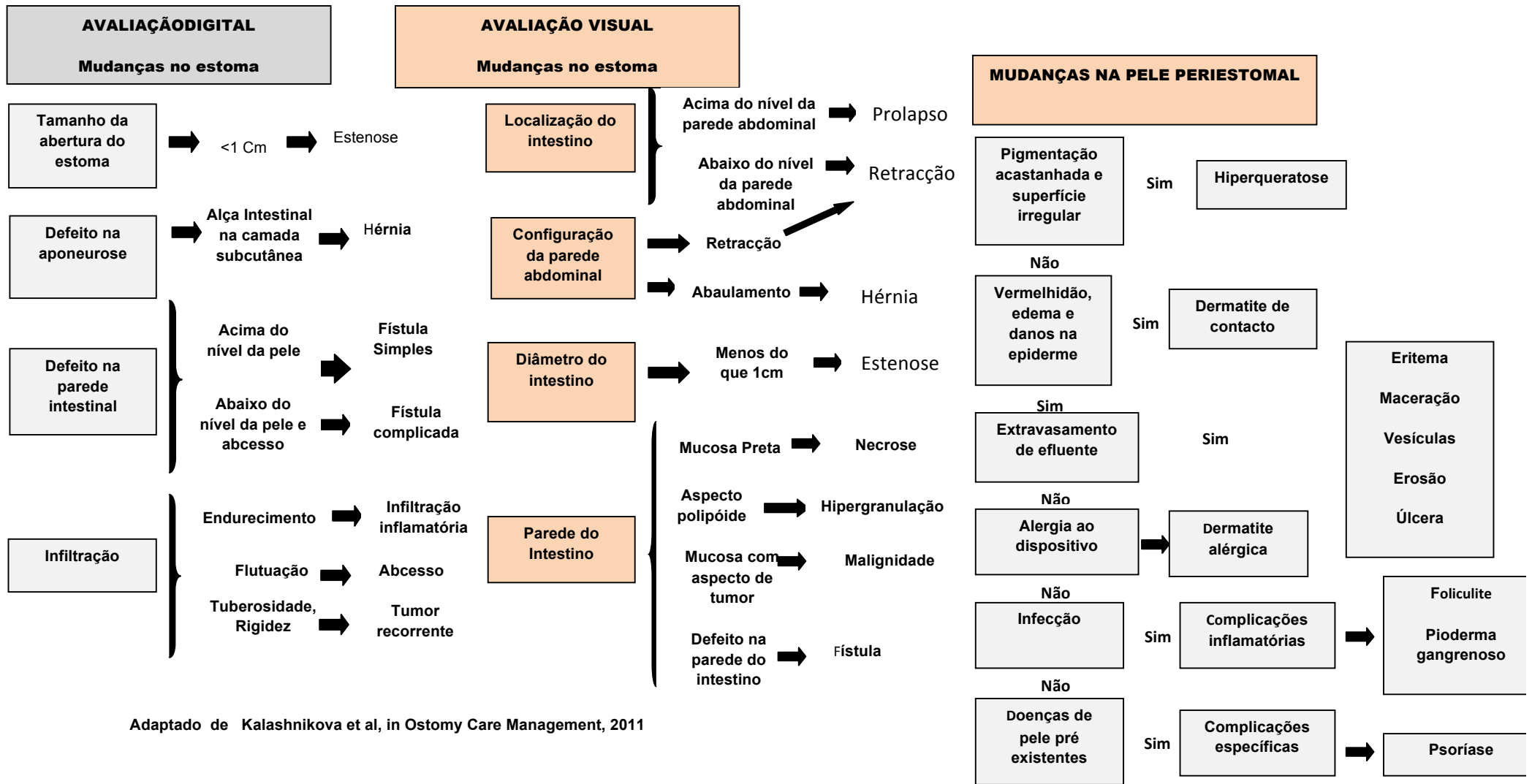
**OBRIGADA
PELA VOSSA PRESENÇA!**



APÊNDICE VI

Algoritmos de intervenção nas complicações do estoma e região periestomal

INTESTINAIS



Adaptado de Kalashnikova et al, in Ostomy Care Management, 2011

APÊNDICE VII

Instrumento de avaliação do estoma e região periestomal

ESTOMA	TIPO DE EFLUENTE	PELE PERIESTOMAL	SACO DE OSTOMIA	PERCEÇÃO DO DOENTE
<p>Tamanho e forma ⇒ Diminuído Aumentado Oval Irregular</p> <p>Coloração ⇒ Vermelho/rosa Pálido (Hg) Cinza/Preto(Isquémia) Saudável</p> <p>Aparência ⇒ Edema invulgar Retraído/Saliente</p> <p>Junção mucocutânea ⇒ Intacto Separado</p>	<p>Consistência ⇒ Formado Espesso Pastoso Solto Gases</p> <p>Quantidade (ileostomia) ⇒ Normal (750 a 1000 ml /dia) Saída elevada (> 1500/dia) Saída diminuída (<500/dia)</p> <p>Cor Odor</p>	<p>Coloração ⇒ Saudável Eritema Amarelado</p> <p>Estado da epiderme ⇒ Intacta Maceração Erosão Erupção Ulceração</p> <p>Turgência ⇒ Normal (elástico/macio) Flácido Firme</p>	<p>1/ 2 Peças ⇒ Fechado Aberto</p> <p>Tipo de placa ⇒ Convexa</p> <p>Protetores Cutâneos usados</p> <p>Data de substituição da placa</p>	<p>Faz questões/observa</p> <p>Desvia o olhar</p> <p>Outro</p>

ALUNA: Patrícia Caldas

ORIENTADORA: Enfª Daniela Santos

TUTORIA: Profª Isabel Rabiais

Adaptado de International Affairs & Best Practice Guidelines - Registered Nurses Association of Ontário , 2009 NOVEMBRO, 2011

APÊNDICE VIII

Projeto de melhoria contínua da qualidade na manutenção dos cateteres venosos centrais

Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de Santa Marta

Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

Tema: Práticas de prevenção e controlo da infeção associadas à manutenção do cateter venoso central

0 - Contextualização

A Cateterização Venosa Central assume, hoje em dia, extrema importância pelas suas vantagens perante o doente com instabilidade hemodinâmica subjacente, necessidade de fluidoterapia agressiva, administração de soluções hiperosmolares e irritantes para o sistema venoso periférico e monitorização hemodinâmica.

Apesar da sua necessidade, quase imperativa, a maioria das Infeções nosocomiais da corrente sanguínea está associada à utilização de cateteres venosos centrais (Silva et al, 2009) com cerca de 6,6 vezes maior probabilidade de ocorrência de bacteriemia comparativamente aos que não possuem este dispositivo (IPI, 2008 Hospital S. João).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes, prescrevendo, implementando e avaliando intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizá-los. (OE, 2002).

Desta forma, cabe ao enfermeiro, no processo de tomada de decisão, e na fase de implementação das intervenções, incorporar na prática os resultados da investigação, nomeadamente no que diz respeito às práticas de prevenção e controlo da infeção associadas à manutenção do cateter venoso central.

Desta forma, apesar do reconhecimento e a importância da adesão às medidas de prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), estarem bem estabelecidas, a realidade aponta para uma necessidade de investigação, pois as evidências, na prática, não mostram os níveis de conformidade esperados.

Assim, este projeto de melhoria contínua da qualidade tem a finalidade de avaliar a conformidade de práticas de prevenção e controlo de infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, por meio de indicadores clínicos processuais especificamente elaborados, e servir de guia orientador de boas práticas, base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

OBECTIVO GERAL

- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente com cateter venoso central (CVC).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reduzir as complicações associadas ao uso de cateter venoso central.
- Promover a adesão ao procedimento multissetorial por parte de todos os profissionais envolvidos na manutenção do cateter venoso central.

1 - Dimensão Estudada

Efetividade

2 - Unidades de Estudo

- **Utilizadores incluídos na avaliação:**

Todos os doentes com cateter venoso central internados no Hospital de Santa Marta, CHLC.

- **Profissionais incluídos na avaliação:**

Enfermeiros das unidades clínicas do no Hospital de Santa Marta, CHLC

- **Período de tempo que se avalia:**

Anual com monitorização semestral

3 – Tipo de dados

Estrutura

Processo

Resultado

4 – Fonte de dados

- Processo Clínico
- Formulário Calendário
- Entrevistas
- Base de dados em Acess

5 – Tipo de Avaliação

- Interna

6 – Critérios de avaliação

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em todos os doentes a colocação de CVC é feita utilizando barreiras de proteção máxima, na sua inserção (barrete, máscara, bata estéril, luvas estéreis e campo esterilizado de grandes dimensões). ▪ É registada a justificação da inserção de CVC em todos os doentes. ▪ O enfermeiro sensibiliza o médico para a utilização de CVC com o mínimo de acessos ou lúmens essenciais para o tratamento do doente. ▪ O enfermeiro sensibiliza o médico para o local preferencial de inserção do CVC, em todos os doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doentes com colocação de CVC em situação de urgência/emergência, em que não se cumprem as barreiras de proteção máxima. ▪ Situação crítica (ou previsivelmente crítica) do estado clínico do doente. ▪ A compatibilidade da terapêutica instituída. ▪ Fatores de risco do doente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quando não é possível o total cumprimento da técnica asséptica na colocação de CVC em situação de urgência/emergência, todos os cateteres deverão ser substituídos, o mais precocemente possível, e no prazo de 48 horas. ▪ O registo é feito por qualquer um dos profissionais (médico ou enfermeiro) envolvidos no procedimento. ▪ O local preferencial de inserção é a veia subclávia.

