



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.

Maria Leonor Antunes de Figueiredo Saramago



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.

Maria Leonor Antunes de Figueiredo Saramago

Sob orientação de Filipa Veludo

Lisboa, Maio de 2012

## RESUMO

A construção deste relatório enquadra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, sendo este constituído por uma unidade curricular denominada Estágio Enfermagem Médico-Cirúrgica composta por três módulos, designadamente, o Serviço de Urgência, o de Unidade de Cuidados Intensivos e o opcional – Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar.

Em relação ao módulo I – optei pelo Serviço de Urgência, tendo-me sido concedida creditação do mesmo, porque foi reconhecido como adquiridas um vasto número de competências avançadas na área da assistência ao doente adulto e idoso/família, em situação crítica e falência orgânica, decorrentes de dezassete anos de exercício profissional em Enfermagem no Serviço de Urgência do hospital de São Francisco Xavier, salientando a prestação de cuidados, a gestão, a formação e a supervisão clínica.

No que concerne ao módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos, escolhi estagiar no Hospital de São Francisco Xavier, no qual desenvolvi áreas na prestação de cuidados especializados ao doente/ família, nomeadamente:

- Na humanização dos cuidados, no apoio e estabelecimento de uma relação de ajuda à família, no apoio ao doente ventilado realçando neste caso a comunicação não verbal;
- Na liderança, atuando como *Team Leader* em situações complexas como a PCR;
- Projetos no âmbito da Prevenção e Controlo da Infeção, na gestão e supervisão dos cuidados, nomeadamente no cumprimento de normas e procedimentos estabelecidos associadas à utilização de cateteres venosos centrais, utilizando uma ferramenta para as práticas denominada “*Bundle*” relativamente à qual validei a linguagem, estrutura e operacionalidade da mesma;
- Recorri à formação em serviço para enfatizar as estratégias de prevenção da infeção a adotar pela equipa de Enfermagem e procurei ser um veículo orientador e facilitador para a mudança nas práticas com vista à promoção da melhoria dos cuidados.

Decidi realizar o módulo III – opcional, numa Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar. In Neste desenvolvi áreas tais como:

- Aquisição de conhecimentos em práticas seguras e em metodologias de trabalho/ ferramentas que, como enfermeira especialista consiga transpor para a minha prática;
- Elaboração de uma ferramenta a utilizar para a uniformização de cuidados seguros, no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos dispositivos intravasculares centrais, denominada de “*Bundle*” de acordo com a melhor evidência científica que levei para o estágio seguinte.

O presente relatório faz referência ao meu percurso evolutivo de formação e desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem ao doente adulto e idoso/família em situação crítica. Este percurso passa não só pela avaliação, planeamento, gestão, supervisão de cuidados, assessoria, formação, que são transversais a todas as áreas de competência, mas também pela capacidade de agir como elemento de referência, motivador e orientador das práticas profissionais, contribuindo para a mudança de atitudes e comportamentos em prol da qualidade dos cuidados de Enfermagem e ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista; Práticas Seguras; Comunicação; IACS

## ABSTRACT

The elaboration of this report fits into Master`s Degree in Nursing with Specialization in Nursing Medical-Surgical of Portuguese Catholic University, which is composed by a curricular unity called Medical Surgical Nursing Internship and it consists in three Modules, namely Emergency Service, Intensive Care and optional- Committee on Control of Hospital Infection.

In relation to Module I – I opted for the Emergency Service and it was granted to me the accreditation, because it was recognized as acquires a wide range of advanced skills in the area of assistance to the adult patient and to the elderly/family in critical situation and organ failure, as a result of seventeen years of professional nursing in the emergency department of the Hospital of São Francisco Xavier, emphasizing the care, management, training and clinical supervision.

With regards to Module II – Intensive Care Unit, I chose an internship at the Hospital of São Francisco Xavier where I worked in specialized care services to the patient and family, namely:

- Humanization of care, in the supporting and establishing a helping relationship to the patient family, in the supporting to ventilated patient emphasizing in this case the non-verbal communication;
- In leadership, acting as team leader in complex situations such as PCR;
- Projects in the framework of Prevention and Infection Control, in management and supervision of care, especially in fulfillment of standards and procedures associated with the use of central venous catheters, using a tool for the practices called “*Bundle*” for which I checked the language, structure and operational of the same;
- Resorted to do in service training to emphasize prevention of infection strategies, to be taken by nursing team and I tried to be a vehicle for guiding and facilitating changes in practices to promote the improvement of care.

I decided to make the Module III – optional in Commission for the Control of Hospital Infection. In this module I developed areas such as:

- Knowledge acquisition in safety practices and worked methodologies/Tools as a specialist nurse I can incorporate into my practice;
- Elaborated a tool to be used for the standardization of a safe care, in order to Prevention and Control of infection associated with central intravascular catheters called “*Bundle*” according to the best scientific evidence, that I took to the next module in Intensive Care.

. This report makes reference to my evolution and skills development as a specialist nurse, in providing nursing care to the adult patient and elderly/family in critical condition. This journey passes not only for the assessment, planning, management, supervision, care, advice, training, that cut across all areas of competence, but also for capacity of acting as a reference element, motivating and guiding professional practices, contributing to changing attitudes and behaviors towards the quality of nursing care and health gains.

**KEYWORDS:** Specialist Nurse, Security Practices; Communication; Infection Related to healthcare

## AGRADECIMENTOS

Terminado este trabalho, torna-se importante agradecer a todas as pessoas que, contribuíram de alguma forma para a sua realização.

Começo pela minha família, marido e filha pela compreensão, ajuda dispensada e carinho. Ao meu pai a quem tantas vezes recorri. A eles o meu muito obrigado.

A todos os meus verdadeiros amigos pela compreensão, pela cumplicidade em todos os momentos vivenciados, pela companhia por via telefónica nos momentos de angústia e grande stress. A eles também o meu obrigado pelo apoio amizade e carinho sempre demonstrados.

Às equipas de profissionais dos serviços por onde passei pela forma como me acolheram e disponibilidade demonstrada em todos os momentos.

A todos os meus colegas e amigos que comigo trabalham diariamente, que me ajudaram, e possibilitaram momentos de reflexão e partilha das minhas angústias e alegrias.

À Professora Filipa pela orientação, apoio e disponibilidade sempre evidenciadas.

A todos o meu muito obrigada

## ABREVIATURAS

h – horas  
mm - milímetros  
nº- número  
Dr<sup>a</sup> - Doutora  
Enf<sup>a</sup> – enfermeira  
Enf<sup>as</sup> – enfermeiras  
p. – Páginas

## SIGLAS E ACRÓNIMOS

AO – assistentes operacionais  
ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BIPAP – *Bi Level Positive Airway Pressure*  
CD – *Clostridium Difficile*  
CD – Código Deontológico  
CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar  
CDC - *Centers for Diseases Control*  
CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central  
CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental  
CVC – Cateter Venoso Central  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
EMC – Enfermagem em Médico-cirúrgico.  
EPE – Entidades Públicas Empresariais  
EPI – Equipamento proteção Individual  
EUA – Estados Unidos da América  
HEM – Hospital Egas Moniz  
HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos  
HSC – Hospital Santa Cruz  
HSJ – Hospital São José  
HSFX – Hospital São Francisco Xavier  
HSM – Hospital de Santa Marta  
IACS – Infecções Associados aos Cuidados de Saúde  
ICS – Instituto das ciências de saúde  
IH - Infecções Hospitalares  
IHI – *Institute for Healthcare Improvement*  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
NHS – *National Healthcare Scotland*  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PCR – Paragem Cardio Respiratória  
PIC – Pressão Intra Craniana  
SU – Serviço de Urgência  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SBV – Suporte Básico de Vida  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos  
UCIM – Unidade de Cuidados Intensivos Médicos  
UCP – Universidade Católica Portuguesa  
TCE – Traumatismo Crânio Encefálico  
VE – Vigilância Epidemiológica

# ÍNDICE

	<b>p.</b>
<b>0 – INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>1 – DESENVOLVIMENTO</b>	<b>11</b>
<b>2 - CONCLUSÃO</b>	<b>53</b>
<b>3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>64</b>
APÊNDICE I – Poster de alguns símbolos nos dispositivos médicos.	<b>66</b>
APÊNDICE II – Tabela de Diluição de Pastilhas Desinfetantes de PRESET®	<b>68</b>
APÊNDICE III – “BUNDLE” de manutenção do Cateter Central	<b>70</b>
APÊNDICE IV – Poster para sala de espera para os familiares dos doentes internados na UCIC	<b>72</b>
APÊNDICE V – Registo das 12 observações efetuadas na grelha da “ <i>Bundle</i> ”	<b>74</b>
APÊNDICE VI – Plano de Sessão da Ação de Formação “Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cateteres Centrais”	<b>77</b>
APÊNDICE VII – PowerPoint da Ação de Formação “Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cateteres Centrais”	<b>79</b>
APÊNDICE VIII – Questionário de avaliação da ação de formação “Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cateteres Centrais”	<b>85</b>
APÊNDICE IX – Resultados dos questionários de avaliação da ação de formação “Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cateteres Centrais” por parte dos Enfermeiros	<b>87</b>

APÊNDICE X – Plano de sessão da ação de formação “ <i>Clostridium Difficile</i> ” – Prevenção e Controle	<b>90</b>
APÊNDICE XI – PowerPoint da ação de formação “ <i>Clostridium Difficile</i> ” – Prevenção e Controle	<b>92</b>
APÊNDICE XII – Questionário de avaliação da ação de formação “ <i>Clostridium Difficile</i> ” – Prevenção e Controle”	<b>98</b>
APÊNDICE XIII – Resultados dos questionários de avaliação da ação de formação “ <i>Clostridium Difficile</i> ” – Prevenção e Controle da Infecção, feita pelos Enfermeiros	<b>100</b>
APÊNDICE XIV – Resultados dos questionários de avaliação da ação de formação “ <i>Clostridium Difficile</i> ” – Prevenção e Controle da infecção, feita pelos Assistentes Operacionais	<b>103</b>

## O – INTRODUÇÃO

O Mundo atual fortemente marcado pela globalização, está em constante mudança. Não apenas as mudanças inerentes à crescente evolução tecnológica e científica, mas as transformações de ordem social, económica e cultural que afetam a população Mundial e que se constituem como um desafio para todos (KOHN & MORAES, 2007). Exemplo disto é o aumento da esperança de vida das populações, as alterações demográficas que conduzem a uma população envelhecida com o conseqüente aumento do número de pessoas idosas, o crescente número de indivíduos com doenças crónicas, refletindo-se seguramente nos tempos de internamento e nos gastos em saúde (SHEEHY'S, 2001). A juntar a tudo isto temos cidadãos cada vez mais esclarecidos quer dos seus direitos, quer da sua situação clínica, com acesso através da internet a informação que antes era do domínio exclusivo dos profissionais de saúde e que os motiva cada vez mais, a serem elementos ativos no seu próprio plano terapêutico, conduzindo a uma maior complexidade dos cuidados que os profissionais de saúde têm de se adaptar e enfrentar. Não menos relevante está, o crescente desemprego e uma sociedade cada vez mais multicultural que conduz ao surgimento de novas formas de viver e até mesmo de morrer (ALMEIDA [et al], 2011).

Aos enfermeiros cabe-lhes o desafio de saberem adaptar-se a todas estas mudanças sendo-lhes imposta cada vez mais, uma resposta eficaz perante todas estas modificações e exigências da sociedade atual, as quais requerem uma crescente “ (...) atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2009), de modo a acompanharem todo este processo de mudança e inovação. Torna-se por isso importante, a Enfermagem continuar a investir na formação contínua para que com isso consiga atingir a excelência na prestação dos cuidados que presta aos doentes/ família, perpetuando um saber próprio, que consiste no património da profissão. Deste modo é indispensável investir na formação especializada com vista a dar resposta às crescentes necessidades de prestação de cuidados de Enfermagem de maior complexidade.

Indo ao encontro do que a OE preconiza no Código Deontológico que consiste na procura da excelência do exercício em todo o ato profissional, bem como o dever de uma atualização contínua de conhecimentos em Enfermagem (PORTUGAL, 2009), a UCP, através do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, nas várias áreas de Especialização em Enfermagem, para a obtenção do título de enfermeiro especialista dá a possibilidade, mediante aprovação em discussão pública, do Grau de Mestre (UCP – ICS/ESPS, 2009). Assim, veio dar resposta às necessidades de formação dos enfermeiros em áreas de especialização descritas no Decreto-lei Nº 74/2006. Estas áreas de especialização conferem aos enfermeiros a “apropriação de um domínio específico da Enfermagem reforçando a visão holística e contextual da pessoa potenciando a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem” (OE 2009, p.6). Deste modo os enfermeiros especialistas são reconhecidos por possuírem “ (...) competência científica, técnica e humana para prestar, além

de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE 2009, p.10).

Assumindo o compromisso que me é exigido pela profissão, tenho ao longo do meu percurso profissional procurado investir na obtenção do conhecimento e da investigação atualizada em Enfermagem e, continuando neste caminho ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, do ICS da UCP. Neste âmbito e ao longo desta aprendizagem, surgiu a face prática do mesmo denominado Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Esta unidade curricular decorreu entre 27 de Abril de 2011 e 27 de Janeiro de 2012, repartida pelos três módulos já atrás referidos:

- De 27 de Abril de 2011 a 24 de Junho de 2011, realizei o estágio (Módulo III- opcional) na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, do HSAC;

- De 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2011 estava prevista a realização do estágio seguinte (Módulo I) correspondente ao Serviço de Urgência, que não foi efetuado por ter sido creditado, indo ao encontro do definido no Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, no seu Artigo 45º alínea c), p.2251, a partir do qual a creditação é concedida pelos“(…) estabelecimentos de ensino superior (...) que reconhecem, através da atribuição de créditos, a experiência profissional(...)”. Encaro a fundamentação para a atribuição desta creditação ao facto de, aquando do ingresso no Curso de Mestrado Profissional da UCP, já integrar a equipa de Emergência Médica do Helicóptero do INEM em Lisboa desde 1997 e ser detentora de experiência profissional de 17 anos no Serviço de Urgência do HSFX;

- De 22 de Novembro a 27 de Janeiro de 2012 teve início o (Módulo II), Unidade de Cuidados Intensivos o qual teve lugar na UCI do HSFX.

Na escolha dos campos de estágio tive em conta as instituições e o respetivos serviços que as constituem. Deste modo, relativamente às instituições a minha escolha recaiu no HSFX e no HSAC. Para melhor contextualizar a minha escolha julgo ser pertinente fazer uma breve alusão à sua história, missão e, qualidade de cada um deles, fatores que influenciaram a minha opção. Em relação ao primeiro, HSFX, o seu surgimento dá-se em 24 de Abril de 1987 (CHLO, 2010) (a). Em 29 de Dezembro de 2005, o HSFX foi integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE juntamente com os hospitais, Hospital Egas Moniz e Hospital de Santa Cruz (ibdem). É um hospital com uma área de influência que abrange a prestação de cuidados de saúde a cerca de 950.000 habitantes (CHLO, 2010) (b). O CHLO é um centro hospitalar Universitário, presta ensino médico pré e pós graduado, com ligação direta à Faculdade de Ciências Médicas. Possui um Observatório de atividade científica que tem como principais funções recolher, tratar e divulgar a atividade científica, promover contactos e protocolos com instituições de Ensino/Investigação para cooperação na área científica, bem como dar resposta a solicitações de natureza científica que lhe sejam solicitadas. A preocupação com a formação dos seus profissionais, é notória, tendo realizado em 2010 cerca de 137 ações de formação em

diversas áreas temáticas de desenvolvimento pessoal e profissional. Tem um departamento de qualidade, sendo esta uma prioridade assumida pelo Conselho de Administração. Toda esta vertente confere-lhe diferenciação e qualidade, aliada aos princípios e valores pela qual se rege, nomeadamente a humanização e não discriminação, respeito pela dignidade individual de cada doente, promoção da saúde, a atualização face aos avanços da investigação e da ciência e excelência técnico profissional (CHLO, 2010) (b). Estes foram, de facto, os fatores decisivos na minha escolha. De salientar que esta é a instituição onde exerço funções há 20 anos e por isso ter facilitada a minha integração na sua cultura, o que se constitui como menos um agente stressante para quem está na condição de formando. Foram também fatores contributivos a possibilidade das atividades efetuadas durante o estágio reverterem em proveito da instituição onde presto cuidados assim como o desejo de poder olhar para a realidade dos cuidados prestados no HAFX com um olhar crítico, de enfermeira especialista em EMC e, deste modo, contribuir para a qualidade dos cuidados prestados na mesma.

Em relação ao HSAC, sediado no antigo Convento de Santo António dos Capuchos datado de 1579, tendo sofrido várias alterações ao longo dos séculos, passando por dar lugar a um asilo de Mendicidade até 1928, altura em que surge oficialmente o hospital que, já possuía nove serviços clínicos (CHLC, 2010). Ao abrigo do Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro é criado o CHLC, EPE, o qual integra quatro unidades hospitalares: Hospital de Santa Marta; Hospital de D, Estefânia; Hospital de São José e o Hospital dos Capuchos (CHLC, 2007). À semelhança do anterior também este é um hospital central, "(...)com ensino universitário e formação pós graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como uma instituição de referência" na prestação de cuidados (CHLC, 2010), razões que fazem dele um excelente campo de estágio para os formandos.

Relativamente aos campos de estágio, a escolha dos mesmos surgiu com base no potencial que cada um deles me podia proporcionar para a aquisição de inúmeros conhecimentos e aprendizagens novas, pelo que, nesta perspetiva os mesmos constituíam-se como um meio promissor no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em EMC.

Surge no 3º semestre o presente relatório sob a tutoria da Professora Filipa Veludo. Este não é mais do que a última etapa de um caminho percorrido durante vários meses de aprendizagem pessoal e profissional e que, pretende dar a conhecer o trabalho realizado ao longo do meu percurso. Neste relatório pretendi descrever através da análise crítica e reflexiva da prática e das atividades desenvolvidas todo o caminho percorrido, bem como as competências desenvolvidas. Tendo em conta os objetivos traçados nos diversos estágios, fundamentei as competências desenvolvidas de Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A prevenção e controlo da infeção e a qualidade dos cuidados que se prestam aos doentes/família, depende em grande medida da aplicabilidade de práticas seguras por parte dos profissionais de saúde. Sendo esta uma temática de interesse e sobre a qual surge a necessidade de aprofundar conhecimentos, constitui-se como o fio condutor deste relatório,

dada a sua pertinência, a sua transversalidade em todas as áreas de cuidados e o impacto que têm na saúde de todos.

Assim o presente relatório tem como objetivos:

- Fundamentar as escolhas de cada um dos locais de estágio;
- Descrever os objetivos definidos para os Módulos de estágio;
- Operacionalizar os objetivos definidos para cada um dos estágios;
- Demonstrar capacidade em identificar situações problema e os respetivos processos de tomada de decisão visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Fazer uma análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios;
- Fundamentar as competências desenvolvidas;
- Evidenciar a importância do Enfermeiro Especialista na promoção da melhoria dos cuidados a prestar ao doente/família;

A sua estrutura compreende o presente capítulo que corresponde à Introdução, um segundo onde se desenrola o Desenvolvimento, posteriormente a Conclusão e as Referências Bibliográficas. Por último, são apresentados os vários Apêndices.

No segundo capítulo, o Desenvolvimento, serão abordadas algumas das competências já adquiridas em contexto de trabalho referentes ao estágio creditado; a justificação pela opção de cada um dos locais de estágio escolhidos; enunciados os objetivos para cada um deles, a identificação de situações problema encontradas e as estratégias de implementação adotadas em cada contexto; a análise das atividades desenvolvidas e por último descrever as competências desenvolvidas de acordo com o plano de estudos da UCP.

No terceiro capítulo, a Conclusão, nesta será feita uma breve alusão sobre o caminho percorrido, o papel de relevo que o enfermeiro especialista tem na manutenção da qualidade dos cuidados prestados, principais dificuldades sentidas, limitações sentidas e sugestões.

Em Apêndices serão expostos os trabalhos realizados nos estágios de modo a complementar a compreensão do descrito neste relatório.

## **1 - DESENVOLVIMENTO**

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica, a unidade curricular Estágio de Enfermagem Médico – Cirúrgica, que faz parte do plano de estudos da UCP, composta por três módulos de estágio, cada um com a duração de 250 horas, sendo 180 horas de contacto. Visando complementar a formação teórica, para o cumprimento da mesma é dada aos alunos, a oportunidade de escolher o seu percurso de consolidação de saberes, aperfeiçoar os níveis de cuidados prestados e desenvolvimento de competências. Deste modo e à semelhança do já citado anteriormente optei como módulos de estágio; Módulo I – Serviço de Urgência (creditado), Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e por fim Módulo III – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar. A sequência temporal destes estágios foi por mim alterada com a autorização da UCP. Assim sendo, comecei pelo Módulo III (opcional) – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, uma vez que pretendia que a área de interesse para este estágio se centrasse nas práticas seguras associadas aos cuidados de saúde e que esta mesma servisse como fio condutor para o estágio seguinte, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos.

### **MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA (ESTÁGIO CREDITADO)**

Relativamente a este módulo, pretendo descrever algumas das competências adquiridas em contexto de trabalho, uma vez que relembrando o já anteriormente citado, possuo experiência profissional no que concerne à prestação de cuidados à pessoa adulta e idosa/ família em situação crítica e/ou falência orgânica, inerente ao meu desempenho profissional na Emergência pré hospitalar como parte integrante da equipa de enfermeiros do Helicóptero do INEM desde 1997 até à atualidade, mas também como parte da minha atividade na Emergência hospitalar durante 17 anos, período em que integrei a equipa de enfermeiros do Serviço de Urgência do HSFX de 1992 a 2008.

O HSFX, integra o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, conjuntamente com outros dois hospitais, nomeadamente o Hospital de Egas Moniz e o Hospital de Santa Cruz. O CHLO dispõe de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados. O Serviço de Urgência do CHLO encontra-se fisicamente no HSFX, o qual atende por ano cerca de 100.000 utentes, sendo um serviço polivalente, (CHLO, 2010) (a) que lhe confere “ (...) um maior grau de diferenciação técnica para o acolhimento de situações de urgência/ emergência (...)” dentro da rede nacional dos Serviços de Urgência (PORTUGAL 2001, p.8). O âmbito da sua atuação centra-se na prestação de cuidados maioritariamente ao doente crítico e tem como principais objetivos; responder às necessidades da comunidade; evoluir no sentido de uma otimização dos cuidados prestados, racionalização e valorização dos recursos humanos e articular-se com os diversos serviços de saúde estabelecendo uma ligação do hospital à comunidade (CHLO, 2012) (a).

A área da urgência/ emergência pelas suas características e âmbito de atuação, constituiu-se desde muito cedo como uma área preferencial para o desempenho da minha atividade profissional. Foi este meu interesse precoce, no início da minha formação, que me motivou a aceitar o cargo de enfermeira no SU do HSFX, onde permaneci durante 17 anos. Neste período, mantive a minha paixão pelo doente crítico, no entanto, há cerca de 3 anos atrás, optei por sair com o objetivo de abraçar novos desafios e ingressei na Unidade de Endoscopia Digestiva.

Outro fator importante que me manteve motivada a permanecer no SU por um período prolongado, foi o facto de o SU do HSFX ser um serviço de urgência polivalente, facto que o categoriza no nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, dentro da rede Nacional de serviços de urgência, sendo por isso um serviço de referência para outros hospitais (PORTUGAL, 2001).

O SU pelas suas características constitui-se como um serviço com uma pluridimensionalidade de elevada complexidade e exigência para todos os profissionais que lá desempenham profissionalmente a sua atividade. Aos enfermeiros do SU exige-se um vasto leque de conhecimentos dos vários sistemas do organismo, dos diferentes processos de doença, além de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento comuns a outras especialidades de Enfermagem. É também necessário que possuam habilidade para lidarem com as reações por parte do doente/família relativamente aos problemas de saúde, que por vezes são intensas e inesperadas, passando estes muitas vezes por um leque de emoções, sentimentos, sintomas e manifestações que não ocorrem com a mesma frequência noutras especialidades (SHEEHY`S, 2001).É portanto necessário que o doente/família seja visto como um todo, com uma visão holística. Face a tudo isto têm de conseguir mobilizar rápida e eficazmente os conhecimentos, desenvolverem capacidades de “(...)observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações (...)” (OE 2010, p.1), de modo a dar de forma eficiente e, em tempo útil as respostas adequadas, às necessidades do doente/ família. Estas num SU passam por simples cuidados, “(...)a medidas de reanimação, ensino ao doente/família, encaminhamento adequado e implicações legais”(SHEEHY`S 2001,p.3).

Ao longo dos anos enquanto enfermeira no serviço de urgência, no meu quotidiano prestei cuidados de enfermagem a um elevado número de doentes/ família em situação crítica, em inúmeras situações diferentes.

O desenvolvimento da capacidade de adaptação aos vários contextos, de observação e análise das situações com as quais me deparava, a correta abordagem das mesmas, a necessidade de atualização contínua de conhecimentos técnicos e científicos, eram parte integrante da minha prática diária, indo ao encontro do citado no Decreto-Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, artigo 88º que refere que o enfermeiro deve” manter a atualização contínua dos

seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (UCP, 2010).

Em toda a prática da enfermagem a diversidade conduz aos imprevistos e num serviço de urgência imperam situações imprevisíveis e nunca a rotina, e esse era um fator que me atraía e motivava neste serviço pois não aprecio ambientes estáticos. Tive de desenvolver a capacidade de observação aliada à apropriação de conhecimentos, revelando-se a teoria como fundamental para contextualizar a prática. Na minha experiência no terreno por diversas vezes, deparei-me com situações que não estão contempladas na teoria, pelo que nestas, a minha experiência e os conhecimentos teóricos, permitiram-me tomar decisões rápidas e adequadas, baseadas em exemplos concretos do quotidiano, agindo muitas vezes por intuição, fazendo uso da criatividade e flexibilidade (BENNER, 2001). Assim, a minha experiência profissional no SU, permitiu-me desenvolver a capacidade de reagir perante situações imprevistas e de conseguir ter uma visão não só do todo mas também do mais ínfimo detalhe manifestado sob a forma de alteração dos sinais e sintomas, evidenciados pelos destinatários dos meus cuidados. Desenvolvi a capacidade de apreender rapidamente os problemas, hierarquizá-los em termos de prioridades, ajustando a estratégia de intervenção em relação às suas múltiplas necessidades, e avaliando os resultados das mesmas (BENNER, 2001), conseguindo desta forma monitorizar a adequação das diferentes respostas, perante situações complexas relativamente ao doente/família (UCP, 2010).

Com o passar dos anos, constatei aquilo que vem sendo descrito por vários autores relativamente às alterações que se têm vindo a verificar nos SU: com o envelhecimento da população os SU têm sido confrontados, com alterações nas necessidades de cuidados de saúde das populações, tornando-se estes mais complexos (SILVA, 2008). A medicina preventiva tem custos elevados para a população mais carenciada e para os idosos, aliado a isto, são dadas altas precoces, o que associado à falta de cuidados domiciliários e outros recursos da comunidade, conduzem a um aumento significativo das admissões nos SU por parte de doentes críticos e por períodos mais longos. Isto traz para a enfermagem desafios cada vez maiores e mais complexos para a sua prática de cuidados, pois requerem da parte do enfermeiro a apropriação e aplicação de conhecimentos e técnicas diferenciadas e complexas, para além de responsabilidade, capacidade de comunicação, autonomia e relações de colaboração com os doentes/família e equipa de saúde (SHEEHY`S, 2001).

Face a isto procurei sempre intervir de forma apropriada, estabelecendo uma relação inter pessoal eficaz não só com os doentes/ família, mas também com a restante equipa de saúde. Este é um ponto importante para os profissionais que trabalham nos SU, isto porque, todos de acordo com a sua área de competência, têm de agir em colaboração, para que sejam prestados ao doente/ família os melhores cuidados, tendo em conta que os resultados destes cuidados são fortemente influenciados pelo esforço da equipa e pela comunicação contínua estabelecida por esta (ibidem). Tendo sempre presente que a comunicação entre a equipa multidisciplinar em contexto de urgência assume um papel de relevo, procurei sempre atuar responsávelmente na minha área de competência bem como “ reconhecer a especificidade das

outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (PORTUGAL 2009, p.62.). Demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar (UCP, 2010).

Nos SU por vezes a privacidade, a intimidade dos doentes está muitas vezes exposta, quer pelo elevado número de doentes quer pelas inúmeras intervenções de que são alvo, principalmente as mais invasivas que acontecem nas situações de atuação de emergência. Esta foi preocupação constante na minha prática, e nesse sentido, procurei preservar os sentimentos de pudor e interioridade inerentes à Pessoa assumindo o dever de “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega a privacidade e a intimidade da pessoa” (PORTUGAL 2009, p.60). Procurei deste modo promover o respeito e o direito dos doentes à sua privacidade (UCP, 2010).

Numa sociedade como a que vivemos a multiculturalidade é uma constante, ao SU recorrem inúmeras pessoas com ideologias religiosas e étnicas diferentes, com diversas necessidades sociais, espirituais e de comunicação que lhes são próprias. Nestas situações, o enfermeiro através da essência da sua profissão, o Cuidar, terá de ter em conta estes aspetos, sendo que o desconhecimento das particularidades de algumas delas por parte dos enfermeiros, pode conduzir a situações mais constrangedoras e por vezes até de conflito na relação enfermeiro /doente/ família. Como é óbvio, na minha experiência profissional convivi com essa realidade, procurando em todas elas respeitar os direitos humanos, sem discriminar ideologias políticas, religiosas, sociais, étnicas (PORTUGAL, 2009). Respeitei e promovi desta forma os valores, costumes, crenças espirituais dos doentes/ família, nas equipas profissionais que integrei (UCP, 2010).

Ao longo de todo o meu desempenho fui desenvolvendo a confiança nas minhas próprias capacidades como enfermeira do SU, que me ajudou a manter o discernimento, a destreza e o autocontrole emocional para fazer face às situações de grande tensão emocional, de sobrecarga de trabalho, tendo consciência de que os profissionais de saúde dos SU, estão cada vez mais sujeitos a pressões que decorrem não só da especificidade técnica, da grande afluência de doentes, do estado psico-emocional do doente/família manifestado sob múltiplas formas, mas também a frequente ameaça de responsabilidade civil e criminal a que os profissionais de saúde estão cada vez mais sujeitos (SHEEHY`S, 2001).Aquando de situações de pressão, procurei atuar sempre eficazmente mesmo sob pressão, gerindo sentimentos e emoções em prol de uma resposta eficiente.

Em relação à minha autoformação, desde que sou enfermeira que, procurei manter os meus conhecimentos atualizados, recorrendo para isso a pesquisa bibliográfica com a melhor evidência científica. Para além disso, assisti a diversas ações de formação ministradas quer em contexto de trabalho quer pela própria instituição e frequentei congressos, contribuindo todas estas minhas ações, para aumentar os meus conhecimentos com vista à melhoria da qualidade dos cuidados que presto e para melhor fundamentar as minhas práticas. Esta permanente atualização permitiu manter de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de

autodesenvolvimento pessoal e profissional (UCP, 2010). Procurei participar em projetos da instituição que visassem a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde e formação dos profissionais, nomeadamente o Grupo de Estudo da Paragem Cardio Respiratória do Projeto Espiral, no âmbito do programa de melhoria da qualidade da ARSLVT, no qual estive desde a sua formação em 1998. Este projeto consistia na implementação no HSFX de uma equipa de reanimação, apta a dar resposta a todas as situações de PCR que se verificassem no hospital, sendo os seus elementos constituintes os primeiros a integrar essa equipa e a formar posteriormente outras. Em 2000, juntamente com a restante equipa deste projeto, apresentei em sessão clínica os resultados da primeira avaliação e projeto de melhoria conjuntamente com os restantes elementos. A minha participação para além dos conhecimentos teórico práticos que me proporcionou, conduziu-me a um desempenho atualizado e seguro. Permitiu-me comunicar os resultados da investigação aplicada para audiências especializadas, divulgar e partilhar com os restantes enfermeiros, os mais recentes estudos e resultados provenientes da investigação científica, trazendo novo conhecimento, e contribuiu para o seu desenvolvimento profissional (UCP, 2010). Esta minha participação permitiu-me realizar atividades na área da qualidade e em protocolos de qualidade com outras organizações e também no estabelecimento de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados na minha própria instituição (UCP, 2010).

Desempenhei funções como 2º elemento da equipa e muitas vezes como chefe de equipa, assumindo as competências delegadas pelo Enfermeiro Chefe. Mais tarde passei a ser coordenadora do Serviço de Urgência Ambulatória deste mesmo SU, acumulando funções de coordenadora do Serviço de Triagem.

Como enfermeira não posso ignorar o facto de trabalhar numa organização que, tal como todas as outras, tem uma missão e metas estabelecidas que são estratégicas. Estas passam pela prestação de cuidados de qualidade em situação de urgência aos seus utentes, respondendo às necessidades de todos quer doentes/família e profissionais (SHEEHY S, 2001). Ao colaborar com a chefia do serviço na coordenação de equipas de cuidados, desempenhei funções de supervisão, liderança e gestão, reconhecendo os distintos papéis e funções de todos os elementos da equipa. No que concerne à supervisão dos cuidados, procurei ser reconhecida pelos pares em consequência das habilidades que adquiri com a larga experiência profissional que detinha no SU (GELBCKE [et al] 2009). Fiz uso de algumas características pessoais, nomeadamente a facilidade em estabelecer um relacionamento interpessoal, a disponibilidade que coloco nas relações interpessoais que estabeleço e a constante procura em desenvolver capacidades que vissem o estabelecimento de uma comunicação eficaz, que englobam a empatia, o saber escutar, observar e interpretar. Recorrendo às características profissionais, as quais consolidam-se com a formação contínua que fui adquirindo, estas passam pelas competências técnicas e científicas, capacidades de liderança, organização e planeamento (SIMOES & GARRIDO, 2007). Relativamente às capacidades de liderança, liderar é um conceito que hoje em dia é sinónimo de qualidade, exemplo e credibilidade, caracterizando-se não somente pela capacidade de influenciar pessoas para o alcance de objetivos, como

também de coordenar o trabalho (CORNIANI [et al], 2000). Perante isto o líder tem consigo a capacidade de transmitir a sua mensagem com o objetivo de persuadir, inspirar e motivar os restantes elementos. Ao fazer isto ele está a demonstrar as suas habilidades em comunicar, sendo deste modo a comunicação o alicerce da liderança (ibidem). Ao desempenhar funções de liderança procurei ir ao encontro do citado pelos autores e contribuir para o desenvolvimento profissional dos restantes elementos da equipa, motivando-os, fazendo críticas construtivas, de reconhecimento e envolve-los tentando articular os objetivos do serviço, com os objetivos da restante equipa, procurando promover um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados (ibidem). Tentei que em toda a minha prática como profissional manter uma relação interpessoal de honestidade e integridade, procurando que houvesse coerência entre as minhas ações e as palavras (SIMÕES & FAVERO, 2003). Procurei observar e orientar as suas intervenções de enfermagem, detetando precocemente algumas lacunas no que respeita a necessidades formativas, nomeadamente no cumprimento de normas, protocolos de atuação, administração terapêutica, relações interpessoais entre outras. Nestas situações, agi em conformidade, atuando como formadora oportuna em contexto de trabalho, visando a satisfação das necessidades do doente/família (UCP, 2010). Contribuí desse modo para o desenvolvimento nos outros profissionais de “um conjunto de capacidades e atitudes com vista à excelência e qualidade dos cuidados”( ALARCÃO & TAVARES 2007, pag.72)

Os métodos de trabalho utilizados no SU são o método individual de trabalho e o trabalho em equipa, cabendo ao enfermeiro chefe de equipa e neste caso a mim, proceder à afetação dos enfermeiros e assistentes operacionais em todos os sectores do SU, sendo a sua distribuição baseada no Modelo de Dreyfus de aquisição de competências para os enfermeiros, distinguindo-se assim, os enfermeiros iniciados, iniciados avançados, competentes, proficientes e peritos (BENNER, 2001). Esta distribuição era readaptada em função da afluência dos doentes ao SU, considerando as necessidades e os recursos existentes, sendo que, sempre que se justificasse, quer os enfermeiros quer os AO, seriam mobilizados nos diversos setores. Sendo uma equipa multidisciplinar é com certeza um grupo heterogéneo, pelo que poderão surgir com alguma frequência conflitos e era também minha função a gestão desses conflitos de forma justa e harmoniosa.

No início de cada turno imperava a necessidade de verificar a operacionalidade dos diversos setores, dos equipamentos e fazer a gestão de stocks quer de material quer de terapêutica, para o normal funcionamento do serviço e para a respetiva prestação de cuidados. Contribuí para a gestão do serviço através da emissão de pareceres acerca de instalações, materiais e equipamentos (UCP, 2010). Através da passagem de turno e no decorrer desta inteirava-me da situação global dos doentes/ família, identificando situações problemáticas e agindo com a implementação de medidas adequadas, recorrendo sempre que necessário à ajuda de outros profissionais. Procurei sempre juntamente com os outros elementos da equipa, incluir a família nos cuidados, proporcionando-lhe nestes casos, a informação necessária sobre os cuidados a prestar. Esta experiência possibilitou-me abordar questões complexas relacionadas com o

doente/ família, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/ família (UCP, 2010).

Com a problemática do sobrelotamento dos serviços de urgência, longas horas de espera e situações mais graves passarem despercebidas aos olhos de quem faz a admissão dos doentes, com muitas “falsas urgências” a congestionarem os SU, Portugal não sendo exceção, há semelhança do que aconteceu noutros países, procurou encontrar novas soluções para esta problemática. Deste modo o sistema de triagem de Manchester surge com objetivo único “priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no SU” (FREITAS [et al], 2002). Quando surgiu a triagem de Manchester no SU do HSF, houve numa fase inicial um pequeno grupo de elementos escolhido para fazer o Curso de Triagem, ministrado pelo Grupo Português de Triagem e eu fui uma das selecionadas. Fiz posteriormente o curso de formadores de triagem, passando a integrar muitos dos elementos do serviço neste sector. A enfermeira Chefe ao escolher-me para fazer parte deste grupo, teve em conta algumas características pessoais e profissionais, nomeadamente: ser capaz de gerir eficazmente situações de pressão e stress; conhecer todo o funcionamento do SU e restante hospital; capacidade relacional e de estabelecimento de comunicação eficaz com os doentes/ família; capacidade de liderança; de avaliação inicial e seleção da informação recebida, de observação de sinais e sintomas com processo de tomada de decisão rápida de intervenção precoce, minimizando os danos e melhorando a qualidade na prestação dos cuidados. A minha inclusão no grupo inicial de triagem deveu-se ao facto de já possuir uma base sólida de competências, de integrar conhecimentos da disciplina de enfermagem e outras que, contribuíram para uma prática especializada na prática de cuidados.

Fui coautora juntamente com uma colega, de um guia de acolhimento para os utentes / família/ pessoa significativa que recorrem ao SU, bem como um manual de normas e protocolos para a urgência ambulatória conjuntamente com mais colegas. Pretendi com este último que, o mesmo constituísse um suporte teórico para os enfermeiros que já integravam a equipa e um veículo de facilitação para a integração de novos enfermeiros, para além de contribuir para uniformizar a atuação de toda a equipa de enfermagem. Do conteúdo do mesmo fazem também parte, orientações sobre boas práticas, contribuindo desse modo para a normalização e atualização de soluções eficazes e seguras. Sendo as boas práticas transversais a todas as áreas da saúde, e com grande impacto nos cuidados prestados aos destinatários dos nossos cuidados, desde sempre foi minha preocupação manter uma atualização contínua de conhecimentos sobre práticas seguras. Daí o interesse manifestado em fazer estágio numa CCIH.

### **MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR**

A escolha relativamente a este módulo, foi uma opção refletida e teve em conta o meu percurso profissional, os conteúdos programáticos na unidade curricular e o reconhecimento das repercussões que as IACS têm não só na qualidade dos cuidados que se prestam, mas também na qualidade de vida nos doentes/ famílias. Para além disso, as IACS têm implicações na segurança dos doentes e dos profissionais de saúde e nas instituições e sistemas de saúde, aumentando grandemente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde, bem como um consumo acrescido de recursos quer a nível hospitalar, quer a nível da comunidade (PORTUGAL, 2008).

Enquanto enfermeira não posso ficar indiferente a esta problemática, que suscitou o meu interesse e levou-me a querer aprofundar conhecimentos nesta área. Este estágio na CCIH do HSAC, possibilitou-me a oportunidade de conhecer de forma ativa e participativa o trabalho desenvolvido por uma CCIH, atualizar e adquirir novos conhecimentos, tendo consciência da importância do enfermeiro nesta área e a implicação que a mesma tem no cumprimento e promoção de boas práticas nos cuidados de Enfermagem e na qualidade em saúde. As IACS são também “uma preocupação constante de várias organizações internacionais e dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa” (PORTUGAL 2007, p.6). Portugal, tem taxas de prevalência semelhantes à maioria dos estudos internacionais (ibidem).

Os enfermeiros pelo facto de serem os profissionais que, passam mais tempo com os doentes, são por isso elementos cruciais de atuação na prevenção e controlo da infeção.

As CCIH caracterizam-se por ser “ (...) um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, que deve ter um carácter técnico, executivo, multidisciplinar, representativo e ajustado às novas modalidades da gestão das unidades de saúde. São compostas por membros nomeados pelo Conselho de Administração e integram na sua composição três núcleos, um núcleo executivo, um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação e um núcleo de apoio técnico. Deve ser dotada de autoridade institucional e autonomia técnica (...)” ( PORTUGAL 2007, p.2). O seu principal objetivo consiste em prevenir, detetar e controlar infeções nosocomiais nos estabelecimentos de saúde.

Têm atividades de “natureza formativa, pedagógica e investigação dirigidas aos profissionais em prol de uma maior capacitação e habilitação dos mesmos” (DGS 2007, p.10) na prevenção e controlo da infeção. Implementam e monitorizam nas unidades de saúde o programa de vigilância epidemiológica de acordo com o Programa Nacional de Controlo da Infeção; planeiam, implementam e monitorizam o programa anual de formação que abranja todos os profissionais de saúde, doentes e visitantes; divulgam normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS, a partir de um manual de procedimentos que abranja as vertentes mais significativas da prestação de cuidados de acordo com a evidência; têm um programa de auditorias internas regulares às práticas e às estruturas para a prevenção e controlo das IACS, visando a melhoria da prática clínica (PORTUGAL, 2008).

A escolha da CCIH do HSAC deveu-se em grande parte ao facto da Dr.<sup>a</sup> Elaine Pina, referência Nacional na área do Controlo da Infeção Hospitalar, como coordenadora do Programa Nacional de Controlo da Infeção Hospitalar, ter desempenhado um papel preponderante nesta comissão, uma vez que já integrou a mesma, tendo sido este um fator decisivo na escolha do local de estágio.

A CCIH do HSAC dispõe de um espaço próprio, funcionando todos os dias úteis das 8h às 17h. É constituída por três enfermeiras e uma médica especialista em Medicina Interna, nomeados pelo Conselho de Administração que constituem o núcleo executivo. A sua composição integra ainda mais dois núcleos, um de membros dinamizadores ou elos de ligação que têm como função a articulação entre a CCIH e os serviços, facilitando deste modo a aplicação setorial do plano de prevenção e controlo da infeção e um núcleo de apoio técnico, que confere orientação técnica e de consultadoria, articulando-se diretamente com o núcleo executivo. Deste último fazem parte profissionais das diversas áreas de assistência ao doente (PORTUGAL, 2007).

As enfermeiras estão distribuídas pelos dois polos que constituem a CCIH, duas no HSAC e uma no HSJ.

O ambiente hospitalar e o internamento, representam um espaço de interações entre doentes/família, profissionais, microrganismos, ambiente, ciência e tecnologia. Contudo a circundar este ambiente há ainda a infeção hospitalar, que tem um impacto negativo em todo o Mundo, quer para os doentes, famílias, profissionais quer para os sistemas de saúde. O internamento traduz-se em inúmeras alterações na vida do doente /família, cabendo aos enfermeiros um papel de extrema importância como agentes facilitadores em todo este processo de saúde-doença. As intervenções dos enfermeiros devem ir no sentido da promoção do bem-estar do doente/família que vive estas situações, capacitando-os para enfrentar estes acontecimentos que não são mais do que transições (Meleis, 2010). Os cuidados de Enfermagem devem ter em conta o indivíduo como um Ser singular, com múltiplas dimensões, em interação constante com o ambiente que o rodeia, de acordo com o Paradigma da Transformação (SILVA, 2002). Cabe a estes profissionais criar condições favoráveis à promoção da saúde, utilizando estratégias no cuidado ao doente/família que visem a Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar. Ao estabelecerem e porem em prática estas estratégias estão a ajudar os doentes/família a vivenciarem todo este processo e a conseguirem uma transição (MELEIS, 2010). Deste modo contribuem para a qualidade dos cuidados e para a diminuição das IACS.

As IACS são um conceito “alargado de infeção adquiridas pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados, agudos, reabilitação, domiciliários ou ambulatório” (PORTUGAL 2008, p.5).

A CCIH é uma área de extrema importância para a prestação de cuidados de saúde pois o seu contributo e a transversalidade dos seus conteúdos aplica-se a todas as áreas onde se prestam cuidados de saúde. Reconhecendo as IH como um problema atual e um desafio para os profissionais e sistemas de saúde, com este estágio procurei compreender e refletir as

minhas práticas profissionais enquanto prestadora de cuidados de saúde. Pretendi obter conhecimentos de normas e legislação orientadora e reguladora da prevenção e controlo da infeção, passíveis de nortear o meu desempenho profissional, de forma responsável, nas tomadas de decisão. Foi minha preocupação principal as consequências que as minhas práticas poderão provocar no ambiente hospitalar, e nos destinatários dos meus cuidados. Com esta reflexão sobre as práticas e o desenvolvimento do conhecimento nesta temática, procuro reforçar a minha consciência, relativamente à importância da prevenção e controlo da infeção em todas as práticas dos profissionais de saúde, tendo em conta a complexidade de situações e diferenciação dos cuidados com que me deparo na minha atividade profissional quotidiana.

Este estágio possibilitar-me-á atuar na transmissão de informação, na orientação e motivação dos restantes elementos da equipa de saúde para a mudança de comportamentos, com vista a contribuir para “padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade a prestar aos cidadãos” (OE 2009, p.4).

O meu desenvolvimento profissional desde o início da minha atividade como enfermeira assentou sempre na prestação de cuidados diretos ao doente/ família e o facto de este estágio não contemplar a prestação direta, não deixou de me suscitar alguma expectativa e ansiedade no que concerne ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em EMC.

Deste modo importa descrever os objetivos previamente estabelecidos no projeto de estágio, a sua exequibilidade tendo em conta as competências que pretendo desenvolver:

OBJETIVO 1 - Desenvolver competências no serviço de CCIH, colaborando com a Enf<sup>a</sup> orientadora nas atividades diárias da comissão;

OBJETIVO 2 - Desenvolver competências na uniformização de cuidados seguros, no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos dispositivos intravasculares centrais.

#### ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

OBJETIVO 1- Desenvolver competências no serviço de CCIH, colaborando com as Enf<sup>as</sup> orientadoras nas atividades diárias da comissão.

A concretização deste objetivo decorreu ao longo de todo o estágio. Sendo o contexto da CCIH relativamente novo para mim, a reunião informal que tive com as Enf<sup>as</sup> orientadoras dias antes de começar o estágio revelou-se uma mais-valia para a minha integração na dinâmica da comissão, onde os objetivos de estágio foram também discutidos e delineados, indo ao encontro das minhas necessidades pessoais e profissionais e das necessidades da CCIH do HSAC.

No início do estágio procurei integrar-me na equipa multidisciplinar, percecionando a sua dinâmica e funcionamento, consultando normas e procedimentos existentes, atividades que estavam a decorrer e outras em desenvolvimento, bem como o modo como a comissão se articulava com os outros serviços do hospital.

A pesquisa bibliográfica que consultei quer a nível nacional quer a nível internacional, com a melhor evidência científica, tornou-se um fator facilitador na minha integração, pois para além de me permitir demonstrar um nível de conhecimentos mais aprofundado sobre as temáticas, contribuiu para participar mais ativamente e de forma adequada nas atividades diárias desta comissão e assim adquirir competências específicas nesta área. Para além desta, revelaram-se de grande importância os conhecimentos fornecidos pelas Enf<sup>as</sup> orientadoras, em reuniões informais ou discussão de ideias, não somente por me revelarem a perspetiva de uma instituição nacional, mas também porque, tornaram possível o esclarecimento de dúvidas, consolidação de conhecimentos e clarificação das atividades a desenvolver.

A vigilância epidemiológica é uma componente fundamental da prevenção e controlo das IACS, sobre a qual desconhecia o processo e tive oportunidade de observar e, tomar a iniciativa de colaborar ativamente nas várias etapas. Ela passa efetivamente pela recolha, registo, análise, interpretação e divulgação dos dados. “Encoraja os profissionais de saúde que prescrevem e prestam cuidados a cumprir com as recomendações de boas práticas; a corrigir ou melhorar práticas específicas e avaliar o seu impacto, sendo que por último permite detetar precocemente surtos de infeção e monitorizar periodicamente os dados de avaliação de progresso”( PORTUGAL 2008, p.10).

A VE é um dos fatores de maior sucesso no desenvolvimento e estabelecimento de estratégias para compreender e prevenir as IACS, sendo que cerca de 20% das mesmas podem ser evitadas com medidas efetivas de prevenção e controlo da infeção (PINA [et al], 2010). É nestas que se pode intervir, interferindo na cadeia de transmissão de microrganismos. Esta consegue-se através de medidas reconhecidamente eficazes como a lavagem das mãos, o correto processamento de superfícies e equipamentos, a utilização de equipamento de proteção individual adequado às situações e a observação do cumprimento de medidas de assepsia (ibidem).

A vigilância epidemiológica de processos assenta na valorização dos cuidados, consistindo desse modo, na avaliação das práticas e dos procedimentos, envolvendo os profissionais de saúde e doentes, com base em padrões aceites (DONABEDIAN, 2009). Ainda segundo este autor esta avaliação e monitorização deverão ser efetuadas recorrendo a instrumentos de auditoria que constituem-se como instrumentos avaliativos da qualidade e do cuidado, utilizando a comparação da assistência prestada com padrões considerados como aceitáveis.

Durante este estágio tive oportunidade de participar em duas auditorias. Pelo facto de nunca ter participado em nenhuma foi importante poder colaborar em atividades para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível desta instituição, desenvolvendo competências do enfermeiro

especialista no âmbito da gestão da qualidade (OE, 2009). Percebi também que o auditor tem de ter determinados atributos quer profissionais quer pessoais. No que respeita aos primeiros deve possuir amplos conhecimentos relativos à área específica que vai auditar, tendo em conta a contínua atualização relativamente a normas e recomendações com a melhor evidência científica. Relativamente a alguns dos atributos pessoais deve ser um observador atento, demonstrar independência para assegurar a imparcialidade do seu julgamento, ter bom senso na aplicação das normas e recomendações, demonstrar calma, confiança, honestidade e objetividade ao relatar as constatações da auditoria (FILHO & COSTA, 2007). Na primeira auditoria, apesar de não dominar o conteúdo desta ferramenta, tomei a iniciativa de participar na mesma com o apoio da equipa da CCIH. Fiquei com o instrumento de auditoria referente ao manuseio e remoção da roupa no serviço em questão. Embora não tendo sido uma ferramenta desenvolvida por mim, os conteúdos não me eram desconhecidos, fruto da minha evolução pessoal e profissional e da minha capacidade de adaptação a novas situações, adaptabilidade esta que só a experiência me confere, (BENNER, 2001). Deste modo identifiquei situações problema, nomeadamente os sacos da roupa suja eram cheios na sua totalidade e, não até um nível que permita serem corretamente fechados, cerca de 3/4 da sua capacidade (CHLC, 2009). Outra situação problema prende-se com o local onde a roupa limpa fica arrumada, cujos armários eram de madeira, não tinham portas e alguma da roupa encontrava-se fora dos sacos plásticos provenientes da lavandaria, contrapondo a necessidade de a roupa limpa ser mantida em local próprio, fechado limpo e seco até à sua utilização (ibidem). Nestas situações identifiquei oportunidades de melhoria na atividade assistencial e tive oportunidade de fazer formação informal no local aos profissionais de saúde do serviço, alertando-os para a existência de normas/procedimentos multisectoriais na intranet que, podem consultar (UCP, 2009). No final da auditoria, comuniquéi à enfermeira chefe as não conformidades encontradas, que aceitou as sugestões propostas, tendo-se comprometido com a CCIH a solucioná-las, nomeadamente através dos elos de ligação proceder a ações de formação no serviço, e reforçar o pedido de armários fechados para o armazenamento da roupa limpa, de acordo com o recomendado pela CCIH. Em relação ao armário onde a roupa limpa era armazenada, sugeri que enquanto os novos não viessem e não tendo sido encontrado outro sítio para o efeito, a roupa limpa deveria manter-se nos sacos plásticos que vêm da lavandaria.

Elaborei o relatório de auditoria, onde incluí os comentários relativamente às situações de não conformidade e as sugestões de melhoria, tendo aprendido a quantificar os resultados da auditoria. Pude assim incorporar na prática, instrumentos de avaliação das práticas que, de acordo com a investigação existente, têm o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e deste modo os “enfermeiros contribuem (...) para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados” (PORTUGAL 1998, p.12). Utilizei indicadores de avaliação de processos e de estruturas ao nível da organização dos recursos materiais, contribuindo deste modo para a prevenção do risco ambiental e sugeri ao serviço as medidas de melhoria a tomar. Demonstrei também conhecimentos na área da higiene hospitalar, procurando estabelecer as recomendações na prevenção e controlo da infeção.

Durante as auditorias realizadas pela CCIH, e indo ao encontro do preconizado pelo enfermeiro especialista em EMC, identifiquei situações com necessidade de intervenções de melhoria das práticas bem como, necessidades formativas em alguns profissionais de saúde dos respetivos serviços (UCP, 2010). Ainda durante as auditorias pude observar a prestação dos cuidados aos doentes, constatei que a higienização das mãos não era feita, antes dos procedimentos, antes e depois do contacto com o doente ou o ambiente envolvente do mesmo, quer por enfermeiros quer por AO. Outra situação detetada teve a ver com o uso de equipamento de proteção individual, concretamente as luvas, em que verifiquei que os profissionais usavam as mesmas luvas, em vários procedimentos no doente, na manipulação de equipamentos e superfícies. Perante estas constatações, achei pertinente comunicar às enfermeiras orientadoras a minha intenção de intervir no sentido de contribuir para a adoção de boas práticas e assim, para a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, fui informada das várias ações de formação formais que já haviam sido prestadas neste serviço e verifiquei que não faltavam cartazes e posters pelo serviço com a divulgação de normas com a melhor evidência científica, pelo que me questioneei acerca da não adesão por parte de alguns profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos e o correto uso de EPI. Ao aconselhar-me com as Enf<sup>as</sup> orientadoras sobre qual a melhor forma para intervir no seio daquela equipa, de modo a ajudar os seus elementos nos seus próprios processos de aprendizagem, foi-me sugerido fazer formação informal, caso a caso. Aceitei o desafio de fazer esta formação informal convicta e consciente que muitas das aprendizagens significativas que tive ao longo da vida pessoal e profissional surgiram de conversas informais com colegas e amigos. Considero também uma experiência enriquecedora pela troca de experiências que ocorre e se pode partilhar, visto a reflexão nas e sobre as práticas ser feita no momento da prestação diária dos cuidados. Percebi de imediato quando aceitei este desafio o sentimento de agrado que provocou nas Enf<sup>as</sup> orientadoras, as quais me elogiaram pela iniciativa, interesse e motivação. Deste modo e para facilitar a minha abordagem aproximei-me de uma enfermeira que estava sozinha na unidade do doente a prestar cuidados. Ela era um dos meus alvos de intervenção formativa, pois já tinha observado a sua não conformidade em relação à lavagem das mãos, ou higienização das mesmas entre procedimentos. Apesar das inúmeras campanhas e ações de formação e sensibilização "Médicos e enfermeiros habitualmente lavam as suas mãos menos de metade das vezes que deviam"( PINA [et al], 2010). A taxa de adesão às práticas de higiene das mãos em 2010 para os enfermeiros situou-se nos 72%, seguida dos AO com 58% e os médicos com 50% (DGS 2010/2011). Ao funcionar como observadora das práticas, "(...)possibilitou-me alertar para questões que normalmente não seriam detetadas e que ajudaram à introdução de medidas corretivas" (Ibidem,p.15).