<ul style="list-style-type: none">▪ É registado no processo clínico a localização do CVC, em todos os doentes. ▪ Nas mudanças do penso, é realizada a desinfeção cutânea com o antisséptico preferencial. ▪ A mudança do penso do CVC é realizada de acordo com o procedimento CIH.124 e efetuado o respetivo registo. ▪ É efetuada vigilância diária e registo das características do local de inserção do CVC. ▪ É realizada a substituição dos sistemas de administração, de acordo com o tipo de fluidos em perfusão, e efetuado o respetivo registo.	<ul style="list-style-type: none">▪ Doentes com alergias conhecidas ou prescrição médica. ▪ Se o penso se encontrar húmido, descolado, repassado ou seja necessário inspecionar o local de inserção.	<ul style="list-style-type: none">▪ O registo é efetuado por qualquer um dos profissionais (médico ou enfermeiro) envolvidos no procedimento. ▪ O antisséptico preferencial é a Clorohexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%, conforme definido no procedimento CIH.124. ▪ Os pensos realizados com gaze deverão ser mudados de dois em dois dias, e os pensos transparentes de 7 em 7 dias. ▪ A vigilância deve ser efetuada através:<ul style="list-style-type: none">- Palpação do penso intacto- Visualmente se o penso for transparente ▪ A substituição dos sistemas de administração, das torneiras e dos prolongamentos deve ser de acordo com o instituído no procedimento CIH.124.
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ É feita a avaliação diária da necessidade de manter o CVC. ▪ A remoção do CVC é imediata após decisão clínica e é realizado o respetivo registo em diário de enfermagem. ▪ Efetuar o preenchimento diário do <i>Formulário Calendário</i>, de acordo com o protocolo das INCS, da DGS. ▪ Efetuar o envio mensal do <i>Formulário Calendário</i> para a CCIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração do estado clínico do doente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A discussão é realizada com a equipa multidisciplinar sobre a necessidade de manter o CVC. ▪ Não enviar, por rotina, a ponta de CVC para exame bacteriológico (apenas quando houver suspeita de infeção relacionada com o CVC). ▪ O <i>Formulário Calendário</i> é preenchido diariamente, à mesma hora, e recolhe o número de doentes internados na unidade clínica, submetidos a CVC. ▪ O envio deve ser efetuado no último dia do mês, via email.
---	---	---

7 – Colheita de dados

- Registos nos processos clínicos
- Registos do *Formulário Calendário*
- Base de dados sobre o registo da monitorização

8 – Relação temporal

Avaliação Retrospetiva

9 – Seleção da amostra

Amostra institucional e seletiva: Todos os doentes com cateter venoso central, internados no Hospital de Santa Marta, CHLC.

10 – Intervenção prevista:

▪ Medidas educacionais

- Formação aos profissionais acerca das medidas de prevenção da infeção, relacionada com a manutenção de cateteres venosos centrais.
- Uniformização do material utilizado na execução do penso de CVC (Anexo – lista de material de penso)

▪ Mudanças estruturais

- Elaboração de instrução de trabalho sobre manutenção de cateteres venosos centrais.
- Elaboração de lista de material de penso para cateter venoso central.
- Elaboração de folha de monitorização para registo dos procedimentos adequados à manutenção do CVC.

Indicadores possíveis para Avaliação do Programa de MCQ (várias dimensões):

Estrutura

- Instrução de trabalho sobre manutenção de cateteres venosos centrais.
- % de enfermeiros com formação sobre prevenção da infeção relacionada com cateteres venosos centrais.
- Existência de lista de material de penso para cateter venoso central.
- Adesão ao preenchimento da folha de monitorização para registo dos procedimentos adequados à manutenção do CVC.

Processo

- N% de doentes com cateteres venosos centrais, em que se apresenta registada a justificação para a sua colocação.
- % de evidências do registo da sensibilização efetuada relativamente ao local de inserção preferencial.
- N% de doentes com cateteres venosos centrais, em que se apresenta registado o antisséptico apropriado, utilizado nas mudanças do penso.

- N° de doentes com cateteres venosos centrais, em que existe registo das mudanças de penso de acordo com o tipo do mesmo.
- N° de doentes com cateteres venosos centrais, com registo da avaliação das características do local de inserção.
- N° de doentes com cateteres venosos centrais, com registo da avaliação diária da necessidade do mesmo.
- N° de doentes com cateteres venosos centrais, com registo da substituição dos sistemas de administração de fluidos.

Resultado

- Taxa de infeção relacionada com o cateter venoso central expressa por mil dias de cateterização.

$$\text{Taxa de ICSRCVC} = \frac{\text{N}^\circ \text{ ICSRCVC}}{\text{N}^\circ \text{ dias de CVC}} \times 1000$$

- Índice de exposição ao cateter venoso central:
N° de dias de CVC / N° dias de internamento

Realizado por,

Enfermeira – Fernanda Santos

Aluna – Patrícia de Melo Caldas

Tutoria – Prof^a Isabel Rabiais

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

REGISTO DOS PROCEDIMENTOS ADEQUADOS À MANUTENÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS

Doente com CVC Nº Processo Clínico	Justificação para colocação do CVC			Localização do CVC			Sensibilização do médico sobre o local de inserção do CVC			Sensibilização do médico para a utilização de CVC com o mínimo de lúmens			Desinfecção com antisséptico apropriado			Mudanças de penso de acordo com o tipo			Avaliação das características do local de inserção		Avaliação diária da necessidade e de manter o CVC		Substituição dos sistemas de administração de fluidos		
	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	S	N	S	N	

Legenda

S - Sim

N - Não

J - Justificação

APÊNDICE IX

Grelha de observação – Práticas de prevenção e controlo de infeção no doente algaliado

Grelha de Observação

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
Organização e Gestão						
Os Profissionais conhecem o Procedimento multisectorial da CCIH.						
O procedimento Sectorial está disponível na Unidade.						
O Plano de Formação da Unidade contempla formação nesta área.						
Motivos de colocação da Algália						
Monitorização rigorosa do débito urinário						
O doente não consegue efectuar esvaziamento vesical completo						
O doente tem incontinência urinária e sinais de Doença Renal Crónica						
O doente apresenta feridas na zona perineal que são frequentemente contaminadas com urina						
O doente está severamente doente ou incapacitado de se mover.						
Procedimentos cirúrgicos						
Existe evidência de registo do motivo que justifique a algaliação.						
Características da algália						
Escolheu-se a algália com menor calibre						

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
Está registado o calibre da algália.						
Está registado o material.						
O tipo de material da algália é escolhido de acordo com a duração prevista.						
Está registado o volume de água destilada colocado no balão.						
Está registado a data de inserção						
Está registado o nome do profissional que insere a algália.						
Foi explicado o procedimento ao doente.						
Higiene das mãos						
Antes do contacto com o doente.						
Antes de calçar luvas.						
Após remoção das luvas.						
Após contacto com o doente.						
Durante o procedimento						
Foi realizada a limpeza do meato urinário com soro fisiológico esterilizado						
Foram utilizadas luvas e campo esterilizado.						
Foi utilizado lubrificante esterilizado em embalagem unitária.						
O cateter foi ligeiramente mais introduzido, mesmo após o						

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
aparecimento de urina e antes de insuflar o balão,						
A algália foi adaptada a saco colector esterilizado.						
Cuidados de manutenção						
A higiene do meato urinário é feita diariamente e em SOS com água e sabão.						
As características da urina são avaliadas						
As características da urina são registadas						
É efectuada colheita de urina asséptica se as características da urina o justificarem						
As colheitas de urina asséptica são feitas por picagem ou pela porta de colheita.						
É feita colocação do saco em suportes próprios para manter o saco colector a um nível inferior ao da bexiga e sem tocar o chão.						
O circuito de drenagem urinário é o circuito fechado – a urina é despejada pela torneira do saco colector e não há manipulação da junção algália/saco.						
O método de despejo do saco colector é o individualizado (despejo para jarro ou urinol individualizado).						

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
Ao fazer os despejos, a torneira é seca no final, com compressa / toalhete / celulose.						
As luvas são mudadas entre doentes e removidas logo que termina o despejo da urina.						
É colocado avental para os despejos.						
É colocada máscara com viseira para os despejos.						
É feita avaliação diária sobre a necessidade de manter a algaliação.						
É registada a hora e data de desalgaliação.						
Formação						
As recomendações para a prevenção da infecção urinária em doente algaliado já foram discutidas pela Equipa.						
As recomendações para colheita asséptica de urina já foram discutidas pela Equipa.						
É fornecida ao doente/família a informação verbal e/ou escrita com linguagem apropriada, sobre o procedimento de algaliação e sua manutenção						
TOTAL= 44 critérios						

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
Índice de Conformidade Total		=				

S- Sim; N- Não; P- Parcialmente; N/A- Não Aplicável.

APÊNDICE X

Relatório de auditoria

RELATÓRIO DE AUDITORIA

TEMA: Práticas de prevenção e controlo da infeção associadas à inserção e manutenção da algália.

OBJETIVOS:

- Verificar o cumprimento das orientações definidas e dos critérios constantes na Norma 13 (CHKS) em relação a este procedimento.
- Contribuir para a prevenção e controlo de infeção em doentes algaliados;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente algaliado.