Ofereci-me para a ajudar nos cuidados ao doente e, ao solicitar a solução alcoólica para higienizar as mãos antes do contacto com o doente foi-me dito que estaria no carro das higienes. Ao olhar para a unidade do doente, verifiquei que tinha um suporte vazio na cama adequado à colocação da solução alcoólica para higienização das mãos, mas que se encontrava vazio. Solicitei um para aquela unidade, que me foi dado de imediato, coloquei-o eu mesma e a partir desse momento fui dando o exemplo, atuando como modelo, higienizando as

mãos entre procedimentos com solução anti séptica de base alcoólica. Em relação ao local para proceder à higienização das mãos com água e sabão o mesmo situava-se ao fundo da unidade. Na conversa que fui tendo com a colega enquanto prestava cuidados conclui que a não adesão da mesma relativamente às recomendações sobre higienização das mãos não se prendiam com desconhecimento, mas com argumentos de grande número de tarefas, inerente à falta de recursos humanos e ao auto reconhecimento por parte da mesma, do frequente não cumprimento nas suas práticas, destas recomendações. Durante os momentos em que estivemos juntas estimei-a para a necessidade de higienizar as mãos, entre procedimentos, após remoção de luvas de modo a ter práticas seguras para ela e para os doentes, consegui que o fizesse sempre enquanto estive presente. Esta foi uma pequena intervenção de melhoria numa medida simples mas efetiva, no controlo das IACS. Ao despertar a colega para esta problemática da importância da higienização as mãos, contribui para a prevenção das IACS, ao fazê-la refletir sobre as suas práticas quotidianas, estou a induzi-la a fazer uma introspeção enquanto profissional de saúde, e ao responsabilizá-la para o dever que tem para com os doentes, de “criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade (...) implementando procedimentos de controlo da infeção”( OE 2004, p.22).

Face a estas situações identifiquei necessidades formativas, oportunidades de melhoria, selecionei a estratégia de melhoria que achei que melhor se adaptava àquela situação concreta e acedi à evidência científica para melhorar a qualidade dos cuidados (UCP, 2010).

Inserido na comemoração do dia Internacional da higiene das mãos, desloquei-me juntamente com as Enf<sup>as</sup> da CCIH do HSAC, ao HSJ, para efetuar uma sensibilização prática já programada previamente pelas CCIH, junto ao refeitório, sobre higienização das mãos utilizando para o efeito a luz ultra violeta. A participação numa atividade prática de sensibilização, revelou-se um momento importante de partilha, pois pude corrigir alguns momentos que não eram corretamente executados, sensibilizando os vários grupos de profissionais de saúde que passavam e se dispunham a participar, para a técnica correta. De acordo com os princípios gerais da técnica de higiene das mãos alertei para não usarem joias ou outros adornos nas mãos e antebraços durante o exercício profissional. Outra das situações que corrigi foi o tempo que levavam a friccionar as mãos, sendo este muito inferior ao recomendado e as zonas a abranger, nomeadamente os espaços interdigitais, polegar e punho, zonas estas frequentemente não contempladas pela grande maioria, assim como a não utilização de unhas artificiais para os que prestam cuidados diretos aos doentes. As estratégias de motivação para a adesão à higienização das mãos na prestação de cuidados devem ser multifacetadas. Entre elas está a observação das práticas que neste caso concreto “(...)possibilitou-me alertar para questões que normalmente não seriam detetadas e que ajudaram à introdução de medidas corretivas” (DGS 2010/2011, p.15).

Esta ação de sensibilização constitui-se como mais um momento formativo e de socialização em que todos os intervenientes foram ao mesmo tempo sujeitos e agentes na mudança de comportamentos, cujo objetivo consistiu em mudar comportamentos e atitudes que visam a

melhoria da qualidade dos cuidados. Foi uma medida que teve imenso sucesso e impacto, uma vez que constataram in loco, a forma não correta de higienizar as mãos. Após a sensibilização para a técnica correta foi sugerido aos profissionais que repetissem e desse modo tornou-se possível avaliar os resultados obtidos, que na sua grande maioria foram reveladores da rápida aprendizagem, tendo-se verificado o uso da técnica correta nesta segunda demonstração.

Ainda na auditoria efetuada no HSJ, fui confrontada com uma AO desse serviço, que relativamente a um dispositivo médico utilizado nas rampas de oxigénio, referiu ter dúvidas se o mesmo poderia ou não ser desinfetado e reutilizado. Este desconhecimento sobre procedimentos corretos pode conduzir ao comprometimento da segurança dos doentes (PINA [et al], 2010). Constatei que desconhecia o significado dos símbolos existentes nas embalagens dos dispositivos médicos. Esta situação não se verificou apenas com esta AO, pois a ela, juntaram-se outros profissionais que revelaram o mesmo grau de desconhecimento e interesse em adquirir novos conhecimentos. De imediato procurei ir ao encontro das necessidades formativas destes profissionais e demonstrei que nas embalagens dos dispositivos médicos, vêm as instruções e recomendações de utilização emanadas pelos respetivos fabricantes, sob a forma de símbolos os quais trazem a respetiva legenda e que devem ser respeitadas (OLIVEIRA, 2003). Entre eles vem o símbolo de uso único, que era o que se aplicava ao dispositivo médico em questão. Foi com surpresa que verifiquei que não era prática daqueles profissionais lerem as recomendações descritas nas embalagens dos dispositivos médicos. Comprometi-me a elaborar uma folha, baseada nos símbolos harmonizados pelo Infarmed (Ibidem). Esta foi bem acolhida pela CCIH do HSAC e HSJ, na qual constariam apenas alguns símbolos existentes nas embalagens dos dispositivos, considerados mais relevantes e adequados ao serviço em questão, sugestão esta feita pelas Enf<sup>as</sup> orientadoras, com o objetivo de esclarecer e uniformizar procedimentos, essenciais à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (APÊNDICE I). Perante esta situação atuei como formadora oportuna em relação às necessidades formativas observadas. Demonstrei conhecimentos e apliquei-os, para deste modo contribuir para o desenvolvimento destes profissionais (UCP, 2010).

Numa das visitas a um dos serviços do HSJ, com a Enf<sup>a</sup> da CCIH dessa instituição, ao entrar numa das zonas sujas, constatei pela observação direta e pela entrevista, a colocação por parte de uma AO de várias pastilhas de *Preset*® num balde que segundo a mesma seria para desinfetar superfícies. Ao questionar os seus conhecimentos sobre as concentrações adequadas a utilizar de acordo com o que se pretende desinfetar, percebi que não existia no serviço, informação sobre as concentrações adequadas deste produto de acordo com as recomendações do fabricante, propus de imediato a elaboração de um instrumento (APÊNDICE II) que visasse a disseminação de informação para os profissionais de saúde. Pretendi com este ato contribuir para evitar o desperdício do desinfetante, diminuir os gastos em saúde e prevenir a sua má utilização com o conseqüente desgaste e corrosão precoce de equipamentos e superfícies. Por outro lado, procurei que os problemas tais como a própria toxicidade do produto, fossem evitados por quem os manuseia. Deste modo a realização deste

instrumento veio ao encontro de uma das atividades da CCIH que consiste na implementação e divulgação de normas de procedimentos para a descontaminação de material e equipamento incluindo a limpeza, a desinfecção e a esterilização (DGS, 2008). Visou não somente a instituição de novos comportamentos e novas atitudes que se pretende que sejam assumidas pelos profissionais, mas também que se torne um guia essencial de uniformização das práticas, para além de servir como critério de avaliação da qualidade dos cuidados. Os AO são um grupo de profissionais que faz parte integrante da equipa de saúde na prestação direta de cuidados aos doentes, trabalhando em delegação com a enfermagem e têm por isso também um papel fundamental na prevenção e controlo da infeção hospitalar, sendo esta transversal a todos os grupos profissionais que de uma maneira ou de outra, participam nas atividades relacionadas com os doentes.

As Enf<sup>as</sup> da CCIH do HSAC e HSJ têm ao longo do ano agendadas várias formações formais. Durante o meu período de estágio ocorreu uma intitulada “ Integração de novos Internos no CHLC” na qual participei como observadora. É prática desta CCIH fazer formação a todos os médicos internos que integram a instituição, para que os mesmos atuem de acordo com os objetivos que a instituição traçou relativamente à prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Parte da formação foi ministrada pela médica responsável pela CCIH do CHLC e a restante pelas Enf<sup>as</sup> da CCIH. Foram abordados temas como a prevenção da infeção nosocomial e as resistências bacterianas, precauções básicas e precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão. Fui abordada por dois médicos já após ter terminado a sessão, uma vez que dada a minha proximidade com os preletores, acharam que eu também fazia parte da mesma, que me colocaram dúvidas relativamente às precauções básicas nomeadamente sobre máscaras cirúrgicas e respiradores. Esta situação não deixou de me causar uma certa surpresa pela sua imprevisibilidade, no entanto prontamente esclareci as dúvidas com um discurso fundamentado, sensibilizei-os para a permanente disponibilidade de todos os elementos da CCIH para o esclarecimento de quaisquer outras dúvidas e recordei a existência na intranet de normas de procedimentos multissetoriais que podiam consultar. Geri de forma adequada os meus conhecimentos e demonstrei-os na prática. Perante esta situação imprevista, evidenciei capacidade imediata e adequada na resolução da mesma (UCP, 2010).

Relativamente a outra das atividades da CCIH, a vigilância de estruturas, o HSAC representa para a CCI um desafio constante, nomeadamente no que diz respeito às estruturas intra hospitalares e obras de melhoramentos, uma vez que este hospital resulta de inúmeras transformações que, se têm vindo a efetuar no antigo Convento de Santo António dos Capuchos (CHLC, 2009). Tratando-se de estruturas muito antigas e não preparadas para a prestação de cuidados de saúde, procura-se adaptar o melhor possível para irem ao encontro dos princípios de prevenção e controlo da infeção, o que nem sempre é possível ou fácil de conseguir. O papel da CCIH em termos de consultadoria é preponderante para a “(...)execução de obras de construção, manutenção ou renovação”(DGS, 2008 p.21). Guiando-se por critérios nacionais e internacionais de prevenção e controlo da infeção nos cuidados de saúde, o que se pretende é obter estruturas e organização dos serviços adequadas e facilitadoras da

implementação de boas práticas (DGS, 2008). Em conjunto com a enfermeira da CCIH testemunhei nas visitas que tive oportunidade de fazer pelos serviços que muitas das zonas sujas têm a máquina de desinfecção das arrastadeiras ao lado da cuba de despejos e que a porta das primeiras se encontrava frequentemente aberta, com arrastadeiras desinfetadas lá dentro sem haver entre elas qualquer barreira física. Perante esta evidência, foi sugerido aos enfermeiros responsáveis dos respetivos serviços uma alternativa para esta situação tendo em conta a conjuntura atual de cortes nas despesas que, passou pela colocação de uma simples barreira física, uma placa por exemplo, facilmente higienizável, sugestão que os mesmos aceitaram. A CCIH prontificou-se a interceder na concretização desse pedido, pelo que enquanto o mesmo não se efetivava foi feita a sensibilização aos AO para manterem a porta da máquina de desinfecção das arrastadeiras fechada sempre e aquando da utilização da cuba de despejos. Desta forma colaborei na emissão de pareceres sobre estruturas, procurando sensibilizar os profissionais para a utilização dos mesmos de forma mais eficiente, tendo em conta a prevenção e controlo da infeção (UCP, 2010).

No que diz respeito a outra das vertentes da vigilância epidemiológica, a de resultados, apenas foi possível tomar conhecimento da sua existência, observar como se executa, uma vez que todo este processo requeria algum tempo de aprendizagem e o tempo de estágio revelou-se limitado. Esta vertente revela-se como indicadores importantes numa unidade de saúde, que se podem e devem relacionar-se com os processos, com o objetivo de reduzir e minimizar as infeções.

**OBJETIVO 2 - Desenvolver competências na uniformização de cuidados seguros, no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos dispositivos intravasculares centrais.**

Da reunião prévia ao início do estágio que tive com as Enf<sup>as</sup> orientadoras da CCIH, manifestei interesse em desenvolver competências na uniformização de boas práticas que conduzam a cuidados seguros e de qualidade a prestar aos destinatários dos meus cuidados. Indo ao encontro das minhas expectativas, e com vista a dar resposta a fenómenos de intervenção identificados por esta CCIH no HSAC, surgiu este objetivo que, face ao exposto, pretende ser um contributo para mim e para a CCIH.

A constante evolução científica e tecnológica que ocorre nos cuidados de saúde, implica a investigação e aparecimento de cada vez mais dispositivos médicos, quer para monitorização, quer para intervenção terapêutica, entre eles os cateteres venosos centrais (PINA [et al], 2010). A cateterização venosa central tornou-se uma prática quase indispensável nos nossos dias, revestindo-se de extrema importância na abordagem dos doentes em cuidados intensivos. Esta técnica tem benefícios indiscutíveis mas também inúmeros riscos, destacando-se entre eles a infeção (DIENER [et al], 1996).

Para a abordagem desta temática a bibliografia consultada a nível nacional e internacional revestiu-se de grande importância, constatando que grande parte da informação obtida é

proveniente de organizações internacionais (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee of the Centers for Disease Control (CDC/HICPAC)*), *National Healthcare Scotland (NHS)*. A nível nacional consultei o plano nacional de controlo de infeção cuja versão existente é de 2004, bem como as normas existentes na CCIH do HSAC. Procurei nesta pesquisa a metodologia mais recente de monitorização e divulgação de boas práticas, relacionadas com a infeção associada ao CVC. Estas práticas denominadas de “*Bundles*” são um pequeno mas suficiente conjunto de medidas chave que devem ser aplicadas todas ao mesmo tempo, quer na inserção, quer na manutenção dos CVC, devendo ser cumpridas de forma integral e que se enquadram na monitorização de boas práticas e na vigilância de processos (PINA [et al] 2010).

A equipa de Enfermagem tem a responsabilidade de implementar um processo sistematizado de cuidar baseado na evidência científica, pois através deste consegue ter uma intervenção rápida e efetiva na solução de problemas e na prevenção de potenciais complicações, com vista à segurança dos cuidados. O enfermeiro deve ainda exercer forte influência sobre as decisões a serem tomadas desde o início de todo o processo de colocação do CVC (PEREIRA [et al], 2005). A manutenção do CVC, constitui uma intervenção na sua grande maioria realizada pelos enfermeiros, sendo nestas que a Enfermagem se insere como ator principal.

Deste modo, procurei trazer para esta comissão uma ferramenta de monitorização de boas práticas já muito utilizadas noutros países e que esta comissão conhecia mas que ainda não tinha desenvolvido, as denominadas “*Bundles*” de cuidados. Estas ferramentas são um grupo das melhores práticas baseadas em evidências científicas de nível I, relacionadas com o cuidado na prevenção das infeções e que, quando utilizadas em conjunto e permanentemente demonstraram impacto na redução das taxas de IACS, culminando com melhores resultados e prognósticos (FURUYA [et al], 2011). As “*Bundles*” só se conseguem aplicar através de uma cultura forte de trabalho multidisciplinar que conduza a comunicação efetiva entre os profissionais, havendo diariamente lugar a momentos de discussão e de reavaliação dos objetivos e estratégias para além de que, com as mesmas passa-se de uma abordagem onde as medidas a aplicar se fazem de modo fragmentado, para uma abordagem integrada. (PINA [et al], 2010). Pelo exposto a implementação das “*Bundles*” nas unidades de saúde constituem um desafio para os profissionais. Este foi um desafio que eu aceitei aquando da sua elaboração, mas que infelizmente, não pude colaborar na sua implementação, dado que estive condicionada pela restrição do tempo que me restava, pelo envolvimento noutras atividades da comissão e essencialmente pela necessária autorização pelo conselho de administração para a implementação da “*Bundle*” numa das suas UCI processo este também moroso. Por este motivo, não pude colaborar com as Enf<sup>as</sup> orientadoras em todo o processo inerente à implementação desta ferramenta de boas práticas, na unidade de cuidados intensivos do HSAC. No entanto, a minha participação na elaboração desta ferramenta, permitiu deixar no serviço um trabalho que serve como base teórica de pesquisa, permitindo aos seus utilizadores a aquisição de conhecimentos, sensibilizá-los para o conceito de “*Bundle*” e a problemática das infeções associadas aos CVC e sua prevenção. No mesmo consta também uma forma de operacionalizar as “*Bundles*”

Elaborei a “*Bundle*” de cuidados na manutenção do CVC sob a forma de uma grelha, baseando-me na grelha preconizada pela *Scottish Patient Safety Programme* (NHS, 2008) (APENDICEIII), que incorpora uma legenda para melhor compreensão da sua operacionalidade. O que pretendi ao elaborar esta ferramenta de monitorização das práticas foi, não somente contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados mas também, deixar um instrumento inovador, com reconhecido impacto a nível internacional na prevenção das IACS que se constitui como um guia orientador para o enfermeiro no desempenho das suas funções. Consegui envolver as Enf<sup>as</sup> da CCIH que se mantiveram sempre empenhadas e motivadas. Antes da implementação desta grelha na prática, as Enf<sup>as</sup> da CCIH sugeriram que nos serviços onde se pretende que seja aplicada, haja uma apresentação prévia da mesma aos profissionais, desde o conteúdo ao objetivo, visando uma melhor aceitabilidade e conduzir ao diálogo que levará à validação da linguagem e dos próprios conteúdos da mesma. (OCHÔA, 2004). Este constitui-se um próximo desafio para as Enf<sup>as</sup> da CCIH ou mesmo para futuros Enf<sup>os</sup> que façam estágio nesta comissão.

Procurei com esta “*Bundle*” incorporar na prática os resultados provenientes da investigação, válidos e relevantes para as práticas de cuidados de acordo com a melhor evidência científica, contribuindo para a criação de guias orientadoras das boas práticas (UCP, 2010).

Ao longo deste estágio procurei trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar, procurando sempre promover o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os grupos profissionais na área da saúde, zelando sempre pela qualidade dos cuidados (UCP, 2010). Com a “*Bundle*” procurei divulgar um instrumento que é considerado como padrão e revelador de resultados significativos na redução efetiva da taxa de infeção associada aos CVC.

## **MODULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

As UCI desempenham desde sempre um papel fulcral nas hipóteses de sobrevivência dos doentes críticos. O avanço tecnológico e científico nomeadamente em áreas como a fisiopatologia, terapêutica e electromedicina têm de facto trazido grandes benefícios, facilitando a atuação dos profissionais e essencialmente, beneficiando os doentes que cada vez mais têm ao seu dispor importantes recursos que possibilitam o diagnóstico e tratamentos mais precisos (BARRA [et al] 2006).

Sendo ambientes, dotados de características muito próprias, são espaços autónomos, com pessoal, estrutura próprias e individualizadas, onde para além de se dominarem as técnicas próprias dos cuidados intensivos, desenvolvem-se metodologias e praticam-se atitudes, gestos e procedimentos, conformes ao estado da arte, que possibilitam a melhor orientação dos doentes graves (Ibidem). O objetivo primordial assenta “ (...) em suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade” (Ibidem). Requerem dos seus profissionais qualificação, conhecimentos específicos, capacidade de tomada de decisão e cuidados em

tempo útil, visto que a instabilidade hemodinâmica destes doentes está presente de uma forma mais ou menos constante. Os enfermeiros destas unidades ocupam um papel fulcral nos momentos de fragilidade, de dependência física e psicológica destes doentes/família, atuando muitas vezes no limiar entre a Pessoa e a tecnologia, pelo que necessitam de ter habilidades e competências que lhes permitam desempenhar eficaz e adequadamente as suas funções, conciliando o conhecimento técnico científico, o domínio da tecnologia, a humanização e a individualização do cuidado (VARGAS & BRAGA, 2006).

Mesmo reconhecendo o grande contributo que a tecnologia tem trazido para a área da saúde, esta não substitui o cuidado e a dimensão do cuidar. Cabe aos enfermeiros integrar o fazer técnico com o processo relacional para um cuidado humanizado (ZACARIAS [et al], 2009)

A UCIC situada no edifício principal do HSFX, iniciou o seu funcionamento a 23 de Novembro de 1987, localizada no piso -2; constituída por nove camas, duas das quais estão em quartos de isolamento. É uma unidade de nível III sendo este nível atribuído pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (PORTUGAL, 2003) e está relacionado com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Este foi um dos fatores que condicionou a minha escolha nesta unidade para além dos supra citados. Por outro lado tem um quadro próprio (médico e de enfermagem) de assistência qualificada e em presença física 24h, com possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários. Dispõe de medidas de controlo da qualidade e tem programas de ensino e treino em cuidados intensivos (ibidem).

Recebe doentes provenientes do serviço de urgência do HSFX nomeadamente politraumatizados ou do foro neurocirúrgico, do bloco operatório após cirurgia programada ou de urgência, do recobro quando necessitam de maior vigilância ou estabilização do ponto de vista hemodinâmico, hidro eletrolítico ou de suporte ventilatório e também de doentes provenientes de outros serviços de internamento que necessitem de cuidados intensivos. Embora seja uma unidade de cuidados intensivos cirúrgicos, dá também resposta a doentes cuja patologia é do foro médico, quando não há vaga na Unidade de Cuidados Intensivos Médicos. As estruturas de apoio da unidade bem como a equipa de saúde são comuns ao recobro cirúrgico.

A concretização de um projeto antigo para uma nova UCIC no HSFX, concretizou-se a 5 de Dezembro de 2011, data em que foi inaugurada a nova UCIC, agora denominada apenas UCI, situada no piso -1 do edifício principal. Desde esta altura, à UCI deixou de fazer parte o recobro (CHLO, 2012) (b).

A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira Chefe, enfermeira coordenadora e 5 equipas de enfermagem, cada uma das quais constituída normalmente por 6 elementos, incluindo o chefe de equipa. O horário praticado é um horário rotativo em turnos de 12 horas, à exceção da enfermeira chefe e da enfermeira coordenadora que têm horário fixo, todos os dias das 8h às 17h. Pratica-se o método individual de trabalho, cada enfermeiro é responsável pela

totalidade dos cuidados dos doentes que lhe são previamente distribuídos pelo chefe de equipa no início do turno, tendo em conta a experiência profissional, a avaliação da carga de trabalho e o rácio enfermeiro doente, normalmente um enfermeiro por cada 2 doentes. Apesar desta equipa de enfermagem ser jovem, tem muitos enfermeiros considerados peritos de acordo com (BENNER 2001).

Os enfermeiros das UCI são um grupo profissional que na sua prestação de cuidados não centram a sua atuação apenas na dimensão mecanicista e na destreza diária em lidar com equipamentos e tecnologia de ponta. O foco da sua atuação é também a dimensão do ser relacional, utilizando para isso instrumentos do cuidar tais como a comunicação não verbal e o toque. Estas duas dimensões são indissociáveis quaisquer que seja o serviço em que o enfermeiro preste cuidados, pois em todos eles cuida de pessoas (SALOMÉ [et al], 2008) Tendo em conta a especificidade deste local de estágio, antes do início do mesmo reuni-me com as enfermeiras orientadoras, neste caso a Enf<sup>a</sup> Chefe do serviço e a Enf<sup>a</sup> coordenadora para discutirmos os objetivos definidos para este estágio e a sua exequibilidade visando o meu desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na área da EMC. Deste modo defini dois objetivos que foram elaborados de acordo com os meus interesses pessoais e profissionais, as minhas expectativas para este estágio, bem como as oportunidades que a UCI me proporciona. A salientar o interesse manifestado pelas Enf<sup>as</sup> nomeadamente no segundo objetivo uma vez que o mesmo incide numa área de atuação de grande importância para a prestação de cuidados e qualidade dos mesmos.

#### OBJETIVOS DE ESTÁGIO:

1 – Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, para prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente adulto e idoso em situação crítica;

2 – Desenvolver competências que contribuam para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da UCI, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de acordo com as boas práticas, procedendo à divulgação de um conjunto de recomendações sob a designação de “*Bundles*” que visam a prevenção e controlo da infeção associada aos dispositivos intravasculares centrais.

Perante o que se espera de um enfermeiro de UCI, este estágio foi encarado como um desafio dada a minha inexperiência nesta área e o receio de o meu desempenho não corresponder às expectativas. Tudo isto foi-se dissipando rapidamente, em parte devido à ajuda, apoio e transmissão de conhecimentos das Enf<sup>as</sup> orientadoras que foram fonte de segurança, de aprendizagem e de reflexão crítica aproximando a teoria da prática. Outro factor facilitador da minha integração na equipa multidisciplinar relacionou-se com o horário praticado pelas Enf<sup>as</sup> orientadoras (das 8h às 17h), que me possibilitou conhecer rapidamente toda a equipa de saúde pertencente a esta unidade.

## ACITIVIDADES E COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS

OBJETIVO 1- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, para prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente adulto e idoso em situação crítica

As atividades para a concretização do primeiro objetivo foram sendo desenvolvidas de forma gradual e diariamente, pelo que, para o efeito foi necessário recorrer à pesquisa bibliográfica com a melhor evidência científica, consulta de manuais e protocolos do serviço, normas de boas práticas, assim como a mobilização dos conhecimentos apreendidos ao longo da minha vida profissional e académica, com vista à atualização de conhecimentos para fazer face às diversas situações encontradas na UCI e deste modo responder oportuna e adequadamente. Não posso deixar de salientar que os anos de experiência profissional na área da urgência e pré hospitalar revelaram-se uma mais-valia para este estágio, pois conferem ao enfermeiro dessa área inúmeros conhecimentos, capacidade de agir rápida e adequadamente no despiste precoce de complicações e na resolução das mesmas, em qualquer serviço, perante qualquer situação. O inteirar-me no circuito do doente/ família, nos diagnósticos de Enfermagem e médicos, na orgânica e funcionamento da equipa e no registo informático, devo reconhecer que contribuíram de forma determinante para a concretização deste objetivo. Na minha prestação de cuidados a estes doentes, colaborei com a enfermeira orientadora, que considero uma perita na área e com os outros enfermeiros do serviço, em intervenções autónomas e intervenções interdependentes (PORTUGAL, 1998). Procurei sempre respeitar os destinatários dos meus cuidados doente/ família nos direitos que lhe são conferidos pela legislação, cujos princípios referem que estes devem ser “tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”( PORTUGAL,1990).

Exemplo do anterior referido ocorreu num doente que deu entrada na UCI por necessidade de suporte ventilatório e monitorização, após ter sido submetido a uma craniotomia para drenagem de hematoma do cerebelo. Salienta-se o facto de o doente ser obeso, ter como antecedentes pessoais DPOC e apneia do sono com necessidade de *Bipap* noturno. Com estes antecedentes respiratórios previ que pudessem surgir dificuldades aquando da desconexão do ventilador. Alertada para este facto, mantive-me particularmente atenta para o despiste precoce de potencial agravamento do quadro respiratório durante o desmame ventilatório, processo este que neste doente foi mais lento. Por indicação médica o doente foi extubado e mantido com oxigenoterapia por máscara com valores gasimétricos aceitáveis para ele, no entanto pouco tempo depois ocorreu diminuição acentuada dos valores de saturação de oxigénio, quadro que foi rapidamente identificado por mim e reportado ao médico responsável pelo doente, ocorrendo no entanto, descompensação acrescida com evolução para bradicardia extrema e paragem cardio-respiratória. Ora, sabemos que “nos doentes com reserva diminuída, pequenas alterações são suficientes para precipitar complicações graves, incluindo PCR” (INEM 2011, p.24) e que o sucesso das manobras de reanimação cardio-respiratória está condicionado pelo fator tempo: quanto mais depressa for iniciado o suporte avançado de vida maior é a probabilidade de sucesso. “Se a falência circulatória demorar mais de três a quatro minutos, vão surgir lesões cerebrais que poderão ser irreversíveis” (Ibidem, p.24). O facto de

ter despistado precocemente sinais de instabilidade clínica e de PCR, decorrentes da vigilância que exerci neste doente, permitiu antecipar condutas e medidas essenciais, nomeadamente o início de manobras de suporte avançado de vida no mínimo de tempo possível, culminando em sucesso neste doente. Perante esta situação procurei assegurar por todos os meios ao meu alcance a manutenção da vida do doente em caso de emergência (PORTUGAL, 1996). Comportei-me como uma enfermeira perita diante de uma situação complexa, uma vez que a enfermeira “perita tem uma enorme experiência, compreende, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (BENNER 2001, p.58). Demonstrei capacidade em prestar cuidados complexos na minha área de especialização (UCP, 2009).