ORGANIZAÇÃO: Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) do Hospital de Santa Marta

EQUIPA AUDITORA: Enf. Patrícia Caldas (Aluna do 4ºCurso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa) e Enf. Fernanda Santos

DATA: 06 de dezembro de 2011 - Turno da Manhã (8-16h)

DURAÇÃO: 30'

ÂMBITO: Unidades Clínicas

AUDITADOS: Enfermeiros e Assistentes Operacionais (A.O.)

REFERENCIAIS/CRITÉRIOS:

- Manual de acreditação do CHKS, 2010 - Norma 13; Critérios 13.7, 13.8, 13.9, 13.10, 13.21, 13.24, 13.25, 13.26, 13.35.
- Procedimento Multissetorial 120 - Prevenção da Infeção Relacionada com Cateteres Urinários
- GOULD, C. V. [et al] – Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections, 2009. [Em linha] Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Department of Health and Human Services (CDC). 2009. 67p. [Consult. 08 Out. 2011] Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>

1- SUMÁRIO EXECUTIVO

- A equipa auditora (EA) foi bem recebida pelos profissionais da que se mostraram recetivos, colaboradores e disponíveis para a realização da auditoria, respondendo às questões colocadas e fornecendo as evidências objetivas necessárias.
- A EA verificou que existe preocupação da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais relativamente às práticas de prevenção e controlo da infeção do trato urinário associada à algaliação.
- Observou-se uma conformidade quase total, nos critérios apresentados, sendo um fator indicativo da preocupação e empenho dos profissionais, no que diz respeito á promoção da qualidade e segurança do doente.
- O índice de conformidade total é de 98%. A única não conformidade é a não inclusão do tema no Plano Anual de Formação da unidade clínica.

2- PROPOSTAS DE MELHORIA:

Da análise dos dados da auditoria, consideramos que esta temática deve continuar a ser tema de discussão e reflexão na equipa, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para uma cultura de segurança, quer para o doente, quer para os profissionais.

- Manter a divulgação e discussão contínua do procedimento emanado pela CCIH, quer em momentos informais como as passagens de turno, quer em momentos formais como sessões de formação integradas no *Plano de Formação da unidade clínica*.
- Continuar a apostar na formação dos profissionais relativamente às Precauções Básicas.
- Realizar sempre a higiene das mãos, nos 5 momentos previstos, pois é uma das precauções básicas que mais impacto poderá causar na prevenção e controlo da infeção.

Grelha de Observação

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				AÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
Organização e Gestão						
Os Profissionais conhecem o Procedimento multissetorial da CCIH.						
O procedimento sectorial está disponível na Unidade.						
O Plano de Formação da Unidade contempla formação nesta área.						
Motivos de colocação da Algália						
Monitorização rigorosa do débito urinário						
O doente não consegue efetuar esvaziamento vesical completo						
O doente tem incontinência urinária e sinais de Doença Renal Crónica						
O doente apresenta feridas na zona perineal que são frequentemente contaminadas com urina						
O doente está severamente doente ou incapacitado de se mover.						
Procedimentos cirúrgicos						
Existe evidência de registo do motivo que justifique a algaliação.						
Características da algália						
Escolheu-se a algália com menor calibre						

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				AÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
Está registado o calibre da algália.						
Está registado o material.						
O tipo de material da algália é escolhido de acordo com a duração prevista.						
Está registado o volume de água destilada colocado no balão.						
Está registado a data de inserção						
Está registado o nome do profissional que insere a algália.						
Foi explicado o procedimento ao doente.						
Higiene das mãos						
Antes do contacto com o doente.						
Antes de calçar luvas.						
Após remoção das luvas.						
Após contacto com o doente.						
Durante o procedimento						
Foi realizada a limpeza do meato urinário com soro fisiológico esterilizado						
Foram utilizadas luvas e campo esterilizado.						
Foi utilizado lubrificante esterilizado em embalagem unitária.						
O cateter foi ligeiramente mais introduzido, mesmo após o						

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				AÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
aparecimento de urina e antes de insuflar o balão,						
A algália foi adaptada a saco coletor esterilizado.						
Cuidados de manutenção						
A higiene do meato urinário é feita diariamente e em SOS com água e sabão.						
As características da urina são avaliadas						
As características da urina são registadas						
É efetuada colheita de urina asséptica se as características da urina o justificarem						
As colheitas de urina asséptica são feitas por picagem ou pela porta de colheita.						
É feita colocação do saco em suportes próprios para manter o saco coletor a um nível inferior ao da bexiga e sem tocar o chão.						
O circuito de drenagem urinário é o circuito fechado – a urina é despejada pela torneira do saco coletor e não há manipulação da junção algália/saco.						
O método de despejo do saco coletor é o individualizado (despejo para jarro ou urinol individualizado).						

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				AÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
Ao fazer os despejos, a torneira é seca no final, com compressa / toalhete / celulose.						
As luvas são mudadas entre doentes e removidas logo que termina o despejo da urina.						
É colocado avental para os despejos.						
É colocada máscara com viseira para os despejos.						
É feita avaliação diária sobre a necessidade de manter a algaliação.						
É registada a hora e data de desalgaliação.						
Formação						
As recomendações para a prevenção da infeção urinária em doente algaliado já foram discutidas pela Equipa.						
As recomendações para colheita asséptica de urina já foram discutidas pela Equipa.						
É fornecida ao doente/família a informação verbal e/ou escrita com linguagem apropriada, sobre o procedimento de algaliação e sua manutenção						
TOTAL= 44 critérios						

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				AÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) a ser desenvolvida pelo auditado
		S	N	P	N/A	
Índice de Conformidade Total		=				

S- Sim; N- Não; P- Parcialmente; N/A- Não Aplicável.

ANEXOS

ANEXO I

Formulário individual das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

Serviço: _____

Dt. de Admissão: _____
dd-mm-aaaa

Dt. de Saída: _____
dd-mm-aaaa

Tipo de Saída: Alta Transferência Morte

Unidade Saúde: _____

Nº de Processo: _____

Dt. de Nascimento: _____
dd-mm-aaaa

Género: Masculino Feminino

Dt. Início da INCS: _____
dd-mm-aaaa #

Comprovação microbiológica da porta de entrada:

- Sim
 Não
 Sem exame microbiológico

Origem da INCS:

- Primária ou Desconhecida
 Relacionada com CVC
- Secundária: Infecção Urinária
 Infecção Respiratória
 Infecção Gastro-Intestinal
 Infecção Intra-Abdominal
 Infecção do Local Cirúrgico
 Infecção de Pele e Tecidos Moles
 Outra Infecção

Factores de Risco Extrínseco:

(Assinalar os FRE presentes na altura do episódio de INCS ou até pelo menos 4 dias antes)

- Catéter intravascular central
 Alimentação parentérica
 Hemodiálise
 Ventilação assistida invasiva
 Catéter vesical
 Cirurgia

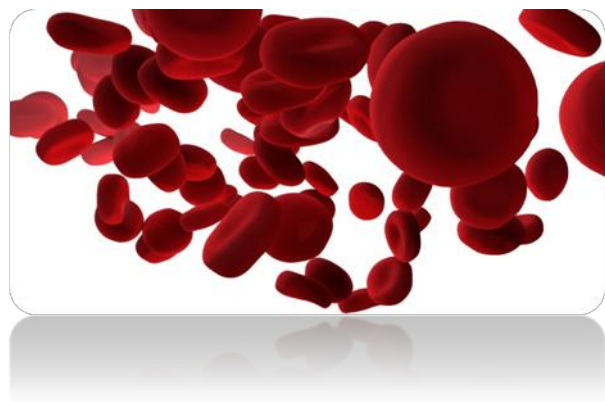
Factores de Risco Intrínseco:

- VIH/SIDA
 Linfoma
 Leucemia
 Outra Neoplasia
 Outra Imunodeficiência
 Neutropénia (< a 500 neutróf/mm³)
 Diabetes

Antimicrobianos			Microorganismo 1			Microorganismo 2			Microorganismo 3					
			Sens.	Resist.	Intern.	Sens.	Resist.	Intern.	Sens.	Resist.	Intern.			
Microrganismos Isolados														
Aminopenicilinas	Amoxicilina - Ac. clavulânico	AMC												
Benzilpenicilinas	Penicilina	PE												
Cefalosporinas	Cefotaxima	CTX												
	Ceftriaxone	CRO												
	Ceftazidima	CAZ												
	Cefoxitina	FOX												
Isoxazolipenicilinas	Metecilina/Oxacilina	MET/OXA												
Carbapenem	Imipenem	IPM												
	Meropenem	MEM												
Glicopéptidos	Vancomicina	VA												
	Teicoplanina	TEI												
Fluroquinolonas	Levofloxacina	LEV												
Sulfonamidas	Co-trimoxazol	SXT												
Polimixina	Colistina	CS												
Giciliclina	Tigeciclina	TIG												
Outros	Linezolid	LNZ												
Antifúngicos	Fluconazol	FLU												
Marcadores			Positivo	Negativo		Positivo	Negativo		Positivo	Negativo				
	ESBL	ESBL												

ANEXO II

Protocolo de Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea



*PROGRAMA NACIONAL DA PREVENÇÃO E CONTROLO DAS
INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE*

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA
INFECÇÃO NOSOCOMIAL DA CORRENTE SANGUÍNEA**

PROTOCOLO

2010

Direcção-Geral da Saúde
Departamento da Qualidade na Saúde
Divisão da Segurança do Doente

SIGLAS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CVC	Cateter Vascular Central
DGS	Direcção-Geral da Saúde
INCS	Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea
PNCI	Programa Nacional da Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
VIA	Ventilação Invasiva Assistida