A PCR, é uma situação grave, emergente, pelo que a capacidade de tomada de decisão do enfermeiro é fundamental, exige prontidão, eficácia e rapidez para prevenir ou diminuir os danos que podem surgir no doente, delas decorrentes. A equipa de enfermagem deve ter treino em SBV e SAV, este deve ser atualizado com regularidade. As tarefas entre os elementos da equipa que participam no SAV, devem estar bem definidas e estes devem atuar de acordo “com os procedimentos normalizados” (INEM 2011, p.304), que funcionam como guias orientadores e permitem salvaguardar os profissionais nas suas tomadas de decisão. Durante esta situação em particular, pude constatar que na equipa de enfermagem não havia sincronia nas ações individuais e conjuntas, havendo por vezes duplicidade de condutas e procedimentos. Desde o início do processo, não foi estabelecido qual o elemento que daria as ordens, o chamado “*Team Leader*”, que é responsável pela coordenação da equipa e assegura um eficaz SBV e SAV, para além de que tem a função de se certificar que nenhum passo vital foi descuidado. O “*team leader*” tem também o papel de avaliar a atuação da equipa aferindo os resultados e sinalizando os aspetos a serem melhorados.

A minha prática profissional no Helicóptero de Emergência Médica, faz com que me mantenha continuamente atualizada, pois tenho frequentemente de lidar com situações de PCR, facto esse que implica obrigatoriamente que tenha de conhecer e proceder de acordo com as mais recentes recomendações a nível científico e exercer em equipas multidisciplinares (NOLAN [et al], 2010). “Implica treino em trabalho de equipa, liderança e comunicação” (INEM 2011, p. 309). Deste modo e após esta situação considerei ser importante contribuir com a minha experiência, partilhando com a equipa de enfermagem os meus conhecimentos. Assim, salientei a importância e necessidade de um enfermeiro com liderança fundamentada em todo o processo de reanimação, para que a mesma decorra num ambiente tranquilo, de forma organizada e sincronizada, pois o prognóstico da reanimação está diretamente relacionado com a qualidade do atendimento prestado pela equipa multidisciplinar. Com a Enf<sup>a</sup> orientadora pude saber que dos 30 enfermeiros que compõem a equipa de enfermagem apenas nove têm o curso de SAV, ficando ainda um número considerável de enfermeiros por formar. Perante isto e com o objetivo de melhorar o desempenho da equipa sugeri que numa próxima PCR fosse eu a “*Team Leader*” ao que a equipa e enfermeira orientadora aceitaram. Caso a mesma não ocorresse novamente durante o meu estágio, propus a realização de uma ação de formação

sobre equipa de reanimação. Para se atingir os objetivos de uma equipa de reanimação competente ela tem de ter um líder. Esta competência de líder implica que este consegue conduzir todos os envolvidos para objetivos comuns e o seu êxito depende da sua capacidade em comunicar com os outros (TREVIZAN [et al], 1998). Na perspetiva destes autores um bom líder tem necessariamente de saber comunicar, pois segundo estes, só através da comunicação é que o líder poderá influenciar, coordenar as atividades grupais e desse modo tornar efetivo o processo de liderança.

Relativamente à situação problema encontrada e atrás referida e indo ao encontro do que se pretende de um líder, procurei com a ajuda dos chefes de equipa e Enf<sup>a</sup> orientadora conhecer quais as características dos vários elementos da equipa nomeadamente, de personalidade e experiência profissional, para assim logo no início de cada turno definirmos quais as tarefas a desempenhar por cada um, em caso de ocorrência de uma PCR no serviço. Esta pré definição das tarefas facilitou toda a minha atuação e inclusão na equipa de enfermagem como elemento de referência nesta área, isto porque três dias depois surge uma nova situação de PCR.

Pude deste modo atuar como líder da equipa, indo ao encontro das competências preconizadas para o enfermeiro especialista em EMC (UCP, 2010). Atuar como enfermeira especialista na liderança da equipa em todo o processo de reanimação, quer chamando de imediato o médico quer ao assumir a responsabilidade na coordenação da equipa, delegando e supervisionando tarefas e garantindo que a segurança dos cuidados estava sempre presente. Avaliei a adequação das compressões e ventilação efetuadas a este doente. Após a chegada do médico passou ele a assumir a posição de “*Team Leader*”, no entanto eu mantive a supervisão e orientação em todo o processo de entubação orotraquel e administração de fármacos. Foi gratificante no final concluir com êxito para o doente todo este processo, ao que muito contribuiu a forma organizada, sincronizada de atuação da equipa.

Esta minha forma de ser, de estar e de fazer corrobora que “os cuidados aos doentes e a eficácia da reanimação podem melhorar se, se der ênfase a questões não técnicas como a liderança, trabalho em equipa, cumprimento de tarefas e comunicação estruturada” (INEM 2011, p.336). Assim tomei a iniciativa de intervir numa situação complexa como é a PCR, assumi a responsabilidade de coordenar e liderar a equipa com o apoio do enfermeiro chefe de equipa e orientadora que me ajudaram, pude demonstrar e transmitir à equipa através de um discurso pessoal fundamentado os meus conhecimentos provenientes da minha formação académica e experiência profissional, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço (UCP, 2010). Durante todo o processo zelei pela qualidade dos cuidados prestados ao doente e as minhas tomadas de decisão foram fundamentadas na melhor evidência científica (UCP, 2010). Desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e sensibilizei a equipa para a necessidade de formação através do curso SAV.

Durante este estágio, a aquisição de conhecimentos na área da ventilação mecânica foi uma mais-valia para mim, uma vez que a minha experiência com ventilação mecânica, quer no

serviço de urgência, quer ainda no pré hospitalar, está limitada só à modalidade ventilatória de volume controlado, não dominando os outros modos ventilatórios nem o desmame ventilatório de um doente. A ventilação mecânica é quase constante no momento da admissão dos doentes nesta unidade, habitualmente consequência de PCR por motivos vários (hipoventilação, falência orgânica do aparelho respiratório, doenças neuromusculares, AVC, traumatismo craniano) ou para prevenção de complicações respiratórias nos pós operatórios, nos traumatismos torácicos entre outras.

No que respeita à prestação de cuidados ao doente com ventilação mecânica, centrei a minha atividade na colaboração nos cuidados, desde a manutenção da permeabilidade da via aérea, do correto posicionamento, fixação dos tubos, à vigilância de parâmetros respiratórios, à avaliação da adaptação do doente à prótese ventilatória. Em conjunto com a Enf<sup>o</sup> orientadora pude analisar e interpretar os parâmetros do ventilador com os resultados analíticos das gasimetrias, bem como comparar o modo ventilatório e o estado clínico do doente.

No desmame do ventilador, aprendi e compreendi que antes de se iniciar este processo vários fatores são tidos em conta, nomeadamente, nível de consciência do doente, estabilidade hemodinâmica, fatores fisiológicos da mecânica ventilatória do próprio doente e, nutrição adequada. Este é um processo progressivo, onde a adaptação do doente à respiração espontânea e os sinais de cansaço são precocemente despistados. Os enfermeiros especialistas em reabilitação, como é o caso de uma das minhas orientadoras, deram-me a perspetiva da importância que a reabilitação assume nestes doentes. Este processo envolve também os fisioterapeutas, pois as suas atuações nos posicionamentos, nas drenagens posturais e na aspiração de secreções, melhoram em muito a capacidade ventilatória destes doentes e, contribuem decisivamente, para uma recuperação respiratória e motora precoce, revelando-se como uma fonte de motivação no processo de recuperação para os doentes. A reabilitação faz parte dos cuidados de Enfermagem, esta deve ter início desde o primeiro contacto com o doente e tem como princípios básicos um modelo de assistência predominantemente preventivo e educativo, incluindo no seu programa assistencial o doente/família (LEITE & FARO 2005). Puder constatar a efetividade dos cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação a estes doentes e através das atividades que desenvolvi juntamente e em colaboração com a minha orientadora procurei manter o meu próprio percurso de desenvolvimento pessoal e profissional (UCP, 2010).

A ventilação mecânica condiciona a comunicação entre enfermeiro/ doente e doente / família. O facto de o doente não conseguir falar com a família, com os amigos, com os profissionais de saúde, não conseguir responder a perguntas por mais simples que estas sejam, o estar relegado para uma cama, rodeado por todo o lado de inúmeros equipamentos tecnológicos que ele muitas vezes não compreende para que servem, incapaz de verbalizar os seus sentimentos, as suas necessidades mais básicas, são aspetos indutores de stress físico e psicológico, levando-o certamente a desenvolver sentimentos de ansiedade, medo e frustração (ALMEIDA & RIBEIRO, 2008). Não menos relevante nesta temática está o facto de muitas vezes se atribuir "(...)mais importância aos tratamentos e ao trabalho organizacional do que às

peças que estão sob os nossos cuidados; as nossas responsabilidades muito pesadas e as nossas múltiplas tarefas limitam infelizmente o nosso tempo junto das pessoas cuidadas e impedem-nos demasiadas vezes de estar fisicamente, intelectualmente e afetivamente disponíveis para a sua angústia” (PHANEUF 2005, p.10). Face ao exposto cabe ao enfermeiro suavizar todo este stress no doente/ família, fazendo uso de um dos princípios inerentes à profissão de Enfermagem: a relação interpessoal que se assume de extrema importância na atividade diária do enfermeiro, ultrapassando o cuidado físico e tecnológico. Se este princípio não for tido em conta, a prestação dos cuidados de Enfermagem perde o que a deve caracterizar e lhe é exigido, a qualidade (AMARO & JESUS 2007). Como interlocutor de todo este processo de relação interpessoal entre enfermeiro/doente/família está a comunicação, relevante elo de humanização na prestação de cuidados (SIQUEIRA [et al], 2006). Como enfermeiros, é na relação interpessoal e no interagir que estabelecemos relações com os outros, e é através da comunicação que influenciámos os demais com quem nos relacionamos e, satisfazemos as suas necessidades. Para que uma comunicação seja eficaz, vários são os critérios que devem estar presentes: “Simplicidade; clareza; momento e pertinência; adaptação, credibilidade; congruência e coerência” (SÁ 1999, p.27), devendo ainda ter em conta outros fatores nomeadamente: “ Valorização da conduta não verbal; aparência física; a postura; a marcha; a expressão facial; os movimentos das mãos e os gestos” (ibidem, p.27). No caso dos doentes ventilados a transmissão de mensagens por parte destes é feita utilizando uma linguagem não verbal, cabendo ao enfermeiro encontrar estratégias individualizadas para que os doentes consigam comunicar e este o consiga entender.

Exemplo disto é o relato seguinte que se passou com um doente que já permanecia há algum tempo na unidade, conectado a prótese ventilatória. Após algum tempo de estar sentado no cadeirão o doente fica irritado e com atitudes agressivas para com os profissionais de saúde. Perante esta situação e na tentativa de perceber o porquê desta irritabilidade aproximei-me dele e sentei-me em frente a ele, demonstrando disponibilidade. Olhei para ele e segurei-lhe a mão, para ele perceber o meu interesse em ajudá-lo. Após lhe ter segurado a mão por um momento pensei que me ia agredir, mas não o fez, permitiu este meu contato físico e deste modo pude aproximar-me dele através de um dos instrumentos do cuidar, o toque. Através deste quase não foi preciso falar pois o doente percebeu a minha intenção e relaxou da sua ansiedade. O toque sendo uma intervenção autónoma dos enfermeiros, é utilizado por estes como uma estratégia de comunicação global entre estes e os doentes, reconhecendo que muitas vezes funciona também como uma forma de transmitir ideias e emoções (ROXO, 2008). De forma calma perguntei-lhe o que se passava utilizando frases que permitam uma resposta curta (sim, não), estabeleci com ele códigos que, passaram pelo incentivo a comunicar comigo através de expressões faciais, abanar da cabeça para verbalizar o sim e o não, o uso de linguagem gestual, bem como a utilização de papel e caneta. Permaneceu em silêncio a olhar para mim e eu permaneci também em silêncio, aguardando pacientemente. Ao fim de algum tempo apontou para a minha caneta e usando simultaneamente a linguagem gestual, percebi que pretendia relatar-me o que tanto o atormentava. Das poucas palavras simples que escreveu referiu que estava cansado, queria ir para a cama dormir e que esta dificuldade em

dormir na unidade estava a deixá-lo num estado de ansiedade e irritabilidade. De acordo com um estudo feito em Portugal numa UCI num hospital central do Porto o qual teve como objetivo conhecer os aspetos que se relacionam com o stress dos doentes em UCI, o primeiro item que os doentes mencionaram como mais causador de stress é o a entubação oro traqueal e Naso gástrica, em segundo lugar o medo da morte e em terceiro lugar, vem o não ser capaz de dormir. Estes fatores stressantes identificados neste estudo, são partilhados por outros estudos feitos noutros países nomeadamente EUA, Reino Unido e Brasil conforme revelam (ALMEIDA & RIBEIRO 2008). Deste modo e indo ao encontro destes autores relativamente ao fator de stress para aquele doente: o não conseguir dormir e baseando-me na teoria do conforto de Kolcaba, (TOMEY & ALLIGOOD, 2004) procurei, no que concerne ao conforto psicoespiritual utilizar estratégias de comunicação para interagir com o doente e envolvê-lo na relação terapêutica. O facto de estar atenta e interessada revelou-se crucial na compreensão de “ todos estes sinais que nos comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa, uma família nos fala de si própria” (COLLIERE 1989, p. 246). Deste modo pedi ajuda para deitar o doente na cama satisfazendo-lhe uma necessidade e proporcionando-lhe o conforto físico e mental através do alívio referido por Kolcaba como sendo “o estado de ter um desconforto específico aliviado” (SILVA & PONTE 2011, p.891). Em relação ao conforto ambiental que segundo Kolcaba tem o foco no contexto local e nas condições e influências externas, procurei otimizar o ambiente apagando as luzes, deixando apenas entrar alguma luminosidade proveniente da janela, falei com a enfermeira do doente no sentido de restringir os procedimentos terapêuticos noturnos apenas ao indispensável para o doente poder descansar e dormir, alertando-a também para o ruído noturno. Nesta situação concreta, consegui que o doente através da comunicação não verbal, ultrapassasse um problema que lhe causava sofrimento, funcionei como elo de ligação entre o doente e a enfermeira do mesmo. Demonstrei conhecimento em estratégias facilitadoras da comunicação, adaptando-a à situação complexa e crítica em que o doente se encontrava (UCP, 2010). Deste modo consegui comunicar e relacionar-me com ele, identificando algumas das suas necessidades, intervindo de forma adequada e contribuindo para a sua motivação e recuperação, minimizando o impacto negativo da entubação oro traqueal e do ambiente da UCI.

No decorrer deste estágio estive por diversas vezes presente na hora das visitas destes doentes constatei vários sentimentos que assolam os doentes/ familiares/ amigos e que estão relacionados com o internamento e o ambiente que se vive numa UCI (SALOMÉ [et al] 2008; SIQUEIRA [et al] 2006). As vivências experienciadas pelo doente na UCI são negativas, destacando, sentimentos “relacionados com a morte, distúrbios cognitivos e de desconforto devido á presença de dispositivos invasivos, restrições que afetam o movimento, a incapacidade de falar, a sede, o ruído, dificuldade em dormir, dor, ansiedade e medo” (CASTRO [et al] 2011, p.56). Os doentes não são os únicos a ser invadidos por sentimentos negativos, os familiares e outras pessoas diretamente envolvidas com o doente compartilham também sentimentos de angústia, medo e sofrimento (MARUITI & GALDEANO, 2007). Sendo a Enfermagem uma Ciência assente no Cuidar, deve prestar um cuidado humanizado e holístico, dando resposta às necessidades não só dos doentes mas dos seus familiares, É parte

integrante deste cuidar o fornecimento de informações claras, objetivas e fidedignas, constituindo-se estas como um elemento importante na diminuição de sentimentos de insegurança, medo e angústia, bem como contribui para dar apoio emocional e mobilizar sentimentos positivos (Ibidem).

Doentes/familiares ou pessoas significativas “(...)têm direito a ser informados sobre a sua situação, as alterações possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (PORTUGAL, 1990).

Constatei várias vezes que alguns familiares ou amigos destes doentes durante a visita permaneciam estáticos junto dos doentes, sem saberem se podiam aproximar-se ou tocar no doente. Duma maneira geral a presença dos enfermeiros junto dos familiares verifica-se em algumas equipas, em todas as visitas. Noutras, a falta de iniciativa por parte de alguns dos seus elementos em procurar o familiar do doente para lhes fornecer informações era notória, ficavam mais afastados e não se aproximam das visitas exceto se fossem solicitados. No início deste estágio, não me aproximei das visitas pois também eu me sentia insegura e ansiosa. À medida que o estágio decorria e a minha confiança aumentava, fiz questão de me aproximar das unidades dos doentes com visitas, mostrando-me disponível. Relato o caso de uma visita de uma familiar de um doente que tinha dado entrada há poucas horas na UCI, na sequência de uma cirurgia de urgência e que eu tinha colaborado na receção. Sendo a primeira visita deste doente e também a primeira vez que esta familiar entrava na UCI, a ansiedade e angústia era visível quer nos movimentos, quer na expressão facial. Ao observar esta familiar, detetei na mesma necessidades de intervenção face à situação de doença e ao internamento. Perante este fato, aproximei-me dela para a ajudar nesta fase da vida dela e do seu familiar, demonstrando a minha disponibilidade. Esta minha aproximação levou-a de imediato a verbalizar o seu medo e incerteza face ao diagnóstico e principalmente face ao prognóstico, questionando-me de imediato sobre este problema “.Reconhecendo a singularidade do doente e dos seus familiares, nesse momento das suas vidas, requer respeitarmos profundamente a sua condição humana, incluindo-se aí, os seus sentimentos” (SILVEIRA [et al] 2005, p.129). Deste modo pretendi perceber o que é que a familiar conhecia sobre a situação do doente e quais as suas dúvidas. Face ao que me foi respondido, procurei esclarece-la, tendo cuidado na forma como, quando e quanto devia transmitir relativamente ao estado clínico do seu familiar, procurando ir ao encontro dos seus anseios. Procurei ser precisa e clara, certificando-me que tinha entendido claramente a informação. Ao demonstrar sempre uma atitude de disponibilidade, quer através da postura corporal, quer do olhar, quer da escuta a familiar sentiu-se à vontade para se apoiar no meu braço. “Este tipo de contacto, cheio de calor humano é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação” (BENNER 2001, p.88). Perante este facto percebi que esta familiar estava a confiar em mim e com isso, eu tinha estabelecido o caminho para uma relação interpessoal entre Enf<sup>a</sup>/ doente/ família. Percebi que se sentia apoiada e também cuidada. Nesta altura forneceu dados relevantes sobre o doente que poderiam influenciar as tomadas de decisão, colaborando desta forma na assistência e prestação de cuidados ao doente. Face ao relato e importância das informações

fornecidas por esta familiar chamei o enfermeiro responsável pelo doente e juntamente com a familiar aproveitei para lhas transmitir. Outro dos anseios manifestados prendeu-se com todas as técnicas invasivas a que o doente tinha sido submetido e que para ela eram sinónimo de desconforto e dor física. Procurei esclarecê-la da necessidade dos mesmos para a estabilização do doente na fase em que se encontrava e enfatizei a importância das visitas, da comunicação verbal e não verbal, do simples gesto de tocar no doente, de o beijar, dando abertura para a expressão dos laços emocionais, cuidados estes que considero insubstituíveis, mesmo com toda a tecnologia existente e que assume primordial importância na recuperação dos mesmos. Ao demonstrar disponibilidade, interesse, empatia e saber escutar, e tendo obtido reciprocidade por parte do familiar/ promovi uma relação de ajuda (LAZURE 1994, p.9).

À enfermagem nenhum produto da tecnologia jamais a poderá substituir, na medida em que só a enfermagem oferece serviços que englobam todas as dimensões do Ser Humano (ibdem). Ao solicitar a presença do enfermeiro responsável pelo doente para lhe fornecer dados importantes, estava também a fazê-lo refletir sobre a sua prática e a necessidade da sua presença junto dos familiares na hora da visita.

Esta minha intervenção contribuiu para fortalecer os recursos da família de modo a superarem os fatores de stress, acalmá-la, inclui-la nos cuidados e orientá-la para que não se sinta tão perdida, bem como favorecer o estabelecimento de um cuidado mais humanizado (SILVEIRA. [et al], 2005). Pude assim proporcionar assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que o doente se encontra, procurei implementar as intervenções adequadas respeitando os valores éticos e deontológicos através da demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, otimizei os cuidados de enfermagem melhorando a informação para o processo de cuidar (UCP, 2010). Funcionei como elo de ligação entre enfermeiro/doente/família e criei estratégias de sensibilização e motivação para a necessidade da presença do enfermeiro responsável do doente na hora da visita, contribuindo para o processo de mudança de comportamento do mesmo. O meu desempenho em todo este processo ao utilizar dois instrumentos cruciais do cuidar: a comunicação e a relação de ajuda, vai ao encontro do que se espera no enfermeiro especialista: valorizar a interação enfermeiro/doente/família e contribuir para a humanização dos cuidados, em "(...)que a comunicação e a relação de ajuda figuram entre os fatores importantes da humanização dos cuidados" (PHANEUF 2005, p.12). Sugeri que durante as visitas fosse proporcionada uma cadeira para o familiar se sentar junto do doente, pois a inexistência da mesma para além de não proporcionar conforto ao familiar/amigo, durante este tempo, pode levá-lo a pensar que a visita é para ser breve, inibindo-o e intimidando-o. Deste modo eu própria na hora das visitas disponibilizava uma cadeira às visitas, constatando com satisfação que esta minha intervenção de certo modo levou os outros enfermeiros a fazer o mesmo, pois no final do estágio já era uma atitude praticada pela quase totalidade dos enfermeiros da UCI. Contribui para a promoção da qualidade dos cuidados, ao utilizar de forma eficiente os recursos existentes e favoreci a relação terapêutica criando um ambiente confortável para a família (UCP, 2010).

Ao longo do estágio, colaborei com a restante equipa na prestação de cuidados a doentes politraumatizados. O número de doentes politraumatizados com Traumatismo crânio grave, que estiveram internados durante o meu estágio, proporcionou-me um enriquecimento em termos de conhecimento e competências nessa área. Os fatores etiológicos de trauma mais frequentes na UCI e durante o estágio, foram os acidentes de viação, as quedas e em maior número as tentativas de suicídio (quer por quedas quer por armas de fogo), de que resultam múltiplas fraturas, traumatismos vertebro medulares, torácicos e de crânio. A OMS numa tentativa de reduzir as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas emanou normas de boa prática no trauma (DGS 2010). O TCE é a principal causa de sequelas e de morte nos doentes politraumatizados, estas são muitas vezes irreversíveis e incapacitantes com grande impacto a nível físico psicológico social e económico quer no doente, família, quer na sociedade (FEITOSA [et al], 2004). Em UCI a assistência a doentes pela equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, deve ser feita através da sistematização da prestação de cuidados com vista a minimizar as lesões secundárias, mantendo a estabilidade hemodinâmica, respiratória, metabólica, um aporte adequado de oxigénio e nutrientes ao tecido cerebral utilizando para o efeito métodos de monitorização e diagnósticos avançados (AGNOLO [et al], 2011). Em todo o processo, a prestação de cuidados de Enfermagem a estes doentes/ família deve assentar num conjunto de ações sistematizadas que visem a recuperação e a redução das sequelas advindas de mecanismos das lesões secundárias. Neste cenário não podemos esquecer a nossa missão, o Cuidar, através de um cuidado humanizado que vise a prevenção, a promoção e a reabilitação destes doentes para que possam retornar ao seu convívio social e familiar com o mínimo de sequelas possível (LOURENÇO & SILVA 2011).

Consciente do meu interesse nestes doentes a minha orientadora possibilitou a minha ida a uma formação em serviço sobre TCE no dia dezasseis de Dezembro de 2011, ministrada pelo coordenador médico da UCI. A participação nesta formação revelou-se de grande importância para a aquisição de conhecimentos e para o desenvolvimento profissional dos seus elementos. Foi feita uma breve referência ao número de casos em Portugal e no Mundo, a faixa etária de maior incidência e, uma abordagem ao tipo de lesão intra craniana que é diferente caso se trate de população idosa ou de jovens vítimas de acidentes de viação. A monitorização de Pressão intra craniana, através dos sensores de PIC, a referência às medidas a adotar para prevenir o aumento desta, bem como o tratamento do TCE foram outros dos temas abordados. Esta formação foi extremamente proveitosa pois permitiu-me adquirir um conjunto impar de novos conhecimentos científicos e competências que, durante o estágio e na prática permitiram-me prestar cuidados de forma adequada aos doentes com TCE e intervir em conformidade e em tempo útil, face ao doente em estado crítico. Exemplo disto ocorreu durante a avaliação de um doente com TCE e um sensor de PIC que mostrava valores não recomendados. Perante este facto e aplicando na prática os conhecimentos que adquiri na formação, comecei por avaliar se as medidas simples e que têm impacto no controle da PIC estavam aplicadas neste doente. Verifiquei se a cabeceira se encontrava a 30º, seguidamente procedi ao alinhamento do mento com o esterno e avaliei a temperatura do doente, que se

encontrava febril, pelo que informei de imediato o médico responsável e foram tomadas as medidas terapêuticas adequadas.

Durante a permanência na UCI, tive a oportunidade de refletir e partilhar os meus conhecimentos e experiência quotidiana relativamente à via de administração de alimentação num doente com destruição da hemiface esquerda por arma de fogo. Este tinha sido admitido do bloco operatório, onde fora submetido a várias suturas internas e externas provisórias da face, nomeadamente na cavidade oral, e digo provisórias, uma vez que tinha prevista nova ida ao bloco à posteriori para reconstrução facial e colocação de enxertos. Perante a ausência de via oral para alimentação foi colocada a hipótese de ser introduzida uma gastrostomia percutânea, por via endoscópica. Esta é uma das muitas técnicas executadas no serviço onde me encontro atualmente (Unidade de técnicas de gastroenterologia), relativamente à mesma, fiz referência às suas possíveis contraindicações neste doente dado a destruição facial e a quantidade de suturas na orofaringe, uma vez que a técnica implica a passagem pela orofaringe de um endoscópio com um diâmetro de 9,8mm de diâmetro e da própria sonda de gastrostomia que possui um botão que irá funcionar como um cuff na face interna da parede gástrica impedindo a saída da sonda de gastrostomia. Assim, a realização desta técnica por via endoscópica iria comprometer todas as estruturas da orofaringe e suas suturas. A gastrostomia seria uma forma viável de alimentação entérica, mas neste caso, dado o anteriormente descrito apenas por via cirúrgica. Sugeri que fosse solicitado o parecer do gastroenterologista de serviço, especialista na área, que se deslocou à unidade tendo concordado com a indicação de gastrostomia mas executada por via cirúrgica. Nesta situação, ao partilhar os meus conhecimentos e ao refletir com a restante equipa sobre esta técnica, contribui para o enriquecimento profissional dos enfermeiros e dos médicos do serviço, comunicando os resultados da minha prática profissional, ao mesmo tempo, pude avaliar a adequação dos diferentes métodos de administração de alimentação e, relativamente a este doente, segundo uma perspetiva profissional avançada. Deste modo demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos na minha área de especialização perante situações complexas, através de um discurso pessoal fundamentado, tendo em conta as diferentes perspetivas relativamente ao problema deste doente (UCP, 2010).

A minha orientadora a coordenadora do serviço, tem como função tal como a enfermeira Chefe, manter a unidade em perfeitas condições de funcionamento, inserindo-se neste âmbito a manutenção dos recursos materiais, da terapêutica (nomeadamente controlo de estupefacientes) e de equipamentos devidamente testados e funcionar em perfeitas condições. Numa fase inicial colaborei com a minha orientadora em todas estas atividades, sendo que ao fim de algum tempo já as fazia de forma independente, contribuindo para que a equipa e os doentes tivessem sempre ao dispor os meios necessários quer terapêuticos, de materiais, ou de equipamentos, para a adequada prestação de cuidados aos doentes e para a otimização do serviço. Ao longo deste estágio pude colaborar na gestão do ambiente físico da unidade.

Colaborei também na mudança de instalações da unidade antiga para a nova, como na adequação de alguns aspetos como iluminação, limpeza, dotação de materiais e equipamentos

necessários para a concretização dos cuidados, organização, disposição e arrumação dos materiais de consumo clínico. Pelo facto de não ser do serviço, pude colaborar dando uma visão exterior, tendo o meu contributo permitido uma maior rentabilização do espaço. Com as minhas sugestões melhorei a acessibilidade ao material por parte de todos os profissionais e sugeri que a distribuição e o acesso ao mesmo, fosse feita do mais usado para o menos usado. Propus ainda que fosse diminuída a quantidade pré-estabelecida de algum do material menos usado, pois para os prazos de validade acabavam por expirar ainda antes de serem utilizados. Tive em conta na organização do material aspetos relacionados com a limpeza das estruturas e prevenção da infeção hospitalar, impedindo que houvesse material arrumado no chão. Estes aspetos relativos às estruturas e equipamentos, a sua adequação, acondicionamento e disposição nas respetivas áreas revestem-se de elevada importância na prevenção e controlo da infeção hospitalar (DGS, 2008). As minhas sugestões foram aceites e aplicadas na prática. Desta forma intervi de acordo com as funções dos enfermeiros e correspondi ao que se espera do enfermeiro especialista, através da criação de métodos de organização de trabalho adequados que visem um melhor desempenho dos profissionais de saúde, utilizando os recursos existentes de forma eficaz e eficiente, com ganhos para o serviço, para a unidade hospitalar e para a qualidade dos cuidados de saúde.

Tomei a iniciativa de propor a colocação de dois sofás e uma mesa na sala onde se faz o acolhimento dos familiares, em vez do que estava previsto duas cadeiras e uma secretária, tornando assim o ambiente mais acolhedor. O elogio surgiu de imediato pela iniciativa e inovação, fazendo parte da sala atualmente dois sofás para os familiares, uma cadeira e uma mesa para o profissional de saúde. Desta forma alterei o ambiente de um setor do serviço para melhorar o conforto dos familiares, indo ao encontro de Kolcaba na sua teoria do conforto (TOMEY & ALLIGOOD, 2004). O conforto pode também ser encarado como “ um conjunto elementos que vão permitir a um beneficiário de cuidados e aos seus familiares sentirem-se numa situação suficientemente confortável” (HESBEEN 2000, p.70).

Procurando melhorar o acolhimento dos familiares e amigos dos doentes internados na UCI, foi-me proposto pela enfermeira orientadora a realização de um poster para colocar na sala de espera dos doentes. Este pretendeu através das imagens visuais nele contidas funcionar com um meio de comunicação entre a equipa de saúde e os familiares dos doentes enquanto aguardam a hora da visita (OLIVEIRA [et al], 2009). A sua colocação ainda não se efetuou por se estar a aguardar a chegada de suportes próprios (APENDICE IV).

OBJETIVO II - – Desenvolver competências que contribuam para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da UCI, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de acordo com as boas práticas, procedendo à divulgação de um conjunto de recomendações sob a designação de “*Bundles*” que visam a prevenção e controlo da infeção associada aos CVC.

A formulação deste objetivo pretende dar continuidade ao trabalho realizado no estágio anterior na CCIH, através do desenvolvimento de conhecimentos e competências relativamente à adoção de práticas seguras para os destinatários dos nossos cuidados, no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada à utilização de cateteres venosos centrais, correspondendo também a uma necessidade manifestada pela enfermeira Chefe da UCI, aquando da reunião que tivemos antes do início do estágio.

As UCI são locais, dada a gravidade da situação clínica dos doentes, dotados de equipamento sofisticado resultante da mais avançada tecnologia de técnicas de diagnóstico e terapêuticas na sua grande maioria invasivas. A necessidade destas face ao estado clínico dos doentes são quase um imperativo diário, uma vez que viabilizam a possibilidade de sobrevivência dos doentes, contudo expõem os doentes a um elevado risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (PEREIRA [et al], 2000).

Tem-se avançado muito na produção científica e na elaboração de normas, recomendações no que respeita à prevenção e controlo das IACS, no entanto na prática, ela depende dos recursos quer materiais e organizacionais e, essencialmente, dos profissionais que prestam cuidados (PINA [et al] 2010). Ao ter consciência deste facto, para mim o grande desafio como futura enfermeira especialista é ser veículo de mudança nas práticas dos cuidados. Considero que só conseguirei mudar algo, se conseguir identificar as necessidades formativas, bem como identificar a forma mais oportuna e eficaz de captar e motivar a equipa para a mudança de comportamentos e atitudes. O decorrer do estágio tem-me permitido conhecer o funcionamento da unidade e observar as práticas, tendo identificado algumas situações problema no que respeita à prevenção e controlo das IACS, em doentes com CVC, indo ao encontro do meu segundo objetivo para este estágio. Uma delas insere-se nos cuidados prestados na manutenção do CVC e está relacionada com as mudanças do penso do cateter. Pude constatar que a substituição do penso do CVC é feita pela grande maioria dos enfermeiros diariamente após os cuidados de higiene, quer o penso seja transparente quer seja de gaze, independentemente de estar descolado, repassado ou não. De acordo com o recomendado pelo (CDC, 2011), os pensos transparentes, transpiráveis são os preferenciais e estes devem ser substituídos a cada 7 dias, exceto se estiverem repassados, conspurcados, ou descolados. Em relação aos pensos de gaze que, são os mais usados nesta UCI, ainda segundo o CDC, estes devem ser substituídos a cada 48h, exceto e à semelhança dos anteriores se, se encontrarem conspurcados, repassados ou descolados. Outra situação problema identificada prende-se com a não desinfeção com álcool a 70º das torneiras de 3 vias, antes de aceder ao sistema, contrariando o que as recomendações científicas do CDC preconizam.

Ainda dentro desta temática do controlo e prevenção das infeções associadas à manutenção do CVC, outra das situações identificadas que se insere nas práticas de risco é o não cumprimento do recomendado, no que diz respeito à higienização das mãos antes e depois de cada procedimento (CDC, 2011).

Ao ter constatado estas não conformidades e numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente, fui fazendo formação informal inúmeras vezes durante a prestação de cuidados, alertando de imediato para estes procedimentos que não eram o mais adequados, tendo em conta a pesquisa bibliográfica realizada, os conhecimentos adquiridos no estágio anterior. Pude transpor para esta unidade as normas da CCIH desta instituição e as Guidelines Internacionais sobre estas temáticas. Estes vários momentos de reflexão na prática e sobre a prática, permitiram-me atuar oportunamente como formadora, rentabilizar as oportunidades de mobilização ainda que de forma gradual para a mudança e a adoção de práticas seguras. Possibilitou a troca de experiências e conhecimentos, contribuindo para o enriquecimento profissional destes enfermeiros e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Permitiu-me "(...) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude"(OE 1998, p.61). Ainda neste sentido eu e as enfermeiras orientadoras delineamos uma estratégia para reforçar a aquisição de conhecimentos e a adesão às normas de procedimento recomendadas para assegurar os padrões de qualidade que se pretende ver estabelecidos e atingidos pelo maior número possível de profissionais. Em relação a esta estratégia e tendo em conta as características desta equipa de profissionais e a motivação da mesma para as mudanças nas práticas, foi sugerida a realização destas ações entre as 15h30 e 16h30, utilizando um período de tempo que ocorre após as visitas. É nesta altura que a equipa aproveita para parar um pouco para aliviar a pressão do trabalho na UCI, refletir, fazer registos, tendo-me sido comunicado que este período era normalmente aproveitado pela chefia do serviço para fazer reuniões em serviço e refletir sobre as práticas. Com o objetivo de uniformização de procedimentos por parte de todos os profissionais e adoção de boas práticas aceitei a sugestão das enfermeiras orientadoras e propus-me fazer durante esses períodos ações de formação sobre estratégias de prevenção da infeção associada à manutenção dos CVC, aproveitando para divulgar as "*Bundles*" de cuidados na manutenção do CVC. Esta "*Bundle*" surgiu como sendo um pacote de medidas destinadas a melhorar o cumprimento das recomendações emanadas pelo CDC acerca da prevenção da infeção relacionada com o CVC que, a partir de estudos recentes provaram que quando utilizadas e aplicadas na prática conseguiram uma redução de 2,7 a 0 episódios de infeção por cada 1000 cateteres /dia (LISBOA & RELLO, 2008). Visto não ter conseguido implementar a "*Bundle*" no serviço devido aos fatores anteriormente citados, procurei fazer algo inovador utilizando a "*Bundle*". Com a grelha que a constitui propus às enfermeiras orientadoras observar as práticas de vários enfermeiros aquando dos procedimentos inerentes à manutenção do CVC, registar na própria grelha as conformidades e não conformidades e no final nas ações de formação que me tinha proposto fazer, comparar o que está preconizado como sendo práticas seguras e o que na realidade alguns profissionais desta unidade fazem. Esta minha iniciativa agradou as enfermeiras orientadoras as quais me ajudaram em todo este processo. Assim para concretizar esta minha pretensão, no início de cada turno e após a passagem deste, informei a equipa sobre o que pretendia observar e quais os objetivos que pretendia alcançar, nomeadamente a observação e registo numa grelha das conformidades e não conformidades encontradas nas práticas de cuidados, relativamente à prevenção e

controlo da infeção associada aos CVC. Pedi diariamente e sempre que ia aplicar a “*Bundle*” autorização aos respetivos profissionais para observar as suas práticas, tendo obtido sempre em todos eles o consentimento verbal para o fazer, o que revela por parte destes vontade, empenho e sobretudo motivação para a sua requalificação profissional e atualização continua de saberes. Nesta grelha não consta qualquer identificação do profissional.

Assim sendo, em cada turno e durante alguns dias, escolhi aleatoriamente um enfermeiro sobre o qual observei as práticas e registei na grelha da “*Bundle*” de manutenção do CVC, as não conformidades e conformidades encontradas. Devo dizer que na maioria das situações eram os próprios profissionais que me chamavam diariamente para eu supervisionar as suas práticas demonstrando com isto o quanto estavam motivados para a aquisição de conhecimentos e adoção de práticas seguras. Observei as práticas de 12 enfermeiros através deste instrumento (APÊNDICE V).

Relativamente aos cinco elementos de observação que compõem a grelha, há a referir que o que tem de ser observado em cada momento de verificação, é o “foco” de cada critério ou elemento (CDC, 2011) ou seja:

- 1) Em relação à higiene das mãos o que interessa observar é se esta foi feita ou por lavagem das mãos com água e sabão ou através da fricção com solução antisséptica de base alcoólica em toda a superfície da pele, antes de aceder ao cateter, sistemas, torneiras, prolongamentos e substituição de penso.
- 2) Em relação ao avaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC, interessa observar se no serviço se fazem visitas diárias a cada um dos doentes, e se nessa visita é abordado o motivo que levou à colocação do CVC e discutido se esse motivo ainda se mantém, para se ponderar a retirada do cateter quando já não se justifica. Neste ponto o que procurei observar foi se o enfermeiro responsável por cada doente, discutia diariamente com o médico este item.
- 3) No que respeita à desinfeção dos acessos ao sistema com álcool a 70º quando se vai aceder ao mesmo, requer apenas observação direta nestes momentos
- 4) Inspeccionar o local de inserção diariamente, há a considerar os pensos de gaze, em que nestes é importante observar se é feita a palpação do local, para despiste de tumefação ou dor, ou se aquando da remoção do penso se é feita visualização deste local. No caso de os pensos serem transparentes a observação direta deve ser feita diariamente estando neste caso facilitada, pelo que para além desta é importante verificar se o local de inserção é igualmente palpado, para despistar precocemente complicações.
- 5) O último elemento da “*Bundle*”, Antissepsia da pele/ local de inserção, com solução alcoólica de clorhexidina a 2% aquando da substituição do penso, deve ser prática nestes momentos.

Após esta observação das práticas e o respetivo registo na “*Bundle*” por razões éticas os resultados destas observações não serão divulgados por não deter autorização expressa do Hospital para tal (APÊNDICE V).

De acordo com o preconizado pelas “*Bundles*” de manutenção do CVC, verificou-se que esta não foi cumprida visto que, e em conformidade com a filosofia das “*Bundles*”, o seu cumprimento tem de ser a 100%, para o doente estar seguro, é o conceito do tudo ou nada (PINA [et al], 2010). Estes resultados permitiram verificar que em relação à prevenção e controlo da infeção associada aos CVC há que intervir nesta área, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas que os enfermeiros têm para com os destinatários dos seus cuidados. Questionada a Enfermeira da CCIH do HSFX sobre a taxa de infeção associada aos CVC nesta UCI, foi-me referido verbalmente que é baixa, sendo os seus valores sobreponíveis aos da maioria das outras UCI noutras instituições. Estes dados não me foram fornecidos pela mesma uma vez que a divulgação dos mesmos implica uma autorização prévia do Conselho de Administração da instituição.

Os resultados desta grelha foram comunicados à enfermeira orientadora. Revelaram a já detetada necessidade de formação nesta área e vieram reforçar as vantagens das ações de formação informal que me propus fazer. O período entre as 15h30 e as 16h30 foi aproveitado por mim sempre que possível e o estado dos doentes assim o permitia para realizar as formações sobre as “*Bundle*” que são boas práticas baseadas nas melhores evidências científicas, pelo que quando aplicadas pela equipa de profissionais de saúde, vão-se refletir num melhor desempenho, na obtenção de excelentes resultados e com isso diminuir o risco para os doentes. Aproveitando os resultados obtidos e a pedido da enfermeira Chefe, fiz uma breve comparação sobre o que está preconizado como sendo práticas seguras para o doente através da “*Bundle*” de manutenção do CVC e a realidade que alguns profissionais fazem durante os procedimentos ao CVC. Deste modo para além da identificação das necessidades formativas advindas das lacunas de conhecimento observadas, procurei abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Divulguei e incorporei na prática dados provenientes da evidência científica para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (UCP, 2010).

Para a realização desta ação de formação, que se realizou 4 vezes para assim poder abranger um maior número de formandos e o tema ser abordado mais vezes, elaborei um plano de sessão (APÊNDICE VI) que serviu como orientador na apresentação do tema, na definição dos objetivos e no estabelecimento do tempo previsto para a sessão, dando assim a esta um encadeamento lógico que, para mim se constituiu como um fator facilitador na realização da ação de formação.

O tema escolhido para esta ação de formação foi, “Prevenção e Controlo da Infeção associada aos CVC – *Bundle*”. Esta é uma problemática para a qual existem evidências científicas de que a prevenção é possível, devendo cada serviço fazer o diagnóstico da situação no que respeita às situações problema e a partir destas, estabelecer a estratégia adequada para evitar a

contaminação dos doentes internados por microrganismos através dos CVC (DGS, 2008). Algumas destas estratégias passam pelas ações de formação e sensibilização periódica dos seus profissionais de saúde para as medidas de prevenção a adotar para uma prestação de cuidados de saúde seguros para os doentes. Deste modo procurei salientar a relação entre os procedimentos efetuados pelos enfermeiros da UCI no que diz respeito à manutenção e manipulação dos CVC e o que as recomendações preconizam através da apresentação de um conjunto de medidas de boas práticas. Nesta formação apresentei uma grelha de observação das práticas – “*Bundle*”- onde efetuei o registo das ações praticadas por 12 enfermeiros durante a manutenção do CVC.

Ao decidir-me por fazer esta formação tinha como objetivo:

- ü Alertar os profissionais para as práticas de risco relativamente à manutenção e manipulação dos CVC;
- ü Sensibilizar para um conjunto de medidas com a melhor evidência científica que, quando aplicadas, estudos revelam uma diminuição efetiva da taxa de infeção associada aos CVC;
- ü Divulgar o conceito de “ *Bundles*” de cuidados na manutenção do CVC, em que consistem, como se aplicam e os resultados das mesmas na prevenção e controlo da IACS;
- ü Levar os enfermeiros presentes a refletir e mudar as suas práticas;
- ü Contribuir como futura enfermeira especialista para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes e desse modo para a redução das infeções associadas aos CVC através desta ação de formação.

Para conseguir sistematizar os vários assuntos inerentes ao tema selecionado a revisão da literatura constituiu-se de grande importância e utilizei os seguintes descritores para a minha pesquisa bibliográfica: *Guidelines*, *Infection*, *Cateter venoso central* e “*Bundles*”. O material didático baseou-se na formação de adultos e elaborei uma apresentação em power point atrativo que pretendeu estimular os formandos e ajudar na transmissão da informação (APENDICE VII). Dos 32 enfermeiros do serviço, apenas consegui que 24 tivessem assistido a esta formação, o que constitui cerca de 75% dos enfermeiros. Esta percentagem foi influenciada pela ausência de alguns enfermeiros que ou se encontravam de licença de maternidade, ou que por razões da sua vida pessoal, através de trocas e alguma flexibilidade de horário proporcionada pela enfermeira chefe, só faziam turnos noturnos e aos fins-de-semana.

Com esta formação consegui demonstrar com dados científicos, as várias medidas consideradas como boas práticas. Pude comparar estes dados com as práticas de alguns enfermeiros da UCI, contribuindo assim para a mudança e demonstrando que a solução para a prevenção da IACS passa também por eles. Esta partilha de conhecimentos e de saberes teve como objetivo motivar estes profissionais a participarem como membros ativos neste desafio de combate às infeções associadas aos CVC e assim melhorar a qualidade dos cuidados

prestados aos seus doentes. A ação de formação decorreu num ambiente de participação ativa, empatia, partilha de conhecimentos, reflexão das práticas, grande motivação e abertura para as questões e dúvidas colocadas dada a pertinência do tema. Penso que todos estes fatores contribuíram para uma forte vontade de mudança de comportamentos. No final da formação, foi agradável e estimulante perceber e ouvir que a ação tinha provocado um impacto positivo naqueles profissionais que referiram como necessidade sentida, a realização de mais ações como estas no serviço e reforçaram positivamente o meu papel como formadora o que me agradou bastante.

Momentos houve em que durante a mesma surgiram algumas situações perturbantes para a atenção, nomeadamente a fuga ao tema, alarmes a sonar e médicos a solicitar a presença dos enfermeiros. Para ultrapassar estas situações muito contribuiu a minha flexibilidade e adaptabilidade, a pertinência do tema e o domínio que evidenciei sobre o mesmo. A presença das enfermeiras orientadoras no desenvolvimento e nas ações de formação favoreceu estes momentos, pois apoiaram-me nas situações menos fáceis e estimularam para a mudança de comportamentos, tendo em vista os padrões de qualidade que verem ver aplicados nesta UCI.

No serviço foi deixada uma pasta com todo este trabalho compilado que entreguei à enfermeira Chefe. Incluí o trabalho teórico que elaborei sobre as “*Bundles*” de cuidados na manutenção dos CVC, as guidelines de 2011 e o power point utilizado nas ações de formação. O objetivo é esta informação ficar disponível e de acesso fácil e servir como ferramenta de auxílio nas boas práticas.

Para a avaliação desta ação de formação por parte dos formandos foi elaborado um questionário de avaliação da sessão formativa (APÊNDICE VIII). Este foi uma adaptação do utilizado na instituição, pelo que o critério de seleção do mesmo prendeu-se com o facto de os profissionais já o conhecerem. Estes questionários ficaram no serviço e foram-me entregues posteriormente pela enfermeira orientadora já preenchidos.

Face à pertinência do tema e aos resultados obtidos pelo questionário de avaliação da ação de formação (APÊNDICE IX), considero que o objetivo da mesma foi alcançado, pois apercebi-me que os enfermeiros ficaram surpreendidos por algumas das suas práticas não estarem de acordo com as boas práticas, evidenciando em relação às mesmas algum desconhecimento sobre o que está recomendado inclusive na recomendação da CCIH da instituição. Procurei salientar a importância do papel dos enfermeiros na adoção de medidas adequadas de manipulação e manutenção do CVC, sendo que estas têm uma grande repercussão no controlo e prevenção da IACS, associado ao uso destes dispositivos intravasculares. Visou a transmissão de conhecimentos baseados na evidência científica sobre boas práticas, contribuiu para desenvolver pessoal e profissionalmente os enfermeiros da UCI, foi ao encontro das suas necessidades formativas, permitiu refletir sobre questões das práticas de cuidados, os problemas identificados e as reais necessidades do serviço, visando a melhoria da qualidade dos cuidados com a adoção de práticas seguras e foi ao encontro do tema escolhido, que se constituiu como fio condutor dos dois módulos de estágio, promovendo deste modo o

desenvolvimento pessoal e profissional da equipa dignificando os cuidados prestados por estes profissionais e os cuidados de saúde.

Ainda dentro das necessidades formativas identificadas, deparei com uma situação passível da minha intervenção e que ocorreu aquando do internamento de uma doente que vinha de um lar com desequilíbrio hidroelectrolítico secundário a diarreia que se arrastava há alguns dias. À chegada à unidade foi feita colheita de fezes para bacteriologia, que identificou a presença de toxina de *Clostridium Difficile*. Constatei que a infeção por CD em doentes nesta unidade era de facto rara, o que explicou o desconhecimento por parte de grande número de profissionais sobre quais as medidas de controlo da transmissão da doença a adotar perante o mesmo. Apercebi-me que relativamente às vias de transmissão da doença alguns profissionais adotavam medidas em excesso e outros pelo contrário, por defeito. Perante esta evidência identifiquei mais uma oportunidade com necessidade de intervenção do ponto de vista formativo. Assim, propus à enfermeira orientadora a realização de uma ação de formação que envolvesse quer os enfermeiros quer os assistentes operacionais sobre CD, o seu modo de transmissão e medidas a adotar para prevenir e controlar a transmissão da doença. A proposta foi bem acolhida pela enfermeira orientadora. Verifiquei que em relação à família desta doente e ao lar de onde era proveniente, não tinha havido qualquer esclarecimento ou aviso relativamente às medidas a adotar perante um doente com CD. Tomei a iniciativa de contactar o lar, informando-o da infeção por CD identificada nesta doente e que a enfermeira do lar agradeceu muito, pois a doente ocupava um quarto no lar com mais duas senhoras que partilhavam a mesma casa de banho. Relativamente aos assistentes operacionais constatei que, também era necessário intervir relativamente aos cuidados a ter na prevenção da transmissão da doença nomeadamente no que diz respeito à limpeza e desinfeção da unidade da doente.

À semelhança da ação de formação descrita anteriormente esta seguiu exatamente a mesma metodologia, horário e local, no entanto a abrangência desta incluiu também os AO, pois este grupo de técnicos que trabalham em delegação com os enfermeiros e sob a supervisão destes, desempenham também um papel muito importante na prevenção e controlo da infeção associadas aos cuidados de saúde, pois a sua atividade insere-se também na prestação de cuidados diretos aos doentes.

Deste modo procurei com a realização desta ação de formação adequar as estratégias proativas a implementar no serviço no que diz respeito à prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Realizei duas ações de formação visto que estive restringida ao factor tempo de estágio, (180 horas) e a todas as outras atividades que tinha de desenvolver durante o mesmo.

Estiveram presentes doze enfermeiros correspondendo a cerca de 38% do total de enfermeiros e, cinco AO correspondendo a cerca de 56% dos AO, sendo que o número total destes últimos no serviço é de 9.

À semelhança da ação de formação anterior elaborei também um plano de sessão (APÊNDICE X) que serviu como orientador para a apresentação do tema, dos objetivos pretendidos com esta sessão formativa, o tempo contemplado para a mesma, servindo-me assim como guia durante a mesma.

O tema escolhido para a ação de formação foi: “Prevenção e controlo da infeção por *Clostridium Difficile*”.

Sendo esta uma bactéria anaeróbia e por esse motivo não necessitar de oxigénio para sobreviver, sobrevive muito bem no colon. É uma bateria que se reproduz rapidamente estando normalmente controlada pela flora intestinal, no entanto a utilização de antibióticos, a idade avançada e a presença de algumas doenças imunossupressoras, pode levar a um desequilíbrio entre o CD e a restante flora intestinal. Quando isto acontece a bactéria dissemina-se e sai do organismo do individuo infetado através da diarreia para o ambiente à sua volta, sob a forma de esporos (CHLO, 2009). Estes microrganismos são capazes de sobreviver muito tempo no ambiente, que pode ir até vários meses, razão pela qual é de maior importância o conhecimento e cumprimento rigoroso das recomendações de prevenção e controlo desta infeção relativamente à higiene das mãos e do ambiente hospitalar, por parte dos profissionais de saúde.

Estabeleci como objetivos para esta ação de formação:

- ü Divulgar as recomendações emanadas pela CCIH, e que vêm descritas pela DGS para a prevenção e controlo da infeção associada ao CD;
- ü Dar a conhecer as características específicas do CD;
- ü Dar a conhecer o meio de transmissão desta bactéria;
- ü Transmitir aos profissionais de saúde, quer enfermeiros, quer AO quais as medidas a adotar para evitar a disseminação da doença.

Para melhor fundamentar esta temática recorri a pesquisa bibliográfica quer a nível nacional quer a nível Internacional, (CHLO, 2009; CDC, 2010). Utilizei como material didático à semelhança da ação de formação anterior a utilização do computador e elaborei um power point com a apresentação (APÊNDICE XI) que teve grande receptividade por parte dos profissionais.

Relativamente às medidas de controlo da infeção por CD, estas direcionam-se em duas vertentes: a prevenção do contágio por transmissão fecal-oral do CD e a redução das hipóteses dos hospedeiros desenvolverem a doença após o contágio (CHLO, 2009). Procurei incidir a formação na prevenção do contágio por transmissão fecal-oral do CD. Esta prevenção assenta na aplicação de medidas de controlo ambiental, higiene das mãos e na utilização de métodos de barreira, o que explica que para o CD as precauções padrão não são suficientes, pelo que nestes casos medidas de isolamento de contacto são as que devem ser instituídas nestes doentes (CDC, 2011). Constatei que a maior parte destes profissionais que se encontravam na ação de formação achavam que as medidas padrão eram suficientes para o

controlo da infeção, pelas questões colocadas e pela sua surpresa ao referir que eram necessárias mais medidas. Isto demonstra o desconhecimento sobre a conduta a tomar nestes casos e desconhecimento das recomendações da CCIH que comprometiam os doentes, familiares e ambiente hospitalar.

O foco desta ação de formação incidiu na lavagem das mãos, no uso de barreiras eficazes nomeadamente luvas e avental e nas medidas a tomar na limpeza e desinfeção do ambiente. Falo apenas em lavagem das mãos e não higienização das mãos pois esta contempla a desinfeção das mãos com solução alcoólica e os esporos do CD não são sensíveis ao álcool pelo que esta última não deve ser feita. Esta constatação revelou-se também uma surpresa para os presentes, principalmente para os AO. Sendo a lavagem das mãos uma prática simples mas a mais importante para a prevenção da infeção nosocomial (CDC, 2011) e apoiada por vários trabalhos de investigação como uma medida de categoria IA, esta deve ser um procedimento de rotina para todos os profissionais de saúde.

Relativamente às medidas de prevenção e controlo da infeção relacionadas com o meio ambiente hospitalar considerei relevante lembrar a elevada resistência dos esporos no meio ambiente. Estes podem permanecer durante muito tempo no ambiente hospitalar, caso as medidas de higiene não sejam as mais adequadas e eficazes, e que devem ser efetuadas em todas as superfícies e equipamentos, nomeadamente locais frequentemente esquecidos aquando da limpeza e desinfeção da unidade do doente, nomeadamente os parapeitos das janelas, os interruptores, botões de equipamentos, suportes de soros, braçadeiras de tensão arterial entre outros. Lembrei que a desinfeção não substitui a limpeza sendo esta indispensável. Aproveitei para relembrar, a existência no serviço de um produto cuja composição é à base de peróxido de hidrogénio e que tem função detergente e desinfetante simultaneamente, tendo sido recomendado pela CCIH dada a sua eficácia como agente esporicida. Por isso, deve ser usado para as superfícies e equipamentos sensíveis ao cloro, nomeadamente colchões e almofadas, (CHLO, 2011).

Foi uma experiência muito enriquecedora, com grande receptividade por parte de todos os elementos, dinâmica, com muitos espaços para esclarecimentos de dúvidas e partilha de conhecimentos, tendo sido referido e reconhecido por todos a importância desta partilha que torna possível abordar questões da prática diária dos cuidados que, normalmente não são questionadas e que, por isso se tornam muitas vezes em gestos automáticos, que nem sempre estão de acordo com as recomendações baseadas na evidência.

Com esta ação de formação pretendi intervir tendo em conta as necessidades formativas evidenciadas, procurando levar para a prática clínica os resultados da evidência científica e as recomendações da CCIH da instituição relativamente à prevenção e controlo da infeção por CD (UCP, 2010). Deste modo sensibilizei os dois grupos profissionais (enfermeiros e AO) para a adoção de comportamentos e medidas consideradas como boas práticas, procurei alterar as atitudes de outros através da reflexão na e sobre as práticas, visando a diminuição da

transmissão da doença e conduzindo à qualidade dos cuidados a prestar, conseguindo assim obter ganhos para a saúde de todos (UCP, 2010).