ÍNDICE

Capítulo	Página
Introdução	4
Metodologia	6
Tipo de Vigilância	6
Período de Vigilância	6
População	6
1 – Definições	7
1.1 – Infecção associada aos Cuidados de Saúde	7
1.2 – Infecção Nosocomial	7
1.3 – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea	7
1.4 – INCS com confirmação laboratorial	7
1.5 – INCS sem confirmação laboratorial – Sépsis Clínica	10
2 – Classificação das INCS quanto à origem	11
2.1 – INCS de origem primária ou desconhecida	11
2.2 – INCS de origem secundária	11
3 – Recolha e Registo de dados	12
3.1 – Formulário Individual	12
3.2 – Formulário Calendário	13
3.3 – Cálculo de taxas / Indicadores	13
4 – Registo das INCS	15
5 – Listas	18
5.1 - Lista de códigos dos serviços	19
5.2 - Lista de microrganismos	21
5.3 - Microrganismos e grupos de antimicrobianos testados	23
Na rota da Vigilância Epidemiológica	26
Anexos	27
Anexo 1 – Formulário Individual	29
Anexo 2 – Formulário Calendário	31
Bibliografia	32

INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma componente fundamental do planeamento em saúde, na área da prevenção e controlo da infecção e integra o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI) como uma das suas principais estratégias. Neste âmbito, a Direcção-Geral da Saúde reconhece a necessidade de promover a Vigilância Epidemiológica (VE) das IACS em rede nacional, como parte integrante essencial de um programa global de prevenção e controlo da infecção.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é um problema major para a segurança do doente não só pela morbilidade e mortalidade associada como também pelos custos que lhe estão associados (económicos, sociais, familiares, etc.) e ainda pela insegurança que cria nos utilizadores das instituições prestadoras desses cuidados¹. São, afinal, uma face visível da vulnerabilidade do sistema de saúde e um dos seus principais desafios.

A taxa de IACS numa unidade prestadora de cuidados é um indicador de qualidade e de segurança do doente². O desenvolvimento de um sistema de vigilância epidemiológica para monitorizar esta taxa é um passo fundamental que permite não só a identificação de problemas e prioridades locais como também a eficácia das medidas em controlo de infecção. É cada vez mais necessário que esta vigilância se efectue de forma contínua, activa e sistemática através de critérios como simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade, consistência, representatividade e especificidade, para que se possa:

1. Divulgar junto da equipa de saúde e de outros profissionais, nomeadamente administradores das instituições, dados sobre taxas de infecção e resistência aos antimicrobianos para que possam ser tomadas medidas adequadas de prevenção da infecção nosocomial;
2. Monitorizar tendências: incidência, prevalência, distribuição da IACS e, se possível, incidência do risco para *benchmarking* interinstitucional;
3. Identificar a necessidade de programas de formação e avaliação do impacto das medidas preventivas;

¹ SHEA Position Paper, Enhancing Patient Safety by Reducing Healthcare-Associated Infections : the Role of Discovery and Dissemination, *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010 (2), 31 : 118-123

² World Health Organization /CDS/CSR/EPH, Prevention of Hospital-Acquired Infections: A Practical Guide 2002 (3):16-25

4. Identificar áreas de melhoria e subsequente estudo epidemiológico.

A tendência de vigilância da IACS deve ser orientada para áreas prioritárias das quais destacamos a Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS). Muitas destas infecções estão associadas a cateter vascular central havendo evidência que a aplicação de acções preventivas contribui para a redução e controlo desta infecção.

Assim, no reconhecimento da importância que a INCS representa no panorama da Saúde, a DGS acrescenta à VE desenvolvida em Portugal, este protocolo que, pela primeira vez, se operacionaliza numa plataforma online.

Objectivo principal:

1. Contribuir para a diminuição da taxa de incidência da INCS em Portugal.

Objectivos secundários:

1. Calcular a taxa de INCS;
2. Conhecer os principais factores de risco para as INCS;
3. Conhecer os microrganismos implicados;
4. Conhecer o padrão de resistência aos antimicrobianos testados e
5. Promover a Segurança do Doente.

METODOLOGIA

TIPO DE VIGILÂNCIA

Vigilância de incidência (contínua/longitudinal) com identificação prospectiva de novas INCS e que inclui a monitorização de todos os doentes da população global definida, num determinado período de tempo, permitindo medir a densidade de incidência (incidência do risco para *benchmarking* nacional e internacional).

Serviços onde se realiza

Em todos os serviços de internamento da unidade de saúde onde se possam obter os números que compõem o denominador dos cálculos da incidência (ver mais à frente). Caso não seja possível englobar todos os serviços, merecem particular atenção os que recebem doentes com maior índice de gravidade e cujos factores de risco são mais elevados para a INCS, nomeadamente, Unidades de Cuidados Intensivos, Serviços de Hemato-Oncologia, Serviços de Medicina/Especialidades Médicas.

PERÍODO DE VIGILÂNCIA

A Vigilância é contínua e decorre entre 01 de Janeiro a 31 de Dezembro, de cada ano.

POPULAÇÃO

A população é composta por todos os doentes (crianças e adultos) internados nos serviços seleccionados que apresentem um ou mais episódios de INCS.

Critérios de inclusão

- Apresentar, pelo menos, um episódio de INCS;
- Estar internado num serviço onde decorra a VE, independentemente do número de dias de internamento;
- O internamento ocorrer dentro do período de vigilância.

Critérios de exclusão

- Não obedecer a nenhum dos critérios anteriores;
- Não estar internado³.

³Dever-se-á atender ao facto de, doentes em serviços que englobem sub-especialidades (ex. cirurgia com cirurgia de ambulatório) e cuja permanência se deveu a um acto dessa mesma sub-especialidade (ex. cirurgia de ambulatório) não deverão ser incluídos na amostra populacional, uma vez que não compõem o denominador para o cálculo das taxas. O mesmo se verifica nos Serviços de Urgência.

1 - DEFINIÇÕES

Serão utilizadas as definições de IACS, de IN e de INCS do CDC, 2008⁴. Embora não haja, ainda, consenso europeu sobre esta matéria, julgamos que estas definições, por terem estado subjacentes aos Inquéritos de Prevalência da Infecção Nacionais 2009 e 2010, permitem continuidade e validade para a análise do Programa.

1.1 - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

Uma infecção associada aos cuidados de saúde é uma condição sistémica ou localizada resultante de uma reacção adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas; é adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados⁵. No âmbito do presente Protocolo, importa definir que a IACS aqui referida é a IACS nosocomial, isto é, adquirida em meio hospitalar.

1.2 - Infecção Nosocomial

A infecção nosocomial é a infecção que não estava presente nem em incubação no momento da admissão do doente no hospital.

1.3 - Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

Infecção sistémica que não estava presente nem em incubação no momento da admissão do doente na Unidade de Saúde. Há várias considerações a fazer no que concerne a esta definição pelo que, por uma questão de sistematização de conteúdos, se expõem da seguinte forma:

1.4 - INCS com confirmação laboratorial

O ponto de partida para a VE da INCS é a **confirmação laboratorial** e deve verificar pelo menos um dos seguintes critérios, sendo que o critério 1 e 2 podem ser usados quer para adultos quer para crianças, incluindo as que têm idade inferior ou igual a 1 ano:

Critério 1. Uma ou mais hemoculturas positivas para um microrganismo reconhecido sem relação com qualquer outro foco infeccioso;

⁴ Horan TC, Andrus ML, Dudeck MA, Centers for Disease Control and Prevention/NHSN surveillance definition of healthcare-associated infection and criteria for specific types of infection in the acute care setting. *Am J Infect Control* 2008; 36:309-32.

⁵ *Idem*

Critério 2. O doente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre ($>38^{\circ}\text{C}$), calafrios ou hipotensão

e

sinais e sintomas e resultado laboratorial positivo não relacionado com outro foco infeccioso

e

em pelo menos duas hemoculturas colhidas separadamente, isola-se o mesmo contaminante habitual da pele (ex. difteróides (*Corynebacterium* spp), *Bacillus* spp, *Propionibacterium* spp, *Staphylococcus* coagulase negativo (incluindo *S. epidermidis*), *Streptococcus* grupo *viridans*, *Aerococcus* spp ou *Micrococcus* spp);

Critério 3. Criança com idade inferior ou igual a 1 ano tem pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre ($>38^{\circ}\text{C}$ rectal), hipotermia ($<37^{\circ}\text{C}$ rectal), apneia ou bradicardia

e

sinais e sintomas e resultado laboratorial positivo não relacionado com outro foco infeccioso

e

em pelo menos duas hemoculturas colhidas separadamente, isola-se o mesmo contaminante habitual da pele (ex. difteróides (*Corynebacterium* spp), *Bacillus* spp, *Propionibacterium* spp, *Staphylococcus* coagulase negativo (incluindo *S. epidermidis*), *Streptococcus* grupo *viridans*, *Aerococcus* spp ou *Micrococcus* spp).

No sentido de esclarecer os critérios anteriores, listam-se alguns detalhes:

- No **Critério 1**, a frase “1 ou mais hemoculturas” significa que, no mínimo, 1 frasco de hemocultura é reportada pelo laboratório com crescimento de microrganismo considerado significativo, isto é, a hemocultura é positiva.