Este trabalho foi incluído na pasta que deixei no serviço com os trabalhos anteriores para possibilitar a todos os profissionais uma consulta rápida sobre estas temáticas.

No final da ação de formação foi distribuído um questionário de avaliação da sessão, (APÊNDICE XII) igual ao utilizado na sessão anterior que me foi posteriormente entregue pela enfermeira orientadora devidamente preenchido quer pelos AO quer pelos enfermeiros.

Os resultados evidenciaram que os formandos (Enfermeiros e AO) concordam e concordam completamente que as suas práticas vão melhorar após esta ação de formação. (APÊNDICE XIII e APÊNDICE XIX).

Face a estes resultados considero ter atingido os objetivos propostos. Em todo o percurso, procurei partilhar experiências, transmitir conhecimento, detetar situações passíveis da minha intervenção e estabelecer as tomadas de decisão adequadas para a mudança de comportamentos e atitudes (UCP, 2010). Sensibilizei e alertei os profissionais de saúde para o facto de que a prevenção da infeção ser uma necessidade que é exequível e por isso possível, cabendo a cada um desses profissionais esse dever, para todos atingirmos o objetivo final das nossas praticas de cuidados que é o Cuidar seguro para todos.

## 2 - CONCLUSÃO

A sociedade atual caracteriza-se pela, competitividade, inovação, dinamismo, avanço na ciência e progresso tecnológico, exigindo de todos e das organizações cada vez mais e, isto com um único objetivo: a obtenção de mais eficiência, rapidez e qualidade (SOARES, 2009). A área da saúde não fica de fora destas transformações, pelo que a mesma exige a excelência na prestação de cuidados e deve fazer parte da conduta de todos os profissionais que, por seu lado devem também pretender a excelência no Cuidar. Este cuidar em Enfermagem é um desafio constante, pois para além do uso das palavras “trata-se de fazer funcionar o sistema de cuidados em geral e o hospital em particular para a saúde do beneficiário dos seus cuidados, sem esquecer a dos seus familiares, na sua situação particular”( HESBEEM 2000, p.4). Isto requer competência, mas para se ser competente não basta ter somente conhecimentos, é necessário saber utilizá-los e mobilizá-los adequadamente, é necessário ser eficaz e oportuno na gestão dos recursos materiais, tecnológicos e científicos, mas sobretudo é necessário ser inteligente e perspicaz na utilização dos recursos que lhe são intrínsecos, nomeadamente as suas experiências anteriores, a sua capacidade relacional, de comunicação e de empatia.

Na tentativa de ir ao encontro do desenvolvimento destas competências, procurei aprofundar os conhecimentos num domínio específico, pois considero que só assim conseguirei manter uma prática de elevado nível na prestação de cuidados de acordo com as necessidades encontradas.

A unidade curricular estágio, do curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de especialização em EMC, permitiu-me desenvolver competências de Enfermeira especialista em EMC.

Chegado o fim deste percurso impõe-se a realização deste relatório que constitui um instrumento de reflexão e análise das situações vividas nos estágios e das atividades desenvolvidas para atingir os objetivos inicialmente traçados para cada um deles, com vista ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista. Ambos os estágios, quer o estágio efetuado na CCIH do HSAC, quer o estágio na UCI do HSF, fruto da diversidade de situações que neles ocorrem, reuniram as condições para que pudesse desenvolver competências específicas para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto/ idoso/ família com doença grave e ou em situação crítica, que estão previstas no plano de estudos deste mestrado para a obtenção do grau de enfermeira especialista em EMC.

O desenvolvimento destas competências passaram pela minha vivência em inúmeras situações complexas que foram ocorrendo em cada um dos contextos da prática e, para as quais eu tive necessidade de estabelecer critérios de atuação que passaram pela avaliação, planeamento, intervenção, e avaliação dos resultados. Em todas elas demonstrei saber estabelecer prioridades de atuação, conseguindo atuar oportuna e adequadamente em cada uma delas e, em situações de dúvida, mantive sempre uma postura de humildade em reconhecer as minhas limitações, recorrendo a outros profissionais, visando única e

exclusivamente o bem-estar do doente/ família através de uma prática holística, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

Indo ao encontro do que se espera de um enfermeiro e, baseando-me num dos pilares fundamentais da Enfermagem, o conceito de cuidar; nas minhas práticas ao longo destes estágios, não só prestei cuidados técnicos, com o também prestei atenção “às pequenas coisas” aos pequenos gestos, ao sentido do olhar, ao sorriso, ao silêncio dos doentes / família, às pequenas coisas que para eles naqueles momentos lhes faziam sentido. Procurei responder às suas expectativas e ansiedades, proporcionando-lhes conforto e satisfação, através do estabelecimento de uma relação interpessoal e empática, respeitando os princípios deontológicos e éticos da profissão, utilizando para o efeito estratégias de comunicação adequadas. Com isto procurei a melhoria da qualidade dos cuidados prestados numa perspetiva do doente/ família.

O leque de experiências, aprendizagens e conhecimentos, oriundos da minha experiência de vida pessoal, profissional e da minha formação académica, traduzindo o meu património individual como pessoa e como enfermeira, permitiu-me transpor os conhecimentos aprofundados nesta área complexa da EMC para a minha prática e dos outros profissionais, de acordo com a melhor evidência científica. Utilizei de forma pertinente os resultados da investigação científica, que tornaram possível ao longo dos dois estágios, a identificação de situações de risco para os doentes, e sobre elas atuar com vista à mudança de comportamentos e atitudes, permitindo-me manter sempre a minha linha condutora que, assentou nas boas práticas.

Pretendo seguir enquanto futura enfermeira especialista e posteriormente como enfermeira especialista com a mesma atitude demonstrada neste relatório, de profissional qualificada e com domínio especializado nesta área da EMC, levando deste percurso um vasto número de competências que vi reforçadas durante estes módulos de estágio e, que tenho como objetivo transpor para a minha prática de cuidados. Vi potenciadas as minhas capacidades de adequação da resposta, face às especificidades encontradas nos cuidados de enfermagem e deste modo pude demonstrar a importância que o enfermeiro especialista tem na enfermagem, e nas organizações.

Não posso deixar de falar do contributo das enfermeiras orientadoras e restantes profissionais de saúde com quem, durante esta prática tive o privilégio de contactar. Não posso deixar de referir o papel de relevo na minha orientação em todo o percurso da Professora Filipa Veludo.

As minhas principais dificuldades consistiram em passar para o papel todo o meu percurso, no entanto compreendo que só desta forma é que poderei contribuir para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem. Outra das grandes dificuldades residiu no facto de por vezes e foram muitas, ter dificuldade em conciliar a minha vida pessoal e familiar, a minha vida laboral, com a realização dos estágios, projetos, e até mesmo este relatório, sentindo sempre que os períodos estabelecidos para a execução dos mesmos era reduzido.

## 4 - REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNOLO [et al] (2011) – Assistência de Enfermagem no Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) Grave. **Uninga Review**. ISSA:2178-2571. Vol. 07, nº 2 (Julho/ Setembro 2011). p. 05-13. [Online] Acedido em: 02/11/2011.

Disponível em:

<http://uningareview.com.br/adm/uploads/a2edd3289c1dd9ddb44a5f5fe2859bda.pdf#page=5>

ALARCÃO & TAVARES (2007) – Supervisão Clínica na Enfermagem, no Caminho da Excelência. **Supervisão Clínica** [Online]. Acedido em: 10/02/2012.

Disponível em:

<http://supervisãoclinicanaenfermagem.Wikidot.com>

ALMEIDA & RIBEIRO (2008) – Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. **Revista Referência**, IIª série, nº 7. (2008) p.79-88

ALMEIDA [et al] 2011 – Saúde em análise. Uma visão para o futuro. **Deloitte Consultores**. [Online]. Acedido em: 28/03/2012.

Disponível em:

<http://www.deloitte.com/assets/Dcom>

AMARO & JESUS (2007) – Comportamentos Comunicacionais Assertivos e Burnout nos Profissionais de Enfermagem. **Forum Enfermagem**. [Online]. Artigo cedido pela Revista Nursing nº223 (Junho 2007). Acedido em: 28/10/2011.

Disponível em:

[http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2884:comportamentos-comunicacionais-assertivos-e-burnout-nos-profissionais-de-enfermagem&catid=154](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2884:comportamentos-comunicacionais-assertivos-e-burnout-nos-profissionais-de-enfermagem&catid=154):

BARRA [et al] (2006) – Evolução Histórica e Impacto da Tecnologia na área da Saúde e da Enfermagem. **Revista Eletrónica de Enfermagem**. [Online]. Vol.08, nº3.(2006), p.422-430. Acedido em: 16/01/2012

Disponível em:

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7081>

BENNER (2001) – **De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Quarteto editora, edição comemorativa. ISBN 972-8585-97-X

CASTRO [et al] (2011) – Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada numa UCI: Revisão sistemática da Literatura. **Pensar Enfermagem**. Vol.15,nº2 (2º semestre de 2011)

CDC (2002) – **Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings**. Centers for Disease Control. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA, Hand Hygiene task force. Atlanta. Vol.51/No.RR-16. [Online] Acedido em: 14/07/2011.

Disponível em:

<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (2010) – **Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults**. Infection Control and hospital Epidemiology. Vol.31, nº 5. (Maio 2010) [Online] Acedido em : 03711/2011.

Disponível em:

<http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/cdiff/Cohen-IDSA-SHEA-CDI-guidelines-2010.pdf>

CENTER FOR DISEASE CONTROL (2011) – **Guideline for Prevention of Intravascular Catheter related Infections**. June 2011. [Online] Acedido em:08/06/2011

Disponível em:

<http://www.cdc.gov/hicpac/pubs.html>

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE (2007) – Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro. [Online]. Acedido em 11/02/2012.

Disponível em:

<http://www.chlc.min-saúde.pt>

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE (2009) – **Prevenção da Infecção Associada ao Tratamento da roupa hospitalar. Procedimento Multisetorial**. Norma Comissão de controlo da Infecção nº 121. (Novembro de 2009)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL EPE (2009) – **Recomendações para a Prevenção da Infecção a Microrganismos Alerta: Clostridium Difficile**. Comissão de Controlo de Infecção. Norma III (2009)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL EPE (2010) (a) – Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central. EPE [Online].Acedido em: 2/04/2012. Disponível em: <http://chlc.min-saude.pt/NR/rdonbyres/B456A39A-50F4-44AC-818D>

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL EPE (2010) (b) – Hospital de São Francisco Xavier. Relatório de gestão de contas. [Online]. Acedido em 20/12/2011.

Disponível em:

[http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Relatóriocontas/?sm=1\\_4](http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Relatóriocontas/?sm=1_4)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL EPE (2011) – **Desinfecção de Superfícies e Equipamentos Sensíveis ao Cloro, Contaminados por clostridium Difficile**. Comissão de Controlo da Infeção. Norma. 1ª Edição. (20 de Outubro 2011)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL EPE (2012) (a) – **Hospital de são Francisco Xavier. Serviços Clínicos-Urgência** – Lisboa. [Online]. Acedido em:01/03/2012.

Disponível em :

[http://www.chlo.min-saude.pt/ServiçosClínicos/Urgência/?sm=2\\_1](http://www.chlo.min-saude.pt/ServiçosClínicos/Urgência/?sm=2_1)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL EPE (2012) (b) – **Jornal do Centro**. Lisboa. ISSN:1646-379X. nº 68 (Janeiro, Fevereiro, Março 2012)

COLLIÉRE (1999) – **Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Lidel, Edições Técnica e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 385p., ISBN 972-757-109-3

CORNIANI [et al] (2000) – Liderança e Comunicação: Opinião dos Enfermeiros Responsáveis pelos serviços de Enfermagem de um hospital Governamental. **Revista Esc. Enfermagem**. [Online]. Vol.34, nº4 (Dezembro 2000). Acedido em: 11/03/2012

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a05.pdf>

DECRETO-LEI nº 74/2006. **D.R. I Série**. 60 (2006-03-24). p. 2242-2251 – Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior

DECRETO-LEI nº104/98. **D.R. I Série** (2008-04-28) - Alterado e Republicado pelo Decreto-lei nº 111/2009 (2009-09-16) - Alteração do Estatuto da Ordem dos enfermeiros

DIENER [et al] (1996) – Infeções Relacionadas ao Cateter Venoso Central em Terapia Intensiva. **Revista Ass. Med. Brasil**. [Online].Vol.42, nº4 (1996). P.205-214. Acedido em: 20/11/2011.

Disponível em:

<http://198.106.92.3/informativos/coluna/docs/artigodiener.pdf>

DIREÇÃO GERAL da SAÚDE (2007) – **Comissões de Controlo de Infeção**. Circular Normativa Nº 18/DSQC/DSC de 15 de Outubro de 2007

DIREÇÃO GERAL da SAÚDE (2008) – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de saúde**. Manual de Operacionalização. (Fevereiro de 2008).

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010) – **Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. Circular Normativa. Nº07/DQS/DQCO. (31 de Março de 2010)

DIREÇÃO GERAL da SAÚDE (2010/2011) – **Relatório Campanha Nacional de Higiene das Mãos 2010/2011**. Departamento da qualidade na saúde

DONABEDIAN (2009) – Qualidade como Diferencial. A Ciência da “ Bundle”. **Jornal Examine. Boletim Informativo Científico do Cerpe Diagnósticos**. Ano V, nº 23 (Janeiro/ Fevereiro de 2009)

FEITOSA [et al] (2004) – Traumatismo Crânio- Encefálico: Diagnósticos de Enfermagem a vítimas atendidas em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. ISSN 1518-1944. Vol.06, nº 02 (2004). P. 223-233

FILHO & COSTA (2007) – A importância das características pessoais do auditor de sistema de gestão. **Revista Produção Online**. Brasil. ISSN 1676-1901. Vol.7, nº 2. (Agosto 2007) p. 118-125

FREITAS [et al] (2002) – **Triagem no serviço de Urgência: Grupo de Triagem de Manchester** – Manual do Formando. BMJ Publishing Group. Lisboa. 1997.

FURUYA [et al] (2011) – **Central Line Bundle Implementation in U.S. Intensive Care Units and Impacto in Bloodstream Infections**. (Janeiro de 2011). [Online] Acedido em: 11/06/2011. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0015452>

GELBCKE [et al] (2009) – Liderança em Ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem REFEn**. Brasilia [Online]. Vol.62, nº1 (Fevereiro, 2009) p. 136-139 Acedido em:10/04/2012. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019601020.pdf>

HESBEEN (2000) – **Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de enfermagem Numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2011) – **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Lisboa: INEM

KOHN & MORAES (2007) – O Impacto das Novas Tecnologias na Sociedade: Conceitos e Características da Sociedade de Informação e da Sociedade Digital. **Intercom**. [Online]. (Agosto-Setembro 2007) p.1-13. Acedido em:22/02/2012 Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/resumos/R1533-1.pdf>

LAZURE (1994) – **Viver a Relação de Ajuda**. Lusodidacta. ISBN: 972-95399-5-2

LEITE & FARO (2005) – O Cuidar do Enfermeiro Especialista em reabilitação físico-motora. Relato de experiencia. **Revista Escolar Enfermagem**. USP. Vol.39 nº1 (2005).p.92-96.[Online] Acedido em: 3/11/2011.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf>

LISBOA & RELLO (2008) – Prevencion de Infecciones Nosocomiales: Estratégias para Mejorar la Seguridad de los Pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Espanha: **Med Intensiva**, Vol. 32. Nº5. (2008) (248-252)

LOURENÇO & SILVA (2011) – Abordagem ao Traumatismo Crânio-Encefálico. Intervenções de Enfermagem. **Revista Nursing** (Janeiro de 2011)

MELEIS (2010) – Transitions Theory: Middle-Range and Situation – Specific Theories in Nursing Research and Practice. **Springer Publishing Company LLC**. New York. ISBN: 978-0-8261-0535-6 (2010).[Online]. Acedido em: 7/04/2012

Disponível em:

[http://scholar.google.pt/scholar?q=+AFAP+MELEIS+Experiencing+transitions+emerging+Middle+range+theory+2000+Advances+Nursing&btnG=&hl=pt-PT&as\\_sdt=0](http://scholar.google.pt/scholar?q=+AFAP+MELEIS+Experiencing+transitions+emerging+Middle+range+theory+2000+Advances+Nursing&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0)

MARUITI & GALDEANO (2007) – Necessidades de familiares de pacientes internados em Unidades de Cuidados Intensivos. **Acta Paulista enfermagem**. São Paulo. Vol. 30, nº 1 (2007) p. 37-43

NHS (2008) – Central Vascular Catheter Maintenance Care Bundle. National Healthcare Scotland. **Scotist Patient Safety Programme**. (Fevereiro 2008). [Online] Acedido em: 5/06/2011. Disponível em:

<http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/bundles/cvc/maintenance-bundle.pdf>

NOLAN [et al] (2010) – **European Resuscitation Concil Guidelines for Resuscitation 2010**. Conselho Português de Ressuscitação

OCHÔA (2004) – A Redescoberta Contínua da Qualidade: Uma Reflexão sobre Práticas e Intervenção de uma equipa. **Editorial Apbad**. [Online]. Nº 002 (2004). ISSN:0007-9421 p.19-32. Acedido em: 20/02/2012

Disponível em:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/385/38500203.pdf>

OLIVEIRA (2003) – Rotulagem e Folheto Informativo de Dispositivos Médicos. **Infarmed**. (Setembro 2003).[Online] Acedido em: 13/04/2011

Disponível em:

[http://www.infarmed.pt/pt/noticias\\_eventos/.../dispositivos\\_medicos/isabel\\_O.pdf](http://www.infarmed.pt/pt/noticias_eventos/.../dispositivos_medicos/isabel_O.pdf)

OLIVEIRA [et al] (2009) – Uma Contribuição da Semiótica para a Comunicação Visual na área da Saúde. **Interface – Comunic.,Saúde, Educ.**,[Online] Vol. 13, nº29. (Abril-Junho 2009) p.409-420. Acedido em: 11/03/2012

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a13.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – **Competências do Enfermeiro de Cuidados gerais**. Divulgar. Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2004)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Caderno temático. Lisboa: Ed. Ordem dos Enfermeiros

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação Crítica**. Lisboa. Ed. Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2010).

PHANEUF (2005) – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Lusociência. Loures. ISBN:972-8383-84-3.633p.

PEREIRA [et al] (2000) – Controle da Infecção Hospitalar em unidade de Terapia Intensiva: Desafios e Perspetivas. **Revista Eletrónica de Enfermagem [Online]**. Goiania. Vol.2, nº1. ISSN 1518-1944 (outubro- Dezembro 2000). Acedido em: 08/11/2011.

Disponível em:

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

PEREIRA [et al] (2005) – A Infecção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem** Goias. Vol.14, nº3 (Abril-Junho 2005) p. 250-257

PINA [et al] (2010) – Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Elsevier. Espanha. Volume Temático, nº10. (Setembro 2010).p.27-39

PORTUGAL (1990) – Ministério da Saúde. **Lei de Bases da Saúde**. Lei nº 48/90. D.R.I Série.195 (24/08/1990)

PORTUGAL (1996) – Ministério da saúde. Decreto – Lei Nº 161/96, 4 de Setembro. I Série A. Nº205

PORTUGAL (1998) – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104798, de 21 de Abril, artigo 9º

PORTUGAL (2001) – Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. **Rede Hospitalar de Urgência/emergência**. Lisboa: Direção- Geral de Saúde, 2001.ISBN 972-9425-99-X [Online]. Acedido em:14/02/2012.

Disponível em:

[http://www.dgs.pt/upload/membro\\_id/ficheiros/i005661.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/i005661.pdf)

PORTUGAL (2003) – Ministério da Saúde. Direção dos Serviços de Planeamento. **Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu Desenvolvimento**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2003. ISBN 972-675-097-0

PORTUGAL (2007) – Direção Geral de Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos cuidados de Saúde**. PNCI (Março 2007).

PORTUGAL (2008) – Direção Geral de Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização** (Fevereiro de 2008).

PORTUGAL – (2009) – **Código Deontológico dos enfermeiros**. Inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro

ROXO (2008) – O Toque na Prática Clínica. **Referência-II**. Nº6 (Junho 2008) p.77-89

SÁ (1999) – Comunicação com doentes ventilados. **Nursing**. Lisboa. Nº 129. (Janeiro 1999).p.26-29

SALOMÉ (1994) – **Relação de ajuda – Guia para Acompanhamento Psicológico de Apoio Pessoal, Familiar e Profissional**. Edição Brasileira. Brasil: Editora Vozes Ltda. ISBN 85-326-1152-4

SALOMÉ [et al] (2008) – O Ser Profissional de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm**. São Paulo. Vol. 21,nº 2. (2008) p.294-299. Acedido em: 9/12/2011

Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt\\_a10v21n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a10v21n2.pdf)

SHEEHY'S (2001) – **Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática**. 4ª Edição. Loures: Lusociência, (2001).ISBN 972-8383-16-9.877p.

SILVA (2002) – Correntes de Pensamento em Ciências de enfermagem. **Millenium 26**. [Online]. Acedido em: 20/04/2012

Disponível em:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%c3%aancias%20de%20enfermagem.pdf>

SILVA (2008) – A Enfermagem na Era da Globalização: Desafios para o Século XXI. **Revista latino-am Enfermagem**. Brasil [Online].(Julho- Agosto 2008).Vol.16, nº4. Acedido em: 16/12/2011

Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_21.pdf)

SILVA & PONTE (2011) – Cuidados de Conforto como Resultado da Prática de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. **16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Campo Grande. [Online]. (Junho 2011). Acedido em: 04/01/2012

Disponível em:

<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0205.pdf>

SILVEIRA [et al] (2005) – Uma Tentativa de Humanizar a Relação da Equipe de Enfermagem com a Família de Pacientes Internados em UCI. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. Vol,14 (ESp.) (2005) p. 125- 130

SIMÕES & FAVERO (2003) – O Desafio da Liderança para o Enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol.11, nº5 (Setembro-outubro 2003)

SIMÕES & GARRIDO (2007) – Finalidade das estratégias de Supervisão utilizadas em ensino Clínico de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**. (Outubro-Dezembro de 2007). 16(04),p.599-608. ISSN 0104-0707. [Online]. Acedido em: 10/12/2011.

Disponível em:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/714/71416403/71416403.html>

SIQUEIRA [et al] (2006) – Relacionamento Enfermeiro, Paciente e Família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq. Med.ABC**. Artigo Original. Vol.31,nº 2 (2006) p. 73-77. [Online] Acedido em: 27/10/2011.

Disponível em:

<http://site.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf>

SOARES (2009) – Qual o papel das Enfermeiras e das Organizações de Saúde? **Revista Nursing** (Março 2009).p.34-37

TOMEY & ALLIGOOD (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-74-6

TREVIZAM [et al] (1998) - Liderança e Comunicação no Cenário da Gestão em Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol.6, nº5 (1998)

UCP – ICS/ESPS (2010) – **Enfermagem – Mestrado em Enfermagem Natureza Profissional – Regulamento Geral**, 2010.

VARGAS & BRAGA (2006) – **O Enfermeiro da Unidade de Tratamento Intensivo. Refletindo sobre o seu papel**. [Online]. Acedido em: 9/11/2011.

Disponível em:

<http://www.unifafile.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459>

ZACARIAS [et al] (2009) – Implantação de Tecnologias de cuidado em Unidades de Terapia Intensiva aos Usuários e seus Familiares. **Ciência Cuidado Saúde**.Brasil.Vol.8, nº 2 (Abril-Junho 2009).p.161-168

## APÊNDICES

## APÊNDICE I




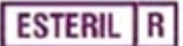




Símbolos das Embalagens dos Dispositivos Médicos

## APÊNDICE I

### SÍMBOLOS NAS EMBALAGENS DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS. SABE O QUE SIGNIFICAM?



Fonte: blog.opovo.com.br

	PRAZO DE VALIDADE DO DISPOSITIVO MÉDICO
	CÓDIGO DO LOTE
	ESTERILIZADO COM OXIDO DE ETILENO
	ESTERILIZADO POR RADIAÇÃO GAMA
	DISPOSITIVO PROCESSADO USANDO TÉCNICAS ASSÉPTICAS
	ESTERILIZADO POR CALOR HÚMIDO OU SECO
	DATA DE FABRICO
	DISPOSITIVO DE USO ÚNICO / NÃO REUTILIZAR

Fonte: Documento adaptado do folheto informativo de Dispositivos Médicos do INFARMED. Co-autora: Leonor Saramago, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela UCP de Lisboa, sob tutoria da Prof. Filipa Veludo.

## APÊNDICE II

Tabela de Diluição das Pastilhas Desinfetantes de Preset

## APÊNDICE II

### TABELA DE DILUIÇÃO DE PASTILHAS DESINFECTANTES DE PRESEPT® (Dicloroisocianurato de Sódio) Na DCC



**Âmbito:** Desinfecção de superfícies nas unidades de saúde

**Objectivo geral:** Garantir a concentração de desinfetante adequada, segundo as indicações do fabricante.

**Instruções de utilização:** 1) Seleccionar o nº de pastilhas, para a diluição pretendida, segundo a tabela. 2) Todas as soluções devem ser preparadas diariamente 3) Limpar com água e detergente previamente as superfícies a desinfectar 4) Enxaguar com água limpa, antes de desinfectar ou mergulhar na solução de Preset 5) Certificar que todas as superfícies ficam em contacto com a solução 6) Após a desinfecção enxaguar todas as superfícies com água limpa e secar 7) As pastilhas de Preset devem ser mantidas no seu recipiente original, num lugar seco e ao abrigo da luz solar directa 8) Não deixar o recipiente sem tampa.

#### Tabela de instruções de diluição

Desinfecção de:	Cloro disponível	Pastilhas de 0,5g	Pastilhas de 2,5g	Pastilhas de 5,0g	Instruções adicionais
Derrame de sangue	10.000ppm	18 pastilhas em 0,5 litros de água	7 pastilhas em 1 litro de água	9 pastilhas em 2,5 litros de água	Deitar sobre o sangue, utilizar luvas, limpar com pano saturado de desinfetante
Bancadas de trabalho, chão, (superfícies)	140 ppm	1 em 2l de água	1 em 10l de água	1 em 20l de água	lavar
Ambiente em caso de clostridium difficile	5000 ppm		7 em 2,5l de água ou 3,5 pastilhas em 1l de água	9 em 5l de água ou 2 em 1l	

Fonte: Adaptado de "Advanced Sterilization Products Johnson"- Technical information. Ethicon, Inc.2008-2009. Maria Leonor Saramago - Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela UCP de Lisboa, sob tutoria da Prof. Filipa Veludo.

## APÊNDICE III

*Bundle* de Manutenção do Cateter Venoso central

## APÊNDICE III

### "BUNDLE" DE MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

ELEMENTOS DA "BUNDLE" A OBSERVAR	MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO											
	AVALIAÇÃO POR CADA ENFERMEIRO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Higiene das mãos												
Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC												
Desinfectar os acessos ao sistema com álcool a 70º quando se vai aceder ao mesmo												
Inspeccionar o local de inserção diariamente												
Anti-sepsia da pele com cloroheixidina a 2% a quando da substituição do penso												
Cumprimento da "Bundle"												

Fonte: Grelha adaptada da *Bundle* de manutenção da NHS. Coautora Maria Leonor Antunes de Figueiredo Saramago, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP. Lisboa. Sob Tutoria Prof<sup>a</sup> Filipa Veludo

#### Legenda:

- 1) Os 5 elementos da "Bundle", têm que ser cumpridos, sempre que o profissional de saúde vai fazer algum procedimento ao CVC
- 2) Cada coluna de 1 a 12 corresponde a cada um dos CVC, sendo a avaliação feita por cateter e não por doente, uma vez que o doente pode ter mais do que um CVC ter mais do que um CVC.
- 3) Se o critério da "Bundle" foi cumprido, colocar um S de "Sim"
- 4) Se o critério da "Bundle" não foi cumprido, colocar um N de "Não"
- 5) A "Bundle" só terá sido cumprida se o seu cumprimento " Sim" for a 100% em todas as observações (conceito do tudo ou nada)

## APÊNDICE IV

Poster para a sala de Espera da UCI

# APÊNDICE IV

UCIC – Hospital São Francisco Xavier

Bed	HR/ECG	NIBP	SpO2
Bed 5	76	111/65	95
Bed 6	80	101/56	89
Bed 7	75	104/71	94
Bed 8	93	171/86	94
Bed 9	Monitor disconnected from network		
Bed 10	Recorder: disconnects Bed 10: disconnectec		

**Tem o seu familiar  
na Unidade  
Cuidados  
Intensivos?**

*Esclareça as suas dúvidas com a  
equipa multidisciplinar desta  
Unidade. Estamos aqui para o apoiar.*

**AGUARDE  
NÃO FALE ALTO  
CONFIE**

Realizado por Leonor Saramago, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela UCP de Lisboa, sob tutoria da Prof. Filipa Veludo.

Fonte da imagem de sala de espera: <http://blogdochorik.blogspot.com>.

## APÊNDICE V

*“Bundle de Manutenção do Cateter venoso Central. Registo na Grelha das 12 Observações efetuadas*

## APÊNDICE V

### "BUNDLE" DE MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

ELEMENTOS DA "BUNDLE" A OBSERVAR	MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO											
	AVALIAÇÃO POR CADA ENFERMEIRO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Higiene das mãos	S	N	N	N	S	S	N	N	S	N	S	S
Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Desinfetar os acessos ao sistema com álcool a 70° quando se vai aceder ao mesmo	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N
Inspeccionar o local de inserção diariamente	N	N	S	S	N	S	N	S	S	S	S	N
Anti-sepsia da pele com clorhexidina a 2% a quando da substituição do penso	S	N	S	N	S	N	N	S	N	S	N	N
Cumprimento da "Bundle"												

#### Legenda:

- 1) Os 5 elementos da "Bundle", têm que ser cumpridos, sempre que o profissional de saúde vai fazer algum procedimento ao CVC
- 2) Cada coluna de 1 a 12 corresponde a cada um dos CVC, sendo a avaliação feita por cateter e não por doente, uma vez que o doente pode ter mais do que um CVC ter mais do que um CVC.
- 3) Se o critério da "Bundle" foi cumprido, colocar um S de "Sim" (vêr apêndice V)
- 4) Se o critério da "Bundle" não foi cumprido, colocar um N de "Não" (vêr apêndice V)
- 5) A "Bundle" só terá sido cumprida se o seu cumprimento " Sim" for a 100% em todas as observações (conceito do tudo ou nada)

#### Observações:

Sendo a "Bundle " composta por 5 elementos ou critérios a observar, que passo a citar: 1- higienização das mãos antes e depois de cada procedimento; 2- avaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC; 3- desinfetar os acessos ao sistema com álcool a 70° quando se vai aceder ao mesmo; 4- inspeccionar o local de inserção diariamente; 5- antisepsia da pele/ local de inserção com solução alcoólica de clorhexidina a 2% aquando da substituição do penso. A observação e respetivo registo da " Bundle" teve como base estes 5 elementos, a partir dos quais era colocado na grelha um S de sim ou N de Não consoante estes elementos eram cumpridos ou não nas práticas. Relativamente aos cinco elementos de

observação que compõem a grelha, há a referir que o que tem de ser observado em cada momento de verificação, é o "foco" de cada critério ou elemento.

Por razões éticas os resultados destas observações não serão divulgados por não deter autorização expressa do hospital para tal.

## APÊNDICE VI

Plano de Sessão da ação de Formação – Prevenção e Controlo da Infecção associada ao CVC

## APÊNDICE VI



### PLANO DE SESSÃO

TEMA: Prevenção e controlo da Infecção associada aos cateteres venosos centrais

LOCAL: Unidade de cuidados Intensivos. Sala de trabalho

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

FORMADOR: Leonor Saramago

OBJETIVO GERAL: Adoção de práticas seguras na manutenção e manipulação dos cateteres centrais e de acordo com a melhor evidência

OBJETIVOS ESPECIFICOS: - Alertar os profissionais para as práticas de risco que vêm praticando na prestação de cuidados-

Sensibilizá-los para um conjunto de medidas com a melhor evidência científica, denominadas

“ Bundles”, o que são, a sua aplicabilidade e o impacto das mesmas na diminuição das infeções associadas aos CVC

- Atualização de conhecimentos sobre práticas seguras

-

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	TEMPO
Introdução	Apresentação do tema e os objetivos	Método expositivo	5 min.
Desenvolvimento	Falar da infeção associada aos CVC, Repercussões da mesma nos doentes, Apresentação das “Bundles”, e comparar o que estas preconizam com as práticas observadas	Método expositivo	20 min.
Conclusão	Síntese dos principais conceitos, esclarecimento de dúvidas e discussão		10 min.
Avaliação	Baseada nos objetivos		5 min

## APÊNDICE VII

Power Point apresentado na ação de Formação – Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cateteres Venosos Centrais

## APÊNDICE VII

[BUNDLES POWERPOINT MEU LEONOR.pptx](#)

Universidade Católica Portuguesa - Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 Centro de Investigação em Enfermagem Médica Cirúrgica

**ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA INFECCÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL**

**"BUNDLES" de cuidados na manutenção do CVC**



Fonte: [www.mediateca.educa.madrid.org](http://www.mediateca.educa.madrid.org)

Trabalho elaborado por: Leonor Saramago, Aluna Do Curso de Mestrado em Enfermagem Médica Cirúrgica da UCP  
 Destinatários: Enfermeiros da UCI  
 Filipa Veludo (Tutora da UCP)

Universidade Católica Portuguesa - Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 Centro de Investigação em Enfermagem Médica Cirúrgica

**As infeções associadas aos cuidados de saúde:**


- comprometem a segurança do doente
- aumentam a morbilidade e mortalidade
- aumentam os gastos em saúde

São :

a face visível da vulnerabilidade do sistema de saúde e um dos seus principais desafios

Universidade Católica Portuguesa - Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 Centro de Investigação em Enfermagem Médica Cirúrgica

**O que é então a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)?**



Fonte: [www.nhs.uk/ogator.com](http://www.nhs.uk/ogator.com)

Uma condição localizada ou sistémica que resulta de uma reacção adversa do organismo à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas.

É adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente desses cuidados

Afecta os destinatários desses cuidados e pode também afectar os profissionais de saúde

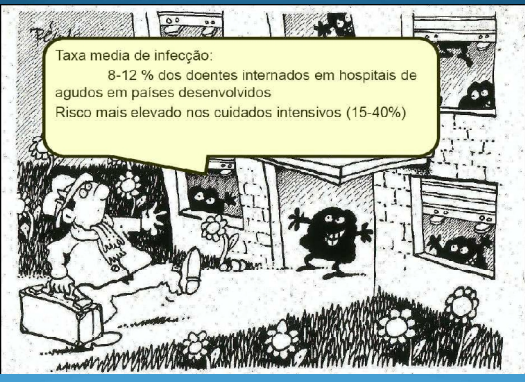
Fonte: CDC, Centers for Disease control and prevention/ NHSN Surveillance definition of Healthcare - associated infection and criteria for Specific types of infection in the acute care setting, 2008

Universidade Católica Portuguesa - Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 Centro de Investigação em Enfermagem Médica Cirúrgica

**Taxa média de infeção:**

8-12 % dos doentes internados em hospitais de agudos em países desenvolvidos

Risco mais elevado nos cuidados intensivos (15-40%)




Fonte: Risco e Segurança em meio hospitalar - Segurança Clínica, 28 de Março de 2008

Universidade Católica Portuguesa - Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 Centro de Investigação em Enfermagem Médica Cirúrgica

Na Europa a prevalência é de 5 a 10% de infeções em doentes internados

Em Portugal no último Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção de 2009 dos 21.459 doentes estudados observou-se uma taxa de 11.03% de prevalência de Infeção Nosocomial

**As UCIs :**



Fonte: [www.mdsaudd.com](http://www.mdsaudd.com)

- são os locais onde se utilizam mais dispositivos médicos invasivos quer para monitorização, quer para intervenção terapêutica.
- onde se regista a maior taxa de prevalência de infeção, cerca de 45,7% segundo o inquérito de prevalência de 2009.

Universidade Católica Portuguesa - Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 Centro de Investigação em Enfermagem Médica Cirúrgica

**Quadro n.º 9 - Prevalência das infeções e de doentes com infeção por área assistencial**

Grupos de Serviços	Doentes Estudados	Doentes com I.N.	I.N.	Pneumónias I.N.	Doentes com I.C.	I.C.	Pneumónias I.C.
Unidade de Cuidados Intensivos - UCI	407	149	36,36%	98	105	25,90%	
Unidade de Consultas	25	9	36%	0	0	0%	
UCIM/ UCIC/ Outras	200	54	27%	21	22	11%	
UCI Pediátrica	43	14	32,56%	9	11	25,58%	
Hematologia	182	50	27,47%	37	37	20,33%	
Outras Unidades de Hospital	65	17	26,15%	12	12	17,69%	
Neurologia	203	41	20,19%	18	19	29,60%	
Cirurgia Digestiva	102	18	17,65%	9	10	9,90%	
Unidade de Transplante Renal	27	7	25,93%	3	3	8,11%	
Cardiologia-Pediátrica	11	2	18,18%	0	0	0%	
Neonatologia	327	50	15,29%	51	52	15,90%	
Cirurgia Urológica	6	1	16,67%	0	0	0%	
Unidade de Consultas Pediátrica	6	1	16,67%	0	0	0%	
Nefrologia	408	54	13,23%	17	17	4,17%	
Medicina Interna	4900	765	15,61%	2065	2156	43,39%	
Oncologia (Médica)	248	37	14,92%	34	37	14,92%	
Cirurgia Cardíaca	81	14	17,28%	5	5	6,17%	
Ginecologia e Obstetrícia	29	4	13,79%	1	1	3,45%	
Neurologia	384	46	11,98%	28	29	7,55%	
Reumatologia	60	7	11,67%	12	13	21,67%	
Rehabilitação	248	38	15,32%	21	21	8,47%	
Oncologia-Pediátrica	44	3	6,82%	8	10	22,73%	
Unidade Cuidados Continuados - UCC	126	13	10,32%	11	11	8,73%	
Transparência	289	20	6,92%	19	21	7,27%	
Total	21459	2182	10,16%	4497	4805	22,39%	

Fonte: Inquérito Nacional de Prevalência de infeção 2009

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em enfermagem médico-pediátrica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**O impacto das IACS é particularmente relevante nas UCIs :**

- ✓ Face à crescente tecnologia médica invasiva,
- ✓ crescente população de doentes idosos e imunodeprimidos,
- ✓ resistência aos antimicrobianos

A cateterização venosa central assume extrema importância na abordagem do doente de cuidados intensivos pela instabilidade hemodinâmica subjacente

Apesar da sua necessidade esta técnica tem riscos:

- ✓ locais
- ✓ sistémicos


UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em enfermagem médico-pediátrica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Consciente deste problema o Institute for Healthcare Improvement (IHI) organização sem fins lucrativos que lidera a melhoria dos cuidados de saúde no Mundo, liderou uma iniciativa Norte Americana que denominou CAMPANHA 5 MILHÕES de VIDAS



Fonte: www.ihl.org


UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em enfermagem médico-pediátrica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Esta CAMPANHA  consistiu em:

- Minimizar acontecimentos adversos evitáveis nos doentes, relacionados com a assistência em Saúde.
- Prevenir mortes evitáveis
- Prevenir outros danos através de programas (12) que estabelecem acções cientificamente comprovadas, nos quais está um denominado:

**"Bundle" de cuidados**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em enfermagem médico-pediátrica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE




OBJECTIVO:

PREVENIR INFECÇÕES DA CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADAS COM O CATETER VENOSO CENTRAL ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE 5 ELEMENTOS DENOMINADOS

**"BUNDLE" DO CVC**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em enfermagem médico-pediátrica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**BUNDLE DO CVC ?**



Fonte: www.tryscience.com

É um grupo de medidas baseadas na evidência científica de nível I, para doentes com CVC e que têm como objectivo a prevenção e controlo da Infecção associada ao CVC

Quando adoptadas em conjunto, demonstram impacto na redução das IACS, do que quando adoptadas individualmente.


O nível de evidência de cada uma destas medidas está claramente estabelecido, fazendo com que a **BUNDLE do CVC** seja considerada **PADRÃO de ASSISTÊNCIA** nos cuidados aos doentes com CVC.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em enfermagem médico-pediátrica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**São 5 as medidas propostas por (Pronovost et al), com a designação de "BUNDLES" de cuidados do CVC**

-  Higienização das mãos antes e depois de cada procedimento  
 Fonte: [http://www.saude.mt.gov.br/portals/control-infecção\\_em\\_unid\\_de\\_cara\\_intensiva.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/portals/control-infecção_em_unid_de_cara_intensiva.pdf)
-  Utilização de equipamento de protecção máxima aquando da inserção do CVC  
 Fonte: [http://www.saude.mt.gov.br/portals/control-infecção\\_em\\_unid\\_de\\_cara\\_intensiva.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/portals/control-infecção_em_unid_de_cara_intensiva.pdf)
-  Antissépsia do local de inserção com solução alcoólica de clorohexidina a 2%  
 Fonte: [http://www.saude.mt.gov.br/portals/control-infecção\\_em\\_unid\\_de\\_cara\\_intensiva.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/portals/control-infecção_em_unid_de_cara_intensiva.pdf)
-  Cateterizar preferencialmente a veia subclávia  
 Fonte: [connection.law.com](http://www.connection.law.com)
-  Retirar os CVC que já não estão a ser necessários  
 Fonte: [www.tabnetribanco.com](http://www.tabnetribanco.com)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências da Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS CENECAS DA SAÚDE



Fonte: www.sitosecuridades.com

**Recomendações baseadas na evidência** e desse modo categorizadas segundo os critérios das organizações abaixo citadas. Baseiam-se nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico, sendo as categorias descritas do seguinte modo:

**Categoria IA:** Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, estudos clínicos ou estudos epidemiológicos.

**Categoria IB:** Fortemente recomendado para implementação, baseado na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos ou estudos epidemiológicos.

**Categoria IC:** Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras organizações ou associações.

**Categoria II:** Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.

**Questão não resolvida:** Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

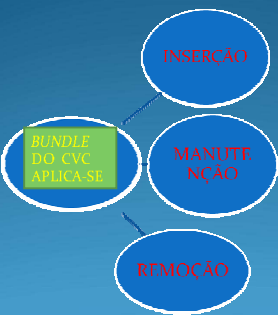
Fonte: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências da Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS CENECAS DA SAÚDE

### FILOSOFIA DAS BUNDLES

- Promovem uma cultura de trabalho estruturada que melhora as práticas.
- Não trazem recomendações novas, apenas promovem as já existentes com melhor nível de evidência e reduzem a variabilidade de recomendações.
- São muito eficazes quando aplicadas em conjunto, em todos os doentes.
- O foco das mesmas assenta numa abordagem do tudo ou nada.
- São relativamente fáceis de implementar e de avaliar.
- Exigem o cumprimento a 100% das mesmas e isto permite atingir o objectivo  
Evoluir para uma taxa de 0% de Infecções associadas ao CVC.
- São definidas pelos autores como as necessárias e suficientes com um nº pequeno de elementos.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências da Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS CENECAS DA SAÚDE



A aplicação da "Bundle" faz-se aquando da inserção, manutenção e remoção do CVC, sendo a sua aplicabilidade distinta em cada um destes momentos

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências da Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS CENECAS DA SAÚDE

### BUNDLE DO CVC - MANUTENÇÃO

É constituída por 5 medidas:

- 1 - Higienização das mãos
- 2 - Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC
- 3 - Precedendo cada manipulação as vias e conexões do CVC devem ser pulverizadas com solução alcoólica ou com álcool a 70º
- 4 - Inspeccionar o local de inserção
- 5 - Antissepsia do local de inserção com solução alcoólica de clorhexidina a 2%.

Nota: A estes 5 elementos há um 6º que corresponde à correcta substituição dos sistemas do CVC (torneiras, prolongamentos, etc), os quais devem respeitar as recomendações da CCH da instituição

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências da Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS CENECAS DA SAÚDE

### "BUNDLE" de MANUTENÇÃO DO CVC

ELEMENTOS DA "BUNDLE" A OBSERVAR POR CADA CVC	MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO AVALIAÇÃO POR ENFERMEIRO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Higienização das mãos												
Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC												
Precedendo cada manipulação as vias e conexões do CVC devem ser pulverizadas com solução alcoólica ou álcool a 70º												
Inspeccionar o local de inserção diariamente												
Anti-sepsia da pele com clorhexidina a 2% a quando da substituição do penso												
Cumprimento da "Bundle"												

Fonte: Adaptação feita pelo autor à "Bundle" de manutenção do CVC da NBS

Legenda:

- 1) Os 5 elementos da "Bundle", têm que ser cumpridos, sempre que o profissional de saúde vai fazer algum procedimento ao CVC
- 2) Cada coluna de 1 a 12 corresponde a cada um dos CVC, sendo a avaliação feita por enfermeiro e não por doente, uma vez que o doente pode ter mais do que um CVC
- 3) Se o critério da "Bundle" foi cumprido, colocar um S de "Sim"
- 4) Se o critério da "Bundle" não foi cumprido, colocar um N de "Não" (ver anexo nº)
- 5) A "Bundle" só terá sido cumprida se o seu cumprimento = "Sim" for a 100% em todas as observações (conceito do tudo ou nada)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências da Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS CENECAS DA SAÚDE

### Momentos da Bundle de manutenção do CVC observados:

ELEMENTOS DA "BUNDLE" A OBSERVAR POR CADA CVC	MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO AVALIAÇÃO POR ENFERMEIRO												MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO AVALIAÇÃO POR ENFERMEIRO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Higienização das mãos	S	N	N	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Precedendo cada manipulação, as vias e conexões do CVC devem ser pulverizadas com solução alcoólica ou álcool a 70º	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Inspeccionar o local de inserção diariamente	N	N	S	N	S	N	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Antissepsia da pele com clorhexidina a 2% a quando da substituição do penso	S	N	S	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Cumprimento da "Bundle"	NÃO												SIM											

Fonte: Adaptação da "Bundle" de manutenção do CVC da NBS

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 INSTITUTO DE SAUDES PUBLICAS  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública

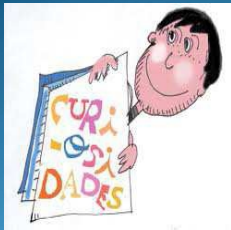
**Mudança de penso do CVC:**

- Penso com compressa = cada 48h
- Usar preferencialmente penso transparente transpirável= cada 7 dias
- O penso é mudado sempre que se encontra repassado e é colocada a data de execução do penso

**Mudança de sistemas de perfusão:**


- 96/96h
- Cada 24h para compostos lipídicos
- Cada 6 a 12h para sistemas de administração de propofol
- Os sistemas de sangue ou derivados têm de ser substituídos imediatamente após a sua utilização

**No local de inserção do CVC não se aplicam pomadas ou outras soluções**



Fonte: www.sitedecuriosidades.com

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 INSTITUTO DE SAUDES PUBLICAS  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública



Fonte: www.zazze.pt

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - LISBOA  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 INSTITUTO DE SAUDES PUBLICAS  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública

**Referencias Bibliográficas:**

CDC/HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee of the Centers for Disease Control and Prevention. 2004. [ Consult. 3 Junho 2011]. Disponível em <http://www.cdc.gov/nccd/ncqi/pdfs/hicpac.html>

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO HOSPITALAR DO CHLO - Norma de procedimento Manutenção do Catéter Venoso Central

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Inquérito de Prevalência de Infecção. Lisboa. Março de 2009


DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. Fevereiro de 2008

O' GRADY N.P. [et al]- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter - related Infections. Clinical Infections Diseases Oxford Journal. America. 2011; 53(5), p.163-193


## APÊNDICE VIII

Questionário de avaliação da ação de formação - “Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cateteres Centrais”

## APÊNDICE VIII



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.  
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Questionário de Avaliação da Ação de Formação pelos Formandos**  
Prevenção e controlo da infeção associada aos catéteres venosos centrais - "bundle"

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem, área de especialização Médico-Cirúrgica.  
No âmbito deste, gostaria de saber a sua opinião sobre esta ação de formação, pelo que peço que responda às seguintes questões.  
A sua opinião é importante para avaliação da sessão e melhoria da qualidade de futuras iniciativas de formação.

Obrigada!

**Escala de Avaliação**

1. Inadequado    2. Adequado    3. Muito adequado    4. Totalmente adequado

Assinale com X a quadrícula correspondente à sua opinião relativamente a cada um dos seguintes itens.

	1	2	3	4
1. Objectivo(s) da acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pertinência do tema para a sua prática profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Clareza da comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metodologia utilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aplicabilidade do tema na sua prática profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Escala de Avaliação**

1. Completamente em desacordo    2. Desacordo    3. Concordo    4. Concordo plenamente

Assinale com X a quadrícula correspondente à sua opinião relativamente a cada um dos seguintes itens.

	1	2	3	4
6. Considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Categoria profissional: \_\_\_\_\_

Este documento adaptado do questionário de avaliação dos formandos Nível 1 do CHLO  
Co-autora: Leonor Sarmento, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela UCP de Lisboa, sob tutoria da Prof. Filipa Veludo.

Este questionário é um instrumento que inclui 5 questões, com resposta numa escala tipo likert, de 4 posições de 1 a 4, pontuado de 1 a 4 correspondendo este último a 100%. Relativamente às questões colocadas aos formandos sobre a ação de formação a 1ª = objetivo da ação; 2ª = Pertinência do tema para a sua prática profissional; 3ª Clareza da comunicação; 4ª Metodologia utilizada; 5ª = Aplicabilidade do tema na sua prática profissional. Relativamente à posições de pontuação: (1= Inadequado; 2 = adequado; 3= muito adequado; 4 = totalmente adequado). Tem ainda uma 6ª questão com a respetiva escala de likert, também de 4 posições, sendo a questão colocada: Considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar? E as 4 posições a pontuar correspondem a (1= completamente em desacordo; 2= desacordo; 3= concordo; 4= concordo completamente).

## APÊNDICE IX

Resultados das respostas dos Enfermeiros ao questionário de avaliação da ação formativa – “Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cateteres Centrais”

## APÊNDICE IX

**TABELA 1 - Resultados do questionário de avaliação da ação de Formação aos ENFERMEIROS – Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cateteres Venosos Centrais**

Pontuação	1- Inadequado	2 - Adequado	3 - Muito Adequado	4 - Totalmente Adequado
Objetivo da Ação	0 Respostas	0 Respostas	6 Respostas	18 Respostas
Pertinência do tema para a sua prática profissional	0 Respostas	0 Respostas	8 Respostas	16 Respostas
Clareza da Comunicação	0 Respostas	0 Respostas	13 Respostas	11 Respostas
Metodologia Utilizada	0 Respostas	0 Respostas	12 Respostas	12 Respostas
Aplicabilidade do tema na sua prática profissional	0 Respostas	0 Respostas	5 Respostas	19 Respostas

Tabela 1 – Respostas atribuídas pelos formandos para cada item apresentado

GRÁFICO 1 – Avaliação da Sessão Formativa na perspetiva dos formandos

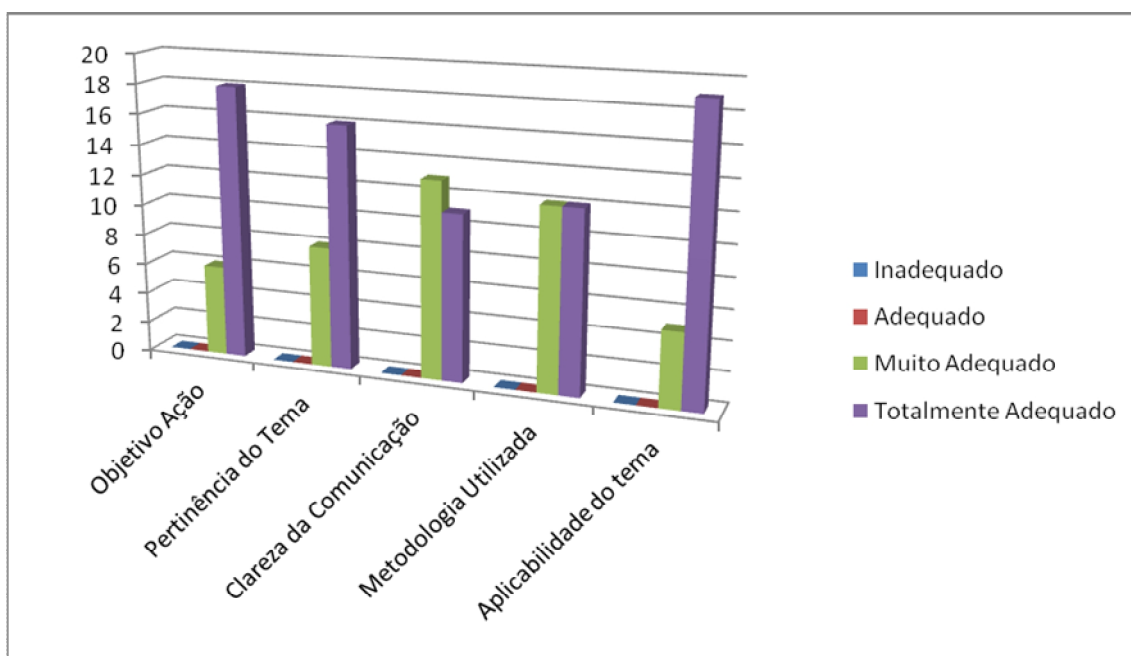


Gráfico 1 – Resultados do questionário de avaliação da ação de Formação – Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cateteres Venosos Centrais

APÊNDICE IX (cont.)

TABELA 2 – Resultados do questionário de avaliação da ação de formação – Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cateteres venosos centrais.

Itens	1 Completamente em Desacordo	2 - Desacordo	3 - Concordo	4 – Concordo plenamente
Considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar	0 Respostas	0 Respostas	12 Respostas	12 Respostas

Tabela 2 - Respostas atribuídas pelos formandos a esta questão

GRÁFICO 2 – Avaliação da sessão formativa na perspetiva dos formandos

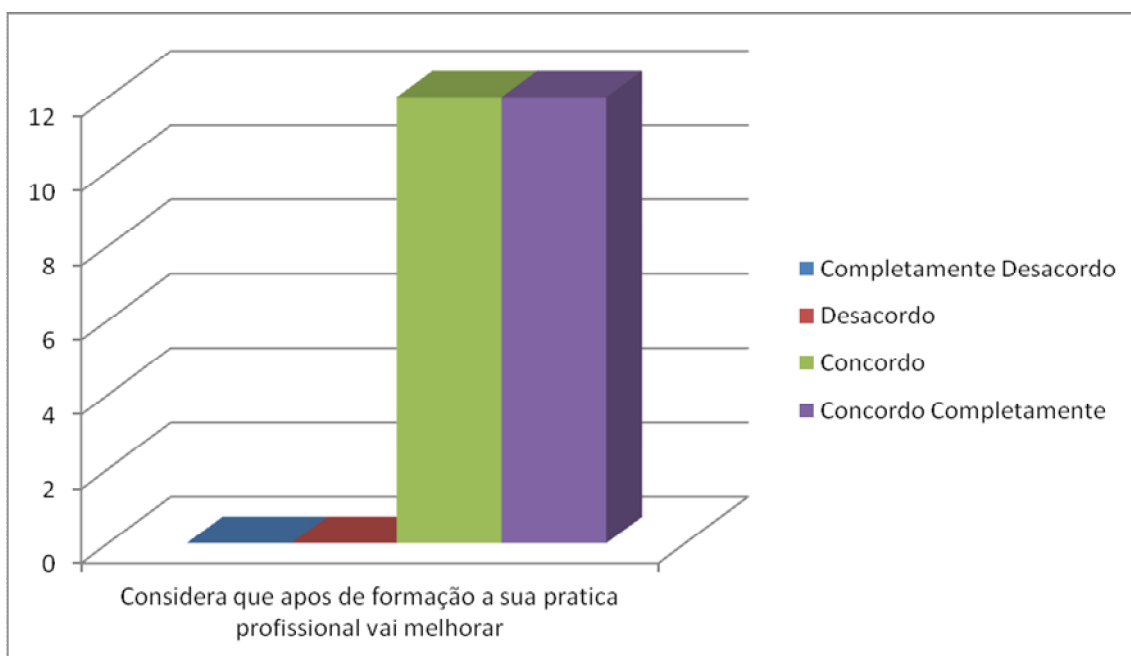


Gráfico 2 – Resultados do questionário de avaliação da ação de Formação – Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cateteres Venosos Centrais

#### INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

Globalmente relativamente às 5 primeiras questões colocadas neste questionário as respostas situaram-se na posição 3 e 4, ou seja os formandos consideraram estas ações de formação muito adequadas e totalmente adequadas. Relativamente à 6ª pergunta se considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar? As respostas situaram-se em valores iguais na posição 3 e 4, ou seja 50% dos formandos concordam e os outros 50% concordam completamente que as suas práticas vão melhorar após esta ação de formação.