- No **Critério 1**, o termo “microrganismo reconhecido” não inclui os considerados contaminantes habituais da pele (ver Critérios 2 e 3). Alguns dos microrganismos reconhecidos são: *S aureus*, *Enterococcus* spp, *E coli*, *Pseudomonas* spp, *Klebsiella* spp, *Candida* spp e outros.

- Nos **Critérios 2 e 3**, a frase “pelo menos duas hemoculturas colhidas separadamente” significa:

- As duas colheitas de sangue foram colhidas dentro do período de 2 dias (ex. uma colheita realizada na segunda-feira e outra na terça-feira **ou** uma colheita realizada na segunda-feira e outra na quarta-feira, são aceites como colhidas separadamente; uma colheita realizada na segunda-feira e outra na quinta-feira não está de acordo com este critério) e
- No mínimo, 1 frasco de cada colheita foi reportada pelo laboratório como positiva para o mesmo microrganismo contaminante habitual da pele.

Conceito de “mesmo microrganismo”:

- ⇒ Se um microrganismo contaminante habitual da pele é identificado numa hemocultura até à espécie e na outra hemocultura somente até ao género, assume-se que o microrganismo é o mesmo e deve ser assumido como patogénico (ex. *S epidermidis* + *S* coagulase negativo = *S epidermidis*);
- ⇒ Se um microrganismo contaminante habitual da pele é identificado em ambas as hemoculturas até à espécie mas se não houver antibiograma de nenhuma delas ou apenas uma tiver antibiograma, considera-se ser o mesmo agente;
- ⇒ Se um microrganismo contaminante habitual da pele é identificado em duas hemoculturas mas estas apresentam pelo menos duas diferenças *major* no antibiograma (diferentes para 2 ou mais antibióticos), assume-se que o microrganismo não é o mesmo (ver tabela seguinte);
- ⇒ Para efeitos epidemiológicos, a categoria “Intermédia” (I) do antibiograma não deve ser usada para distinguir 2 microrganismos.

Identificação dos microrganismos, conforme antibiograma (exemplos)

Microrganismo	Antibiograma A	Antibiograma B	Interpretar como
<i>S epidermidis</i>	Todos ATB S	Todos ATB S	O mesmo
<i>S epidermidis</i>	OX R	OX S	Diferente
	CAZ R	CAZ S	
<i>Corynebacterium spp</i>	PEG R	PEG S	Diferente
	CIP S	CIP R	
<i>Strep viridans</i>	Todos ATB S	Todos S excepto ERI R	O mesmo

(**S** – sensível; **R** – resistente); Lista de abreviaturas dos antimicrobianos consultar página 23 e 24.

1.5 - INCS sem confirmação laboratorial – Sépsis Clínica

Neste grupo, enquadra-se a Sépsis Clínica, conceito **só aplicado às crianças com idade ≤ 1 ano** e que apresentem 1 dos seguintes sinais ou sintomas sem causa conhecida: febre ($>38^{\circ}\text{C}$ rectal), hipotermia ($<37^{\circ}\text{C}$ rectal), apneia ou bradicardia

e

hemocultura não realizada ou microrganismos não isolados no sangue

e

sem infecção aparente noutra local do corpo

e

o médico institui tratamento para a Sépsis.

2 - CLASSIFICAÇÃO DAS INCS QUANTO À SUA ORIGEM

As INCS classificam-se em primárias e secundárias.

2.1 - INCS de origem primária ou desconhecida

Dizem-se primárias as INCS confirmadas laboratorialmente e cuja causa não é secundária a um foco de infecção conhecido noutra parte do corpo. São também INCS de origem primária as situações de Sépsis Clínica.

2.2 - INCS de origem primária associada a cateter vascular central (CVC)

A INCS associada a CVC é também categorizada como primária uma vez que, à semelhança da categoria anterior, não está associada a uma infecção de um outro local do corpo, isto é, a INCS diagnosticada tem como ponto de partida a confirmação laboratorial e o mesmo microrganismo é isolado na ponta de cateter.

Considera-se que a INCS é associada a CVC se o cateter foi colocado no período de 48 horas antes do início da INCS, não havendo tempo mínimo de permanência para que a INCS seja associada a CVC (ex. no dia 1, às 12H00, é colhida hemocultura a um doente que tinha colocado o CVC às 10H00; esta INCS pode ser associada a CVC, se cumpridos os outros requisitos de confirmação de caso).

2.3 - INCS de origem secundária

A INCS de origem secundária, tal como o próprio nome sugere, é decorrente de um foco infeccioso num local do organismo previamente identificado (pneumonia, infecção urinária, infecção do local cirúrgico, etc.). O mesmo microrganismo é identificado quer no sangue quer no tecido anatómico relacionado com a infecção.

Se o mesmo microrganismo for isolado na ponta do CVC e simultaneamente no tecido anatómico, a INCS é registada como secundária a este foco e não reportada ao CVC.

Os casos que não cumpram os critérios de INCS e não se incluam na classificação anterior, constituem-se como *falsos positivos* (ex. contaminação da amostra) e, portanto, não serão considerados como Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea.

3 - RECOLHA E REGISTO DE DADOS

A confirmação da INCS é da responsabilidade dos elos de ligação e/ou do núcleo executivo da CCI, pelo que é necessária uma estreita ligação entre as equipas bem como uma detalhada análise do processo clínico do doente (diário médico e diário de enfermagem). Merecem particular atenção os casos em que o mesmo doente apresenta mais que uma INCS, no mesmo internamento. Para que sejam eliminados os “**duplicados**”, isto é, para que não se reporte duas vezes a mesma infecção, será considerado um novo episódio de INCS no mesmo doente quando:

- O microrganismo isolado for diferente do isolado no episódio de INCS anterior;
- O microrganismo é o mesmo mas o antibiograma é diferente (ver tabela 1);
- O microrganismo e o antibiograma são os mesmos mas tenham decorrido 14 dias após a primeira hemocultura positiva do episódio anterior⁶.

Todos os casos confirmados de INCS serão lançados na base de dados (pelo elo de ligação ou pela CCI que colige os episódios de todos os serviços que façam VE), alojada na plataforma INSA-RIOS (<http://www.insa-rios.net/Incs>). Este número é o número total de INCS (frequência de INCS) e a cada uma destas INCS deve corresponder o preenchimento do Formulário Individual.

3.1 - Formulário Individual (Anexo 1)

Este formulário é preenchido sempre que se detecta uma INCS num doente.

A informação contida neste formulário permite relacionar os dados individuais, administrativos e clínicos de cada doente monitorizado com a presença de INCS. Para o seu preenchimento, é fundamental a articulação entre os elos de ligação, as CCI bem como com o Laboratório de Microbiologia. Uma vez coligidos, os dados poderão ser analisados globalmente e estratificados por Especialidades ou Serviços Clínicos e Departamentos.

Para efeitos de resposta à exposição de factores de risco extrínseco, os mesmos devem ser considerados até 4 dias antes do início da INCS.

⁶ Australian Infection Control, Australian Council for Safety and Quality in Health Care. National Strategy to Address Health Care Associated Infection, Bloodstream Infection Definition, 2004

O número de formulários individuais equivale, como dito anteriormente, ao número de INCS e constitui o **numerador** no cálculo das diversas taxas. Para além deste formulário, surge a necessidade de recolha de dados que irão compor o **denominador**, e que será feito através do preenchimento do Formulário Calendário.

3.2 - Formulário Calendário (Anexo 2)

Este formulário é preenchido diariamente e recolhe o número de doentes internados num Serviço submetidos a CVC, a Ventilação Invasiva Assistida (VIA) e a Cateterização Vesical; permite obter o número de dias de exposição a estes factores de risco e fornece os denominadores necessários para calcular a proporção e densidade de incidência de INCS e o índice de exposição ao factor de risco (global e estratificado por Especialidades ou Serviços Clínicos e Departamentos).

Metodologicamente, não são contabilizados o número de dispositivos, ou seja, em situações em que o doente tenha mais que um CVC ou se tiver sido entubado traquealmente mais que uma vez no mesmo dia, é apenas contabilizado 1 dia (ex. um recém-nascido com cateter umbilical e com outro CVC, só é contabilizado 1 CVC). Para efeitos de tempo de permanência, não há tempo mínimo de exposição ao CVC para que o mesmo seja contabilizado (ex. doente com CVC durante 6 horas, contabiliza-se 1 dia). Não são contabilizados para “dias de VIA”, os doentes que são ventilados no decorrer de um acto anestésico (ex. no tempo de cirurgia).

3.3 - Cálculo de Taxas/Indicadores

Os cálculos de taxas e de indicadores têm em conta dados administrativos, como por exemplo períodos de internamento (que serão recolhidos junto dos Serviços de Estatística ou do Serviço de Gestão de Doentes dos Hospitais), factores de risco intrínseco e factores de risco extrínseco obtidos através dos formulários de Vigilância Epidemiológica. Os indicadores permitirão a cada Hospital/Serviço traçar a sua curva de incidência, analisar o seu padrão epidemiológico e ainda avaliar o impacto das medidas de prevenção e controlo desta infecção, nomeadamente, os procedimentos associados à colocação e manutenção do CVC.

Este conjunto de dados proporcionará resultados indispensáveis sobre a INCS, tanto a nível local como regional, bem como a nível nacional, para que possamos comparar-nos com os restantes países do mundo. No entanto, para que tal aconteça, firma-se uma vez mais a necessária procura sistemática e exaustiva de todos os casos.