## APÊNDICE X

Plano de sessão da ação de formação “Clostridium Difficile – Prevenção e Controle”

## APÊNDICE X



### PLANO DE SESSÃO

TEMA: Prevenção e controlo da infeção por *Clostridium Difficile*

LOCAL: Unidade de cuidados Intensivos. Sala de trabalho

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros e Assistentes Operacionais

FORMADOR: Leonor Saramago

OBJETIVO GERAL: Divulgação das normas para prevenção e controlo da infeção associadas ao *Clostridium Difficile*

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Dar a conhecer algumas características do CD

- Dar a conhecer o meio de transmissão desta bactéria
- Dar a conhecer as medidas a tomar para evitar a transmissão do CD

ETAPAS	CONTÉUDOS	METODOLOGIA	TEMPO
Introdução	Apresentação do tema e dos objetivos	Método descritivo	5 min.
Desenvolvimento	Características do CD Quadro clínico Diagnóstico e tratamento Via de transmissão Prevenção e controlo da infeção por CD	Método descritivo	20min
Conclusão	Síntese dos principais conceitos a reter, esclarecimento de dúvidas	Método descritivo	15min
Avaliação	Baseada nos objetivos	Método descritivo	5 min

## APÊNDICE XI

PowerPoint da ação de formação “Prevenção e Controle da Infecção por *Clostridium Difficile*”

APÊNDICE XI

[CLOSTRIDIUM.pptx](#)

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 CENTRO INSTITUTO DE CATEGORIAS DE SAÚDE

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

# Clostridium Difficile

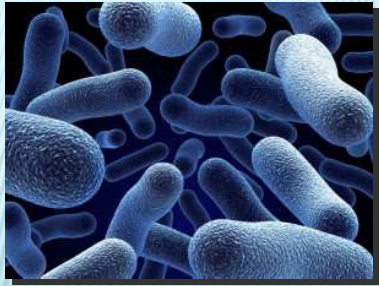
## Prevenção e Controlo

Trabalho Elaborado por: Leonor Saramago, Aluna Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da UCP  
 Destinatários: Enfermeiros da UCI  
 Filipa Veludo (Tutora da UCP)

Dezembro 2011

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 CENTRO INSTITUTO DE CATEGORIAS DE SAÚDE

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica



Fonte: <http://www.mtas.uva.es/orglo-difficile>

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 CENTRO INSTITUTO DE CATEGORIAS DE SAÚDE

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

### O que é o Clostridium Difficile?

- É uma bactéria gram +
- Anaeróbia
- Com forma de bacilo
- Encontra-se no solo e no trato gastrointestinal dos animais, nomeadamente no Homem.

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 CENTRO INSTITUTO DE CATEGORIAS DE SAÚDE

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

**Clostridium Difficile**

➔

**Forma vegetativa** – Mais comum  
 Sensível ao Oxigénio

**forma de esporo** – resistente à temperatura, anaeróbio resistente a certos ambientes adversos, tais como, acidez gástrica e alguns desinfetantes.

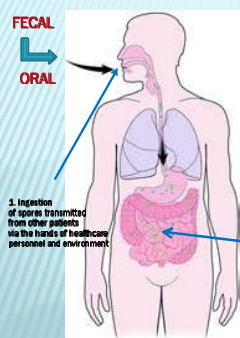
Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 CENTRO INSTITUTO DE CATEGORIAS DE SAÚDE

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

### Transmissão do Clostridium Difficile

**FECAL**

**ORAL**



1. Ingestion of spores transmitted from other patients, personnel and environment

2. Germination into growing (vegetative) form

3. Altered lower intestine flora (due to antimicrobial use) allows proliferation of C. difficile in colon

4. Toxin A & B Production leads to colon damage + pseudomembrane

Os esporos ao serem ingeridos germinam no intestino delgado

O indivíduo fica colonizado e assintomático (quando o C. D. se encontra em equilíbrio com a restante microflora intestinal).

Quando há desequilíbrio o C.D. multiplica-se provocando no hospedeiro, diarreia, febre, dor abdominal


Fonte: Drugs.com en88643.jpg

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 CENTRO INSTITUTO DE CATEGORIAS DE SAÚDE


4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

### Quando surge a doença associada ao Clostridium Difficile?

- Quando há um desequilíbrio de flora bacteriana intestinal normal:
  - surge com a toma de antibióticos de largo espectro, uma vez que podem eliminar muita da flora normal que controla a proliferação de agentes patogénicos.
- Pela exposição ao C.D.:
  - normalmente através da contaminação do ambiente e das mãos dos profissionais de saúde, sendo o nº de dias de internamento um factor de risco
- Devido a factores de risco dependentes do hospedeiro:
  - idade avançada,
  - existência de doença grave.
- Devido aos antiácidos ( antagonistas da bomba de prótons)



Fonte: [www.wikirodica.com](http://www.wikirodica.com)




Fonte: [maquagem-20100611001.milidary.com](http://maquagem-20100611001.milidary.com)

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Quadro Clínico da Infecção a C.D.

- Diarreia que por vezes pode ser sanguinolenta nas primeiras 48h/72h após a infecção.



Fonte: <http://www.nostopas.com/vis/rela>

- Febre, náuseas, anorexia



Fonte: FEBRE.jpg  
 Adilsonfontes.zip.net

- Dor, distensão ou desconforto abdominais.



Fonte: 1.jpg  
 Tivocasa.net

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O C.D. é capaz de produzir toxinas ( Enterotoxina e citotoxina)

- Iniciam cascata inflamatória
- Com a subsequente rutura da barreira de células epiteliais intestinais
  - Exsudação
  - Secreção de muco
  - Diarreia
- Formação de pseudomembranas (diagnostico endoscópico)

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Diagnóstico do Clostridium Difficile?


- Excluir outras causas de diarreia
- Apresentação clínica de sinais e sintomas
- Confirmação laboratorial através de deteção de uma ou ambas as toxinas nas amostras de fezes.

Nota: uma vez detectada a presença de toxina numa amostra de fezes, não está indicada a sua repetição, pois o teste é de diagnostico e não para avaliar a eficácia da terapêutica.

- Presença de Colite pseudo-membranosa( colonoscopia)

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Atitude terapêutica:




Fonte: [www.opovo.com.br/app/colunas/alimentacao/2](http://www.opovo.com.br/app/colunas/alimentacao/2)

- Suspensão do antibiótico desencadeante
- Correção e controlo hidroelectrolítico
- Terapêutica antibiótica para o C.D.
- Uso de probióticos.

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Em meio hospitalar há 3 formas de se ser infectado por C.D.

- Pelos profissionais de saúde → mãos colonizadas
- Pelo contacto com o ambiente contaminado → superfícies, roupas, braçadeiras, grades das camas, suportes, etc, pois podem servir de reservatório para os esporos
- Pelo contacto direto com um doente C.D.




"The patient in the next bed is highly infectious. Thank God for these curtains."  
 Fonte: mscar.jpg  
 postmergatal.blogspot.com

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Estratégias para prevenir e controlar a infecção por C.D.

#### Controle ambiental

- Medidas de isolamento de contacto, em quartos individuais
- Quando isto não for possível, fazer a "coorte" dos doentes, isto é, colocar no mesmo quarto doentes com C.D., mas sem outra infecção.
- A entrada de pessoas no quarto deve ser limitada.
- Utilizar material individualizado para o doente.
- As fraldas destes doentes devem ser imediatamente eliminadas para um saco o qual deve ser também fechado de imediato, no quarto e transportado para a zona suja.




Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Limpeza da unidade do doente:

- Deve ser feita de acordo com as normas da instituição referentes a situações de isolamento de contacto.
- O material de higienização de unidade do doente deve ser exclusivo desse quarto.
- Ter em atenção na limpeza e desinfecção as zonas de toque frequente (manivelas, grades das camas, suportes, torneiras, interruptores...


Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Equipa de saúde:



Fonte: Enfermagem.jpg  
www.capitraje.com

- Os profissionais de saúde são um importante fator de transmissão de C.D.
- A correcta higiene das mãos é primordial para reduzir a transmissão nosocomial do C.D.




Fonte: www.oncare.blogspot.com

- **Recomendação padrão – lavagem das mãos com água e sabão, a acção mecânica de esfregar as mãos e passa-las por água remove esporos**
- A higienização das mãos com substâncias alcoólicas, não remove nem destrói os esporos.

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE


### Equipa de saúde




Fonte: Enfermagem.jpg  
capitraje.com

### Métodos de barreira:

- Uso de luvas no contacto directo com o doente, muda-las entre procedimentos no mesmo doente.
- Lavar as mãos antes e depois de qualquer procedimento
- Uso de bata ou avental descartável no contacto com o doente ou com a sua unidade. Devem ser retiradas após procedimentos e sem que haja contacto com outro doente ou unidade.



Fonte: icnews.com.br



Fonte: catalogohospitalar.com.br

**➤ DEVE ASSUMIR-SE QUE TANTO O DOENTE COMO O AMBIENTE ESTÃO CONTAMINADOS.**

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### visitas do doente?

- Informar obrigatoriamente as visitas.
- Caso o doente venha de outra unidade hospitalar ou instituição, nomeadamente lares, informa-los também.
- Sensibilizar para a necessidade e importância da lavagem das mãos, antes e depois de contactarem com o doente que visitaram.
- Usar bata de protecção quando em contacto com o doente
- Não contactarem directamente com os outros doentes.

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Quando da alta do doente

- Retirar cortinados e enviá-los para a lavandaria
- Todo o material descartável que se encontrava na unidade do doente com deve ser eliminado
- Verificar se os colchões e as almofadas não têm fissuras

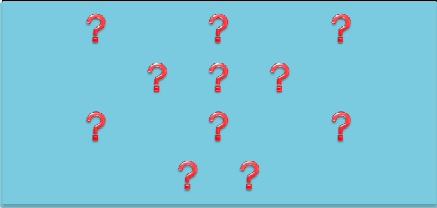
**➤ Ter em atenção que há algum material que é mais sensível ao cloro nomeadamente, (colchões, almofadas ou equipamento), pelo que nestes a limpeza com a água e detergente mantem-se, mas a desinfecção pode ser feita com anioxy-spray. Esta deve ser feita com as superfícies secas. Deixar atuar 30m e não enxaguar.**

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
 Instituto de Ciências de Saúde  
 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Nome comercial	Princípio Ativo	Especie de Agão							Indicação
		Gram +	Gram -	Micobacterias incluído o Mycobacterium Tuberculosis	Vírus Lipídicos	Vírus não Lipídicos	Fungos	Esporos	
Presept pastilhas 2,5 g e grânulos	Diclorossódio amurado de sódio	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	Desinfecção de superfícies contaminadas. Solução de 1000 ppm 1% de cloro livre
	Hipoclorito de sódio 1 de cloro livre	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	Desinfecção de superfícies contaminadas
	Álcool etílico 70% Vol.	+++	+++	++	++	+++	++	-- sem ação desinfetante	Desinfecção de superfícies limpas
	Peróxido de Hidrogénio + etanol	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	Detergente, desinfectante em dispositivos médicos não imersíveis

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LISBOA  
CENTRO ACADÉMICO DE ENFERMAGEM 2011

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
Instituto de Ciências de Saúde  
4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
CENTRO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LISBOA  
CENTRO ACADÉMICO DE ENFERMAGEM 2011

Universidade Católica Portuguesa – Lisboa  
Instituto de Ciências de Saúde  
4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
CENTRO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE


**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- > COMISSÃO de CONTROLO DA INFEÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER- Recomendações para a prevenção e controlo da infeção a clostridium difficile
- > SHEA – Guidelines  
Disponível em <http://www.cdc.gov/hai/pdfs/cdiff/cohen-idsa-shea-cdi-guidelines-2010.pdf>  
acedido em 7/11/2011


## APÊNDICE XII

Questionário de avaliação da ação de formação sobre “ Prevenção e Controlo da Infeção por *Clostridium difficile*”

## APÊNDICE XII



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL E.P.E.  
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Questionário de Avaliação da Ação de Formação pelos Formandos**  
**Prevenção e controlo da infeção por *Clostridium Difficile***

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem, área de especialização Médico-Cirúrgica.  
No âmbito deste, gostaria de saber a sua opinião sobre esta ação de formação, pelo que peço que responda às seguintes questões.  
A sua opinião é importante para avaliação da sessão e melhoria da qualidade de futuras iniciativas de formação.

Obrigada!

**Escala de Avaliação**  
1. Inadequado    2. Adequado    3. Muito adequado    4. Totalmente adequado  
Assinale com X a quadrícula correspondente à sua opinião relativamente a cada um dos seguintes itens.

	1	2	3	4
1. Objectivo(s) da acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pertinência do tema para a sua prática profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Clareza da comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metodologia utilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aplicabilidade do tema na sua prática profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Escala de Avaliação**  
1. Completamente em desacordo    2. Desacordo    3. Concordo    4. Concordo plenamente  
Assinale com X a quadrícula correspondente à sua opinião relativamente a cada um dos seguintes itens.

	1	2	3	4
6. Considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Justifique a sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Categoria profissional: \_\_\_\_\_

Fonte: documento adaptado do questionário de avaliação dos formandos Nível 1 do CHLO  
Co-autora: Leonor Saramago, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela UCP de Lisboa, sob tutoria da Prof. Filipa Veludo.

Este questionário é um instrumento que inclui 5 questões, com resposta numa escala tipo likert, de 4 posições de 1 a 4, pontuadas de 1 a 4, correspondendo este a 100%. Relativamente às questões colocadas aos formandos sobre a ação de formação a 1ª = objetivo da ação; 2ª = Pertinência do tema para a sua prática profissional; 3ª Clareza da comunicação; 4ª Metodologia utilizada; 5ª = Aplicabilidade do tema na sua prática profissional. Relativamente às posições de pontuação: (1= Inadequado; 2 = adequado; 3= muito adequado; 4 = totalmente adequado). Tem ainda uma 6ª questão com a respetiva escala de likert, também de 4 posições, sendo a questão colocada: Considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar? E as 4 posições a pontuar correspondem a (1= completamente em desacordo; 2= desacordo; 3= concordo; 4= concordo completamente).

## APÊNDICE XIII

Resultados das respostas dos Enfermeiros ao questionário de avaliação da ação formativa “ *Clostridium Difficile* – Prevenção e Controlo da Infecção”

## APÊNDICE XIII

TABELA 3 – Resultados do questionário de avaliação da ação de formação por parte dos ENFERMEIROS – Clostridium Difficile – Prevenção e Controlo da infeção por parte

Itens	1- Inadequado	2 - Adequado	3 - Muito Adequado	4 - Totalmente Adequado
Objetivo da Ação	0 Respostas	0 Respostas	5Respostas	7 Respostas
Pertinência do tema para a sua prática profissional	0 Respostas	0 Respostas	2 Respostas	10Respostas
Clareza da Comunicação	0 Respostas	0 Respostas	6Respostas	6Respostas
Metodologia Utilizada	0 Respostas	0 Respostas	7Respostas	5Respostas
Aplicabilidade do tema na sua prática profissional	0 Respostas	0 Respostas	4 Respostas	8Respostas

TABELA 3 – Respostas atribuídas pelos formandos a estas questões

GRÁFICO 3 – Avaliação da sessão formativa na perspetiva dos formandos - Enfermeiros

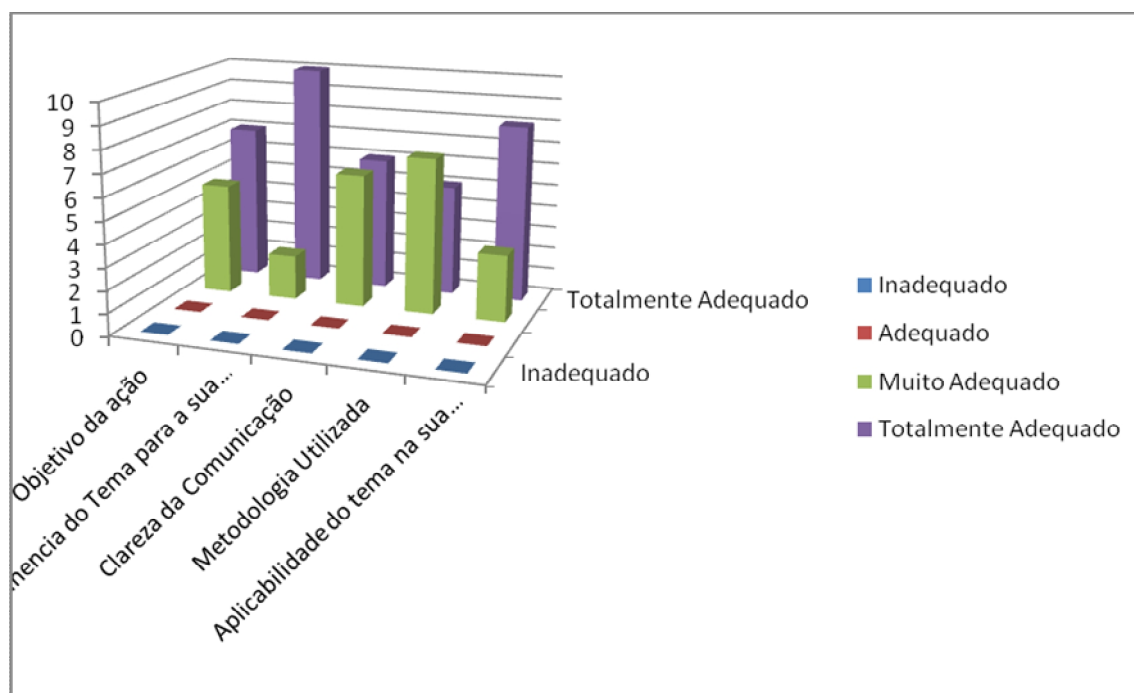


GRÁFICO 3 – Resultados do questionário de avaliação da ação de formação – Clostridium Difficile

## APÊNDICE XIII (cont.)

TABELA 3 – Resultados das respostas dos ENFERMEIROS ao questionário de avaliação da ação de formação – “*Clostridium Difficile* – Prevenção e Controlo da Infeção”

Itens	Completamento em Desacordo	Desacordo	Concordo	Concordo Completamente
Considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar	0 Respostas	0 Respostas	3Respostas	9Respostas

TABELA 3 – Respostas atribuídas pelos formandos a estas questões

GRÁFICO 3 – Avaliação da sessão formativa na perspectiva dos formandos - Enfermeiros

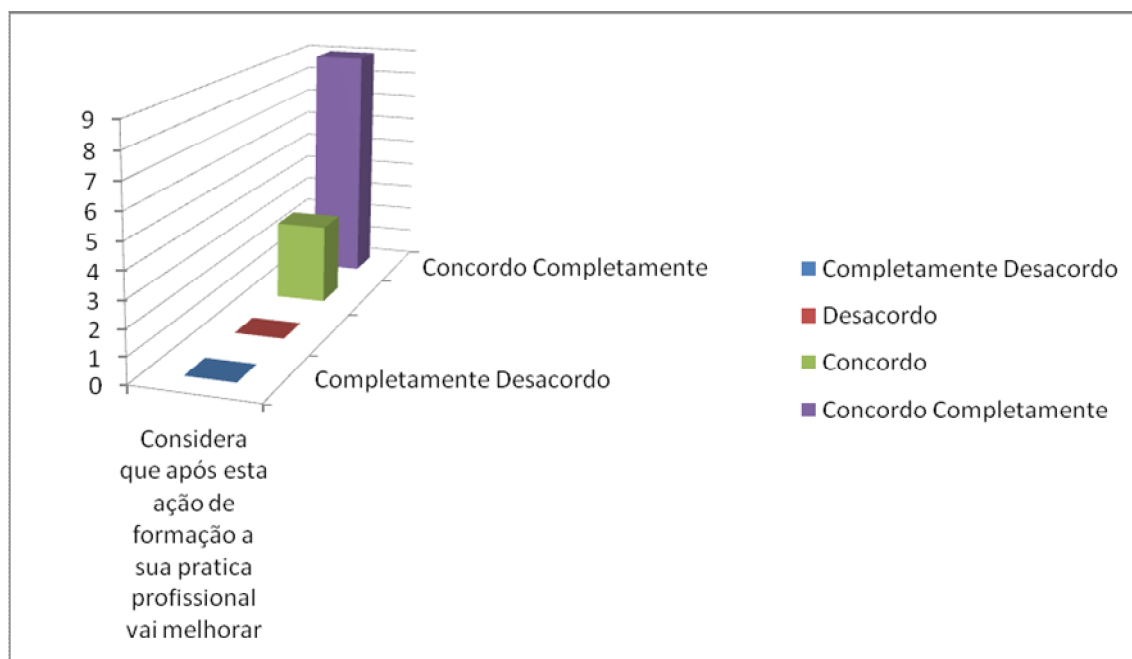


GRÁFICO 3 – Resultados do questionário de avaliação da ação de formação – *Clostridium Difficile*

As respostas ao questionário de avaliação da ação formativa. Em relação aos enfermeiros, globalmente relativamente às 5 primeiras questões colocadas neste questionário, as respostas situaram-se na posição 3 e 4, ou seja 58,3% dos formandos consideraram estas ações de formação muito adequadas e 41,6% totalmente adequadas (APENDICE XIII). Relativamente à 6ª pergunta se considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar? As respostas dos Enfermeiros situaram-se na posição 3 e 4, ou seja 25% dos formandos concordam e 75% concordam completamente que as suas práticas vão melhorar após esta ação de formação.

## APÊNDICE XIV

Resultados das respostas dos Assistentes Operacionais ao questionário de avaliação da ação de formação - “ *Clostridium Difficile* – Prevenção e Controlo da Infeção”

## APÊNDICE XIV

TABELA 4 – Resultados do questionário de avaliação da ação de formação por parte dos ASSISTENTES OPERACIONAIS – Clostridium Difficile – Prevenção e Controlo da infeção

Itens	1- Inadequado	2 - Adequado	3 – Muito Adequado	4 – Totalmente Adequado
Objetivo da Ação	0 Respostas	0 Respostas	1 Resposta	4 Respostas
Pertinência do tema para a sua prática profissional	0 Respostas	0 Respostas	1 Resposta	4 Respostas
Clareza da Comunicação	0 Respostas	0 Respostas	0 Respostas	5 Respostas
Metodologia Utilizada	0 Respostas	0 Respostas	1 Resposta	4 Respostas
Aplicabilidade do tema na sua prática profissional	0 Respostas	0 Respostas	0 Respostas	5 Respostas

TABELA 4 – Respostas atribuídas pelos formandos a estas questões

GRÁFICO 4 – Avaliação da sessão formativa na perspetiva dos formandos – Assistentes Operacionais

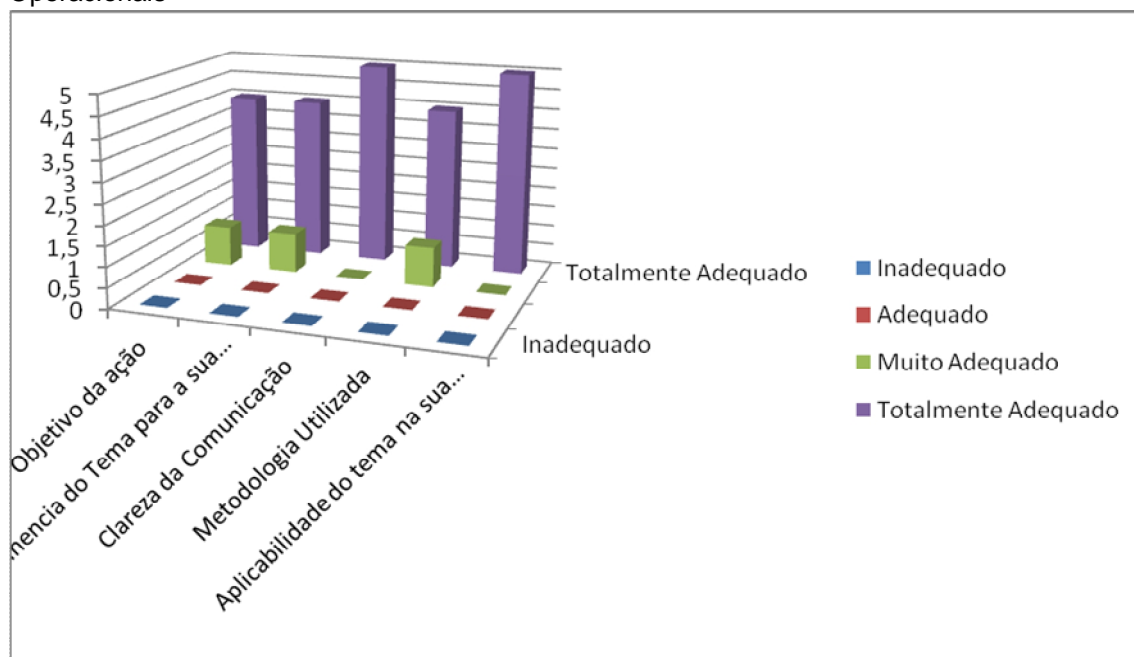


GRÁFICO 4 – Resultados do questionário de avaliação da ação de formação – Clostridium Difficile

## APÊNDICE XIV (cont.)

TABELA 4 – Resultados do questionário de avaliação da ação de formação por parte dos ASSISTENTES OPERACIONAIS – Clostridium Difficile – Prevenção e Controlo da infeção

Itens	Completamento em Desacordo	Desacordo	Concordo	Concordo Completamente
Considera que após esta ação de formação a sua prática profissional vai melhorar	0 Respostas	0 Respostas	1Respostas	4Respostas

TABELA 4 – Respostas atribuídas pelos formandos a esta questão

GRÁFICO 4 – Avaliação da sessão formativa na perspetiva dos formandos – Assistentes Operacionais

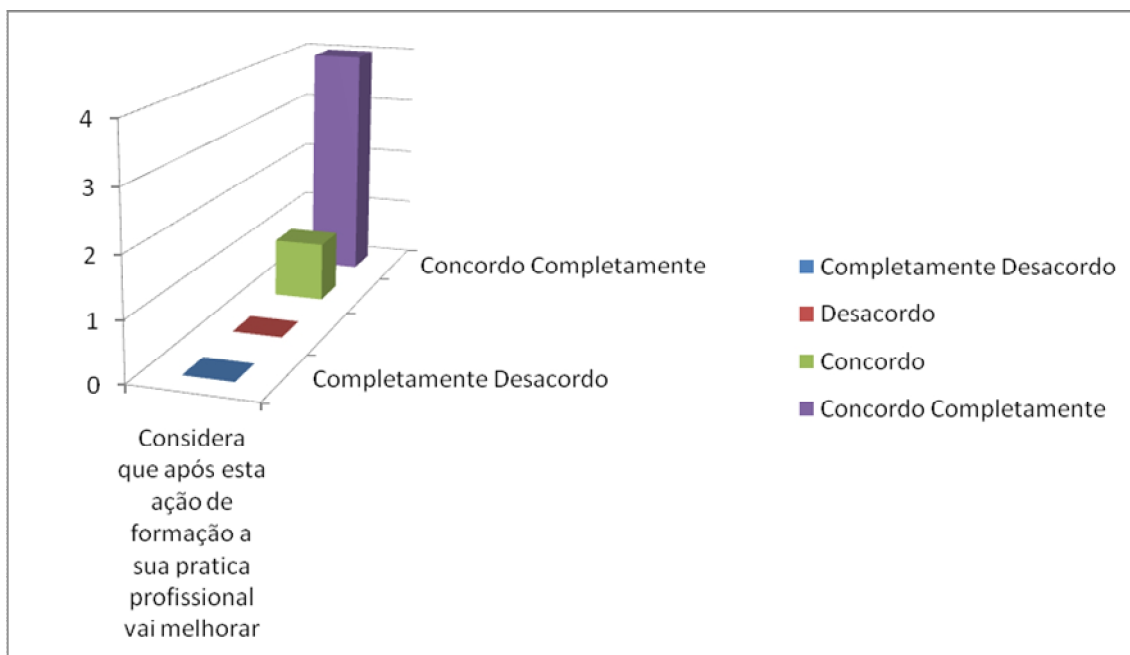


GRÁFICO 4 – Resultados do questionário de avaliação da ação de formação – Clostridium Difficile

Relativamente às respostas dadas pelos AO, na sua maioria em relação às 5 primeiras questões do questionário, estas situaram-se predominantemente na posição 4, ou seja estes profissionais consideram totalmente adequada esta ação de formação para as suas práticas profissionais. 80% Concordaram completamente que esta ação vai melhorar as suas práticas profissionais e apenas um 20% situou a sua resposta na posição 3 ou seja concordou que esta ação vai melhorar a sua prática profissional.