- **Proporção de INCS expressa por 1000 doentes admitidos**

$(\text{N}^\circ \text{ de Novos Episódios de INCS} / \text{N}^\circ \text{ de doentes admitidos}) \times 1000$

Nota: Esta taxa entra em conta com o facto de que o mesmo doente pode ter mais do que uma INCS. Não pode ser utilizada para fins de comparação entre hospitais, porque não leva em conta a duração do internamento.

- **Densidade de incidência de INCS expressa por 1000 dias de internamento**

$(\text{N}^\circ \text{ de Novos Episódios de INCS} / \text{N}^\circ \text{ de dias de internamento}) \times 1000$

Nota: Esta taxa reflecte o número de doentes de risco assim como a duração do risco em função da duração de internamento e pode ser utilizada para comparação entre hospitais, entre países.

As taxas seguintes estão relacionadas com a exposição aos factores de risco CVC, VIA e cateter vesical. É nesta fase que se recorre ao formulário calendário, onde os elos de ligação registaram diariamente o número de doentes com estes factores de risco.

- **Taxa de INCS relacionada com CVC expressa por mil dias de cateterização**

$(\text{N}^\circ \text{ de INCS relacionadas com CVC} / \text{N}^\circ \text{ de dias de CVC}) \times 1000$

- **Índice de exposição ao CVC**

$(\text{N}^\circ \text{ de dias de CVC} / \text{N}^\circ \text{ de dias de internamento})$

- **Índice de exposição à VIA**

$(\text{N}^\circ \text{ de dias de VIA} / \text{N}^\circ \text{ de dias de internamento})$

- **Índice de exposição à cateterização Vesical**

$(\text{N}^\circ \text{ de dias de cateterização vesical} / \text{N}^\circ \text{ de dias de internamento})$

- Distribuição da INCS por faixas etárias, género e Serviços Clínicos;
- Taxa bruta de mortalidade estratificada por grupos de Serviços Clínicos;
- Microrganismos envolvidos na INCS e suas resistências aos antimicrobianos.

4 - REGISTO DAS INCS

O registo das INCS será feito numa base de dados colocada em ambiente Web, na plataforma INSA RIOS e com o seguinte endereço electrónico: www.insa-rios.net/Incs. A cada utilizador será dado um acesso que deve ser solicitado à Direcção-Geral da Saúde.

Em seguida, são apresentados alguns conceitos que visam clarificar, uniformizar e garantir coerência no registo das INCS, podendo também ser úteis e necessários ao preenchimento dos campos na base de dados online, quer no Formulário Individual quer no Formulário Calendário (por uma questão de organização, à excepção da Ventilação Invasiva Assistida, todos os termos estão colocados por ordem alfabética).

Bacteriémia – presença de microrganismo(s), bactérias ou fungos, no sangue.

Cateter vascular central – é um cateter que termina no coração ou perto da aurícula ou num dos grandes vasos (cateteres colocados na veia subclávia, jugular, basilíca, cefálica, femural, umbilical, etc.). Incluem-se: todos os cateteres colocados via percutânea, por incisão da pele (desbridamento) ou por incisão da veia (*cutdown*); os cateteres parcialmente implantados (com parte externa visível e fora da pele, afastada, por tunelização do tecido subcutâneo, da parte interna que entra na veia e não têm reservatório subcutâneo – Ex. Broviac®, Hickman®), cateteres para hemodiálise, monitorização hemodinâmica (*Swan-Ganz*®) e introdutor de pacemaker provisório. Ficam excluídos cateteres arteriais, pacemakers definitivos, cateteres totalmente implantados (com reservatório ou com diafragma para picadas (*port*) que fica debaixo da pele), “shunts” para hemodiálise.

Cateter vesical/algália – cateter que permite drenagem de urina. Só são consideradas sistemas de drenagem contínua.

Ventilação assistida invasiva – qualquer forma de respiração mecânica assistida de inspiração e/ou expiração com entubação. Não inclui os doentes que apenas estiveram ventilados durante a anestesia geral.

Comprovação microbiológica da porta de entrada – seleccionar a situação e clicar sobre o quadrado correspondente conforme o resultado for positivo, negativo ou não ter sido efectuado exame cultural ou microbiológico. É importante que seja

referido se há comprovação microbiológica ou não que relacione a origem provável de porta de entrada para a INCS ou se não foram pedidos outros exames.

Data de início da INCS – data da colheita da hemocultura ou data de início dos sintomas.

Factores de Risco Extrínseco (FRE)

Os mais significativos para a ocorrência da INCS são o CVC, a alimentação parentérica e a hemodiálise. Os restantes poderão ter uma ligação à INCS secundária. Não foram contemplados todos os possíveis FRE que o doente possa ter, mas apenas aqueles que são relevantes como risco de aquisição de INCS primária ou secundária. Nota: Assinalar apenas o(s) FRE que estejam presentes na altura do episódio de INCS ou até pelo menos quatro dias antes do seu início.

Factores de Risco Intrínseco

Neutropénia: Número total de neutrófilos igual ou inferior a $500/\text{mm}^3$.

Outra Imunodeficiência: Presença de qualquer doença imunológica, independentemente de ser primária ou secundária: transplante ósseo ou de órgão e terapêutica imunossupressora (quimioterapia, radioterapia e corticóides durante pelo menos quinze dias antes do episódio de INCS e com doses elevadas;

Tumor (metastizado ou não) excluindo a leucemia e linfoma; leucemia; linfoma; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida com ou sem critérios de SIDA (VIH positivo com contagem de CD4 inferior a 200) estão assinalados individualmente nos factores de risco intrínseco, mas todos eles são incluídos e contabilizados no conceito de Imunodeficiência.

Hemocultura - exame cultural microbiológico ao sangue efectuado para pesquisa de bactérias ou fungos. Não é considerada boa prática, a colheita de sangue para hemocultura através de cateteres (venosos ou arteriais).

INCS secundária a infecção intra-abdominal: inclui a vesícula e vias biliares, fígado (com excepção da hepatite viral), baço, pâncreas, peritoneu, espaço sub-frénico ou sub-diafragmático e os tecidos ou zonas intra-abdominais que não tenham sido definidas em nenhum outro local (excluir as infecções relacionadas com acto cirúrgico

– são classificadas como INCS secundárias a infecção do local cirúrgico). Não inclui pancreatite (síndrome inflamatório caracterizado por dor abdominal, náuseas e vômitos associados a aumento dos enzimas pancreáticos), excepto se o quadro tiver origem infecciosa.

INCS secundária a infecção gastrintestinal: envolvem o esófago, estômago, intestino delgado, intestino grosso e recto, incluindo a gastrenterite nosocomial e a enterocolite necrosante. Não inclui hepatite ou icterícia de origem não infecciosa ou que resulte da exposição a hepatotoxinas (por exemplo, alcoolismo, hepatite) ou induzida pelo acetaminofeno, etc. ou que resulte de obstrução biliar (colecistite). Excluir a infecção associada à cirurgia que é classificada como INCS secundária a infecção do local cirúrgico.

INCS secundária a infecção de pele e tecidos moles: inclui fascíte necrosante, gangrena infecciosa, celulite necrosante, miosite infecciosa, linfadenite, ou linfangite. Inclui ainda infecção de úlcera de pressão, infecção de queimadura, abscesso mamário ou mastite, onfalite neonatal, pustulose do lactente e infecção da ferida de circuncisão no recém-nascido.

Número de processo – é fundamental que seja registado para possível integração de dados de sistemas informáticos internos, mas sobretudo, para que seja possível obter os denominadores: número de doentes com INCS e número de episódios de INCS num determinado período de tempo e ainda, para se poder aceder ao mesmo formulário em tempos diferentes.

Serviço – digitar o nome do serviço onde o doente está internado (ex: Medicina) com a respectiva designação interna.

Unidade de Saúde (Hospital) – digitar a designação do Hospital participante.

5 - LISTAS

LISTA DE CÓDIGOS DOS SERVIÇOS

LISTA DE MICRORGANISMOS

5.1 - LISTA DE CÓDIGOS DOS SERVIÇOS

Agrupamento	Tipo de Serviço	Código
UCI Polivalente	UCI Polivalente	0101
Outras UCI (UCIM, UCIC, ETC.)	UCI Médica (UCIM)	0201
	UCI Cirúrgica (UCIC)	0202
	UCI de Transplantes	0203
	UCI Coronárias	0204
	Outras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	0299
UCI Pediátricas	UCI Pediátrica	0399
Hematologia/Oncologia	Hematologia	0401
	Oncologia	0402
Hematologia/Oncologia Pediátrica	Hematologia Pediátrica	0501
	Oncologia Pediátrica	0502
Medicina Interna	Medicina Interna	0699
Especialidades Médicas	Unidade Infecto-contagiosas	0701
	Gastroenterologia	0702
	Cardiologia	0703
	Doenças Pulmonares	0704
	Endocrinologia	0705
	Neurologia	0706
	Nefrologia	0707
	Dermatologia	0708
	Reumatologia	0709
	Medicina Geriatria	0710
	Outras Especialidades Médicas	0799
	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral
Cirurgia Geral Pediátrica	Cirurgia Geral Pediátrica	0999
Especialidades Cirúrgicas	Cirurgia Digestiva	1001
	Cirurgia Maxilo Facial	1002
	Cirurgia Vascular	1003
	Cirurgia Torácica	1004
	Cirurgia Cardíaca	1005
	Cirurgia Plástica	1006
	Unidade Queimado	1007
	Neurocirurgia	1008
	Urologia	1009
	Traumatologia	1010
	Ortopedia	1011
	Otorrinolaringologia	1012
	Oftalmologia	1013
	Outras Especialidades Cirúrgicas	1099

Agrupamento	Tipo de Serviço	Código
Especialidades Cirúrgicas Pediátricas	Unidade de Queimados Pediátrica	1101
	Unidade de Transplante Pediátrica	1102
	Cirurgia Urológica Pediátrica	1103
Pediatria	Pediatria	1299
Outros Serviços Pediátricos	Neonatologia	1301
	Outros Serviços Pediátricos	1399
Ginecologia	Ginecologia	1499
Obstetrícia	Obstetrícia	1599
Outros Serviços	Outros Serviços	9999

Nota:

Os doentes internados em Unidades de Cuidados Intermédios devem ser alocados no respectivo serviço onde os Cuidados Intermédios estão integrados (ex: um doente de Cuidados Intermédios num Serviço de Medicina deve ser alocado no Serviço de Medicina).

5.3 - LISTA DE MICRORGANISMOS

Microrganismos Gram negativo

Grupos	Microrganismos na base de dados
Enterobacteriaceas	<i>Escherichia coli</i>
	<i>Enterobacter cloacae</i>
	Outros <i>Enterobacter</i>
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
	Outras <i>Klebsiella</i>
	<i>Serratia marcescens</i>
	Outras <i>Serratia</i>
	<i>Salmonella typhi</i>
	<i>Salmonella paratyphi A</i>
	<i>Salmonella paratyphi B</i>
	Outras <i>Salmonella</i>
	<i>Shigella spp</i>
	<i>Citrobacter freundii</i>
	Outros <i>Citrobacter freundii</i>
	<i>Proteus mirabilis</i>
	Outros <i>Proteus</i>
<i>Morganella morganii</i>	
Bacilos não fermentativos	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
	Outras <i>Pseudomonas</i>
	<i>Acinetobacter baumannii</i> (<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> var. <i>anitratus</i>)
	Outros <i>Acinetobacter</i>
	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>
	<i>Burkholderia cepacia</i>
Outros bacilos Gram negativo	Outros bacilos Gram negativo
<i>Haemophilus</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>
	<i>Haemophilus parainfluenzae</i>
<i>Neisseria meningitidis</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>
<i>Brucella spp</i>	<i>Brucella spp</i>

Microrganismos Gram positivo

Grupos	Microrganismos na base de dados
<i>Staphylococcus aureus</i> : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Staphylococcus aureus</i> sensíveis à metilina (MSSA) • <i>Staphylococcus aureus</i> resistentes à metilina (MRSA) 	<i>Staphylococcus aureus</i>
<i>Staphylococcus</i> coagulase negativo	<i>Staphylococcus epidermidis</i>
	<i>Staphylococcus haemolyticus</i>
	Outros <i>Staphylococcus</i> coagulase negativo
<i>Enterococcus</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>
	<i>Enterococcus faecium</i>
<i>Streptococcus</i>	<i>Streptococcus viridans</i>
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
	<i>Streptococcus</i> grupo A
	<i>Streptococcus agalactiae</i>
	<i>Streptococcus</i> grupo C
	<i>Streptococcus</i> grupo G
Outros cocos Gram positivo	Outros cocos Gram positivo

Bactérias Anaeróbias

Grupos	Microrganismos na base de dados
Anaeróbias	Anaeróbias <i>(Peptostreptococcus anaeróbios, Peptostreptococcus indolicus, Propionibacterium acnes, Clostridium tetanii, Clostridium perfringens, Fusobacterium varium)*</i>

* Não aparecem discriminados na base de dados. Estão nesta tabela para referência.

Fungos

Grupos	Microrganismos na base de dados
<i>Candida albicans</i>	<i>Candida albicans</i>
Outros fungos leveduriformes	
<i>Aspergillus</i> spp	
Fungos filamentosos	

5.4 - MICRORGANISMOS E GRUPOS DE ANTIMICROBIANOS TESTADOS

Staphylococcus spp

Benzilpenicilinas	Penicilina (PE)
Cefalosporinas	Cefoxitina (FOX)*
Isoxazolilpenicilinas	Metilicina /Oxacilina (MET/OXA)*
Glicopéptidos	Vancomicina (VA) **
	Teicoplanina (TEI)
Quinolonas	Ciprofloxacina (CIP)
Oxazolidinonas	Linezolid (LNZ)
Macrólidos	Eritromicina (ERI)
Lincosamidas	Clindamicina (CM)
Aminoglicosídeos	Gentamicina (GM)
Sulfonamidas	Co-trimoxazol (SXT)
Glicilciclina	Tigeciclina (TIG)
Outros	Ácido Fusídico (FA)

*- Registo obrigatório; **- Requer confirmação

Streptococcus pneumoniae

Benzilpenicilinas	Penicilina (PE)*
Carbapenemes	Imipenem (IPM)
	Meropenem (MEM)
Glicopéptidos	Vancomicina (VA)*
Quinolonas	Ciprofloxacina (CIP)
Cefalosporinas	Ceftriaxone (CRO)*
	Cefotaxima (CTX)*
Oxazolidinonas	Linezolid (LNZ)
Macrólidos	Eritromicina (ERI)
Sulfonamidas	Co-trimoxazol (SXT)
Outros	Cloranfenicol (C)

*- Registo obrigatório

Enterococcus faecalis e faecium

Aminopenicilinas	Ampicilina (AM)
Aminoglicosídeos	Gentamicina alta-concentração (GEH)
Glicopéptidos	Vancomicina (VA)*
	Teicoplanina (TEI)*
Oxazolidinonas	Linezolid (LNZ)*
Glicilciclina	Tigeciclina (TIG)

*- Registo obrigatório

Enterobacteriaceae

Aminopenicilinas	Ampicilina (AM)
	Amoxicilina/Ác.Clavulânico (AMC)
Cefalosporinas	Cefalotina (KF)/Cefalexina
	Cefuroxima (CXM)
	Cefotaxima (CXM)/Ceftriaxone (CRO)
	Ceftazidima (CAZ)
	Cefepime (FEP)
Aminoglicosidos	Gentamicina (GM)
Ureidopenicilinas	Piperacilina –Tazobactam (TZP)
Carbapenemes	Imipenem (IPM)**
	Meropenem (MEM)
Quinolonas	Ciprofloxacina (CIP)
Sulfonamidas	Co-trimoxazol (SXT)
ESBL (<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Proteus</i>)	Positivo**
	Negativo

** - Requer confirmação

Acinetobacter

Cefalosporinas	Ceftazidima (CAZ)*
	Cefepime (FEP)
Ureidopenicilinas	Piperacilina-Tazobactam (TZP)
Carbapenemes	Imipenem (IPM)*
	Meropenem (MEM)*
Aminoglicosídeos	Gentamicina (GM)
	Tobramicina (TM)
	Amicacina (AN)
Quinolonas	Ciprofloxacina (CIP)
Polimixina	Colistina (CS)*
Giciliclina	Tigeciclina (TIG)

* - Registo obrigatório

Pseudomonas aeruginosa

Cefalosporinas	Ceftazidima (CAZ)*
	Cefepime (FEP)
Ureidopenicilinas	Piperacilina-Tazobactam (TZP)
Carbapenemes	Imipenem (IPM)*
	Meropenem (MEM)*
Aminoglicosídeos	Amicacina (AN)
Quinolonas	Ciprofloxacina(CIP)
Fluroquinolonas	Levofloxacina*

*- Registo obrigatório

Candida spp

Anti-fúngicos	Fluconazol
	Anfotericina B
	Voriconazol

○ símbolo ** (Requer confirmação) traduz a necessidade de ser confirmada a RESISTÊNCIA de um microrganismo a um determinado antimicrobiano (ex. *Staphyl. R* à Vancomicina). A base de dados *online* gerará automaticamente um **alerta** para que esse dado seja validado, no sentido de reduzir possíveis incorrecções de registo.

NA ROTA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Este protocolo foi desenhado para ser um documento de fácil e rápida consulta perseguindo o objectivo fundamental do Programa de Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea: diminuir a taxa de incidência da Infecção Nosocomial Corrente Sanguínea em Portugal. Através deste Programa, é possível identificar áreas possíveis de melhoria, quer a nível local quer a nível nacional.

A mais-valia indiscutível desta Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea é ser operacionalizada numa base *online*, alojada em plataforma *WEB*, e permitir alcançar relatórios automáticos em tempo real que até aqui eram morosos e arduamente conseguidos, pois a sua construção era feita manualmente.

Para uma maior familiarização dos utilizadores com a aplicação informática, existe um Manual de Utilizador que se encontra disponível na Base de Dados, no espaço do “Utilizador” e dentro da pasta “Documentos”.

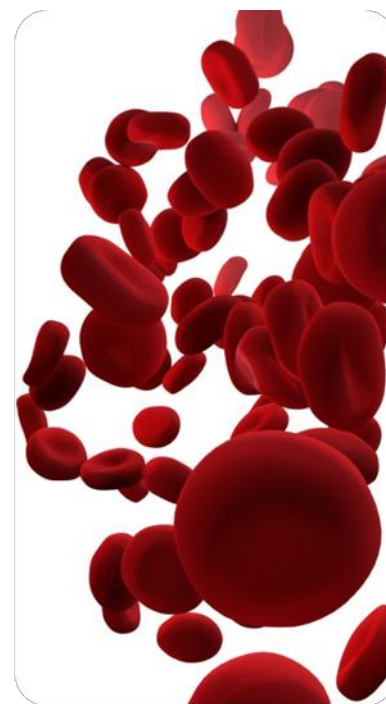
Este programa de VE tem, eventualmente, lacunas que merecerão a crítica dos seus utilizadores e é nesse compromisso que é apresentado: para ser dinâmico e tendencialmente aperfeiçoado.

Para qualquer esclarecimento ou contribuição deste Protocolo, por favor, utilize os seguintes contactos:

Coordenadores do Programa VE-INCS:

Dra. Cristina Costa, cristinacosta@dgs.pt

Enf. Clara Carvalho, claracarvalho@dgs.pt



Anexos

Anexo 1

Formulário Individual

Formulário Individual

Serviço: _____	Unidade Saúde: _____
Dt. de Admissão: _____ <small>05-mm-aaaa</small>	Nº de Processo: _____
Dt. de Saída: _____ <small>05-mm-aaaa</small>	Dt. de Nascimento: _____ <small>05-mm-aaaa</small>
Tipo de Saída: <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Transferência <input type="radio"/> Morte	Género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino

Dt. Início da INCS: _____
05-mm-aaaa

Comprovação microbiológica da porta de entrada:

- Sim
 Não
 Sem exame microbiológico

Origem da INCS:

- Primária ou Desconhecida
 Relacionada com CVC
 Secundária: Infecção Urinária
 Infecção Respiratória
 Infecção Gastro-Intestinal
 Infecção Intra-Abdominal
 Infecção do Local Cirúrgico
 Infecção de Pele e Tecidos Moles
 Outra Infecção

Factores de Risco Extrínseco:

(Assinalar os FRE presentes na altura do episódio de INCS ou até pelo menos 4 dias antes)

- Catéter intravascular central
 Alimentação parentérica
 Hemodiálise
 Ventilação assistida invasiva
 Catéter vesical
 Cirurgia

Factores de Risco Intrínseco:

- VIH/SIDA
 Linfoma
 Leucemia
 Outra Neoplasia
 Outra Imunodeficiência
 Neutropénia (< a 500 neutróf/mm³)
 Diabetes

Antimicrobianos			Microorganismo 1		Microorganismo 2		Microorganismo 3	
			Sensível	Resistente	Sensível	Resistente	Sensível	Resistente
Microrganismos Isolados								
Aminopenicilinas	Amoxicilina - Ac. clavulânico	AMC						
Benzilpenicilinas	Penicilina	PE						
Cefalosporinas	Cefotaxima	CTX						
	Ceftriaxone	CRO						
	Ceftazidima	CAZ						
	Cefoxitina	FOX						
Isoxazolipenicilinas	Metilina/Oxacilina	MET/OXA						
Carbapenem	Imipenem	IPM						
	Meropenem	MEM						
Glicopéptidos	Vancomicina	VA						
Fluroquinolonas	Levofloxacina	LEV						
Sulfonamidas	Co-trimoxazol	SXT						
Polimixina	Colistina	CS						
Glicilicilina	Tigeciclina	TIG						
Outros	Linezolide	LNZ						
Antifúngicos	Fluconazol	FLU						
Marcadores			Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
	ESBL	ESBL						

Anexo 2

Formulário Calendário

Unidade de Saúde:

Serviço:

Ano: Mês:

Dia	N.º de dias de Catéter Intravascular Central (CVC)	N.º de dias de Ventilação Assistida Invasiva (VAI)	N.º de dias de Catéter Vesical
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
Total			

Doentes admitidos: Doentes saídos:

Dias de internamento: Demora média:

Nota: todos os campos são de preenchimento obrigatório

BIBLIOGRAFIA

- **Australian Infection Control**, Australian Council for Safety and Quality in Health Care. National Strategy to Address Health, Care Associated Infection, Bloodstream Infection Definition, 2004, 1-9.
- **Braun BI, Kritchevsky SB, Kusek L, Wong ES, Solomon SL, Steele L, et al.** “Comparing bloodstream infection rates: the effect of indicator specifications in the evaluation of processes and indicators in infection control (EPIC) study”. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2006; 27 (1): 14-22.
- **Coyle, V.W. et al**, “Catheter-related bloodstream infection in adult haematology patients :catheter removal practice outcome” *Journal of Hospital Infection* (2004) 57, 325-331, Elsevier
- **Department of Health** “Mandatory Bacteraemia Surveillance Scheme – MRSA bacteraemia” NHS Trust, April 2001-March 2004
- **Eriksen HM, Iversen BG, Aavitsland P.** “Prevalence of nosocomial infections in hospitals in Norway, 2002 and 2003”. *The Journal of Hospital Infection*. 2005; 60 (1): 40-45.
- **España. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria. EPINE:** “ Estudio de Prevalência de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Espanholes. Madrid: Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria”; 1993.
- **European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)**, “The bacterial challenge: time to react, A call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents”. EMEA doc. ref. EMEA/576176/2009; Stockholm, September 2009; ISBN 978-92-9193-193-4
- **European Union.** “HELICS implementation: Phase II.: final report. Lyon: IPSE”; March 2005. (EC/DG SANCO/F/4).
- **European Union. HELICS III:** “Prevalence surveys: literature dossier : Working Party 3. Lyon: IPSE”; March 2001.
- **Floret N., Bailly P, Bertrand X, Claude B, Louis-Martinet C, Picard A, et al.** “Results from a four-year study on the prevalence of nosocomial infections in Franche-Comté: an attempt to rank the risk of nosocomial infection”. *The Journal of Hospital Infection*. 2006; 63 (4): 393-398.
- **Horan TC, Andrus ML, Dudeck MA,** Centers for Disease Control and Prevention/NHSN surveillance definition of healthcare-associated infection and criteria for specific types of infection in the acute care setting. *Am J Infect Control* 2008; 36:309-32.
- **Jonathan R. Edwards, MStat, Kelly D. Peterson, BBA, Mary L. Andrus, BA, RN, CIC, Margaret A. Dudeck, MPH, Daniel A. Pollock, MD, Teresa C. Horan, MPH,** “Report, data summary for 2006 through 2007, issued November 2008”, National Healthcare Safety Network Facilities, Atlanta, Georgia, AJIC, volume 36, n.º 9
- **Karchmer AW.** “Nosocomial bloodstream infections: organisms, risk factors and implications. *Clinical Infectious Diseases*”. 2000; 31 (Suppl. 4): S139-S143.

- **Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F.** “A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study”. *JAMA*. 1993; 270 (24): 2957-2963.
- **Mayon-White RT, Duce G, Kereselidze T, Tikomirov E.** “An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection”. *The Journal of Hospital Infection*. 1988; 11 (Suppl.-A): 43-48.
- **NHS. National Scotland Service** “Protocol for the Scottish Mandatory Surveillance Programme for *Staphylococcus aureus* bacteraemia” 3rd Edition October 2007
- **PHLS,** “Protocol for Surveillance of Hospital-Acquired Bacteraemia”, version 2.1, April 2001
- **Pina E, Silva G.** “Estudo nacional de prevalência de infecção nosocomial: relatório do Plano de Acção do PNCI 2001-2004: Programa Nacional de Controlo de Infecção”. Lisboa: INSA; Junho de 2005.
- **Pina E, Silva G., Ponce P.** “Relatório preliminar da VE de incidentes infecciosos em unidades de diálise: relatório do Plano de Acção do PNCI 2001-2004”: Programa Nacional de Controlo de Infecção. Lisboa: INSA; Junho de 2005.
- **Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde.** Assunto. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1999. (Circular Normativa nº 20/ GAB / DG de 30.07.99).
- **Provonost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. –** “An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU”. *New England Journal of Medicine*. 2006; 355 (26): 2725-2732.
- **Scottish Surveillance of Healthcare Associated Infection Programme (SSHAIP):** “Scottish Surveillance of Healthcare Associated Infection Programme (SSHAIP) Annual Report”, 2006
- **Scottish Surveillance of Healthcare Associated Infection Programme (SSHAIP):** “*Staphylococcus aureus* Bacteraemias Report”. HPS Publications, January 2010
- **SHEA Position Paper,** Enhancing Patient Safety by Reducing Healthcare-Associated Infections : the Role of Discovery and Dissemination, *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010 (2), 31 : 118-123
- **Suetens C., Savey A, Labeeuw J, Morales I.** “The ICU-HELICS programme: towards European surveillance of hospital-acquired infections in intensive care units”. [Em linha]. *Eurosurveillance*. [serial on the Internet] 2002 [cited 2008 April 07]; 7(9):127-128. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/em/v07n09/0709-222.asp>.
- **Tokars JI, Miller ER, Stein G.** “New national surveillance system for hemodialysis-associated infections: initial results”. *American Journal of Infection Control*. 2002; 30 (5): 288-295.
- **United Kingdom. NINSS.** “Surveillance of hospital-acquired bacteraemia in English hospitals 1997-2002”. London: Nosocomial Infection National Surveillance Service, 2002.
- **Vonberg RP, Behnke M, Geffers C, Sohr D, Ruden H, Dettenkofer M., et al.** “Device-associated infection rates for non-intensive care unit patients”. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2006; 27 (4): 357-361.

- **Wojkwska-Mach et al**, “Mortality associated with hospital acquired infections analysis based upon data from the Polish National program for Control of Infection”, *Przegl Epidemiol.*2000;54(3-4):281-90, PMID: 11349590 (PubMed-indexed do MEDLINE)
- **World Health Organization/CDS/CSR/EPH**, Prevention of Hospital-Acquired Infections: A Practical Guide 2002 (3):16-25.



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA