



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Sónia da Conceição Pinto Panasco

LISBOA, maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Sónia da Conceição Pinto Panasco

Sob orientação de Filipa Veludo

LISBOA, maio de 2012

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Estágio de Enfermagem inerente ao Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o qual é composto por três módulos: I - Serviço de Urgência; II - de Cuidados Intensivos/ Intermédios e o III - Opcional.

Relativamente ao módulo Serviço de Urgência, estagiei no Hospital São Francisco Xavier, com o intuito de atingir os seguintes objetivos: desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados, ao doente em estado crítico e sua família, onde foquei a minha intervenção no sentido de estabelecer prioridades nas necessidades identificadas, agindo em tempo útil no processo de tomada de decisão, e particularmente no desenvolvimento de competências comunicacionais; desenvolver competências na área da promoção da qualidade dos cuidados prestados, onde promovi a investigação em serviço ao participar num projeto relacionado com a “Campanha de Higienização das Mãos”. Paralelamente sensibilizei os profissionais para a importância desta temática, fomentando a qualidade dos cuidados, ao direcionar estratégias de atuação, evidenciando criatividade na interpretação e abordagem da temática, motivando os profissionais para a ideia basilar de que a prevenção e controlo de infeção são da responsabilidade de todos os profissionais.

No que respeita ao módulo opcional, escolhi a Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, que decorreu no Hospital de São José, de modo a alcançar os seguintes objetivos de estágio: desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito das funções do enfermeiro da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, tendo sido essencial para a perceção da transversalidade desta área, sendo notório a evolução no processo de aprendizagem na aquisição de competências, ao participar e refletir sobre as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controlo de Infeção; desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito de auditoria de práticas clínicas na área de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, onde elaborei instrumentos de auditoria sobre a utilização de equipamento de proteção individual, especificamente: o uso de luvas, máscara, bata e avental. Estes instrumentos serão utilizados, no serviço onde exerço funções, como ferramenta de diagnóstico da situação.

Em relação ao módulo de cuidados intensivos/ intermédios obtive creditação, relacionado com as competências que desenvolvi ao longo do meu percurso profissional, num serviço que integra uma Unidade de Cuidados Intermédios, das quais destaco: liderança; supervisão, gestão, formação e no processo de tomada de decisão.

O relatório dá deste modo, ênfase ao desenvolvimento de competências no âmbito da assistência de enfermagem avançada ao doente em estado crítico, através da sua fundamentação pela análise reflexiva das atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas ao longo do estágio, onde a qualidade dos cuidados constituiu o fio condutor no decorrer do mesmo, com posterior mobilização das competências para o contexto de trabalho.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Competência; Qualidade; Auditoria.

ABSTRACT

This report comes under the Stage Medical-Surgical Nursing, inherent in the Master's Degree in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing, which is composed of three modules: I - emergency service; II - intensive care / intermediate and III - Optional.

For the module of urgency, an intern at the Hospital São Francisco Xavier, in order to achieve the objectives: to develop technical, scientific and relational in providing specialized care to patients in critical condition and his family, where I focused my remarks towards to prioritize the needs identified, acting in good time in the process of decision making, particularly in developing communication skills, developing skills in promoting quality of care, by raising awareness of health professionals in the prevention and hospital infection control, and encouraged the research service to participate in a project related to the "Hand Hygiene Campaign." Alongside the attention of the professionals of the importance of this issue, promoting the quality of care, the direct action strategies, demonstrating creativity in interpreting and discussing the issue, encouraging professionals to the basic idea that prevention and control of infection are the responsibility of all professionals.

As regards the optional module, the Commission chose the Hospital Infection Control, held at Hospital S. José in order to achieve the following stage: developing scientific skills, techniques and relational functions within the Commission's nurse Hospital Infection control, was essential for the perception of mainstreaming in this area, with notable developments in the learning process in the acquisition of skills, to participate and reflect on the activities of the Infection control Committee, to develop scientific skills, techniques and relational context in audit of clinical practice in the area of Infection Control, audit tools which elaborated on the use of personal protective equipment, specifically: the use of gloves, mask, gown and apron. They will be used in the service where I exercise functions as a tool for diagnosis of the situation.

In relation to the module intensive care / intermediate obtained accreditation, related to the skills I developed throughout my career, a service that integrates an Intermediate Care Unit, which highlight: leadership, supervision, management, training and process decision-making.

The report thus emphasis on developing skills in advanced nursing care to patients in critical condition, through their foundation for reflective analysis of activities and experiences throughout the stage, where the quality of care was the wire over the same conductor, and subsequent mobilization of skills for the workplace.

Key words: Nursing Care; Skills; Quality; Audit.

Somos aquilo que fazemos consistentemente
Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

À Professora Filipa Veludo, pela disponibilidade, compreensão, dedicação, segurança transmitida e crítica positiva demonstradas ao longo de todo o caminho percorrido, cujas correções permitiram melhorar cada capítulo deste trabalho.

A todos os enfermeiros dos locais de estágio que me acolheram, e em particular às orientadoras cuja dedicação cedida, fomentou o processo de aprendizagem, onde a partilha de saberes e de vivências refletidas tiveram uma importância colossal para o meu desenvolvimento e consciencialização do mesmo.

Ao Nuno e ao Pedro, pelo apoio incondicional que contribuíram para a concretização deste trabalho.

ABREVIATURAS

- Dr. - Doutor
- Ed. - Edição
- N^o - Número
- P. - Página
- Sr^a - Senhora

SIGLAS E ACRÓNIMOS

- CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar
- CIPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
- CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central
- CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- CMNPEEMC – Curso de Mestrado de Natureza Profissional Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
- DGS – Direção Geral da Saúde
- EAP – Edema Agudo do Pulmão
- ECG – Eletrocardiograma
- EMC – Especialidade na área de Médico-cirúrgica
- EPI – Equipamento de Proteção Individual
- ESPS – Escola Superior Politécnica de Saúde
- HCIS – Health Care Information System
- HDE – Hospital Dona Estefânia
- HEM – Hospital Egas Moniz
- HSAC – Hospital Santo António dos capuchos
- HSC – Hospital de Santa Cruz
- HSFX – Hospital São Francisco Xavier
- HSJ – Hospital São José
- HSM – Hospital Santa Marta
- IAC – Infeção Adquirida na Comunidade
- IACS – Infeção Associada aos Cuidados de saúde
- ICNA – Infection Control Nurses Association
- ICS – Instituto de Ciências da Saúde
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PNCI – Plano Nacional Controlo de Infeção
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica
- SFX – São Francisco Xavier
- SIECE – Sistema de Individualização de Especialidade Clínicas em Enfermagem
- SO – Sala de Observação
- SR – Sala de Reanimação
- SU – Serviço de Urgência
- TC – Tomografia Computorizada
- UCP – Universidade Católica Portuguesa
- VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
- VNI – Ventilação Não Invasiva
- WC – Water Closet
- WHO – World Health Organization

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	13
1.1 – MODULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA	14
1.2 – MODULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR	32
1.3 – MODULO II - CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS	41
2. CONCLUSÕES GERAIS	55
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	66
APÊNDICE I – PLANO DE FORMAÇÃO.....	67
APÊNDICE II – SLIDES DA FORMAÇÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	69
APÊNDICE III – DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	81
APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO.....	83
APÊNDICE V – CARTAZES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	88
APÊNDICE VI – POSTER DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	91
APÊNDICE VII – CARTAZ INTERATIVO	93
APÊNDICE VIII – CARTÕES RESUMO SOBRE A NORMA DO ISOLAMENTO DO QUARTO DE PRESSÃO NEGATIVA	95
APÊNDICE IX – LEMBRETE DE COMO COLOCAR E RETIRAR O EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	98
APÊNDICE X - INSTRUÇÃO DE TRABALHO	100
APÊNDICE XI – PLANO DE FORMAÇÃO.....	105
APÊNDICE XII – SLIDES DE FORMAÇÃO SOBRE ABORDAGEM AO DOENTE COM SUSPEITA DE MENINGITE.....	107
APÊNDICE XIII – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO.....	114
APÊNDICE XIV – TABELA DE DILUIÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO	122
APÊNDICE XV – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO COM CONTEXTUALIZAÇÃO EM ESTÁGIO.....	124
APÊNDICE XVI – QUESTIONÁRIOS SOBRE CONHECIMENTOS DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....	129
APÊNDICE XVII – GRELHAS DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA FACE AO USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	136
ANEXOS	143
ANEXO I – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO – PRECAUÇÕES BÁSICAS E DE ISOLAMENTO BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO.....	144

ANEXO II – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO – MANUTENÇÃO DO AMBIENTE, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO	147
ANEXO III – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO DEBATE DE CONTROLO DE INFECÇÃO	150
ANEXO IV – CERTIFICADO DE MENÇÃO HONROSA	152
ANEXO V – CERTIFICADO DE CO-AUTORIA DE TRABALHO CIENTÍFICO.....	155
ANEXO VI – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE POSTER.....	157
ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO – QUALIDADE DE VIDA DO JOVEM ADULTO TRANSPLANTADO RENAL	159
ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA MONITORIA DE ALUNO DE MEDICINA..	161
ANEXO IX – DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE EXPERIENCIA FORMATIVA	163
ANEXO X – DECLARAÇÃO DE FORMADORA NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE O TEMA ANESTESIA LOCO-REGIONAL	165

0. INTRODUÇÃO

Assistimos na Europa ao desenvolvimento de esforços cujo objetivo é operacionalizar uma política educativa que assente na aquisição e desenvolvimento de competências dos formandos, em articulação com os recursos técnicos e científicos de forma a promover a aquisição de competências executórias. Os enfermeiros, conscientes dos contextos atuais têm investido na formação, aquisição e desenvolvimento de competências, com vista a promover a qualidade do exercício profissional (MENDONÇA, 2009).

O Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, acompanhando o desenvolvimento da disciplina e da profissão de Enfermagem neste contexto de pós-modernidade, tem como finalidade a segurança e qualidade dos cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular, através do acréscimo de especialidades e de enfermeiros especialistas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Nesta sequência, considero importante enquadrar as competências gerais do Enfermeiro Especialista que, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, ao enfermeiro especialista compete executar, para além dos cuidados gerais, “cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades actuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui.” (Decreto-Lei nº 161/96 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril).

Para clarificar o conceito competência em enfermagem recorro a BENNER (2001), que descreve um modelo de evolução e desenvolvimento de competências estruturado em cinco estádios: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Para esta autora as competências dos profissionais desenvolvem-se de forma gradual e temporal, sendo o seu desenvolvimento condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais do sujeito, como também, pelos diferentes contextos profissionais.

A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010:2) define enfermeiro especialista como “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”.

Ciente das necessidades atuais, decidi ingressar no Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, investindo na formação como estratégia para fazer face aos desafios do

quotidiano, na prestação de cuidados de enfermagem com segurança e qualidade, visando a excelência, através da aquisição e desenvolvimento de competências.

O Curso supracitado “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, sendo especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UCP - ICS 2010:8).

Este curso é constituído por uma componente teórica, seguida por um estágio, que compreende 540 horas de prática clínica que se divide em três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos/ Intermédios e o Módulo III – Estágio Opcional – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar.

Com base no artigo 45º do Decreto-Lei 74/2006 e considerando as competências desenvolvidas ao longo do meu percurso profissional, tive o módulo II: Cuidados Intensivos/ Intermédios creditado pelo Conselho Científico da UCP – ICS/ESPS, relacionado com o facto de trabalhar desde setembro de 2000 no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santa Cruz, que integra uma Unidade de Cuidados Intermédios. Ao longo dos últimos anos o meu conhecimento teórico-prático foi progredindo, tendo adquirido competências na prestação de cuidados e posteriormente na área da formação, supervisão e gestão de cuidados, mantendo um papel ativo na orientação e supervisão de alunos em estágio, assim como, na integração de novos enfermeiros no serviço. Desde outubro de 2006 que lidero uma equipa na prestação de cuidados, onde planifico a distribuição dos doentes e cuidados inerentes, pelos elementos da equipa tendo em atenção o crescimento profissional e as competências de cada elemento. Para além deste aspeto, otimizoo recursos humanos e materiais durante o meu turno, sendo responsável pela gestão e organização das transferências dos doentes. Esta experiência permitiu-me adquirir e desenvolver competências nas áreas de liderança, de gestão, de formação, de supervisão e no processo de tomada de decisão, como fundamento no subcapítulo referente a este módulo de estágio.

Os estágios foram realizados no Hospital São Francisco Xavier do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, e no Hospital de São José do Centro Hospitalar de Lisboa Central, sob a orientação tutorial da Professora Filipa Veludo. O primeiro relativo ao Módulo I – Serviço de Urgência, decorreu entre 27 de abril e 24 de junho de 2011, com uma carga horária de 180 horas. O Segundo, referente ao Módulo III – Estágio Opcional decorreu na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, com uma carga horária de 180 horas, entre 26 de setembro e 18 de novembro de 2011.

Na origem da minha preferência pelo SU do HSF, existiram diversos fatores, tais como:

O facto de HSF e o HSC, hospital onde exerço funções, serem do mesmo grupo hospitalar, funcionando portanto como uma única organização bem articulada, na qual se está a proceder uma uniformização de normas e protocolos de atuação, associado ao meu conhecimento de que, esta instituição valoriza a investigação integrada nas suas práticas (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CHLO, 2011), foi sem dúvida um fator preponderante;

A existência de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação desde 1991 (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CHLO, 2011), viabilizando assim, a possibilidade de contactar com mais pessoas em situação crítica. De acordo com os dados estatísticos do INEM, a VMER SFX foi a que teve, a nível da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, o maior número de serviços (num total de 14 VMER) (VMER SFX, 2010), o que contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da área da especialidade Médico-Cirúrgica;

Finalmente, o facto de o HSFX ser um Hospital Geral, que presta assistência nas áreas clínicas de cirurgia, medicina e trauma abrangendo uma grande área populacional nomeadamente, 934723 habitantes (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CHLO, 2011), foi igualmente determinante.

A escolha do estágio opcional pela CCIH está relacionada com o facto de ser uma área de intervenção muito importante no âmbito de Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitindo-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas que reportarei para o meu local de trabalho. Considero haver um risco acrescido, neste serviço, de os doentes adquirirem Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, visto que, contacto diariamente com doentes imunossuprimidos, nomeadamente transplantados renais e consciente do facto de que, as IACS são cada vez mais preocupantes, quer em meio hospitalar como em ambulatório. As IACS têm uma prevalência de 8,4% e a IAC de 22,7%, sendo desse modo, reconhecido que as IACS constituem um problema Nacional de grande acuidade, prejudicando não só a qualidade da prestação de cuidados, como também, a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando os custos diretos e indiretos do sistema de saúde (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2011).

De salientar, a importância crescente da CCIH, que contribui significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, conceção que irá ser o fio condutor ao longo do estágio, o que justifico e fundamento no desenvolvimento do mesmo, reportando para este capítulo.

O HSJ, juntamente com o Hospital de Santo António dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta e o Hospital Dona Estefânia integram o CHLC. Optei por este Centro Hospitalar para conhecer uma realidade distinta da minha prática quotidiana, por ser um Hospital Central que ambiciona uma qualidade de excelência na prestação de cuidados aos seus clientes e por ser uma organização com ensino Universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica e eficiência assumindo-se como instituição de referência (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CHLC, 2007).

Este Relatório, baseado na metodologia de projeto, a qual é centralizada na resolução de problemas (GUERRA, 1994), surge como última etapa, de um processo que se iniciou com a realização do Projeto Inicial de Estágio. Tendo em consideração que o relatório de projeto é um trabalho escrito, no qual se materializa todo o procedimento de desenvolvimento do mesmo, onde é apresentada, de forma sistematizada, organizada e analisada toda a informação, sob a forma de síntese, com o intuito de, transmitir a informação e a sua conversão em conhecimento (SCHIEFER e tal, 2006), defini os seguintes objetivos para este relatório:

- ✓ Justificar a escolha de cada um dos locais de estágio;
- ✓ Efetuar uma caracterização resumida acerca dos locais de estágio;
- ✓ Citar os objetivos delineados para cada local de estágio;
- ✓ Demonstrar capacidade para identificar situações – problema da prática quotidiana, assim como as estratégias de intervenção, com a finalidade da promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Relatar de forma clara e sucinta o percurso vivenciado em cada contexto da prática clínica, assim como as atividades desenvolvidas;
- ✓ Fundamentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, inerentes às competências preconizadas no conteúdo funcional do enfermeiro especialista, pela análise reflexiva das atividades e experiências vivenciadas;
- ✓ Salientar o papel do enfermeiro especialista na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Servir como instrumento de avaliação do desenvolvimento/ certificação de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As citações e referências bibliográficas expostas no trabalho seguem as normas NP 405.

Relativamente à estrutura, o presente Relatório de Estágio é constituído por capítulos, sendo a introdução o primeiro. O segundo consiste na descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas em cada módulo de estágio, e o seu contributo no processo de aprendizagem, fundamentando a aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este segundo capítulo está dividido pelos módulos de estágio e de acordo com a ordem cronológica da sua execução, ficando para último, o módulo de estágio creditado, no qual exponho os motivos da creditação e saliento os principais contributos e aprendizagens ao longo deste curso, assim como, a sua implicação para a minha prática futura enquanto enfermeira especialista. Previamente faço uma breve apresentação dos serviços em termos físico e humanos, na qual refiro conjuntamente a metodologia de trabalho utilizada. No último capítulo, exponho uma conclusão geral onde apresento uma síntese dos contributos para processo de aquisição e desenvolvimento de competências, fundamentando-o pela análise da prática reflexiva. Avalio se atingi os objetivos inicialmente traçados para este relatório, e menciono as dificuldades inerentes à sua construção, assim como os projetos futuros. Em apêndice foram colocados os trabalhos elaborados durante o estágio e em anexo surgem os documentos considerados pertinentes para complementar o relatório.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No presente capítulo, pretendo num primeiro momento, efetuar uma abordagem resumida acerca da importância do estágio de enfermagem, no desenvolvimento de competências de análise crítica e reflexiva a partir de experiências vivenciadas, evidenciando como o processo de reflexão é imprescindível na formação de enfermagem, passíveis de desenvolver na prática, níveis contínuos de crescimento profissional. Num segundo momento ambiciono descrever os contributos do meu estágio, para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes às do enfermeiro especialista, em enfermagem médico-cirúrgica, notando-se uma forte coesão e interligação na sua mobilização. Para facilitar a estruturação do capítulo, optei por dividi-lo de acordo com os módulos de estágio, descrevendo individualmente cada um, assim como uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas, consoante os objetivos delineados no projeto inicial. De salientar, que para cada módulo irei apenas abordar as principais atividades executadas, tal como as competências desenvolvidas através da análise e reflexão das experiências vivenciadas.

Desde sempre, que os estágios fazem parte da vida de enfermagem enquanto profissão, sendo um marco imprescindível na sua formação (MACEDO, 2001). O estágio garante experiências significantes e elucidativas da realidade, no sentido de fomentarem as competências indispensáveis ao desempenho autónomo e eficaz dos futuros profissionais (ALARCÃO & TAVARES, 2003). Particularmente, em relação à análise crítica e reflexiva sobre as experiências vivenciadas, esta apenas é possível no exercício, nos estágios, onde os serviços são locais de expressão da prática profissional, onde se pode mobilizar e ajustar os conhecimentos (COLLIÈRE, 1999). Os saberes práticos são essenciais à teoria, contudo a teoria sem a perspetiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem fundamentos teóricos é cega (REBELO, 1996).

Paralelamente verifica-se a aquisição de outras competências em contexto de estágio, nomeadamente: o trabalho em equipa; a organização individual de trabalho, a partilha de responsabilidades, aprender com novas situações e a comunicação (SILVA & SILVA, 2004). O estágio permite, ainda, a consciencialização dos papéis que o enfermeiro desempenha nas instituições, bem como, das competências inerentes ao seu desempenho (SILVA & SILVA, 2004).

Seguidamente, irei efetuar uma análise reflexiva sobre cada módulo de estágio.

1.1 – MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O módulo I do estágio de enfermagem Médico-cirúrgica decorreu no Serviço de Urgência do HSFX - CHLO entre 27 de abril e 24 de junho de 2011.

Durante este subcapítulo, irei descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, assim como os seus contributos para a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em EMC. Inicialmente efetuarei uma breve apresentação da instituição supracitada e em específico do SU quer em termos da sua cultura organizacional e dinâmica, como em termos físicos e humanos.

O HSFX, juntamente com HSC e o HEM constituem desde 2006, o CHLO, funcionando como uma única organização, a qual tem como missão prioritária a prestação de cuidados de saúde especializados à população da zona Ocidental de Lisboa e de Oeiras, e todo o concelho de Cascais para a área de Saúde Mental. É o Hospital Central de referência do Centro Hospitalar Condes Castro Guimarães, para a prestação de cuidados referenciados e para o Hospital Dr. Fernando Fonseca para o trauma complexo. Abrange em prestação direta mais de 400000 utentes e cerca de 1000000 como instituição de referência, no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades Hospitalares que o integram (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CHLO, 2011).

Os serviços de urgência são “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002:1865). Define-se como urgências “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e considera-se como emergências “todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe, estabelecido ou eminente o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2001: 7).

O SU do HSFX está localizado no piso térreo, atende cerca de 100000 utentes por ano. É um Serviço Polivalente com um nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência dentro da rede de Serviços de Urgência, sendo deste modo, um serviço de referência para outros hospitais. Desde 1991, que assume também responsabilidade nos cuidados de emergência pré-hospitalar, com a VMER SFX (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CHLO, 2011).

Está organizado em 2 setores: internamento e ambulatório. O sector de ambulatório é composto pelo gabinete de Triagem, Atendimento Geral, Sala de Reanimação, Balcão de Medicina, Balcão de Ortopedia, Balcão de Traumatologia, Gabinete de Psiquiatria e Pequena Cirurgia. O setor de internamento é constituído por duas Salas de Decisão Clínica e uma Sala de Observação. Neste serviço está implementado o Sistema de Triagem de Manchester, que consiste em estabelecer uma triagem de prioridades, através de uma identificação objetiva e sistemática dos critérios de

gravidade, dando a conhecer a prioridade clínica e o tempo recomendado até à observação médica (FREITAS, 2003). No HSFX esta identificação é realizada por um enfermeiro perito e compreende 5 categorias, diferenciadas por cores (por ordem crescente de gravidade): branco, azul, verde, amarelo e vermelho (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CHLO, 2011).

Quanto aos recursos humanos, o SU conta com uma vasta equipa multidisciplinar constituída por, uma assistente social, enfermeiros e médicos, que, de uma forma unificada prestam cuidados integrais ao doente e família, visando a qualidade e segurança dos mesmos, integrados na missão e objetivos do CHLO. Em complemento o serviço conta com assistentes operacionais e voluntários.

A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira Chefe, quatro enfermeiras Coordenadoras e cinco equipas de enfermagem compostas por cerca de quinze enfermeiros cada. O equilíbrio de cada equipa é assegurado com enfermeiros iniciados, apoiados por enfermeiros peritos e por seis enfermeiros especialistas, dois dos quais desempenham funções de gestão (a enfermeira Chefe e enfermeira Coordenadora) e os quatro restantes encontram-se na prestação de cuidados direta. De salientar, que dos seis enfermeiros especialistas, dois são em enfermagem de reabilitação e quatro são da especialidade médico – cirúrgica, o que, na minha perspetiva, revela a importância e vantagem desta especialidade no âmbito da prestação de cuidados no SU. De entre os restantes enfermeiros, dois encontravam-se a frequentar cursos de pós-graduação, três frequentavam o curso pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica e dois na área de saúde mental e psiquiatria. Este fator contribuiu para um acréscimo de partilha de conhecimentos e de experiências refletidas ao longo do estágio.

As equipas de enfermagem possuem um maior número de elementos no turno da manhã, comparativamente com os turnos da tarde e da noite, na medida em que, é o período em que se regista uma maior afluência de doentes e previsivelmente maior carga de trabalho. Cada equipa tem na sua constituição um enfermeiro chefe de equipa, que assegura a gestão e coordenação das transferências dos doentes para outras valências da urgência, assim como, para outros serviços do Hospital ou para outras Instituições, garantindo o bom funcionamento e a dinâmica característica de um SU. É responsável por efetuar a distribuição dos enfermeiros pelas várias valências do serviço, tendo em atenção as competências adquiridas e desenvolvidas por cada enfermeiro e as necessidades de cada valência. Os chefes de equipa são enfermeiros considerados peritos, cuja experiência depreende de forma intuitiva cada situação e compreende diretamente os problemas, conseguindo dar respostas sem ter que analisar, de forma mais consciente, as diferentes opções (BENNER, 2001). Estes têm ainda, a seu cargo a supervisão dos cuidados prestados aos doentes admitidos no SU. Considero que são notórias as competências de liderança, organização, gestão e supervisão de cuidados nos enfermeiros chefes de equipa, sendo também essencial a capacidade de uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

O método de trabalho adotado é o método individual, onde cada enfermeiro é responsável pelos doentes a seu cargo e respetiva família. De salientar que a equipa de enfermagem possui uma grande versatilidade para se reajustar às necessidades do serviço ao longo do turno, manifestada nos momentos em que é necessário dar apoio aos colegas nos diferentes setores do serviço, de modo a dar resposta a todas as situações de doença e manter a qualidade dos cuidados. Acrescendo, à frequente necessidade dos enfermeiros, em se ausentarem do serviço, para a realização de transportes intra-hospitalares de doentes em situação crítica, é fundamental uma gestão e organização eficiente do serviço.

A este SU ocorrem muitos doentes, com as patologias mais diversas, entre as quais destaco: insuficiências cardíacas e respiratórias, acidentes vasculares cerebrais, descompensações metabólicas e trauma. A enfermagem de urgência caracteriza-se pela diversidade de contextos, patologias e pluralidade de pessoas assistidas, implicando por parte dos profissionais um conhecimento de vários sistemas logísticos da instituição, processos de doença e grupos etários comuns a outras áreas de enfermagem (MACPHAL, 2001).

Sendo o SU, uma área de atendimento ao doente em situação crítica, e sabendo que só participando na prática dos cuidados se poderá ter uma verdadeira noção da complexidade e da perícia que estes cuidados determinam, pretendi essencialmente, desenvolver competências na área da prestação de cuidados, pois é, este o grande domínio de atuação do enfermeiro especialista, bem como, por ser este um serviço muito rico em aprendizagem, face ao doente em situação crítica, permitindo desenvolver níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão.

O enfermeiro especialista é um enfermeiro "... a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade." (Decreto-Lei nº 161/96 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril).

Tendo presente estas conceções, assim como as competências específicas a desenvolver, enquanto enfermeira especialista na área Médico-Cirúrgica, de acordo com o plano de estudo e após uma entrevista com enfermeira orientadora numa visita ao serviço de urgência, delinieei os seguintes objetivos no projeto de estágio:

- ✓ Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados, ao doente em estado crítico e sua família, no Serviço de Urgência;
- ✓ Desenvolver competências na área da promoção da qualidade dos cuidados prestados, através da sensibilização dos profissionais de saúde no âmbito da prevenção e controlo de infeção hospitalar, na área da higienização das mãos.

Seguidamente, com o intuito de facilitar a descrição, análise e compreensão do percurso realizado, assim como a fundamentação do processo na aquisição e desenvolvimento de

competências, o restante subcapítulo encontra-se estruturado de acordo com a execução de cada objetivo previamente planeado e supracitados.

Objetivo I

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados, ao doente em estado crítico e sua família, no Serviço de Urgência.

Inicialmente foi necessário conhecer a estrutura física e funcional do serviço. Realizei um turno em cada valência deste de modo a ter uma noção da especificidade de cada valência e compreender o circuito do doente, assim como, os seus critérios de admissão e transferência. Posteriormente foi essencial compreender os mecanismos de articulação inter e intra-hospitalar e proceder a uma observação direta do funcionamento do serviço. Por forma a sustentar a minha adaptação, consultei normas e protocolos implementados no serviço e familiarizei-me com a plataforma informática utilizada no SU (HCIS). Aponto estes aspetos, como facilitadores de integração e adaptação ao SU.

De forma a atingir os objetivos delineados e após diálogo com enfermeira orientadora, decidi focar a minha prestação de cuidados na SR, pois é nesta valência do serviço, que se encontra o doente em situação mais crítica, com necessidades mais prementes, também porque, devido à complexidade das situações, a família necessita de um maior apoio e conforto, sendo evidente a necessidade de informação. Esta escolha influenciou **de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**

Tendo presente os níveis de proficiência de BENNER (2001), no início do estágio, senti-me no estágio 1 – Iniciada. Segundo esta teórica, esta situação pode ocorrer sempre que uma enfermeira integra um novo serviço, visto que a aquisição de competências segundo este modelo depende da situação, ou seja, depende do contexto onde as competências serão adquiridas. Foi exatamente assim que me senti, tendo mobilizado progressivamente os meus conhecimentos e a minha experiência profissional para o contexto da urgência. Presente que as competências que qualificam uma profissão, decorrem de um conjunto de saberes e a sua obtenção exige um domínio prévio dos alicerces teóricos dessa competência (COLLIÉRRE, 1999), investi em algumas áreas de intervenção, através de estudo e pesquisa bibliográfica da qual destaco: cuidados a prestar ao doente vítima de trauma; cuidados em urgências e emergências médicas, principalmente do foro cardíaco e respiratório e sobre técnicas de comunicação perante a pessoa/ família em situação crítica, revelando consciência para **manter de forma contínua e autónoma, o processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.** Para além disso, um maior conhecimento sobre o funcionamento e dinâmica do serviço, contribuiu para um ganho de confiança na prestação de cuidados e consequentemente transmiti-la ao doente e família.

Na literatura sobre enfermagem, a confiança é habitualmente vista como uma condição para o desenvolvimento da relação do cuidar (WATSON, 2002). A confiança foi essencial para o meu

crescimento ao longo do estágio e para evoluir nos níveis de proficiência de BENNER, tendo em conta que a capacidade de envolvimento com os doentes e a família é fulcral para ganhar perícia na enfermagem (BENNER, 2001). E porque a enfermagem abraça mais do que uma mera execução de tarefas, então parece que a confiança, é uma parte fundamental na nossa prática (SELLMAN, 2006).

Um exemplo, em que esta conceção foi notória foi o caso de uma senhora de 33 anos de idade, que foi admitida na SR com sintomas de opressão torácica, palidez acentuada e hipotensão. A senhora tinha dificuldade em compreender a língua portuguesa, (oriunda de um país da Europa de Leste) encontrava-se extremamente ansiosa, não entendia o que lhe estava a acontecer, vê-se num ambiente hostil, onde as dúvidas se multiplicavam, os medos a atormentavam e com dificuldade em expressar verbalmente as suas angústias.

Antes de iniciar os procedimentos, tentei compreender os seus medos, para tal, manifestei através do meu comportamento, que ela era importante para mim, assim como as suas preocupações e interesses, demonstrei disponibilidade para a escutar, adotei uma distância confortável para a doente, inclinei-me ligeiramente sobre ela e mostrei atenção pela sua pessoa e pelas suas palavras, utilizei uma postura corporal de abertura, sem cruzar os braços; usei uma linguagem simples, com frases curtas facilmente compreendidas pela doente; fiz reformulações; estive atenta à linguagem não verbal, como a expressão facial, o seu tom de voz e gestos; permiti que colocasse perguntas e estimei a realização das mesmas. Esta atitude de **demonstração de conhecimentos aprofundados, sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e relacionar-me de forma terapêutica**, permitiu-me identificar as suas necessidades, reforçando a visão holística e contextual da pessoa, o que potenciou a adequação da minha resposta, face à especificidade das necessidades da doente em cuidados de enfermagem. Além de que, cuidados de saúde de qualidade e de enfermagem em particular, impõem atualmente um respeito humanista pelo ser humano (WATSON, 2002).

Com este desempenho junto da doente, contribuí para a relação estabelecida, evidenciada no momento em que o técnico tentou realizar um ECG e esta apenas olhava para mim, com pânico, que naquele instante estava a preparar medicação. Assim que percebi a situação, fui junto da doente, pedi ao técnico para suspender momentaneamente o exame. Após avaliar a situação, expliquei-lhe a finalidade do exame, que este não iria causar dor, tapei-lhe o tronco com um lençol. Pelo que avalei através da utilização de atitudes e habilidades relacionais (escuta; a empatia; o respeito incondicional e feedback), a doente tinha receio que o exame lhe aumentasse a dor, tinha um desconforto por ficar despida no tronco e além disso não compreendia a finalidade do exame, o que agravava o seu estado de ansiedade.

Demonstrei à doente, que tinha competência para que esta confiasse nos meus cuidados, evidenciada pelo interesse manifestado, por aquilo que a cada momento, a inquietou, que a fez

sofrer ou a desconfortou, e tendo sempre presente, que o enfermeiro tem que inspirar confiança para promover o conforto (WATSON, 2002).

Neste exemplo, é manifesto que a comunicação é um processo de compreensão e partilha de mensagens enviadas e recebidas, e como estas mensagens podem influenciar o comportamento das pessoas envolvidas (STEFANELLI & CARVALHO, 2005). Considero, que a minha prestação, junto da doente, **demonstrou conhecimentos aprofundados, sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente**, ao ter presente que uma comunicação eficaz ajuda a enfrentar a situação de doença, permite o alívio do sofrimento e contribui para a recuperação. Especificamente, o enfermeiro que usa a comunicação como uma ferramenta de alicerce nas suas ações, aproxima-se da pessoa vulnerável, permitindo-lhe conversar, escutar, tranquilizar, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperança (FREITAS & FREITAS, 2008). Por outro lado, a falta de comunicação só tornará o doente mais isolado na sua dor, angústia e medo (STEFANELLI & CARVALHO, 2005), que foi evidenciado pela doente aquando da realização do ECG.

Paralelamente a este desempenho, demonstrei preocupação pelo alívio da dor da doente ao questionar o médico sobre a administração de analgesia e ao administra-la (morfina) imediatamente após a sua prescrição. Preocupei-me também em colocá-la numa posição mais confortável possível.

A literatura revela que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem e está ligado à sua origem e desenvolvimento (APÓSTOLO, 2009). Particularmente, o confortar, pela interação enfermeiro – doente, é o conceito central na enfermagem, é contingente, concreto e importante para a pessoa (MORSE, HAVENS & WILSON, 1997).

Baseando-me na teoria de KOLCABA (1994), o conforto é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto – alívio, estado da pessoa associado à satisfação de uma necessidade específica; tranquilidade, referente ao estado de calma ou contentamento e transcendência, que se refere à forma como cada pessoa ultrapassa os seus problemas ou sofrimento. Numa perspetiva holística, menciona ainda que o conforto é experimentado a nível físico, psicoespiritual, ambiental e social. Assim, relacionando o exemplo com a teoria de Kolcaba, preocupei-me de imediato em aliviar a dor da doente, atuando num dos estados de conforto: a nível físico, mas também me assentei na relação interpessoal inspirando tranquilidade, o que contribuí para a diminuição da ansiedade e do sofrimento da doente.

Para além da preocupação com o controlo da dor e implicitamente com o conforto, é necessário ter presente que aquela pessoa se encontrava numa situação de fraqueza, de vulnerabilidade, que se entregou ao meu cuidado. A vulnerabilidade confronta o ser humano com a sua finitude implicando cuidado, precaução, responsabilidade e respeito pelo outro e

impondo um apelo à proteção humana (MENDES, 2007). Portanto, no cuidado ao outro em situação de vulnerabilidade foquei os meus cuidados em valores éticos como o respeito e a solicitude, evidenciados no exemplo anterior.

Posteriormente, e após a observação dos resultados analíticos e dos exames complementares de diagnóstico, foi decidido que a doente iria ser transferida para o serviço de hemodinâmica do HSC. Logo que tive conhecimento desta decisão expliquei-a à doente, o que no meu ponto de vista, também contribuiu para a criação de um ambiente terapêutico seguro. Esta esboçou um sorriso, que concluí ser um sinal de agradecimento pela minha atuação junto dela. Avaliei assim, o processo de relação estabelecida com a doente a vivenciar uma situação crítica. Durante a minha prestação, o facto de **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva académica e profissional avançada**, contribuiu para o desenvolvimento das relações estabelecidas com os doentes/ família e atuar de acordo com as necessidades identificadas, estabelecendo prioridades e intervindo em tempo útil no processo de tomada de decisão, agindo em conformidade com o que está preconizado nas funções de Enfermeiro Especialista “a) prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, (...) junto do utente (...)” (Decreto-Lei nº437/91: 5724).

Como referi anteriormente, prestei cuidados a pessoas vítimas de trauma, onde pude constatar, que o balcão de trauma é um setor com muito movimento e rotatividade. Nos turnos que fiquei escalada neste setor, tive em consideração que o doente vítima de trauma exige uma avaliação sistemática, rápida e contínua. Na minha prestação efetuei uma abordagem segundo a metodologia ABCDE (FRAME, MCSWAIN & SALOMONE, 2004).

Ao cumprir esta sequência, senti confiança e eficiência na minha prestação, efetuei uma avaliação estandardizada e organizada no processo de enfermagem: na avaliação, planeamento, intervenção e na reavaliação da pessoa vítima de trauma **tendo desenvolvido, uma metodologia de trabalho eficaz** e simultaneamente, **demonstrado um nível de aprofundamento de conhecimentos nesta área**. De salientar, que os registos de enfermagem foram executados de acordo com esta abordagem, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao facilitar a continuidade dos mesmos através de um registo sistemático, organizado e rigoroso, evidenciando a informação necessária para assegurar a tomada de decisão baseada na informação.

Estas experiências vivenciadas permitiram-me articular com a equipa médica e de enfermagem, a programação das transferências dos doentes, realçar no seio da equipa a importância da transmissão de informação, não só nas transferências como também nas passagens de turno, **apresentando um discurso fundamentado** e simultaneamente **demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**.

Durante o estágio fomentei momentos informais de esclarecimento a enfermeiros iniciados, relativamente a temáticas do meu contexto de trabalho, como por exemplo, uma situação em que me pediram apoio na leitura de um traçado eletrocardiográfico, de um doente que apresentava um infra desnivelamento do segmento ST. Esclareci o ritmo cardíaco e relacionei-o com o diagnóstico/ motivo de internamento, sintomatologia do doente, valores analíticos, assim como, com a medicação que tinha em curso e consequente vigilância hemodinâmica, justificando o seu internamento no SO e posteriormente a transferência do doente para o HSC. Ao apoiar a colega na interpretação da situação referida, **geri e interpretei, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, e da minha experiência profissional e de vida, tal como, da minha formação pós graduada e demonstrei capacidades compatíveis com as de liderança de equipas de prestação de cuidados especializados na minha área de especialização.**

Na profissão de enfermagem, não só os conhecimentos teóricos são essências para a prestação de cuidados de qualidade, como também a técnica. Estas competências são necessárias no desempenho do enfermeiro, sendo notório a sua importância na prestação de cuidados ao doente em situação crítica.

Relativamente às competências técnicas e inerente sustentação teórica, no início do estágio, tive algumas dificuldades. Apesar de trabalhar num serviço que integra uma unidade de cuidados intermédios, (área diversa em técnicas e procedimentos) no serviço de urgência estas técnicas exigem uma maior rapidez de atuação e são importantes para se conseguir estabilizar a pessoa que estamos a cuidar. Estas dificuldades foram sendo ultrapassadas com a mobilização de conhecimentos e da minha experiência profissional anterior, um elemento essencial para a tomada de decisão em enfermagem (JESUS, 2004). Foi notório o desenvolvimento de competências no processo de tomada de decisão, quer seja racional, baseada na informação e na interpretação e avaliação dos dados recolhidos, quer seja pela intuição (BENNER, 2001) relacionado com o grau de experiência, ou apoiado no continuum cognitivo, resultante da comunhão do racional e analítico com o intuitivo. Este progresso contribuiu significativamente para uma articulação ativa e eficaz com a restante equipa multidisciplinar, o que me permitiu **trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, como evidencio nas experiências vivenciadas e analisadas ao longo deste subcapítulo.

Em relação à vertente relacional, a meu ver, esta representa um pilar essencial na enfermagem, pois, para alcançar a excelência do cuidar não basta atingir elevados níveis técnicos e científicos, há que investir também em elevados níveis humanos. Assim, tive a preocupação de cuidar da pessoa como um ser único, promovendo a sua individualidade. O ritmo acelerado da urgência e o número de solicitações verificado no início do estágio, deixaram-me com a sensação de não conseguir dar uma resposta eficaz às necessidades constatadas. Fui evoluindo, até conseguir contornar esta dificuldade e melhorar a minha prestação junto do doente e família.

Quando a família tem um membro a sofrer de doença todos os seus membros sofrem de ansiedade, stress, sentimentos de medo e insegurança. O internamento num serviço de Urgência ou de Observação, não afeta apenas a pessoa em estado crítico, também a família é afetada por esta realidade (BOLANDER, 1998).

A comunicação no SU, é essencial para uma melhor assistência ao doente e família, que estão a vivenciar um processo de hospitalização, podendo resultar em stress e sofrimento (SIQUEIRA, 2006). Portanto, o enfermeiro deverá ser capacitado para reconhecer a sua interação com o doente e família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos.

Recordo uma situação, que evidencia estes princípios: Um doente com 84 anos de idade, vítima de traumatismo craniano após queda no domicílio, transferido do Hospital de Cascais, para onde havia sido transferido do Hospital de Santarém, encontrava-se na companhia do neto. Ao observar o comportamento do neto, constatei que este estava ansioso. Pude confirmar mais uma vez um dos cinco axiomas da comunicação da escola de Palo Alto, que refere que *é impossível não comunicar*, pois todo o Comportamento em interação tem valor de mensagem (SERRA, 2007). Seguidamente, abordei o neto do doente para compreender a causa da ansiedade manifestada. Através de atitudes comunicacionais de exploração, apoio e compreensão, apurei que a ansiedade do neto estava relacionada, com o facto de este não compreender o motivo pelo qual o avô tinha sido transferido do Hospital de Cascais para o HSF, relacionando-a com o agravamento clínico do avô. Expliquei então, o motivo da transferência e tranquilizei o neto, transmitindo-lhe confiança, tendo este, agradecido a minha disponibilidade e compreensão pela sua situação.

No SU os familiares têm necessidade de encontrar um interlocutor disponível e compreensivo para os apoiar (LIBERADO, 2004). O cuidar da família implica compreender o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente, deixar a família entrar nas unidades, é necessário, cuidá-la para potencializar o nosso trabalho, questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhes as reações e comportamentos e entender as suas emoções (CASANOVA, 2009). Noção que tive presente na minha prestação, como é manifesto no exemplo supracitado.

Tendo em mente os axiomas da teoria da comunicação da escola de Palo Alto, vivenciei uma situação que explico utilizando o terceiro axioma – *A natureza de uma relação está dependente da pontuação* das sequências comunicacionais entre os comunicantes. Estava escalada no balcão de trauma, quando foi admitida uma senhora de 80 anos de idade, vítima de queda no domicílio, com traumatismo do colo do fémur. Início a minha avaliação, questionando - a sobre as características da dor, nomeadamente a intensidade da mesma. A doente esboçava um sorriso e não respondia. Perguntei novamente se tinha dor, tendo esta respondido que sim, mas quando lhe pedia para clarificar a intensidade da dor, esta voltava a sorrir. Após várias tentativas de esclarecimento, a doente mostrou-se indignada com a situação e perguntou-me

se estava “a gozar com ela”. Constatei então que estava a vivenciar uma disfunção do terceiro axioma da teoria de comunicação, em que, se verificaram interpretações diferentes na comunicação. A doente e eu pontuamos a sequência dos acontecimentos de acordo com o nosso ponto de vista, resultando então, uma divergência na sequência dos acontecimentos. Esta pontuação organiza os acontecimentos e por isso, é vital para as interações em curso (ALARCÃO, 2000). Seguidamente esclareci a doente sobre a finalidade da pergunta, tendo esta demonstrado compreensão face à situação vivenciada, pedindo desculpa, pois ainda ninguém lhe tinha pedido para “medir a sua dor”. A pontuação discordante foi ultrapassada pela metacomunicação, em que se analisou para além do conteúdo da comunicação, a relação desta.

Relativamente à avaliação da dor, a evidência científica recente, defende que esta deve ser realizada de uma forma detalhada e completa, baseando-se na auto percepção do doente, sempre que possível (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008). Tendo presente esta noção, sempre que procedi à avaliação da dor, privilegiei o autorrelato da mesma como fonte de informação, como exemplificado na vivência anteriormente exposta, **desenvolvendo**, deste modo, **uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**, ao realizar uma avaliação correta da dor, e assim, dar uma resposta efetiva às necessidades dos doentes, **zelando pelos meus cuidados**, ao **incorporar na prática resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização**.

Considero ser difícil no contexto de um SU, onde se verifica uma grande rotatividade de doentes, estabelecer uma relação de ajuda. Contudo, é possível e fundamental valer-se de atitudes relacionais, como manter a confiança, manifestar respeito, conservar a confidencialidade, manter-se aberto ao outro, honrar os compromissos e a empatia. Desse modo, na minha prestação tentei usar técnicas de comunicação como a observação, a escuta e a especificidade. Estas formas de comunicação, principalmente a comunicação não verbal, podem ser de extrema importância num contexto de uma situação crítica. Ocorre-me o caso, de uma adolescente vítima de uma queda na escola durante a aula de educação física, com suspeita de traumatismo vertebro-medular, que esteve cerca de duas horas imobilizada numa maca ansiando a autorização para se movimentar, um simples olhar, ou até mesmo a minha presença e toque, foram fundamentais para que ela compreendesse que nós estávamos ali e que nos preocupávamos com ela. Apesar de se referir a um contexto diferente, concordo com LOPES (2006) quando este refere, que a arte da presença pode fazer a diferença no contexto da experiência humana de doença. Em relação ao toque, este tipo de contacto, é muitas vezes a única forma que possibilita o reconforto e a comunicação (BENNER, 2001).

Para além das técnicas comunicacionais, atitudes e habilidades relacionais referidas anteriormente, tive presente a compaixão, pois quando reconhecemos o outro como um sofredor, o nosso cuidado é sinónimo de compaixão (VIEIRA, 2009). Deve ser dado um realce à formação humanista do enfermeiro (WATSON, 2002), e tenho consciência que “hoje a enfermagem é uma profissão com formação científica e uma prática de expressão humanista.

No entanto, continua a ser um processo complexo, já que nem sempre os objetivos da ciência e do humanismo personalista se conjugam facilmente” (VIEIRA, 2009:128).

Face aos exemplos mencionados, mostrei que, ao considerar a complexidade de cada situação específica, o enfermeiro especialista, tem de mobilizar saberes e habilidades, para cuidar a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença. Evidenciei conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e de medos vividos pela pessoa em situação crítica, demonstrando **conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação**, no relacionamento com o cliente e relacionar-me de forma terapêutica, no respeito pelas suas crenças, pela sua cultura e especificamente conhecimentos sobre estratégias facilitadoras da comunicação com “barreiras à comunicação”. **Demonstrei, consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.**

Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar a minha orientadora, a exercer funções de chefia de equipa. Observei e colaborei nas atividades desenvolvidas, das quais, destaco a liderança, coordenação, gestão e supervisão de cuidados. Constatei que, liderar com eficiência a equipa neste serviço, não era de todo uma tarefa fácil. O estilo de liderança adotado, influencia significativamente o bom funcionamento e dinâmica do serviço e implicitamente a capacidade de motivar os profissionais a trabalhar em equipa, tendo como objetivo comum, prestar cuidados com qualidade e segurança, de modo, a dar resposta às necessidade dos doentes assistidos, o que constitui, um dos objetivos principais do CHLO no triénio 2011- 2013 (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do CHLO, 2011). Saliento, a capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz, como uma competência fundamental do chefe de equipa, subjacente a todas as atividades desenvolvidas por este. Considero ainda, que para conseguir realizar estas ações no seio de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro deve ter um domínio de conhecimentos e demonstrar saberes científicos, técnicos e relacionais.

Embora pense que o papel do enfermeiro, seja fundamental no contacto direto com o doente, compreendo a importância desta função e competências inerentes, de modo a garantir o funcionamento e dinâmica do serviço e a relevância do seu desenvolvimento como competências do Enfermeiro Especialista. Estes turnos foram um contributo para o desenvolvimento de competências na área de gestão, liderança, supervisão e motivação, na medida em que, favoreceram a **reflexão na e sobre a prática**, em particular sobre as dificuldades e constrangimentos ocorridos durante os turnos, assim como, as estratégias desenvolvidas para os ultrapassar.

Ocorre-me uma situação vivenciada, que exemplifica o anteriormente referido. Num destes turnos houve a necessidade de acompanhar uma doente na realização de um exame ao exterior do hospital, nomeadamente uma ressonância magnética. Aquando da chegada da ambulância, o enfermeiro estava preparado para prosseguir o transporte, contudo, a mala que o acompanha na execução do mesmo, estava a ser utilizada em outro transporte intra-

hospitalar. A ocasião era perfeita para o transporte seguir, contudo a enfermeira Orientadora, seguindo princípios de segurança na prestação de cuidados, decidiu que o mesmo, apenas se iria realizar quando estivessem reunidas as condições necessárias para a sua realização. Na reflexão sobre esta situação, foi bastante evidente, que o enfermeiro não deve tomar decisões com base em critérios de comodidade, mas sim de segurança. Nesta atitude da enfermeira orientadora, esteve patente a consideração, que nas instituições de saúde deve-se ter um desempenho que limite ao máximo a possibilidade de erro (FRAGATA & MARTINS, 2004).

Para além disso, compreendi a necessidade de transferência dos doentes para outros serviços ou instituições, independentemente da hora, assegurando a rotatividade e as transferências nas várias valências da urgência. Esta perceção contribuiu para uma mudança na minha postura, enquanto chefe de equipa no local onde trabalho, ao permitir com prontidão as transferências dos doentes, vindos da urgência para o meu serviço e assim facilitar a gestão de vagas no SU.

Nos dias 2 e 3 de junho, frequentei as I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora, A Pessoa em Situação Crítica, o que influenciou e contribuiu para **manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de desenvolvimento profissional.**

Optei por despende de 14 horas do meu estágio na frequência destas jornadas, pois considerei que estas poderiam ser um importante contributo, para a aquisição de conhecimentos sobre a temática, para posteriormente mobilizar em contexto de estágio e trabalho. O facto de ter assistido a estas jornadas e ter partilhado as experiências com colegas de outras instituições, possibilitou-me a abertura a contextos de trabalho diferentes do meu quotidiano profissional. Esta experiência teve um impacto positivo no meu desempenho, quer como profissional, quer como estagiária. Permitiu-me, a aquisição e articulação de conhecimentos, o conhecimento de resultados de estudos apresentados e a reflexão sobre os seus conteúdos, o que fomentou o desenvolvimento de competências no processo de tomada de decisão baseada na evidência, como exemplo em situações de cuidar a pessoa submetida a ventilação não invasiva, sendo esta uma técnica usada na urgência, especificamente na sala de reanimação, onde foquei a minha prestação de cuidados, durante este estágio.

Um exemplo desta mais-valia verificou-se num turno em que foi admitido um doente, do sexo masculino de 55 anos de idade, com dificuldade respiratória, polipneico, com utilização da musculatura acessória da respiração e com movimento abdominal paradoxal, pálido, com sudorese intensa e hipertenso, com suspeita de EAP. Após observação do doente, e dos resultados analíticos referentes à gasometria arterial, o médico de serviço considerou a necessidade de ventilação invasiva, ao qual eu perguntei depois de posicionar confortavelmente o doente em fowler, se não podia ponderar a utilização do CIPAP, uma modalidade VNI, recomendada nestas situações (evidência A) (NIEMINENS, et al, 2005), a qual foi utilizada com êxito, apresentando o doente melhorias significativas, tendo sido

transferido para o SO, sob VNI, no final do meu turno. Anteriormente à utilização de VNI e após administração de morfina, encontrando-se o doente menos ansioso e menos queixoso, esclareci-lhe o procedimento, em que foquei a importância do sincronismo ventilador/doente, tendo este revelado compreensão sobre a situação e mencionado que já tinha sido sujeito a VNI numa situação similar. Para a manutenção de VNI foram tidos em consideração determinados aspetos, que estão diretamente relacionados com o êxito desta modalidade ventilatória, nomeadamente: a colocação do interface não invasivo, neste caso da máscara facial, bem adaptada ao rosto do doente; a vigilância e monitorização hemodinâmica contínua, assim como a vigilância para controlo de fugas de ar junto ao interface (MARCELINO et al, 2008), tal como foi justificado pelos trabalhos apresentados nas jornadas em questão.

No turno e dia seguinte, apesar de não estar distribuída no SO, dirigi-me a esta valência do SU com o intuito de obter informações sobre o estado clínico deste doente, o qual tinha sido transferido para o serviço de Cardiologia do HSC. De salientar, que o doente no momento da transferência para o HSC já não se encontrava submetido a VNI, o que encarei como um indicador positivo da minha prestação junto do doente. Este caso foi um exemplo, de como a VNI utilizada em situações agudas, pode reduzir o número de entubações orotraqueais e possíveis complicações associadas à ventilação invasiva e conseqüentemente na redução do tempo de internamento dos doentes.

A análise da vivência anteriormente descrita, para além de, esclarecer um exemplo dos contributos de ter assistido às jornadas supracitadas, também **demonstrou capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, comprovei um nível de aprofundamento de conhecimentos no âmbito da área da especialização, revelei iniciativa e tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas, ao incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, para além de, desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar.**

Seguidamente segue-se a análise reflexiva das atividades inerentes à consecução do objetivo II planeado para este módulo, com fundamentação sobre as competências desenvolvidas.

Objetivo II

Desenvolver competências na área da promoção da qualidade dos cuidados prestados, através da sensibilização dos profissionais de saúde no âmbito da prevenção e controlo de infeção hospitalar na área da higienização das mãos.

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele. O próprio conceito tem sido abordado de forma diferente por diversos autores ao longo dos anos.

No contexto do mundo globalizado, onde a ciência, a tecnologia e a informação estão ao alcance de muitos, as profissões e em específico a enfermagem, deparam-se com a

necessidade de melhorar os seus processos de trabalho com o objetivo da garantia de cuidados com qualidade (VITURI & MATSUDA, 2009).

As questões da qualidade em saúde, concretamente em enfermagem, remontam a meados do século XIX, onde a primeira documentação formal da avaliação da qualidade surge na assistência prestada aos soldados ingleses feridos na Guerra da Crimeia. Nesta época, Florence Nightingale, identificou a correlação positiva entre a introdução de determinados cuidados e a queda da mortalidade entre os soldados, verificando-se um decréscimo de 40% para 2% (ADAMI, 2000).

A qualidade em saúde tornou-se um imperativo, e é a marca da modernidade, contudo, para que seja alcançada é necessário que se verifique a sistematização das suas práticas (VITURI & MATSUDA, 2009).

As dimensões fundamentais da qualidade em saúde são: a acessibilidade; a efetividade; a eficiência; a equidade e a segurança do doente (BENGOA, 2006).

Estas dimensões também estão implícitas nos aspetos que a Organização Mundial de Saúde considera determinantes para obter a qualidade, sendo eles: Excelência profissional; Eficiência na utilização dos recursos; Satisfação dos utilizadores com o serviço de saúde; Resultados obtidos e Garantir a segurança dos doentes (PISCO, 2005).

Particularizando o aspeto sobre a segurança, deve-se, promover o desenvolvimento de uma verdadeira consciência do risco, nos profissionais e nas instituições. Se mudarmos a cultura e a prática, conduziremos o exercício com fiabilidade (FRAGATA et al, 2006).

Para a segurança e qualidade dos cuidados, recomenda-se o uso de indicadores de qualidade, que orientem a ação e avaliem os resultados (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2002).

Constituem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, entre outros, os seguintes:

- ✓ Satisfação dos utentes pelos cuidados que recebem;
- ✓ Ausência de úlceras de pressão;
- ✓ Ausência de erro de medicação;
- ✓ Ausência de infeção associada aos cuidados de saúde (BOTELHO, 1998).

Os enfermeiros, enquanto profissionais que mais tempo de atividade passam junto do doente, podem e devem, desempenhar um papel primordial na área da prevenção e controlo de infeção hospitalar, assim como a promoção de boas práticas. Estudos Internacionais divulgam que cerca de um terço das infeções adquiridas na prestação de cuidados são seguramente evitáveis (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007).

A preocupação com as questões relacionadas com a infeção remonta ao ano 1854, durante a Guerra da Crimeia, tempos em que Florence Nightingale ilustrou os problemas ambientais que existiam (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

É reconhecido no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, que Florence Nightingale desenvolveu os primeiros passos para a prevenção e controlo da infeção hospitalar, essenciais ao pensamento atual da prestação de cuidados (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007).

Tendo em consideração que, as IACS assumem cada vez mais importância em Portugal e no mundo (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007), é fundamental, no meu percurso, obter e desenvolver competências nesta área, para contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados. Considero, que o papel do enfermeiro especialista deve ser preponderante neste âmbito, e consciente que o enfermeiro especialista em contexto de urgência, não só se caracteriza por evidenciar as competências através de uma atuação abrangente, inovadora e de elevada qualidade, mas também pela sua responsabilidade na promoção da melhoria dos cuidados prestados aos clientes (SHEEHY, 2011).

A formação contínua desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes (COLLIERE, 1999). Assim sendo, a formação dos profissionais é fundamental para que estes se mantenham atualizados, para uma prestação com confiança e qualidade, permitindo o desenvolvimento da reflexão crítica sobre os cuidados prestados.

Tendo estes conceitos presentes, efetuei uma identificação das necessidades formativas, na minha área de especialização, através de observação das práticas, e de reuniões informais com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável pela formação em serviço. Desta forma, tive conhecimento de um projeto em curso no serviço, relacionado com a Campanha de Higienização das Mãos. De modo a colaborar nesta área, disponibilizei-me para participar neste projeto, tendo um papel proactivo e interventivo.

Neste âmbito, encontra-se em curso a nível Nacional “A Campanha de Higienização das Mãos” que partiu do desafio lançado pela OMS através da campanha “Clean Care is Safe Care”. A OMS também divulgou as Orientações acerca da Higienização das mãos nos cuidados de saúde (Guidelines on Hand Hygiene in Health Care). Esta campanha é fundamental, visto estar comprovado através de evidências científicas, que a higiene das mãos é considerada a medida mais importante para prevenir a propagação de agentes patogénicos nos cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Consciente desta perceção, abracei este projeto com muita motivação, **tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas, tendo participado e promovido a investigação em serviço.**

Quando entrei no projeto já tinha sido feita uma sensibilização dos profissionais através de ações de formação e aumentado a disponibilidade de SABA, colocados em locais estratégicos para facilitar a sua utilização, avaliação das medidas de melhoria implementadas, através de colheita de dados relativos à adesão dos profissionais pela observação direta dos 5 momentos que a OMS preconizou para a higiene das mãos, e divulgação dos resultados. Após uma nova sensibilização aos profissionais e observação das práticas da higiene das mãos, tive a oportunidade de efetuar a análise e interpretação dos dados da observação anteriormente realizada. Constatei que, um grupo profissional especificamente, os assistentes operacionais, apresenta uma taxa muito baixa de adesão à higienização das mãos nos 5 momentos, pelo que considerei necessário e pertinente planear (APÊNDICE I) e efetuar uma formação a este grupo profissional, sobre a temática em questão (APÊNDICE II). Segundo informação transmitida pela enfermeira responsável pela formação, a taxa de adesão à formação no serviço é baixa, motivo pelo qual a formação foi efetuada em contexto de trabalho. Foi feita divulgação das sessões no serviço, através da exposição de um folheto informativo (APÊNDICE III) e através de conversas informais junto dos assistentes operacionais, numa tentativa de incentivo à sua participação, evidenciando a importância desta temática, como contributo indispensável para a melhoria da qualidade do seu desempenho. Perante a avaliação do feed-back dos assistentes operacionais nas conversas informais acerca da formação, decidi apresentar três sessões, sendo elas às 8:00h; 11:00h e 16:00 horas do mesmo dia de modo a englobar profissionais escalados nos 3 turnos deste dia. Nesta situação, penso que a informação recolhida sobre a baixa adesão à formação por parte deste grupo profissional, permitiu-me desenvolver um processo de tomada de decisão adequado, relativamente às estratégias utilizadas quer na divulgação das sessões, quer na decisão de realizar as três sessões, na medida em que, consegui ultrapassar o obstáculo da baixa taxa de adesão às formações, conseguindo abranger cerca de 75% dos assistentes operacionais do serviço, o que avalio como um aspeto positivo na minha intervenção e como um critério da adequação da metodologia de trabalho utilizada.

Durante a formação, os grupos mostraram-se muito participativos, colocaram algumas dúvidas, tendo sido um espaço de partilha e de reflexão, com feedback bastante positivo por parte de todos os grupos, como apresenta a avaliação das sessões (APÊNDICE IV). Sendo os assistentes operacionais um grupo profissional a quem delegamos funções, devemos ter uma preocupação constante em atuar em articulação e complementaridade com vista na melhoria contínua da qualidade em saúde, onde espaços que promovam a reflexão, a partilha e a capacidade de problematizar, fomentam a inteligência coletiva (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005).

Relativamente às categorias profissionais dos médicos e dos enfermeiros, estas apresentaram melhorias relativamente à adesão da higienização das mãos nos 5 momentos quando comparadas com os resultados do semestre anterior. Contudo, considerei necessário haver um aumento da adesão da higienização das mãos, uma vez que as taxas de adesão estão abaixo

comparativamente às recomendações emanadas pela OMS. Decidi efetuar uma nova sensibilização neste âmbito. Para tal, expus no serviço, quatro cartazes que alertassem para a importância desta temática na prestação de cuidados com qualidade e segurança (APÊNDICE V). Para a execução destes cartazes, tive presente que estes deveriam ser chamativos e criativos para despertarem atenção sobre a temática em questão. Este propósito foi atingido, na medida em que nos turnos seguintes à sua colocação, verifiquei a existência de comentários sobre os mesmos, fomentando desta forma, o interesse pelo tema e alertando para as boas práticas no que respeita à higienização das mãos.

Realizei também uma banca de sensibilização, onde transmiti informações sobre os resultados obtidos na última observação comparativamente aos do semestre passado, através da exposição e de elucidação de um poster (APÊNDICE VI). Na apresentação do poster, para além de **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto a público em geral, produzi um discurso fundamentado, tendo demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos neste âmbito**, evidenciado pelo feed-back dos profissionais relativamente a esta iniciativa.

Durante a realização do poster exposto, tive em mente critérios sobre a realização do mesmo, de modo a que este, para além de funcional e atrativo, abrangesse toda a informação pretendida. Considero que atingi esta finalidade com esforço, dedicação e orientação para a sua concretização. De referir o interesse por parte da Enfermeira Chefe do SU em manter o poster exposto num local estratégico do serviço.

De salientar, que tive em ponderação o local para a realização da banca, de modo a que esta permitisse a interação com a maioria dos profissionais que trabalham no SU. Utilizei uma estratégia adequada, na medida em que foi uma experiência muito interativa, o que fomentou a **reflexão na e sobre a prática de forma crítica**, pela partilha de ideias, vivências, pareceres e conhecimentos sobre esta temática.

Nesta banca utilizei a câmara de luz ultravioleta, fornecida pela CCIH do hospital, promovendo a articulação entre estes dois serviços. A decisão sobre a escolha da utilização desta câmara teve como principal finalidade, sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da técnica correta da higienização das mãos, uma vez que esta permite uma avaliação desta técnica. Expus ainda, um poster interativo (APÊNDICE VII), para completar, dando ênfase à higienização das mãos num dos 5 momentos recomendados pela OMS, especificamente: O momento *antes do contacto com o doente*, o qual todas as classes profissionais mostraram uma taxa de adesão mais baixa, comparativamente aos outros momentos indicados para a higienização das mãos. Nesta interação ofereci uns pequenos prémios aos profissionais que completassem o *poster*, como forma de elogiar o conhecimento sobre a temática e valorizar a importância do momento em questão, na prevenção de transmissão de agentes patogénicos.

Considero, que a participação no projeto relacionado com a “Campanha de Higienização das Mãos” a decorrer no serviço, contribuiu para a consolidação de conhecimentos, permitindo uma

noção mais pormenorizado sobre a estratégia nacional da Campanha da Higienização das Mãos. Pela forma como abordei a situação problema, evidenciada na análise dos dados decorrentes da observação, relativamente à adesão da higienização das mãos, **demonstrei iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas, promovi o desenvolvimento de outros profissionais de saúde e zelei pelos cuidados prestados na minha área de especialização.**

A elaboração destes trabalhos, foi bastante positiva e gratificante, pois contribuíram para a sensibilização dos profissionais de saúde para a adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar, tendo como objetivos finais, a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.

Para além da temática sobre a higienização das mãos, abordei um tema relacionado com a norma existente no serviço sobre a utilização do quarto de isolamento com pressão negativa, uma vez que foram **identificadas necessidades formativas** relativamente à utilização deste quarto, através da colocação de dúvidas sobre a mesma por parte de alguns enfermeiros e confirmadas pela observação das práticas, no que respeita ao uso de equipamento de proteção individual.

A abordagem deste tema (isolamento) é fundamental para sensibilizar os enfermeiros acerca da transmissão de infeções em meio hospitalar e de como podemos e devemos quebrar a cadeia de transmissão e evitar a propagação de agentes patogénicos.

Tendo consciência da importância desta temática decidi efetuar uma sensibilização sobre a norma de isolamento respiratório de utilização do quarto de pressão negativa. Após leitura e análise da norma existente no serviço e pesquisa bibliográfica sobre evidência recente neste âmbito, efetuei um cartão com o resumo da norma preconizada para utilização do mesmo (APÊNDICE VIII). Ficou decidido que este cartão resumo será entregue aquando da utilização do quarto de isolamento, com pressão negativa, ao enfermeiro que fica responsável por prestar cuidados ao doente nesta situação de isolamento. Assim, os enfermeiros têm a possibilidade de consultar e esclarecer dúvidas que surjam sobre esta norma. No decorrer do estágio este quarto foi poucas vezes utilizado com o objetivo de isolamento, pelo que julgo que a sua utilização não é muito frequente, o que contribui para o esquecimento da norma sobre a sua utilização. Considero pertinente a realização deste cartão resumo, assim como, a realização de um cartaz acerca da forma como se coloca e retira o equipamento de proteção individual (APÊNDICE IX). Este cartaz ficou exposto na ante câmara do quarto, para o esclarecimento dos profissionais, sobre esta prática, enquanto responsáveis ativos pela prevenção e controlo da infeção hospitalar, sendo esta da responsabilidade de todos os profissionais. Ao efetuar este cartão resumo e cartaz, considero que **zelei pelos cuidados prestados**, ao esclarecer procedimentos e promover a segurança e qualidade dos cuidados aos doentes sujeitos a este tipo de isolamento, como também **colaborei na integração de novos profissionais** ao

disponibilizar informação sobre esta temática e compila-la numa forma simples e concisa, facilitando a sua leitura e esclarecimento, contribuindo assim para a sua aplicação.

É importante ter presente de que como enfermeira especialista, devo ter um papel importante na sensibilização do processo de mudança, as ações isoladas muitas vezes falham (GEADA, 2003) pelo que a responsabilização de cada um me parece o melhor caminho para a consciencialização e mudança de conduta. A modificação de condutas é complexa e pressupõe formação e muita motivação (GEADA, 2003).

Este módulo do estágio foi enriquecedor, na medida em que me possibilitou aliar a minha experiência profissional, com os conhecimentos teóricos adquiridos, quer na componente teórica do curso, quer na pesquisa efetuada ao longo do estágio, o que contribuiu significativamente para a análise e reflexão das experiências vivenciadas e fundamentação no processo de desenvolvimento das competências desenvolvidas inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, como foi exposto ao longo deste subcapítulo.

Paralelamente a este enriquecimento, considero que ao ter **liderado equipas na prestação de cuidados**, no âmbito da prevenção e controlo de infeção, sensibilizei os profissionais de saúde para a importância desta área na prestação de cuidados, promovendo a adoção de medidas de segurança nos cuidados prestados, contribuindo para a qualidade dos mesmos.

1.2 – MODULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR

O presente módulo corresponde ao estágio opcional, tendo decorrido na CCIH do HSJ entre 26 de setembro e 18 de novembro de 2011.

À semelhança do subcapítulo anterior, também neste pretendo fundamentar a aquisição e desenvolvimento de competências, inerentes às do enfermeiro especialista em EMC, através da análise reflexiva acerca dos contributos das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

A temática relativa ao controlo de infeção está subjacente às competências do Enfermeiro Especialista e maximiza a atuação na prevenção e controlo da infeção diante da pessoa em situação crítica, perante a complexidade da situação e consequente adequação da resposta em tempo útil (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Reconhecendo a importância da prevenção e controlo de infeção hospitalar e consciente do empenho que é necessário desenvolver por todos os profissionais de saúde, de modo a controlar e diminuir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e após diálogo com a Enfermeira Orientadora, delinee os seguintes objetivos:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito das funções do enfermeiro da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar;

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito de auditoria de práticas clínicas na área de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, sobre a utilização de equipamento de proteção individual.

Tal como no módulo anterior, optei por organizar o restante subcapítulo, de acordo com a exequibilidade de cada um dos objetivos anteriormente planeados e supramencionados.

Objetivo I

Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito das funções do enfermeiro da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

A concretização deste objetivo desenvolveu-se ao longo de todo o período de estágio, onde a pesquisa bibliográfica e o estudo foram uma constante, pois esta é uma área em que possuía poucos conhecimentos, maioritariamente teóricas sem um confronto com a realidade que se vive no quotidiano da CCIH. Deste modo, procurei informar-me, integrar-me nas atividades a serem desenvolvidas pela CCIH e sempre que possível ter um papel interventivo, participativo, com espírito de iniciativa e criatividade.

Nos primeiros dias de estágio tive conhecimento da equipa multidisciplinar da CCIH e da sua dinâmica, nomeadamente das estruturas de apoio e articulação com os diversos serviços do Hospital, tal como, das normas e procedimentos estabelecidos, dos projetos e atividades a ser desenvolvidas pela CCIH. Esta informação contribuiu significativamente para um esclarecimento e compreensão sobre o trabalho desenvolvido no âmbito da CCIH.

A vigilância epidemiológica, a formação/informação e a elaboração, divulgação, monitorização de normas e regulamentos, são as três grandes áreas de intervenção da competência das CCIH mencionadas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, tendo como finalidade, diminuir a incidência da IACS, a nível nacional (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007).

A formação/ informação é uma área com grande visibilidade nesta instituição, sendo notório o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras da CCIH. Na minha opinião, a formação assume um papel significativo na sensibilização dos profissionais de saúde, de modo a aprofundarem e atualizarem conhecimentos que, nos vários cenários da prática clínica, contribuam para a promoção das “boas práticas” e garantam um ambiente seguro.

Com base nesta noção, tive oportunidade de frequentar os seguintes cursos de formação:

1 – “Precauções Básicas e de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”

Decorreu nos dias 26 e 27 de setembro, no Centro de Formação do HSAC, sob a responsabilidade das enfermeiras da CCIH (ANEXO I).

O facto de frequentar este curso, no início do meu estágio foi uma mais valia, pois foi uma oportunidade para atualizar os meus conhecimentos na área de prevenção e controlo de infeção, esclarecer dúvidas relativamente à minha prática e assim contribuir para a melhoria do meu desempenho enquanto profissional de saúde. Considero que as temáticas abordadas nesta formação foram muito pertinentes, essencialmente porque são contextualizadas ao meu local de trabalho. A dinâmica do curso, contribuiu vivamente para refletir na e sobre a minha prática, incutindo-me um olhar mais crítico não só, sobre o meu desempenho como também, para com o desempenho da equipa multidisciplinar do meu serviço.

2 – “Manutenção do Ambiente, Materiais e Equipamentos na Prevenção e Controlo da Infeção”

Consciente da importância da manutenção do ambiente, material e equipamentos no âmbito da prevenção e controlo de infeção, pedi para frequentar esta formação, que decorreu nos dias 14 e 15 de novembro, no Centro de Formação do HSAC, tendo sido ministrada pelas enfermeiras da CCIH (ANEXO II).

A frequência deste curso permitiu-me, aprofundar conhecimentos sobre a temática, alertou-me para situações do meu quotidiano hospitalar e contribui para um olhar mais crítico sobre a minha prática profissional e posterior correção de alguns procedimentos, nomeadamente, na limpeza de algum material e equipamento que é utilizado na prestação de cuidados de enfermagem (Ex: limpeza do termómetro eletrónico). Facultou também, a partilha de experiências e opiniões entre os formandos. Destaco ainda, o facto de o grupo ser constituído por enfermeiros e por assistentes operacionais, o que permitiu, o conhecimento e compreensão sobre as dificuldades e opiniões destas, na realização de determinados procedimentos, que apreciei como bastante relevante neste âmbito, uma vez que, as assistentes operacionais têm um papel essencial na higiene hospitalar. Realço ainda, a importância do conhecimento destas dificuldades, de modo, a planear e implementar estratégias para as colmatar.

Para além das formações anteriormente referidas, tive a oportunidade de participar num debate acerca da utilização de desinfetantes e antissépticos em uso nos HSJ e HSAC (ANEXO III). Esta participação contribuiu para um ganho de conhecimento e esclarecimentos relativos ao tema em questão, o que fez alterar a minha prática, no que respeita ao uso destes, nomeadamente, no momento da escolha de um produto em prol de outro, tendo melhorado o processo de tomada de decisão, neste âmbito. De salientar, que durante a manhã do debate a Enfermeira Orientadora e eu, percorremos os serviços de Hospital a relembrar sobre a existência do mesmo, bem como, sobre a sua importância e pertinência na atualidade hospitalar. Esta atitude teve repercussões na medida em que existia muita assistência, o que evidenciou a adequação da estratégia utilizada, na motivação dos profissionais para a sua participação. Assim, para além dos profissionais obterem instruções sobre o tema, o debate fomentou a reflexão sobre a prática, a partilha de dificuldades inerentes à escolha destes produtos e consequentemente o esclarecimento de dúvidas.

Relativamente à informação, de salientar que, ao longo do dia a CCIH é contactada várias vezes pelos serviços do hospital para pedir colaboração, esclarecimento de dúvidas e ou pareceres sobre determinados procedimentos relativos aos serviços, em questões relacionadas com a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde.

De forma a contribuir nesta área de intervenção, disponibilizei-me para realizar uma Instrução de Trabalho para o SU (APÊNDICE X), e assim, dar resposta a uma Situação Problema vivenciada no Serviço, nomeadamente, sobre a abordagem ao doente com suspeita de meningite.

Surge então, novamente o tema relativo ao isolamento, abordado no subcapítulo referente ao módulo da Urgência, especificamente na análise das atividades relativas ao segundo objetivo, para o qual remeto a fundamentação e importância desta temática.

Para elaborar este instrumento surgiu a ideia de trabalhar em parceria com uma colega do CMNPEEMC, que se encontrava a estagiar no SU do HSJ. Considerei oportuno realizar esta instrução de trabalho em colaboração com a colega de modo, a articular conhecimentos de controlo de infeção e conhecimentos sobre a dinâmica do SU, uma vez que, a CCIH trabalha em articulação com os vários serviços do hospital, pensei seguir na mesma linha de pensamento de forma, a obter um melhor resultado.

Para realizar este trabalho, foi necessário efetuar uma pesquisa bibliográfica da evidência recente sobre a temática, consultar e analisar as normas de procedimentos multisectoriais implementados na instituição, uma vez que, a instrução de trabalho é referente a um serviço em particular, mas tem como guia orientador, as normas de procedimentos da instituição relacionados com a temática. As normas de procedimentos são assentes em princípios científicos e têm como finalidade a uniformização de procedimentos (NUNES, 1999). São essências para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (TAPPEN, 2005).

No início da execução deste trabalho, deparamo-nos com algumas dificuldades, nomeadamente, no que se refere à articulação de horários entre as autoras. Contudo, com esforço, orientação e uma **metodologia de trabalho eficaz** foram ultrapassadas. Após a realização da instrução de trabalho, conscientes de que a formação tem uma função essencial na divulgação das recomendações e na sua implementação (DUARTE & CABEÇA, 2005), consideramos imprescindível a sua divulgação ao serviço, pelo que, foi planeado uma formação (APÊNDICE XI) com o intuito de, divulgar a instrução, informar sobre o seu conteúdo, explicá-la, clarificar conceitos inerentes à temática e esclarecer dúvidas sobre a mesma.

Junto da Enfermeira Chefe do serviço, informámo-nos que, a adesão dos profissionais à formação é baixa. Como forma de ultrapassar esta barreira à divulgação da instrução de trabalho, decidimos em reunião, que a formação seria inicialmente para os enfermeiros da equipa fixa e três enfermeiros chefes de equipa. Estes comprometeram-se a dar continuidade à divulgação da

instrução trabalho à restante equipa de enfermagem do SU, o que na minha perspetiva, contribuiu para incentivar e promover a formação em serviço.

Nesta situação, foi notório que o conhecimento sobre a adesão dos profissionais à formação, influenciou significativamente o nosso processo de tomada de decisão baseado na informação, quanto ao grupo destinatário da nossa formação. Após análise do horário de enfermagem, como forma de abranger a amostra pretendida para a formação inicial (APÊNDICE XII), escolhemos o dia 17 de novembro. De referir, que foram efetuadas duas sessões de formação neste dia, de modo a contemplar todos os elementos anteriormente mencionados e responsabilizados pela continuidade do nosso trabalho. De acordo, com informação recolhida após terminar o estágio, verificou-se que a formação foi replicada pelos enfermeiros formados, evidenciando a adequação da estratégia utilizada. Pretendeu-se desta forma, promover a formação em serviço, e essencialmente, colmatar uma necessidade formativa previamente identificada, aumentando consequentemente, a adesão dos profissionais às boas práticas no que respeita a abordagem ao doente com suspeita de meningite.

Os grupos foram bastante participativos durante as sessões, mostrando interesse pela temática, e compreensão pela pertinência da realização da instrução de trabalho, tendo sido colocadas e esclarecidas algumas dúvidas, o que contribuiu para a **reflexão na e sobre a prática** com partilha de experiências e saberes. No final de cada sessão foi aplicado um questionário aos formandos, com o intuito de efetuar a avaliação das mesmas (apêndice XIII).

A revisão da literatura sobre a temática, a orientação e todo o processo de aperfeiçoamento da instrução de trabalho, contribuíram significativamente para a **produção de um discurso fundamentado, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos sobre o tema**, aquando da exposição das sessões, evidenciados na avaliação que os formandos efetuaram relativamente aos itens “*domínio dos conteúdos apresentados*” e “*clareza na transmissão de conhecimentos*” tendo sido avaliados como muito bom (75%) e bom (25%) na avaliação das sessões (APÊNDICE XIII).

De salientar, que a instrução de trabalho ficou inserida numa pasta, que para além desta, contém alguns anexos que considerámos úteis. Ficaram disponíveis as normas subjacentes à instrução, duas tabelas de diluições do detergente e desinfetante referidos na instrução (APÊNDICE XIV), a apresentação com os diapositivos da sua divulgação, documentos sobre a evidência recente no âmbito da temática e por último o resumo da avaliação global da sessão de formação, em que, para além de descrever resumidamente a avaliação da formação, inclui a contextualização da elaboração desta instrução de trabalho (APÊNDICE XV).

Considero que, através da realização deste trabalho, **promovi o desenvolvimento profissional de enfermeiros**, ao dar resposta a uma situação problema vivenciada no SU. Contribuí para a melhoria dos cuidados prestados na abordagem ao doente com suspeita de meningite, ao definir, clarificar e uniformizar procedimentos de segurança. **Colaborei** no processo **de integração de novos profissionais**, ao facultar a documentação anteriormente

referida e ao incentivar a sua consulta, pois foram compilados de uma forma sucinta e aprazível, constituindo uma estratégia facilitadora de aprendizagem. Para além disso, **zelei pelos cuidados prestados na minha área de especialização, desenvolvi capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar, demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, demonstrei iniciativa e criatividade na abordagem, interpretação e resolução** da situação problema vivenciada do SU, **abordei questões complexas de modo criativo e liderei equipas de prestação de cuidados especializados**, no âmbito da prevenção e controlo de infeção hospitalar, especificamente na abordagem ao doente com suspeita de meningite.

Relativamente a outra grande área de intervenção da CCIH, nomeadamente a vigilância epidemiológica dos processos (de procedimentos/ prática), tive a oportunidade de participar numa auditoria acerca das precauções básicas, realizada no Serviço de Cirurgia Ambulatória do HSAC.

Foi com grande agrado que colaborei nesta atividade, tendo ficado responsável pelo preenchimento do instrumento intitulado “cozinha/copa”. Neste caso, apenas se referia à copa e com algumas particularidades, que foram tidas em consideração aquando da realização da auditoria e posteriormente durante a realização do relatório. Antes de se proceder à auditoria, o grupo reuniu-se de modo a instruir o que se pretendia com esta atividade e clarificar alguns aspetos relativos ao preenchimento dos instrumentos. Na minha opinião foi bastante positivo porque para além de esclarecer as dúvidas relativas ao nosso instrumento, tivemos uma noção global de todos os instrumentos que iriam ser aplicados.

O facto de ter colaborado na realização desta auditoria e estar atenta a alguns pormenores contidos nos vários instrumentos da mesma, fomentou a reflexão acerca a minha prática e encara-la com outro olhar, um olhar mais rigoroso, mais crítico, com uma maior capacidade de introspeção e supervisão. De salientar que, quando falamos em auditorias, falamos duma avaliação, cuja finalidade não é a procura dos erros ou más práticas, mas sim a melhoria contínua dos cuidados, com o propósito de criar mecanismos de avaliação para melhorar as práticas (FRAGATA & MARTINS, 2004).

Uma auditoria tem o propósito de periodicamente, verificar se os procedimentos acordados estão a ser executados. Não pretende ser punitiva ou depreciativa, é uma tentativa continuada de melhorar a prática (INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE, 2004). Em minha opinião, é importante que este pensamento transpareça no momento da realização da auditoria, de modo que, os colegas dos serviços em questão, não nos encarem como juízes das suas práticas mas sim como colegas, que pretendem contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Note-se que, este espírito estava presente no grupo que realizou a auditoria, o que, facilitou e contribuiu para a minha integração e das outras colegas de especialidade nesta atividade, não tendo sentido constrangimentos durante a mesma, e permitiu-nos **zelar pelos cuidados prestados** como ambicionado.

Posteriormente à realização da parte prática da auditoria, procedemos à execução do relatório da mesma. O relatório abrange os critérios auditados, o nível de conformidade, como evidência da qualidade e boas práticas e o sumário das áreas de não conformidades (ICNA, 2005).

Relativamente às áreas de não conformidade, estas são referenciadas uma a uma, sendo propostas ações a desenvolver de modo a colmata-las. De referir que o relatório contém também a data da reavaliação. Considero, que o momento de realização do relatório é um momento de extrema importância, não só porque evidenciamos as conformidades e as não conformidades mas, essencialmente, porque refletimos na forma de melhorar ao propor ações a desenvolver de modo a, ultrapassar as não conformidades auditadas. A realização deste relatório foi um momento de grande aprendizagem, tendo contribuído para desenvolvimento da minha capacidade de **reflexão na e sobre a prática, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional** e paralelamente, **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional**, aquando da entrega do relatório de auditoria ao serviço.

Como expus anteriormente, um dos benefícios das auditorias é a reflexão. Os profissionais poderão avaliar aspetos positivos e negativos dos cuidados que prestam. Estas permitem o desenvolvimento profissional, pois ao fornecerem um feedback sobre a avaliação dos cuidados, constituem uma ocasião para efetuar correções, com benefícios para o doente (TAPPEN, 2005). Estes são em ultima análise, o objetivo das auditorias, na medida em que a avaliação dos cuidados prestados, contribui para a segurança e qualidade dos mesmos (BOAVISTA, 2005).

De salientar, que o serviço em questão ainda não tinha sido auditado anteriormente. Os serviços que já foram auditados são igualmente avaliados, no sentido de observar se implementaram as ações propostas pela CCIH, de modo, a colmatar as não conformidades auditadas e se, as ações propostas foram suficientes e eficientes.

Uma outra atividade em que tive oportunidade de participar juntamente com a enfermeira orientadora foi na escolha de material, nomeadamente de adesivos e de pensos cirúrgicos. Ao fazer parte deste grupo, consegui compreender as dificuldades inerentes à escolha do material utilizado na prestação de cuidados, principalmente, quando há indicação para se escolher o produto de menor preço. Tive a perceção de um lado que desconhecia. Esta atividade é muito importante, pois a escolha do material utilizado na prestação de cuidados tem que ponderar vários aspetos/ características da funcionalidade do material, como a eficiência e a eficácia. Gostei de participar neste grupo, pois permitiu-me encarar parte do meu quotidiano numa perspetiva diferente, no que concerne ao material que utilizo na prestação de cuidados. Considero que a Enfermeira orientadora é um elemento importante neste grupo, pois contribui com conhecimentos relativos ao controlo de infeção, determinantes no momento da escolha de material.

Objetivo II

Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito de auditoria de práticas clínicas na área de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, sobre a utilização de equipamento de proteção individual.

A auditoria define-se como um processo que consiste na análise crítica e sistemática da qualidade, que implica a identificação de problemas, a definição de medidas de melhoria, a implementação dessas medidas e posterior avaliação das mesmas, o que corresponde ao ciclo de auditoria, permitindo a melhoria das práticas (FRAGATA & MARTINS, 2004).

A auditoria teve origem na área de contabilidade, surgiu na Itália entre os séculos XV e XVI, tendo sido introduzida na área da saúde, como instrumento de verificação da qualidade da assistência, no início do século XX (PINTO & MELO, 2010).

Particularizando a auditoria em enfermagem, as primeiras publicações remontam à década de cinquenta, quando uma enfermeira e professora criou um instrumento de auditoria, o *Phaneuf's Nursing Audit*. Este modelo de auditoria era aplicado de forma retrospectiva aos registos, permitindo que as enfermeiras avaliassem a qualidade dos cuidados, pela obtenção e análise de dados quantitativos sobre os cuidados prestados (PINTO & MELO, 2010).

Esta metodologia é imprescindível para a garantia da qualidade dos cuidados, a qual deve ser entendida como uma parte fundamental da prática clínica (BOAVISTA, 2005). Está comprovado que a monitorização sistemática e organizada das práticas resultam na introdução de medidas corretivas (BOAVISTA, 2005; PISCO, 2003; SALE, 1998). Especificando, a auditoria em controlo de infeção é um modo de avaliar a consistência da aproximação à prevenção da infeção (BRYCE, 2007). Consciente que esta constitui uma atividade importante da CCIH, foi minha preocupação desenvolver competências neste domínio, para posteriormente aplicar na minha prática profissional.

Para atingir este objetivo e após diálogo com a enfermeira orientadora, decidi elaborar instrumentos de auditoria em controlo de infeção, nomeadamente sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individual relativos ao uso de luvas; uso de Avental/ Bata e o uso de Máscara, após ter programado realizar formação, no serviço onde exerço funções, sobre as precauções básicas e de isolamento baseadas nas vias de transmissão.

De salientar, que estes instrumentos abrangem duas grelhas: uma referente aos conhecimentos dos profissionais sobre a utilização do respetivo EPI (APÊNDICE XVI) e outra relativa à observação da prática clínica no que respeita a utilização dos mesmos (APÊNDICE XVII). Desta forma, avalei se existe conformidade entre estes dois parâmetros referenciados. A partir deste ponto da situação, **identifiquei as necessidades formativas** e planeei estratégias de intervenção, de modo a colmatar as não conformidades identificadas e **zelar pelos cuidados prestados**, como contribuo para a segurança e qualidade dos mesmos.

Para realização destes instrumentos, foi necessário consultar e interpretar os instrumentos de auditoria (em controlo de infeção) disponíveis na instituição, foi efetuada pesquisa bibliográfica sobre a temática, particularmente sobre a utilização de EPI's, sobre a construção de questionários e sobre auditorias em controlo de infeção.

Durante a construção dos questionários (instrumentos de avaliação de conhecimentos), foram ponderados alguns aspetos que considero necessários, especificamente, o público-alvo, a pertinência, a clareza, a objetividade e a sequência das perguntas. Para melhor compreensão por parte dos examinados relativamente aos questionários e também para facilitar a análise dos mesmos, foi elaborado um instrumento individual para cada um dos EPI's em estudo.

Relativamente aos instrumentos de auditoria, referentes à observação da prática clínica são constituídos por dois padrões. O primeiro padrão engloba questões referentes à gestão do serviço e no segundo padrão estão contidas as questões sobre a gestão dos cuidados. A avaliação destes é quantitativa e baseia-se nos conceitos da ICNA, onde o nível de conformidade revela a evidência de qualidade e boas práticas. Para se considerar uma prática com conformidade são necessários obter 85% dos critérios auditados. Se o resultado for entre 76% e 84% existe conformidade parcial e se o resultado for inferior a 75% verifica-se uma conformidade mínima (ICNA, 2005).

Após a execução dos instrumentos de auditoria foi realizado um pré-teste nos serviços de Cirurgia Maxilo-Facial e Cirurgia Plástica e Reconstructiva, de modo a avaliar a sua aplicabilidade para posteriormente, serem utilizados no serviço onde desempenho funções (Cirurgia Geral/ Transplantação Renal), como ferramenta de diagnóstico da situação face à utilização dos EPI's em causa. Estes serviços foram escolhidos, não só por possuírem características semelhantes ao serviço onde exerço funções, mas também, porque estão a elaborar conjuntamente um instrumento de auditoria sobre a utilização de EPI's, tendo deste modo conhecimentos aprofundados sobre esta temática.

Antes da aplicação do Pré-teste, reuni-me com as enfermeiras chefes dos serviços, com o intuito de pedir a sua colaboração e contextualizar o trabalho realizado. Estas reuniões foram bastante produtivas, pois possibilitarem a reflexão sobre a pertinência e importância do trabalho desenvolvido, tendo contribuído para efetuar alterações nos instrumentos, nomeadamente na apresentação das grelhas, afectas à separação dos dois padrões de observação das práticas clínicas, referidos anteriormente.

Tendo consciência, da importância da solicitação de colaboração aos enfermeiros destes serviços, foi realizado uma breve introdução aos questionários com, a minha identificação, a exposição do tema, o âmbito e objetivo do trabalho, a importância da cooperação, indicações de preenchimento e a garantia do anonimato.

Após análise do pré-teste e diálogo com os enfermeiros dos serviços, sobre a opinião destes relativamente à construção das perguntas, foram efetuadas pequenas alterações nas mesmas, de modo a melhorar e assegurar a validade dos questionários.

Em relação ao pré-teste dos instrumentos de auditoria de observação da prática clínica, considero relevante mencionar que fui muito bem recebida nos serviços, não tendo sentido constrangimentos em aplicá-los. Do pré-teste em causa, surgiu uma alteração importante no instrumento sobre a utilização das máscaras, especificamente sobre a inclusão do item: ordem de colocação e remoção deste EPI em relação aos outros EPI's., o que a meu ver, evidenciou mais uma vez a importância da realização do pré-teste.

Pela execução do pré-teste os instrumentos de auditoria foram aprimorados, tendo sido assegurada a aplicabilidade dos mesmos.

Durante este processo apresentei um **discurso fundamentado**, tendo **demonstrado um nível aprofundado de conhecimentos sobre esta temática**, evidenciado pelo interesse por parte das enfermeiras chefes nos instrumentos, o que me motivou a facultar os instrumentos em formato digital, para posteriormente utilizarem nos serviços que chefiavam.

Este estágio foi de uma enorme riqueza, pois permitiu-me ter consciência de mais um dos papéis que o enfermeiro desenvolve nas unidades de saúde, bem como das dificuldades inerentes à função. Tive uma experiência de aprendizagem excelente, em que o meu percurso no processo formativo foi muito enriquecedor, na medida em que me permitiu uma evolução pessoal e profissional, no âmbito de controlo de infeção, tendo contribuído para a compreensão sobre a transversalidade desta área.

Relativamente à enfermeira orientadora do meu estágio, devo dizer que, esta assume um papel de perita na área, com vasta experiência profissional, o que me motivou e contribuiu para que o estágio tenha sido bastante gratificante. Foi uma peça fundamental do meu desenvolvimento. Para além da disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, favoreceu momentos de análise sobre a minha prática, fomentou o desenvolvimento da minha capacidade de introspeção e reflexão, que considero essenciais no processo da consciencialização e fundamentação do desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista.

1.3 – MÓDULO II - CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS

O presente subcapítulo é referente ao módulo II - Cuidados Intensivos/ Intermédios, o qual foi creditado, tal como referi na introdução deste relatório, pelo Conselho Científico da UCP – ICS/ESPS. Ao longo deste capítulo pretendo descrever e analisar, as atividades, funções e competências desenvolvidas, de modo a fundamentar a creditação que me foi concedida. Para tal, efetuarei um resumo do meu percurso profissional, subsequente a uma breve descrição do

serviço em que exerço funções, para finalizar exponho os principais contributos da frequência no CMNPEEMC para o meu desempenho profissional, assim como as principais alterações do mesmo.

A 4 de setembro de 2000, dei início à minha atividade profissional no HSC, em Carnaxide, no serviço de Cirurgia Geral/ Transplantação Renal, onde permaneço até à atualidade.

O HSC é um Hospital Central diferenciado, com uma área de atuação direcionada para o foro Cardíaco e Renal. Desde 2006 que está integrado no CHLO, partilhando a mesma cultura organizacional, com o HSFX e o HEM, como mencionado no subcapítulo referente ao módulo da Urgência (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLO, 2011).

O Serviço de Cirurgia Geral/ Transplantação Renal é constituído por três valências, nomeadamente, a enfermaria, uma unidade de cuidados intermédios, com capacidade para receber seis doentes e outra unidade de cuidados intermédios destinada essencialmente para a assistência a doentes submetidos a Transplantação Renal, com uma lotação de 3 camas. De referir, que a última unidade citada foi inaugurada a 16 de dezembro de 2010. Estas Unidade concentram simultaneamente, meios tecnológicos e recursos humanos diferenciados, capazes de dar resposta a situações que ameacem a vida, bem como, suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente.

A primeira das unidades mencionadas, está destinada essencialmente a doentes em estado crítico do foro cirúrgico, quer tenham sido submetidos a uma intervenção cirúrgica ou não. De referir, que a maioria dos utentes deste hospital, e conseqüentemente deste serviço, têm doenças crónicas associadas, das quais destaco: Hipertensão Arterial; Insuficiência Renal Crónica Terminal; Diabetes Mellitus e Doenças Cardíacas (CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLO, 2011), o que previsivelmente aumenta o nível de instabilidade, física e psicológica, por parte dos doentes, com receios de complicações.

Em termos de recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por um total de trinta e dois enfermeiros, distribuídos por cinco equipas, posicionados nas diferentes categorias de hierarquia, existindo três enfermeiros especialistas, nas diferentes áreas de especialização, nomeadamente, na área de saúde mental e psiquiátrica, enfermagem de reabilitação e enfermagem médico-cirúrgica. Destes, dois estão na área de gestão, designadamente a enfermeira chefe e a enfermeira coordenadora, e o outro enfermeiro especialista encontram-se na área de prestação de cuidados diretos.

O método de trabalho adotado neste serviço é o individual, em que cada enfermeiro é responsável, pelos cuidados prestados aos doentes que lhe são atribuídos no turno.

Ao longo dos anos, o meu conhecimento teórico-prático foi crescendo. Adquiri e desenvolvi competências na prestação de cuidados e seguidamente na área da formação, supervisão e por último na área de gestão. Esta progressão ocorreu de acordo, com a noção de que a aquisição

de competências não traduz simplesmente o saber fazer, mas sim, o saber agir perante uma situação particular, onde é imprescindível a mobilização de saberes e habilidades que vão sendo progressivamente apreendidas (BOTERF, 2003).

No início do meu desenvolvimento profissional, consciente de que, a aquisição de competências sobre a prática é mais segura e mais rápida se tiver subjacente um bom alicerce pedagógico (BENNER, 2001), os meus esforços centraram-se na obtenção e aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos, de modo a ter uma prestação de cuidados com segurança e efetuar gradualmente uma integração no serviço, ultrapassando obstáculos relacionados com a falta de conhecimentos, relativos à panóplia de patologias dos doentes internados no serviço. Para tal, frequentei várias formações que considerei pertinentes para a minha prática e efetuei uma pesquisa bibliográfica intensa, sobre temáticas referentes às particularidades deste serviço de Cirurgia Geral/ Transplantação Renal.

Após os primeiros meses no serviço iniciei integração na área de Transplantação Renal, nas várias vertentes dos cuidados de enfermagem. Para consolidar os meus conhecimentos e competências nesta área, que considero ser de extrema importância no serviço, realizei três trabalhos sobre este tema, em parceria com colegas do serviço, os quais foram posteriormente apresentados em eventos científicos no âmbito desta temática, nomeadamente:

- ✓ *Transplantação Renal de Dador Vivo – Perspetivas de Dadores e Recetores.* Apresentado no XVI Congresso Português de Nefrologia a 5 de junho de 2002, no Centro de Congressos do Estoril, tendo sido atribuído a esta comunicação uma menção honrosa e foi classificada em 2º lugar (ANEXO IV);
- ✓ *Doação de Rim – A motivação dos Dadores.* Apresentado no XVIII Congresso Português de Nefrologia a 7 de outubro de 2004, no Centro Cultural de Belém (ANEXO V);
- ✓ *Qualidade de Vida do Jovem Adulto Transplantado Renal – Experiência do Hospital de Santa Cruz.* Apresentado no VI Congresso Luso-Brasileiro de transplantes, a 2 de setembro de 2007, em Florianópolis – Brasil, sob a forma de Poster (ANEXO VI);

Posteriormente à exposição do Poster *Qualidade de Vida do Jovem Adulto Transplantado Renal – Experiência do Hospital de Santa Cruz* no Congresso Luso - Brasileiro, apresentei uma comunicação sobre este trabalho no HSC, onde destaco o facto de ter na audiência as enfermeiras Diretora e Supervisora do HSC, o que a meu ver evidenciou interesse pelo trabalho elaborado (ANEXO VII). Este trabalho foi importante, pois possibilitou a compreensão acerca da importância que os jovens adultos transplantados atribuem, ao transplante e a forma como estes encaram a sua vida após este tratamento, o que se alterou na mesma, permitindo deste modo transpor este acréscimo de conhecimentos para a prestação, focalizando as necessidades de cuidados de enfermagem.

A elaboração destes trabalhos, e a participação nos congressos supra mencionados, permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos sobre o tema da Transplantação Renal, assim como, a partilha de experiências com profissionais de outras Instituições Hospitalares e inclusivamente com a realidade de outros países. Para além disso, possibilitou-me o conhecimento de evidência científica nesta área, contribuindo igualmente para uma tomada de decisão, junto dos doentes transplantados renais, baseada não só na experiência e informação, como também na evidência científica.

A disciplina de enfermagem, nos seus fundamentos teóricos e na sua prática, necessita do desenvolvimento da investigação como qualquer ciência. A evolução histórica da investigação em enfermagem, remonta ao ano 1859, onde os apontamentos de enfermagem de Florence Nightingale, que recolheu e analisou dados sobre fatores ambientais que favorecem o meio físico e emocional dos soldados ingleses feridos na Guerra da Crimeia (TRIVINO & SANHUEZA, 2005).

Em Portugal, a enfermagem registou no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da sua formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna soberbo identificar como de importante valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, também assim, no que concerne à qualidade e eficácia de cuidados de saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007).

Verifica-se, uma maior consciencialização da importância da investigação em enfermagem e os regulamentos da profissão preveem-na como uma atribuição funcional dos enfermeiros. Desde a década de 80 que a carreira de enfermagem define a investigação como uma das funções do enfermeiro especialista (BARRADAS, 2005).

Os enfermeiros que baseiem o mais possível, o processo de tomada de decisão em informações cientificamente documentadas, demonstram responsabilidade profissional, e estão a contribuir para que a disciplina de enfermagem atinja a sua própria identidade (POLIT e HUNGLER, 1994). Especificamente os conhecimentos que resultam da investigação em enfermagem vão certamente constituir uma mais valia na particularidade desta profissão e consequentemente na respetiva área de atuação (BARRADAS, 2005). Acrescenta, ainda, que a investigação mobiliza ao progresso, e como enfermeiros especialistas somos responsáveis por um investimento nesta área (BARRADAS, 2005).

Consciente das noções anteriormente expostas, abracei com muito agrado a possibilidade de executar estes trabalhos, tendo a realização destes, contribuído para o meu desenvolvimento profissional, especificamente na aquisição de competências na área de investigação, **e permitiram-me comunicar resultados da minha prática clínica e de investigação para audiências especializadas, apresentar um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde.** Paralelamente, **promovi a investigação em serviço e demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar.**

Em 2004 iniciei a **supervisão** de alunos em ensino clínico de enfermagem, decorridos no serviço, em articulação com as escolas de enfermagem.

Consciente que, o ensino clínico é compreendido, por um lado como um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e críticas reflexivas, contudo por outro lado, constitui uma causa de dificuldades, sendo impulsionador de sentimentos de insegurança e stress (SOUSA, 2002). Destacando particularmente, a influência que o orientador tem no processo de aprendizagem, especificamente quando se estabelecem relações de empatia e de afetividade, facilitando a aprendizagem e favorecendo a aquisição de conhecimentos (NUNES, 2003). O meu comportamento, teve estas conceções intrínsecas, ao fomentar a reflexão crítica da prática, com críticas construtivas e não destrutivas, motivando os alunos para este hábito, pois tenho presente que é pela reflexão que efetuamos a partir da prática, que se aprende (NUNES, 2003). Outro aspeto que tenho em consideração nas minhas atitudes de supervisora é a motivação para o êxito, criando situações de aprendizagem que estimulem a identificação de potenciais problemas e o processo de tomada de decisão. Contudo, não quero dizer que não advirto e corrija quando necessário, mas mostro satisfação e valorizo as situações de sucesso, estimulando no aluno a autoconfiança, criatividade, espírito de iniciativa, sentido de planificação e autonomia. Este processo é feito com equilíbrio entre o nível ideal e a capacidade do aluno. Para além da motivação e da valorização do aluno enquanto pessoa, incentivo o aluno pelo exemplo da minha prática.

Em 2010 supervisei um aluno em estágio, da Faculdade de Medicina da Universidade de Masaryk, Brno, da República Checa. (ANEXO VIII) De salientar que durante estágio partilhei responsabilidades de orientação, nomeadamente com a enfermeira chefe e a enfermeira coordenadora do serviço, no que diz respeito às funções de coordenação e gestão, que estavam contempladas no projeto de estágio do aluno. Menciono este estágio em particular, na medida em que, em Portugal não é habitual os alunos de Medicina efetuarem estágios sob orientação de profissionais de enfermagem, pelo que foi a primeira vez e única que este tipo de estágio ocorreu no serviço onde exerço funções. O facto de ter sido a enfermeira selecionada para desempenhar esta função, mostrou reconhecimento por parte da enfermeira chefe no meu desempenho profissional, especificamente na capacidade de supervisão de alunos.

Desde 2005, que tenho a meu cargo a **integração de novos profissionais no serviço**, sendo responsável por criar as melhores condições no acolhimento dos novos profissionais. Considero que este processo é basilar para o sucesso da adaptação do profissional à organização e, previsivelmente, para a eficácia do seu futuro desempenho. Constitui o período através do qual o profissional apreende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento pretendidos pelo serviço em que ingressa, contribuindo para a sustentação da sua identidade (CHIAVENATO, 1992).

À semelhança do que foi exposto na orientação de alunos durante os ensinamentos clínicos, saliento as minhas competências para supervisionar, com ênfase para a partilha de conhecimentos, incentivo do estudo, estimular iniciativas, o desenvolvimento de competências, o aperfeiçoamento de padrões de eficiência, monitorização e reflexão na e sobre a prática, desenvolvendo espírito crítico, contribuindo desta forma, para a qualidade dos cuidados prestados. Simultaneamente para desempenhar este papel com dinamismo e eficácia, devo manter-me atualizada e empenhada no processo ensino/ aprendizagem, demonstrando empatia, compreensão e disponibilidade ao longo deste processo de supervisão.

Importa salientar, que uma forma do serviço contribuir para a integração de novos profissionais, foi através da realização de Cursos sobre os Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intermédios, no qual fui responsável por lecionar, conjuntamente com colegas do serviço, o tema: *Intervenção sobre as Glândulas Suprarrenais* (ANEXO IX);

Apresentei, também em contexto de formação em serviço, em parceria com colegas do serviço a ação de formação referente ao tema *Cuidados de Enfermagem ao doente no Pós-operatório Imediato submetido a Anestesia Loco-regional* (ANEXO X).

As formações anteriormente mencionadas foram importantes, na medida em que, contribuíram para **promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros** do serviço, colmatando necessidades formativas, previamente identificadas pela enfermeira chefe, e fomentaram a reflexão na e sobre a prática. Simultaneamente, contribuíram para a melhoria e segurança dos cuidados prestados ao esclarecer e uniformizar procedimentos, relativos aos temas explanados. A realização destas formações, possibilitaram, **demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos; promover a formação em serviço; produzir um discurso pessoal fundamentado, formular e analisar questões de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e criativa.**

Ainda no âmbito da integração, fui responsável pela integração de uma enfermeira na função de chefe de equipa, o que revelou confiança, pela enfermeira chefe nas minhas competências, não só de gestão de cuidados, como também na orientação e supervisão de enfermeiros.

A partir de 2006, paralelamente à prestação de cuidados, **liderei uma equipa na prestação de cuidados.** É com agrado e motivação, que desempenho esta função. Sou responsável pela distribuição dos doentes e cuidados inerentes, pelos enfermeiros da equipa, tendo em ponderação a perícia e competências de cada um, de modo a garantir a segurança dos cuidados e proporcionar maior diversidade de experiências, aos enfermeiros e assim, contribuir para a sua formação, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados. Pela minha postura e comportamento, evidencio disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas junto dos colegas, o que considero importante para evitar o erro, e zelar pelos cuidados prestados. Por outro lado sempre que necessito de algum esclarecimento, faço-o ou junto da chefe, coordenadora, ou colegas de serviço e se possível através de pesquisa bibliográfica.

A enfermagem é por excelência, uma profissão que implica um trabalho em equipa multidisciplinar. O trabalho em equipa multidisciplinar é por definição, o trabalho realizado por vários grupos profissionais de categorias diferentes, para atingir um objetivo comum, não podendo cada grupo profissional realizar por si só o trabalho destinado à equipa multidisciplinar (ORDEM DOS ENERMEIROS, 2006).

O enfermeiro é um elemento indispensável na equipa de saúde. É este que melhor conhece o doente, sendo o principal intermediário, entre o doente, a família e a equipa multidisciplinar. Deste modo é fundamental que o enfermeiro considere a comunicação como um processo vital, na prestação de cuidados. Uma comunicação eficaz entre todos os elementos da equipa multidisciplinar é essencial para melhor servir os interesses do doente (ORDEM DOS ENERMEIROS, 2006).

A comunicação eficaz é uma das competências inerentes ao papel de chefe de equipa. A liderança está intimamente relacionada com as competências de comunicação e de transmissão de ideias, podendo ser vista como um fenómeno de influência interpessoal (ABREU, 2002).

O comportamento de liderança, engloba diversas funções relacionadas com o estruturar, distribuir funções, orientar, coordenar, controlar, motivar, elogiar, punir e reforçar. Contudo, o fundamental da liderança baseia-se no direcionar o grupo para metas comuns, nomeadamente para a prestação de cuidados com qualidade e segurança (ABREU, 2002).

Durante muito tempo, a liderança foi estudada como estando relacionada com características pessoais e inatas do sujeito (FACHADA, 2006). Atualmente é percebida como algo que pode ser treinado e aprendido, através da adaptação do líder às funções de liderança.

Relativamente às competências inerentes às do chefe de equipa, e líder, considero tê-las desenvolvido ao longo dos últimos anos, pela mobilização de competências, motivação para aprender e força de vontade para ultrapassar obstáculos, que foram surgindo. Penso ter evoluído no sentido da aquisição das competências exigidas a um líder e chefe de equipa eficiente (LOURENÇO, 2000). Destas características comportamentais destaco as seguintes:

- ✓ Justiça: pois a meu ver, a falta de equidade dentro de um grupo leva a sentimentos de descontentamento e desconfiança, o que não é positivo, nem contribui para um bom funcionamento da equipa;
- ✓ Assertividade: consciente de que a assertividade não é uma característica inata, pelo contrário, requer muito treino, mas na minha perspetiva é imprescindível a vários vertentes desta função, nomeadamente na gestão de conflitos;
- ✓ Autoconhecimento: É importante saber quais os meus progressos, bem como as minhas limitações. Para isso recorro a estratégias como a reflexão acerca o meu desempenho enquanto chefe de equipa;

- ✓ Feedback: considero que o líder tem o dever de elogiar e de advertir. Sendo o elogio um modo compensador, estimulando satisfação imediata, não esqueço que todos nós gostamos de ser elogiados. Quando um elogio vem de um superior hierárquico, a satisfação da pessoa cresce, podendo aumentar paralelamente a sua motivação, iniciativa e predisposição para a prestação de cuidados, por consequência o seu nível de eficiência. Relativamente à crítica, tenho em atenção que esta deve ser construtiva e não destrutiva. Tem como finalidade travar o erro, aumentando a segurança dos cuidados prestados. Tenho presente que o propósito principal da repreensão não é castigar, mas ajudar as pessoas a proceder melhor e a desenvolver a sua autonomia (ESTANQUEIRO, 1993). Além disso é importante ter em conta que um líder nunca repreende senão em privado e não perde uma oportunidade de elogiar merecidamente, em público (ALMEIDA, 1996). Para além de saber criticar aceito a crítica;
- ✓ Motivação: considero fulcral que se trabalhe a motivação da equipa, desenvolvendo uma estrutura que fomente um nível elevado de motivação, incentivando o trabalho e responsabilidade no seio da equipa o que contribui na minha opinião para a melhoria e segurança dos cuidados de enfermagem prestados;
- ✓ Confiança: mostro interesse genuíno pelos elementos da equipa, evidenciado nas reações às propostas dos colegas, através da reformulação do discurso dos mesmos, completando as sugestões com ideias e essencialmente demonstro compreensão pelo ponto de vista dos colegas, tenho portanto uma atitude de apoio, exploração e compreensão.

Estas são apenas algumas características que demonstro na minha prestação enquanto chefe de equipa. Contudo, é importante ter noção de que não é apenas o líder que influencia o processo de liderança, pois também o subordinado, bem como o contexto, são importantes. Motivo pelo qual considero que não adoto um único estilo de liderança para todas as situações, e contextos. O importante é ter a capacidade de adequar o meu comportamento e desempenho de líder, às componentes presentes no contexto, o que na minha perspetiva faz a diferença entre a liderança eficaz e não eficaz. Por exemplo quando a chefiar uma equipa constituída essencialmente por elementos novos, a minha liderança é mais diretiva, com instruções precisas, por outro lado quando estou a chefiar uma equipa com elementos com elevado nível de competência (peritas) o meu estilo de liderança é mais democrático, estimulando a motivação, responsabilidade e harmonia no seio da equipa. É portanto, fundamental ter presente que a motivação das pessoas é variada e variável, pelo que a escolha do estilo de liderança deve ser flexível e dinâmica (FACHADA, 2006).

Para além dos aspetos anteriormente focados, sou responsável pela gestão de vagas e transferências dos doentes quer intra- serviço, como intra e inter-hospitalar e por assegurar os meios necessários às transferências. Artigo, também, os meios e procedimentos necessários à realização de exames complementares de diagnóstico, quer seja intra ou inter-hospitalar.

Mais uma vez destaco a capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz, de modo, a garantir e facilitar uma articulação funcional entre as várias unidades de cuidados.

De salientar que paralelamente às habilidades e atitudes inerentes ao meu desempenho enquanto chefe de equipa, considero essencial, o facto de ser reconhecida pelos outros elementos, por exibir na minha prestação de cuidados competências científicas, técnicas e relacionais de elevado nível, e também pela minha capacidade de liderança e gestão, o que contribui para a aprovação da minha posição hierárquica no seio da equipa.

As experiências anteriormente mencionadas permitiram-me desenvolver competências nas áreas de integração e formação de novos profissionais, liderança e supervisão de equipas e gestão de cuidados, as quais se enquadram nas competências enunciadas no Regulamento Geral do CMNPEEMC da UCP – ICS/ ESPS (2010) e motivo pelo qual me foi creditado o módulo II do estágio.

Atualmente ao refletir sobre o trajeto percorrido ao longo da minha atividade profissional, contemplo claramente os vários níveis de competências de acordo com BENNER (2001), em que nos primeiros anos, não possuía experiência para fazer face às situações com que me deparava, tendo em conta o contexto, tinha dificuldade em estabelecer prioridades e atribuía importância aos aspetos técnicos e aos parâmetros mensuráveis, encontrando-me claramente no estadio de INICIADO.

Posteriormente fui progredindo nos níveis de competência de BENNER, como já demonstrei, ao descrever o meu percurso profissional, tendo atingido o nível de PERITO, após alguns anos a trabalhar no serviço. Suporto a minha ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações, já não me baseio em princípios, regras ou linhas orientadoras para relacionar as situações com a minha ação, manifesto capacidade excelente de previsão, analiso as situações como um todo, centrando-me no fulcro do problema, apresento um elevado nível de adaptabilidade e caracterizo-me como tendo um desempenho fluido, complexo e eficaz (BENNER, 2001).

Seguidamente pretendo elucidar sobre os contributos da frequência no CMNPEEMC para o meu desempenho profissional, no serviço em que presto cuidados, enquanto futura enfermeira especialista.

De um modo abrangente, constato que a frequência no curso supracitado permitiu e estimulou a aquisição e desenvolvimento de competências, no sentido de mobilizar conhecimentos e habilidade múltiplas que sustentam um processo de tomada de decisão em tempo útil e de forma holística, equacionando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias ao cliente e família em situação crítica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Relativamente, ao módulo decorrido na Urgência, este foi de extrema importância na aquisição e desenvolvimento de competências. A diversidade de vivências e a partilha de conhecimentos

com enfermeiras peritas, estimularam uma prática reflexiva, que por si só, é uma situação potencial de aprendizagem pois permite o conhecimento do que efetuamos e como o efetuamos (ZEICHENER, 1993) e na minha perspetiva, permite analisar a qualidade e segurança dos cuidados que prestamos.

No SU os enfermeiros estão em permanente contacto com pessoas em sofrimento, constituindo uma posição privilegiada para ter um comportamento, que seja indicativo de uma atitude de respeito, empatia e ajuda para com os doentes e seus familiares. A conceção anteriormente exposta permitiu-me desenvolver capacidades, no estabelecimento de uma comunicação eficaz, com o doente e família, assim como, competências relacionadas com o *saber estar* junto do doente e família em sofrimento, desenvolvendo atitudes de respeito, empatia e de ajuda, não só com o doente mas também com a família, o que constitui uma melhoria na minha prestação de cuidados, ao saber parar na azafama do meu serviço, valorizando mais e demonstrando maior disponibilidade aos familiares, pela minha postura, e incitando a colocação de perguntas, e esclarecimento de dúvidas, o que contribuiu para melhoria da minha prática profissional.

O facto de ter incidido a maior parte do módulo de estágio do SU na SR, permitiu-me contactar com maior número de doentes em situação crítica, especificamente em situação de disritmias peri-paragem e de paragem cárdio respiratória, alterando o meu desempenho, nomeadamente, ao adotar no meu serviço, a posição de team líder em situações semelhantes, evidenciando mais segurança.

Este comportamento enaltece o meu valor perante os meus colegas de equipa, que me reconhecem, como detentora de conhecimentos aprofundados num domínio específico de Enfermagem, patenteando níveis elevados de julgamento clínico, estabelecendo prioridades, e intervindo em tempo útil no processo de tomada de decisão. Atribuo grande relevância às experiências vivenciadas e refletidas no âmbito do estágio, e tendo presente a noção de que, nenhum enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados, se não os prestar e se não refletir criticamente sobre o que faz (LOPES, 2000).

Outro aspeto que considero ter influenciado a minha prestação, está relacionado com as competências de coordenação, exigidas a um chefe de equipa eficaz, pelo exemplo do desempenho da minha orientadora de estágio, enquanto chefe de equipa, ao evidenciar atitudes e habilidades de gestão, supervisão e comunicacionais, garantindo o bom funcionamento e dinamismo do serviço de urgência. Por outro lado, a reflexão e partilha de saberes e experiências vivenciados durante estes turnos foram um contributo, permitindo o conhecimento de perspetivas distintas sobre a importância desta vertente nos cuidados. Esta experiência induziu alterações na minha postura, nomeadamente no que se refere à importância e valorização da prática reflexiva, o que, contribui para a melhoria do meu desempenho enquanto chefe de equipa, ao depreender o que devo modificar e melhorar. Um exemplo desta conceção ocorre no meu estilo de supervisão adotado na integração de novos profissionais, tendo passado de um estilo mais diretivo para uma mistura entre o de

colaboração e não diretivo (GLICKMAN, 1985 citado por ALARCÃO & TAVARES, 2003). Devo salientar que para esta alteração do meu desempenho, contribui também a experiência da enfermeira que estou atualmente a integrar no serviço, oriunda do Serviço dos Cuidados Intensivos do HSC, adequando, deste modo, o estilo de supervisão ao supervisionado.

Este conhecimento da gestão do serviço de urgência contribuiu, ainda, para a modificação no meu desempenho profissional, ao permitir com prontidão a transferência dos doentes para o serviço onde desempenho funções, independentemente da hora, de modo a facilitar a gestão e coordenação de vagas no serviço de urgência, melhorando desta forma a articulação entre estas duas unidades de cuidados, assegurando o melhor para o doente, tal como já tinha sido explanado no módulo de estágio referente à urgência.

O facto de ter decidido estagiar na CCIH e por ter efetuado trabalhos no âmbito da prevenção e controlo de infeção no SU estimulou o meu interesse por esta área. Contribuiu para uma maior consciencialização da sua importância, e possibilitou um aumento significativo de conhecimentos sobre a temática. Na minha perspetiva, também possibilitou um processo de tomada de decisão mais eficiente e conseqüentemente uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados, como foi fundamentado nos módulos anteriores. Um exemplo deste contributo para a minha prática é a maior utilização do SABA em prol do sabão. Tenho presente que estimular o consumo do SABA, constitui uma das estratégias de desenvolvimento individual e organizacional do PNCI (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007), sendo o aumento do seu consumo, ponderado como um indicador de qualidade (SILVA, 2003).

Como pretendi evidenciar ao longo da análise do módulo referente à CCIH, este teve um grande impacto no meu agir profissional. Contribuiu significativamente para o desenvolvimento de um conhecimento aprofundado neste domínio, através da aprendizagem, não só pela partilha de saberes com profissionais peritas, e pelas atividades desenvolvidas neste estágio e implícita fundamentação teórica e evidência científica pesquisadas, como principalmente pela diversidade e magnificência de experiências vivenciadas e refletidas no quotidiano da CCIH. Considero que tenho um olhar diferente sobre as práticas, um olhar mais crítico e mais rigoroso, com uma melhor capacidade de supervisão, munida com novas competências e experiências refletidas, contribuindo deste modo, para um exercício profissional diferenciado e mais consciente. Um exemplo do supracitado verifica-se, quando oriento os meus colegas a utilizarem antisséptico em vez de desinfetante, ou o contrário, explicando o motivo da escolha, assim como na utilização da nomenclatura correta; Outra correção que tenho efetuado está relacionada com a separação e acondicionamento dos resíduos hospitalares pelos diferentes grupos. Tenho, ainda, feito correção acerca da aplicação correta dos EPI's nomeadamente sobre a ordem de colocação e de remoção dos mesmos, fundamentando teoricamente o mencionado.

Relativamente às assistentes operacionais tenho efetuado algumas estratégias de melhoria, também, no que diz respeito à utilização de EPI, especificamente a utilização de luvas durante

determinados procedimentos, como a limpeza de cadeirões, cadeira de rodas, e outros equipamentos usados na prestação de cuidados. Os profissionais que constituem a “brigada da limpeza” também têm sido alvo das minhas observações e retificações em várias ocasiões, com o intuito de diminuir comportamentos de risco, nomeadamente na utilização correta da técnica do duplo balde, tendo visto já alterações neste procedimento; na utilização de EPI’s durante a limpeza e desinfeção dos quartos de isolamento, após os doentes serem transferidos, reforçando a ideia de que apesar de o doente não estar presente, o ambiente ainda está contaminado, e que eles não só devem proteger-se a si mesmo, como podem ser uma via de transmissão da infeção hospitalar, tendo estes sido recetíveis às recomendações, mostrando compreensão aquando das explicações. Paralelamente a estas retificações aconselhei a mudança do local de fixação do SABA no quarto de isolamento da Unidade de Cuidados Intermédios, de modo a facilitar o acesso à sua aplicação, contribuindo assim para uma maior utilização, pois como já foi referido, o aumento do seu consumo pode ser considerado um indicador de qualidade. Também em relação ao SABA, aconselhei que fosse retirado de dois locais, nomeadamente da copa e WC dos profissionais, visto que, são locais onde o SABA não substitui a higiene das mãos com água e sabão.

Pelo exposto anteriormente considero que **zelei pelos cuidados prestados, ao exercer supervisão do exercício profissional, promovi o desenvolvimento profissional de enfermeiros e outros profissionais, realizei a gestão de cuidados na minha área de especialização e demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos.**

Durante o módulo de estágio na Urgência, que precedeu o módulo da CCIH, através da observação das práticas, do serviço onde exerço funções, identifiquei uma situação problema, relacionada com a utilização de barreiras de proteção, de forma rotineira, perante distintos achados de microbiologia, pelo que decidi desenvolver competências neste âmbito, no módulo referente à CCIH, de modo a fazer face a esta situação previamente identificada no meu serviço.

Desta forma, decidi em contexto de estágio na CCIH, executar instrumentos de auditoria em controlo de infeção, especificamente acerca da utilização de Equipamentos de Proteção Individual relativos ao uso de luvas; uso de Avental/ Bata e o uso de Máscara, como mencionei no módulo referente à CCIH.

Atualmente já fiz o tratamento estatístico sobre a avaliação dos conhecimentos teóricos contudo, opto por não os expor. No momento estou a proceder à aplicação do instrumento de auditoria relativo à avaliação das práticas, na qual tenho tido alguns constrangimentos, como por exemplo, ter disponibilidade para efetuar uma observação de forma sistemática e válida, como é pretendido, e principalmente a necessidade de existirem doentes no serviço, que estejam sujeitos a isolamento, que implique o uso de barreiras de proteção individual.

A partir do momento em que tenha recolhido toda a informação pretendida e necessária, consigo aprimorar a **identificação das necessidades formativas** e planejar estratégias adequadas para a formação sobre esta temática, de modo a colmatar as não conformidades identificadas pela análise das auditorias e assim, não só, **promovo a formação no serviço**, como **participo e impulsiono a investigação em serviço**, e **zelo pelos cuidados prestados**, contribuindo para a segurança e qualidade dos mesmos.

Com a formação programada, acerca das precauções básicas e de isolamento baseadas nas vias de transmissão, pretendo motivar a equipa para o desenvolvimento de competências coletivas, que tenham subjacente aos cuidados, a noção de que a prevenção e controlo de infeção são da responsabilidade de todos os profissionais, assim como, para uma tomada de decisão consciente e fundamentada pela investigação na prática do serviço. Considero que durante esta formação o facto de **comunicar resultados da prática clínica**, em específico do serviço, irá contribuir significativamente para a sensibilização dos profissionais, pois permite a **reflexão na e sobre a prática**, pela partilha de experiências e saberes, e **promovo o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros**.

O desenvolvimento desta atividade contribuiu para gizar uma noção de auditoria e concluir que os profissionais aceitam e reconhecem a importância desta, como contributo para a melhoria e segurança dos cuidados de enfermagem. Especificamente como futura enfermeira especialista, na área de médico-cirúrgica, e tendo em consideração as competências desenvolvidas, considero que as auditorias constituem um instrumento de trabalho precioso no desenvolvimento e alicerce das minhas funções, na medida em que me possibilitaram: realizar diagnóstico da situação e paralelamente planejar estratégias de atuação, de modo a introduzir medidas corretivas, colaborar nos projetos de formação do serviço, através da identificação de necessidades formativas e, ainda, realizar um trabalho de investigação, que está previsto ser apresentado no Congresso da responsabilidade do CHLO em outubro.

Ainda, no decorrer do módulo de estágio da CCIH, fui convidada pela enfermeira chefe para ser o elo de ligação do serviço com a CCIH do HSC, tendo aceite este cargo com muito gosto e motivação, e por ser reconhecida como detentora de conhecimentos e competências nesta área de cuidados, que considero de extrema importância para o bem-estar do doente. Relativamente a funções subjacentes este cargo, já participei em reuniões da CCIH, com o intuito de saber quais os planos de intervenção delineados para o ano em curso. Dos quais já fiz parte na recolha de informação, no meu serviço, sobre medidas de prevenção e controlo de infeção, relativos aos cuidados na colocação, manutenção e remoção de cateter central, e cuidados inerentes à cateterização vesical, através do preenchimento de questionários pelos enfermeiros do serviço e posterior análise. Na reunião supra citada, coloquei questões sobre as atividades desenvolvidas pela CCIH, nomeadamente sobre a vigilância epidemiológica e monitorização das práticas, especificamente sobre a utilização da técnica de duplo balde pelos profissionais que constituem a brigada de limpeza, tendo mostrado fundamentação teórica sobre a situação problema exposta. Participei, também numa reunião com a enfermeira

responsável pela CCIH do HSC, com a enfermeira chefe e coordenadora do serviço onde exerço funções. Nesta, dei a conhecer os meus objetivos para o serviço, relativamente à aplicação dos instrumentos construídos em estágio. A enfermeira da CCIH avaliou os instrumentos, tendo mostrado muito interesse pelos mesmos, e inclusivamente pediu-me autorização para os aplicar noutros serviços do HSC. Durante estas reuniões **evidencie um discurso fundamentado, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos neste âmbito, demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, refleti na e sobre a prática.**

Ao longo deste pequeno percurso, enquanto elo de ligação com a CCIH, constatei que é necessário ter um conjunto de competências científicas e relacionais, de modo ter capacidade de envolver e motivar os diversos profissionais para a adoção das boas práticas de prevenção e controlo de infeção hospitalar, induzindo-lhes a reflexão, alertando-os para novas perspetivas e problemáticas.

De salientar, que a minha prestação no serviço é valorizada e reconhecida pelos diversos profissionais de saúde, na medida em que sou abordada frequentemente, para esclarecimento de dúvidas acerca de conteúdos da minha área de especialidade, funcionando como uma conselheira no cumprimento de determinados procedimentos, exercendo função de líder.

A frequência no CNPMEEMC, contribuiu para um reconhecimento da importância do conhecimento sobre o passado da profissão de enfermagem para compreender o presente e poder trabalhar para um futuro, contribuindo simultaneamente para uma melhor prestação, para mais e melhor enfermagem. Pela noção do passado da profissão, dou mais valor à ENFERMAGEM de HOJE e ao que poderá ser AMANHÃ.

2. CONCLUSÕES GERAIS

Os conhecimentos adquiridos na vertente teórica do CMNPEEMC, a leitura e análise da evidência científica pesquisada, a mobilização da experiência profissional, e essencialmente a análise reflexiva acerca das atividades realizadas e experiências vivenciadas em contexto de estágio e de trabalho constituíram os alicerces para o desenvolvimento das competências ambicionadas com a frequência deste curso. Possibilitaram uma prestação de cuidados especializados, ao doente crítico e sua família, evidenciando respostas diferenciadas de cuidados de enfermagem, em áreas que implicam um conhecimento e competências específicas, assumindo uma função indispensável e primordial no seio da equipa, sendo um elemento de referência para os profissionais de saúde, tal como para os doentes e familiares, sendo capacitado para fomentar e mobilizar um conjunto de conhecimentos e competências técnicas, científicas e relacionais, agindo em tempo útil no processo de tomada de decisão, tendo em vista, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, conceito orientador na aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do estágio.

Analisando particularmente cada módulo de estágio, considero que ambos possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de competências, contudo em domínios diferentes e consequentemente com implicações distintas para a minha prática profissional, enquanto futura enfermeira especialista.

No módulo de estágio relativo ao serviço de urgência, destaco a minha intervenção e posterior desenvolvimento de competências, na área da prestação de cuidados, a qual constitui o domínio basilar da atuação do enfermeiro especialista. Foquei a minha intervenção, com base num conhecimento aprofundado, no sentido de estabelecer prioridades nas necessidades identificadas em cuidados de enfermagem. Atuei em tempo útil e evidenciei competências no processo de tomada de decisão e particularmente no desenvolvimento de competências comunicacionais, tendo presente a noção, que num serviço de urgência os enfermeiros estão frequentemente em contacto com pessoas em sofrimento. Esta posição é privilegiada para apresentar um comportamento, que transpareça uma atitude de respeito, empatia e ajuda com os doentes e seus familiares. O facto ter apresentado este comportamento possibilitou um desenvolvimento de competências comunicacionais, especificamente pela compreensão da pessoa e dos processos de saúde/ doença, uma vez que, a natureza como cada pessoa vivência estes processos, confere a cada situação uma marca de unicidade, o que contribuiu claramente para uma intervenção adequada ao direcioná-la à especificidade das necessidades,

de cada pessoa, em cuidados de enfermagem, reforçando desta forma, a visão holística e contextual da pessoa.

Paralelamente desenvolvi competências na área da promoção da qualidade dos cuidados, pela sensibilização dos profissionais de saúde, no âmbito da prevenção e controlo de infeção hospitalar. Fomentei a investigação em serviço, através da participação num projeto a decorrer, relacionado com a “Campanha de Higienização das Mãos”, Dei relevo à sensibilização acerca da importância desta temática como contributo essencial para a melhoria dos cuidados prestados, motivando os profissionais para a noção basilar de que, a prevenção e controlo de infeção são da responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Relativamente ao módulo de estágio decorrido na CCIH, este permitiu-me, para além de ter consciência de mais um dos papéis que o enfermeiro desenvolve nas unidades de saúde, bem como as dificuldades inerentes à função, a compreensão sobre a importância da transversalidade desta área, como contributo essencial para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Paralelamente elaborei instrumentos de auditoria em controlo de infeção, nomeadamente sobre a utilização de equipamento de proteção individual, relativos ao uso de luvas, uso de avental/bata e o uso de máscara. Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências neste domínio e concluir que os profissionais de saúde reconhecem a importância das auditorias como um contributo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Considero ainda que as auditorias são um instrumento de trabalho essencial no desenvolvimento das minhas funções enquanto enfermeira especialista. Estas permitem identificar situações problemas/ diagnóstico de situação, planear medidas de melhoria, a implementação destas medidas e posterior avaliação das mesmas.

Este módulo do estágio teve uma enorme influência na minha prática profissional, na medida em que contribuiu expressivamente para o desenvolvimento de um conhecimento aprofundado neste domínio. No processo de aprendizagem realço, não só as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e subjacente fundamentação teórica e evidência científica pesquisadas, como também a partilha de conhecimentos com enfermeiras peritas, e principalmente a riqueza e diversidade de experiências vivenciadas e refletidas no quotidiano da CCIH. Considero que apresento um olhar diferente sobre as práticas, um olhar mais crítico e mais rigoroso, com uma melhor capacidade de supervisão, possibilitando um exercício profissional diferenciado e mais consciente.

Esta área específica de atuação permite ao enfermeiro ser detentor de conhecimentos profundos, num domínio particular de enfermagem, apresentando competências acrescidas às do enfermeiro de cuidados gerais, sendo visto como elemento de referência na equipa multidisciplinar e influenciando claramente a qualidade dos cuidados prestados.

Considero que os objetivos definidos para o relatório, foram totalmente atingidos, na medida em que, não só justifiquei de forma clara e concisa a escolha de cada um dos locais de estágio como efetuei uma caracterização resumida acerca dos mesmos, possibilitando o conhecimento sumário da sua estrutura funcional. Expus também os objetivos delineados para cada local de estágio, relatando o percurso vivenciado em cada contexto da prática clínica, onde patenteei a análise reflexiva das atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas, fundamentando o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, inerentes às competências preconizadas no conteúdo funcional do enfermeiro especialista. Para tal, demonstrei aptidão na identificação de situações – problema da prática clínica, e pela mobilização de recursos, adequiei estratégias de intervenção, com a finalidade da promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, evidenciando o papel do enfermeiro especialista e importância do mesmo, neste âmbito. Considero ainda, que este documento constitui um instrumento de avaliação do desenvolvimento/ certificação de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Penso que os serviços onde estagiei, constituem campos de estágio, que fomentam o processo de aprendizagem, não só pela diversidade de vivências que proporcionam mas também pela partilha de saberes e pela reflexão na e sobre a prática. Saliento a forma como fui acolhida nos serviços, o que constituiu um aspeto positivo e determinante em todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Destaco ainda, o facto de ter efetuado um dos módulos de estágio, numa instituição diferente da que exerço funções, o que possibilitou o conhecimento de uma realidade distinta, propiciando a diversidade de experiências vivenciadas, o que também contribuiu para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Durante a realização deste testemunho crítico e reflexivo tive algumas dificuldades no início do mesmo, especificamente na organização da descrição e análise crítica das atividades e experiências vivenciadas, quer em contexto de estágio, como em contexto de trabalho, e consequentemente na fundamentação das competências desenvolvidas durante este percurso. Contudo através de uma metodologia de trabalho adequada e empenho, ultrapassei esta dificuldade, pois considero que o presente relatório atingiu os objetivos previamente definidos, citando a evidência recente, que avaliei como pertinente. Este contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de reflexão e para a consciencialização não só da importância da prática reflexiva, como também a consciencialização das competências adquiridas e desenvolvidas, ao longo do estágio e em contexto de trabalho, pelo que considero que a sua realização constitui uma mais valia neste processo de aprendizagem.

Como sugestão e reconhecendo a importância da aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção, no sentido da promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, gostaria de propor que o módulo III do estágio à semelhança dos restantes não fosse opcional, mas obrigatório, com enfoque no âmbito da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar.

No término do relatório, tenho a noção que o percurso realizado para a aquisição de competências não constitui o fim de um processo, pelo contrário, considero que corresponde ao início de uma nova fase, tendo um acréscimo de responsabilidades inerentes ao enfermeiro especialista, onde a promoção da qualidade dos cuidados, pelo desenvolvimento profissional, irá ser a minha meta. Assim sendo, ambiciono progredir no processo de desenvolvimento de competências, certificando a qualidade dos cuidados de enfermagem, através de uma prestação de cuidados diferenciada e adequada às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem no sentido do estabelecimento de prioridades e agindo em tempo útil no processo de tomada de decisão, suportada por um nível de conhecimentos mais profundo, e por uma prática reflexiva baseada na evidência científica recente.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, WILSON.– Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. **Sinais Vitais**. Lisboa. Nº 45. 2002, p.53-57.

ADAMI, Nilce Piva – **A Melhoria Da Qualidade Nos Serviços De Enfermagem**. [Em linha]. 2000. [consultado em Dezembro de 2010] Disponível em: <http://www.wrifesp.br/dent/acta/2000/13-Esp1/pdf/>

ALARCÃO, Madalena. – **(Des) Equilíbrios Familiares**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.

ALARCÃO, Isabel; TAVARES José - **Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ªed. Coimbra: Livraria Almedina, 2003 ISBN 9789724018522.

ALMEIDA, Fernando Neves – **O Gestor, a arte de liderar**. Lisboa, editora Presença, 1996.

APÓSTOLO, João Luís. O conforto nas Teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Referência**, II Série - nº9- Março 2009.p. 61-67.

BARRADAS, Paula – O que é a investigação em enfermagem de saúde. **Hospital Nossa Senhora do Rosário**. Nº 7-[Em linha] Dezembro de 2005. [consultado em Outubro de 2010] Disponível em: <http://www.chbm.min-saúde.pt>.

BENGOA, Rafael e outros – **Quality of care: A process for Making Strategic Choices in health Systems**. World Health Organization.2006.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 270p. ISBN 972-8535-97-X.

BOAVISTA, Anabela – Auditar a prática: um caminho para a segurança do doente. **Qualidade em Saúde**. Lisboa. ISSN 0874-8772.nº13 (Dezembro 2005), p.26-28.

BOLANDER, Verolyn Barnes – Luckmann & Sorence – **Enfermagem Fundamental: Uma abordagem psicofisiológica**. 1ª ed, Lisboa: Lusodidacta,1998.1963p. ISBN 972-96610-6-5.

BOTELHO, José Rodrigues – Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. **Servir**, Volume 46, nº5, Set.-Out. 1998. p. 262-266.

BOTERF, Guy – **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2003. 278p. ISBN: 85-363-0129-5.

BRYCE, Elisabeth [et al] – The infection control audit: The standardized audit as a tool for change. **AJIC**. ISSN 0196-6553 Vol. 35 Nº 4. Maio 2007p.271-283.

CASANOVA, Edna.G -. Communication of Nursing team with patients family. **Comunicação em Enfermagem**. (Dezembro de 2009) p. 831-836.

CHIAVENATO, Idalberto – **Recursos humanos**. 2ª ed. S. Paulo: Editora Atlas,1992, 523p. ISBN85- 224 – 007770

COLLIERE, M. F. – **Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Edições Técnicas. Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385p. ISBN 972-757-109-3.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLC **Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**. 2007 [consultado em Março de 2011] Disponível na intranet do Hospital de São José.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHLO **Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**. [Em linha] 2011. [consultado em Março de 2011] Disponível em: <http://www.chlo.min-saude.pt/>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Seguridad de los pacientes**. [Em linha] 2002. [consultado em Dezembro 2010] Disponível em: <http://www.icn.ch/pspatientsafesp.htm>.

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**.

Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, [Em linha] 1991, [consultado em Abril de 2011] Disponível em: http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_437_91.pdf.

Decreto-Lei nº 74/2006, de 4 de Março [Em linha] 2006, [consultado em Outubro de 2010] Disponível em: http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Direcção de Serviços de Planeamento. **Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência**. [Em linha] 2001. [consultado em Abril de 2011] Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20URG%C3%8ANCIA%20EM%20ERG%C3%8ANCIA.pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. **Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções dependentes das vias de transmissão**. Direcção Geral de Saúde [Em linha] 2007, 47p. [consultado em Maio de 2011] Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. [Em linha]. 2011. [Consultado em 28 Março de 2011]. Disponível em: http://www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/divesos/programa_nacional_infeccao.pdf.

DUARTE, Ana Maria; CABEÇA, Dulce de Fátima – A importância da lavagem comum das mãos no controlo da infecção nosocomial: influência da lavagem comum das mãos na flora bacteriana dos enfermeiros. **Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874- 7695. Nº12 (Agosto 2005), p.21-26.

ESTANQUEIRO, António – **Saber lidar com pessoas**. Lisboa, Editora Presença, 1993.

FACHADA, M. Odete – **Psicologia das relações interpessoais**. 8ªed. Lisboa: Edições rumo, Lda. 1º Vol. 2006.

FRAGATA, José; MARTINS Luís – **O erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina, 2004. 327p. ISBN 972-40-2347-8.

FRAGATA, José [et al]. – **Risco Clínico – Complexidade e Performance**. Lisboa: Editora Almedina, 2006. 346p. ISBN 978-972-402-8354.

FRAME, Scott; MCSWAIN, Norman; SALOMONE, Jeffrey – **PHTLS - Atendimento Pré-Hospitalar ao Taumatizado**. 6ª ed. Editora: Elsevier. 2004. 596p. ISBN 9788535221459.

FREITAS, J.; FREITAS, S. Cuidar do Passado para o Presente. **Sinais Vitais**, (Setembro de 2008), p. 37-41.

FREITAS, Paulo – Protocolo de Triagem de Manchester. **Urgência Prática**. Lisboa (Janeiro 2003).

GEADA, Ana Cristina – A Importância da lavagem/desinfecção das mãos. **Nursing**. Lisboa ISSN 0871- 6196. Vol. 181 (Outubro 2003), p.41-44.

GUERRA, Isabel – **Introdução à Metodologia de Projecto: documento interno**. Lisboa: ISCTE, Centro de Estudos Territoriais, 1994. 45p. Texto policopiado e encadernado.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7

INFECTION CONTROL NURSES ASSOCIATIO – **Audit Tools for Monitoring Infection Control Guidelines Within the Community Setting**. [Em linha] 2005.[consultado em [Outubro de 2011] Disponível em: <http://www.icna.co.uk>.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE- **Auditorias Clínicas para Avaliar a Qualidade dos Serviços Prestados**. [Em linha] 2004, p.32-34. [consultado em Novembro de 2010] Disponível em: <http://www.iqs.pt>.

JESUS, Helvio – **Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem**. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. [Em linha] 2004, 451p. [consultado em Novembro de 2001] Disponível em: <http://repositório-aberto.up.pt/handle/102169768>

KOLCABA, Katharine Y. – A theory of holistic comfort of nursing. **Journal of Advance Nursing**, nº 19 [Em linha] 1994, p.1178-1184 [consultado em Abril de 2011] Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/references.html>.

LIBERADO, João - A informação aos familiares: avaliação do grau de satisfação. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 087-8844, nº52 (Janeiro 2004), p. 19-24.

LOPES, José Manuel – A natureza dos cuidados de enfermagem. **Sinais vitais**. Lisboa. nº30. 2000 p.35- 42.

LOPES, José Manuel – **A Relação Enfermeiro-Doente – como Intervenção Terapêutica**- Proposta de uma teoria de médio Alcance. Coimbra: Formasau- Formação e saúde, Lda, 2006. 368p. ISBN 972-8485-6-X.

LOURENÇO, Paulo R. - **Liderança e eficácia: uma relação revisitada**. In *Psychologica*, 23. 2000. p. 119-130.

MACEDO, Ana Paula – **Dimensões do Hospital como Organização e Formação em Contexto Hospitalar**. (2001) Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

MACPHAIL, Estelle – **Panorâmica de enfermagem de urgência**. In *enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4ª ed, Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9. p. 3-7.

MARCELINO, Paulo [et al] – **Manual de Ventilação Mecânica no Adulto- Abordagem ao doente Crítico**, ed. lit, Loures: Lusociência, 2008. 256p. ISBN: 978-972-8930-42-4.

MENDES, Anabela P.- O respeito e a solicitude. **Revista Portuguesa de Bioética**. Nº 2 Setembro de 2007, 207-217p.

MENDONÇA, S. S. – **Competências Profissionais dos Enfermeiros: A Excelência do Cuidar**. 1ª Edição. Editorial Novembro. 2009. ISBN 978-989.8136-34-3

MINISTERIO DA SAÚDE - Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, [Em linha] 1991, [consultado em Abril de 2011] Disponível em: http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_437_91.pdf.

MINISTÉRIOD DA SAUDE - Despacho Normativo nº 11/2002. [Em linha], 2002 [Consultado a 24 de Maio de 2011], Disponível em: www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option

MORSE, J; HAVENS, G.; WILSON, S. – The comforting interaction: Developing a model of nurse- patient relationship. Scholarly for Nursing Practice: **An International Journal**. 11:4 1997. 321- 343.

NIEMINENS, M.S. [et al] – **Executive Summary of the Guidelines on the Diagnosis and treatment of acute heart failure**: Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J.2005 p.384-416.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários às análises**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 454p. ISBN: 972-9964-0-2.

NUNES, Lucília – **O que distingue alguns tipos de normas?** [Em linha] 1999, [consultado em Maio de 2011] Disponível em: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/tiposnormas.pdf.

NUNES, Madalena – Supervisão: Ensino clínico de enfermagem no serviço de urgência. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196.Nº 179 (Julho/ Agosto de 2003). p.26-30.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **O enfermeiro nas equipas de saúde**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, Abril de 2006. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Saúde e prática baseada na evidência**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2007. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia Orientador de Boas Práticas**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. 44p. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Caderno Temático: Modelo de desenvolvimento Profissional** – Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem – Individualização e reconhecimento de Especialidades clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. [Em linha] 2009, 45p. [consultado em Março de 2011] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. [Em linha] 2010, 10p. [consultado em Março de 2011] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

PINTO, Karina; MELO, Cristina – A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev. Esc.enferm. USP**. Vol.44 nº3 [Em linha] Setembro de 2010. [consultado em Novembro de 2011] Disponível em: <http://pesquisa.bvalud.org/regional/resources/lil-561401>.

PISCO, Luís – Auditorias clínicas: medir para melhorar. **Qualidade em Saúde**. Lisboa. ISSN 0874-8772.nº 7 (Junho de 2003), p.42-43.

PISCO, Luís - Balanço de seis anos de IQS. **Qualidade em Saúde**. Lisboa. ISSN 0874-8772.nº 12 (2005), p. 2-11.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardete – **Investigacion Científica em Ciencias de la salud**. , 4ª ed. Mexico: Interamericana, McGraw- Hill, 1994. ISBN 968-25-1527-0.

REBELO, Maria Teresa – Os discursos na prática de cuidados de enfermagem: Contributos para análise das representações sócias. **Sinais Vitais**. Nº9 (Novembro de 1996). p.13-18.

SALE, Diana – **Garantia da qualidade dos cuidados de saúde: para profissionais da equipa de saúde**. Lisboa: Principia, 1998. 158p.ISBN 972-97457-6-5.

SCHIEFER, Ulrich; BAL-DOBEL, Lucinia; BATISTA, António – **Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos**. 1ª Ed. Cascais: Principia, 2006. ISBN 972-8818-58-0.

SELLMAN, D. – The importance of being trustworthy. **Nursing Ethics**. 13:4 (2006). 16-23.

SERRA, J. Paulo – **Manual da Teoria da Comunicação: Estudos em Comunicação**. Livros Labcom.ISBN 978-972-879087-5 [Em linha] 2007 [consultado em Junho de 2011] Disponível em:http://www.livroslabcom.ubi.pt/pdfs/20110824serra_paulo_manual_teorica_comunicacao.pdf.

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de urgência da teoria à prática**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN:978-972-8930-63-9.

SILVA, Daniel; SILVA, Ernestida – O ensino clínico na formação de enfermagem. **Coleções R.E.** nº 30 [Em linha] 2004. [consultado em Outubro de 2010] Disponível em: <http://repositorio.ipv/bitstream/10400.19/445/1/Ensino%20cl%C3%clnico.pdf>.

SILVA, Maria Goreti – Experiência do subgrupo hospitalar dos capuchos. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº180 (Setembro de 2003), p.16-18.

SIQUEIRA, A. – Patient and Family Relationship: Behavior Factors Associated to Assistance Quality. **Nurse**. (Fevereiro de 2006). p.73-77.

SOUSA, Clementina – O ensino clínico: A importância e a construção do saber profissional. **Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874- 7695. Nº5. 2002.

STEFANELLI e CARVALHO – **A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.159p. ISBN85-204-2196-2.

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

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p.74

TRIVINO, Zaider; SANHUEZA, Olivia – Paradigmas de investigação em enfermagem – **Ciencia y Enfermaria**. [Em linha] ISSN 1561-2961.nº17 (2005) [consultado em Junho 2011] Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/>.

UCP-ICS/ESPS - Enfermagem - **Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**, 2010. 14p.

VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência**. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. 978-972-54-0195-8

VITURI W.D. e MATSUDA L., - Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 43(2): 429-37 [Em linha] 2009 [consultado a Dezembro 2010] Disponível em: <http://www.Scielo.br/pdf/reeusp/v4342/a2yvy3n2.pdf>.

VMER-SFX- **Emergência Médica**. [Em linha] 2010. [consultado em Abril 2012] Disponível em: <http://www.vmersfxavier.com/docs/index.php?idConteudo=1090>

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **World Alliance for Patient Safety –WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advance Draft). Global patient safety challenge 2005-2006: “clean care is safe care”** [Em linha] Abril 2006, 209p. [consult 30 Abril 2011] Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Last_April_versionHH_Guidelines%5b3%5d.pdf

ZEICHNER, Kenneth – **A Formação reflexiva dos professores: ideias e práticas**. Lisboa: Educa. 1993

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANO DE FORMAÇÃO

PLANO DE SESSÃO

TEMA DA SESSÃO: Higienização das mãos

POPUAÇÃO ALVO: Assistentes operacionais do Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier

DATA: 24 DE Junho de 2011

HORÁRIO: 8:00H; 11:00H; 16:00H.

LOCAL: Sala de reuniões de enfermagem.

DURAÇÃO: 15 Minutos

OBJECTIVOS: Sensibilizar os assistentes operacionais para a importância da higienização das mãos; Aumentar a adesão à prática correcta da higiene das mãos.

	CONTEÚDOS	MÉTODOS PEDAGÓGICOS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação da Formadora; Apresentação do tema; Contextualização do tema a abordar; Apresentação dos objectivos.	Expositivo	Data-show		2min.
DESENVOLVIMENTO	A importância da higienização das mãos; Modos de transmissão de microrganismos; Explicação dos 5 momentos em que se deve efectuar a higienização das mãos; A importância do SABA e princípios para a sua utilização; Técnica correcta de higienização das mãos; Princípios gerais para uma boa higienização das mãos; Recomendações para o uso de luvas.	Expositivo Demonstrativo (activo)	Data-show SABA	Exemplos Práticos	9min.
CONCLUSÃO	Síntese global; Verificação dos resultados de aprendizagem (avaliação); Entrega de questionário avaliativo da sessão de formação	Demonstrativo (Participativo)	Cartaz interactivo; SABA e a Câmara de luz ultravioleta	Exemplos Práticos Formativa	4min.

APÊNDICE II – SLIDES DA FORMAÇÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Higienização Das Mãos



Fonte: www.santalucia.com.br

Realizado por: Enfª Sónia Pinto (A.E)

Orientação de: Enfª Esp. Paula Batista

Higienização Das Mãos

Objectivos:

- ✓ Sensibilizar os assistentes operacionais para a importância da higiene das mãos;
- ✓ Aumentar a adesão à prática correcta da higiene das mãos.

Higienização Das Mãos

As mãos são o principal veículo de transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro, sendo a **higiene das mãos a principal medida de controlo de infecção associada aos cuidados de saúde.**

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



Higienização Das Mãos

A prática de higiene das mãos é uma das medidas mais relevante na prevenção de infecção.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



Higienização Das Mãos

A pele é um reservatório de diversos microrganismos, que se podem transferir de uma superfície para outra, por meio:

- ✓ **Contacto Directo** - pele com pele



- ✓ **Contacto Indirecto** - através do contacto com objectos e superfícies contaminados.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



FONTE: www.who.int

Higienização Das Mãos

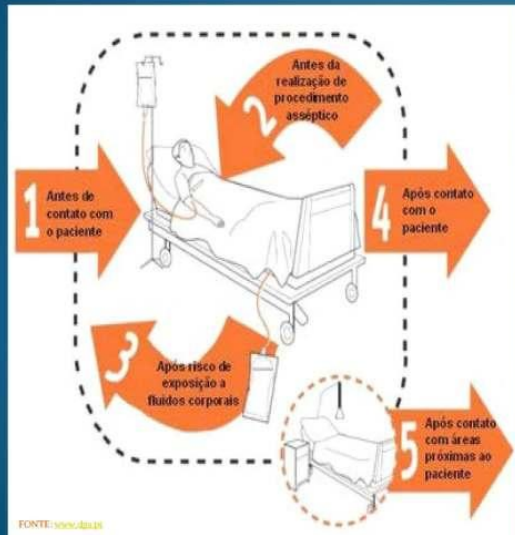
Porque devemos efectuar a higienização das mãos?

- ✓ Para proteger o doente de microrganismos prejudiciais transportados nas suas mãos ou presentes na pele do doente;
- ✓ Para proteger o profissional de saúde e o ambiente envolvente dos microrganismos prejudiciais.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)

Higienização Das Mãos

Quando higienizar as mãos?



1. Antes do Contacto com o doente;
2. Antes de Auxiliar em procedimentos limpos e assépticos;
3. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente.
5. Após contacto com superfícies próximas do doente

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)

Higienização Das Mãos

1º Momento - Antes do Contacto com o doente

- ✓ Cumprimentar;
- ✓ Ajudar na mobilidade;
- ✓ Ajudar na higiene.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



FONTE: www.dgs.gov.pt

Higienização Das Mãos

2º Momento – Antes de auxiliar em procedimentos limpos ou assépticos

- ✓ Colaborar na realização de pensos ou outra técnica asséptica;
- ✓ Colaborar na alimentação.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



Higienização Das Mãos

3º Momento – Após risco de exposição a fluidos orgânicos

- ✓ Manipulação de fluidos orgânicos;
- ✓ Limpeza de áreas ou material visivelmente sujo ou contaminado.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



Higienização Das Mãos

4º Momento – Após contacto com o doente

- ✓ Cumprimentar;
- ✓ Ajudar na mobilização;
- ✓ Ajudar na higiene.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



FONTE: www.hospitalar.pt



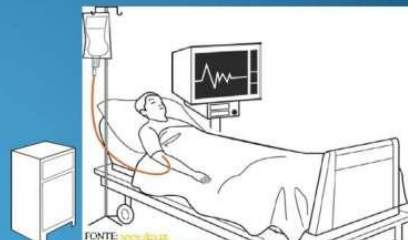
FONTE: www.hospitalar.pt

Higienização Das Mãos

5º Momento – Após contacto com superfícies próximas do doente

- ✓ Mudar a roupa da maca/ cama;
- ✓ Manusear as grades da cama;
- ✓ Limpar a unidade de apoio do doente.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



FONTE: www.hospitalar.pt

Higienização Das Mãos

Como higienizar as mãos?

As mãos dos profissionais podem ser higienizadas utilizando:

- ✓ Solução alcoólica;
- ✓ Água e sabão.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)



Higienização Das Mãos

Como higienizar as mãos?

O método mais eficaz e o de primeira escolha para assegurar uma boa higiene, é a utilização da Solução alcoólica.

Vantagens:

- ✓ Elimina a maior parte dos microrganismos;
- ✓ Maior disponibilidade do produto próximo do local da prestação de cuidados;
- ✓ Requer pouco tempo – 20 a 30 segundos;
- ✓ Boa tolerância da pele;

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2007)

Higienização Das Mãos

Locais das mãos com mais microrganismos



- Áreas geralmente mal lavadas
- Áreas por vezes mal lavadas
- Áreas geralmente bem lavadas

Adaptado de Taylor (1978): An evaluation of handwashing techniques

Higienização Das Mãos

Técnica de higienização das mãos

Lave as mãos, apenas quando estiverem visivelmente sujas!
 Nas outras situações use Solução anti-séptica de base alcoólica (SABA)



Higienização Das Mãos

Técnica de higienização das mãos



Higienização Das Mãos

“Regras de ouro” da higiene das mãos

Deve ser efectuada exactamente onde se está a prestar cuidados ao doente (no local de cuidados).

Durante a prestação nos 5 momentos em que é essencial proceder à higiene das mãos. (vistos anteriormente)

Para a higiene das mãos deve preferir a fricção com a SABA

Deve seguir a técnica adequada e a duração indicada.

Higienização Das Mãos

Outros aspectos importantes:

- ✓ Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- ✓ Não use unhas de gel ou artificiais quando entrar em contacto directo com os doentes;
- ✓ Não utilizar anéis, pulseiras e outros adornos no contacto directo com doentes;
- ✓ Aplique creme hidratante nas mãos, diariamente, para evitar a pele seca.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2008)

Higienização Das Mãos

Recomendações para o uso de luvas

- ✓ O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos quer através da lavagem com água e sabão ou da desinfeção alcoólica;
- ✓ Usar luvas no contacto com sangue ou com outros materiais potencialmente infectados, com membranas mucosas ou com pele não íntegra;
- ✓ Remover luvas após os cuidados ao doente. Não usar o mesmo par de luvas nos cuidados a mais de um doente ;
- ✓ Mudar de luvas durante os cuidados ao doente quando passamos de uma zona contaminada/suja para uma zona limpa.

(DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2008)



Higienização Das Mãos

FIM !

**Obrigada
Pela vossa
Atenção !**



Higienização Das Mãos

Bibliografia

- ✓ Direcção Geral de Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Lisboa. 2007 14p.
- ✓ Direcção Geral de Saúde – Manual para os Observadores. 2008

APÊNDICE III – DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



Hospital de São Francisco Xavier
Serviço de Urgência

24 de Junho de 2011

Sessão de Formação

Higienização das Mãos

8 horas

11 horas

16 horas

Divulgação dos resultados de observação

Local: Sala de Enfermagem

População Alvo do SU: Assistentes Operacionais

A.E. – Sónia Pinto

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO

Avaliação da Formação

Acção de formação: Higienização das mãos

Nome do Formador: _____

Data: ____ - ____ - ____

Hora: ____ : ____

Escala de avaliação: **1** – Insuficiente **2** – Suficiente **3** – Bom **4** – Muito bom

ASPECTOS A OBSERVAR	1	2	3	4	Observações
1. Utilidade da formação					
2. Conhecimento do formador					
3. Qualidade da comunicação					
4. Métodos escolhidos					
5. Criatividade					
6. Duração					

Algumas Sugestões:

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

INTRODUÇÃO

No decorrer do módulo de estágio no Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier, realizei uma sessão de formação sobre a temática “*Higienização das Mãos*”, tendo como população alvo os Assistentes Operacionais do mesmo serviço.

A necessidade formativa desta intervenção foi identificada, no decorrer de um projeto do serviço, relacionado com a “ Campanha de Higienização das Mãos”, no qual participei. Após a análise dos dados sobre a observação das práticas de higienização das mãos das várias categorias profissionais, constatei que os assistentes operacionais apresentavam taxas de adesão à higienização das mãos muito baixas. Consciente de que, desde 1846, que a higienização das mãos, é considerada a medida mais importante para reduzir a transmissão de infeções nos serviços de saúde (CDC, 2002) considerei necessário efetuar uma sensibilização sobre esta temática através da formação, na qual tive como objetivos: Sensibilizar os assistentes operacionais para a importância da higiene das mãos e aumentar a adesão à prática correta da higiene das mãos.

MATERIAL E MÉTODOS

Com o intuito de abranger o maior número de assistentes operacionais, na formação sobre a “Higienização das Mãos” decidi realizar três sessões desta formação, tendo em ponderação que me foi transmitido pela Enfermeira Responsável pela Formação do serviço acerca da baixa adesão desta categoria profissional às formações do serviço. Na soma das três sessões tive um total da população alvo de 20 assistentes operacionais, o que considero positivo, na medida em que abrangiu cerca de 75% da população alvo da formação, o que evidenciou a adequação das estratégias utilizadas face ao obstáculo previamente conhecido. Destas estratégias saliento não só o facto de ter realizado três sessões, como também as conversas informais acerca do conteúdo da formação, evidenciando a importância e pertinência da mesma, no desempenho profissional, assim como o compromisso da qualidade e criatividade da formação e a existência de surpresas no decorrer da mesma.

Durante a sessão de formação apliquei o método expositivo, através da utilização do data-show da instituição, onde no decorrer da introdução, para além de me apresentar, expus o tema e a justificação do mesmo, contextualizando a formação no projeto a decorrer no serviço, relacionado com a “Campanha de Higienização das Mãos” e os resultados face à observação previamente efetuada por profissionais do serviço. Aquando do desenvolvimento e pela utilização do método expositivo abordei a área sobre a importância da higienização das mãos, modos de transmissão, os cinco momentos indicados para a higienização das mãos, a importância do SABA e princípios para a sua utilização assim como os princípios para o uso de luvas. Pelo método demonstrativo expliquei a técnica correta de higienização das mãos. Na conclusão efetuei uma síntese global sobre a formação, estimulando a audiência para

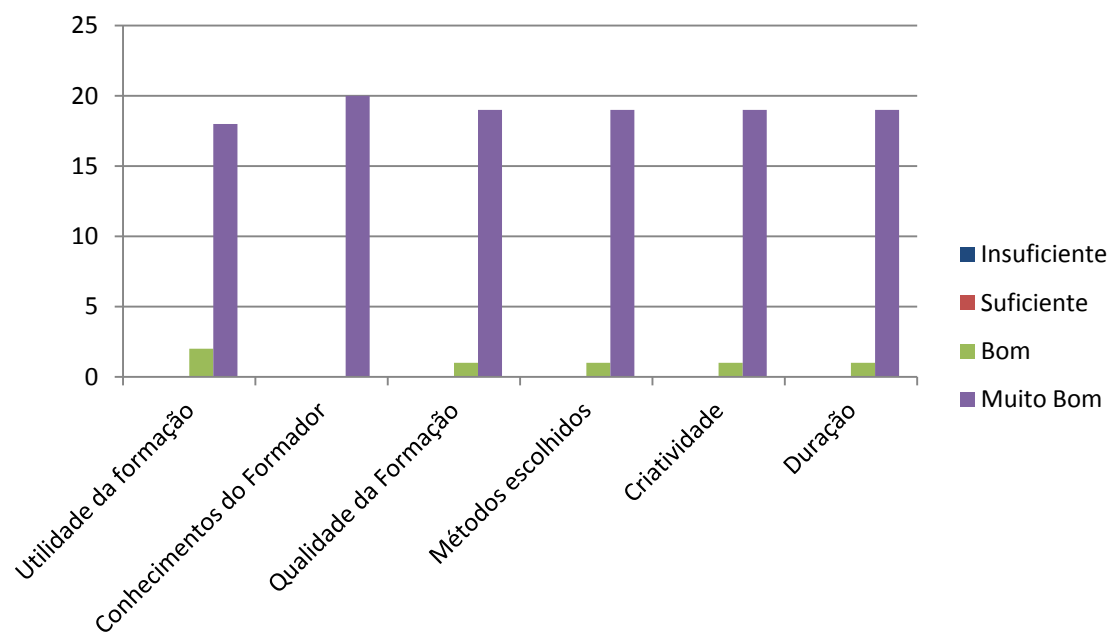
participar, e efetuei uma verificação dos resultados de aprendizagem através da exposição de um poster que tinha frases para completar acerca dos 5 momentos indicados para a higienização das mãos e frases para avaliar como Verdadeiras ou Falsas, que abordavam especificamente a importância desta prática no contexto hospitalar. De salientar que nesta verificação de aprendizagem não fiz perguntas direcionadas aos formandos, tendo concluído que a informação tinha sido apreendida pelos formandos, uma vez que acertaram nas questões do poster. As frases para completar incidiam no momento que os assistentes profissionais apresentavam menor taxa de adesão à higienização, alertando deste modo, para a importância da mesma. Ainda no sentido de avaliar os resultados de aprendizagem todos os formandos efetuaram a higiene das mãos, com posterior avaliação da técnica pela utilização da câmara de luz ultravioleta, fornecida pela CCIH do HSF, reforçando a ideia da importância desta técnica.

No final das sessões em questão, apliquei um questionário, com a finalidade de avaliar a formação, e assim identificar aspetos a melhorar no futuro.

O questionário utilizado na avaliação foi elaborado por mim, no qual considerei pertinente estimar os seguintes aspetos: Utilidade da formação; Conhecimento do formador; Qualidade da Comunicação; Métodos escolhidos; Criatividade e duração da formação.

Para efetuar a avaliação utilizei uma escala tipo Liker de 1 a 4 que correspondem às categorias Insuficiente; Suficiente; Bom e Muito Bom respetivamente, tendo feito o tratamento estatístico em Excel.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



Numa avaliação global podemos constatar que os parâmetros suficiente e insuficiente não foram escolhidos na avaliação da sessão por parte dos assistentes operacionais, o que evidencia a adequação das estratégias e metodologia utilizadas ao longo do processo da formação, no antes e durante a mesma.

Relativamente ao item *Utilidade da formação* 90% dos assistentes operacionais considerara muito bom, enquanto 10% avalia como bom este item, o que na minha perspetiva revela a adequação da sensibilização previamente efetuada, pela exposição dos cartazes nos vários setores do serviço sobre o tema, especificamente sobre a importância do mesmo nos cuidados de saúde, ao lhe reconhecerem importância.

Relativamente ao item *Conhecimentos do formador*, 100% dos formandos avaliaram como muito bom, o que demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos sobre o tema abordado.

Os aspetos sobre a *qualidade da comunicação*; os *métodos escolhidos*, assim como a *criatividade* demonstrada pelo formador foram avaliados por 95% formandos como muito bom, e por um formando como bom, o que foi bastante gratificante pelo esforço efetuado neste sentido, tendo evidenciado a utilização de uma metodologia eficaz.

Em relação ao item sobre a *duração* da sessão apresentou classificações mais baixas comparativamente com os itens anteriores. Neste item 85% assistentes operacionais avaliaram com muito bom e 15% avaliou como bom, acrescentando que a sessão poderia ter uma duração superior, pelo que depreendo a motivação do grupo constatada no desenvolvimento da sessão.

Pelo que referi anteriormente, penso que os resultados da avaliação da sessão foram bastante positivos, o que me agradou imenso, pois de algum modo o meu trabalho e esforço foram reconhecidos. Julgo que atingi na totalidade os objetivos planeados para esta formação com expus ao longo desta análise dos resultados da sessão de formação.

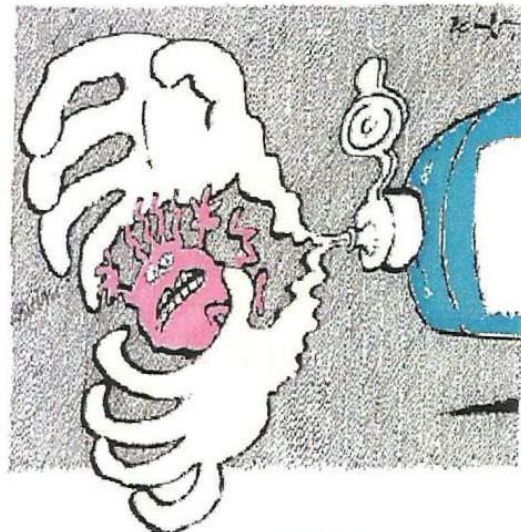
Considero que a prevenção e controlo de infeção sejam um tema debatido nas unidades hospitalares, contudo só pode ser uma arma válida na melhoria da qualidade dos cuidados prestados se existir adesão dos profissionais às práticas subjacentes.

Espero e ambiciono que os resultados das observações relativas ao próximo semestre, evidenciem um aumento da adesão à higienização das mãos, em particular pelos assistentes operacionais.

APÊNDICE V – CARTAZES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Medidas Simples Salvam Vidas



FONTE: www.ebah.com.br/content/ABAAAAOoAA/infecção-hospitalar.

Realizado por : Enf.ª Sônia Pinto (A.E)

Orientação de : Enf.ª Especialista Paula Batista



Higiene das Mãos uma responsabilidade PARTILHADA



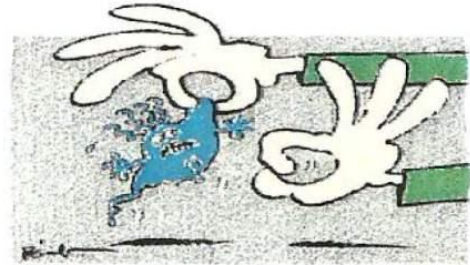
FONTE: www.ebah.com.br/content/ABAAAAOoAA/infecção-hospitalar.

Realizado por : Enf.ª Sônia Pinto (A.E)

Orientação de : Enf.ª Especialista Paula Batista



**Prevenir a
Infecção está
nas suas
MÃOS!!**



**OUT OF
HÔPITAL!**

FONTE: www.ebah.com.br/content/ABAAAAOoAA/infecção-hospitalar.



**Não dê boleia
Às infecções**



FONTE: www.ebah.com.br/content/ABAAAAOoAA/infecção-hospitalar.

APÊNDICE VI – POSTER DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Objectivos:

Divulgar os resultados da observação da higienização das mãos do 2º semestre face aos do 1º semestre de 2010
Sensibilizar os profissionais de saúde para a higienização das mãos

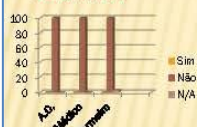
Observações realizadas no SU durante o mês de Março de 2011
Amostra constituída por 99 profissionais da equipa de saúde:

Enfermeiros -54 (73%)
Médicos -15 (88%)
Assistentes operacionais -30 (64%)

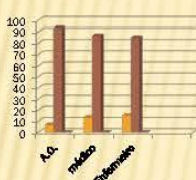
AVALIAÇÃO DA ADESÃO POR CATEGORIA PROFISSIONAL E POR MOMENTO

1 Antes do Contacto com o Doente

1º Semestre



2º Semestre

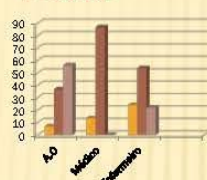


2 Antes de Procedimentos Assépticos

1º Semestre

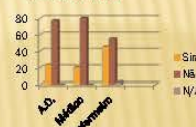


2º Semestre

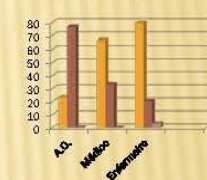


4 Após Contacto com o Doente

1º Semestre

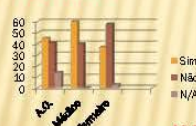


2º Semestre

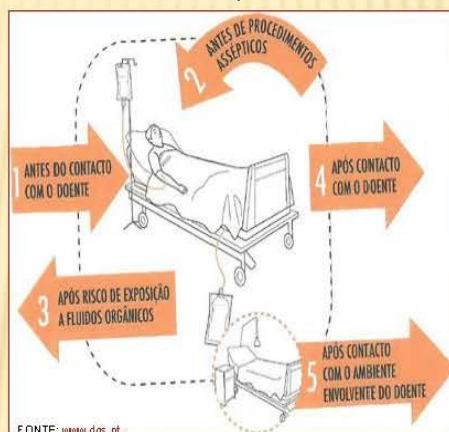
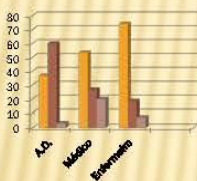


3 Após Risco de Exposição a Fluidos Orgânicos

1º Semestre



2º Semestre



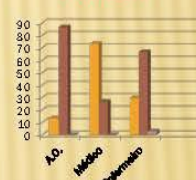
Fonte: www.dgs.pt

5 Após Contacto com o Ambiente de Doente

1º Semestre



2º Semestre

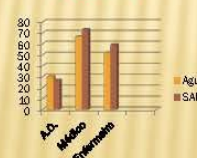


Efectua a higienização das mãos com:

1º Semestre



2º Semestre



Consumo de Sterillium e de Sabão líquido de Março de 2010 a Março de 2011:

Sterillium = 913 frascos

Sabão líquido = 1170 frascos.

Medidas Implementadas:

Maior afixação de SABA nas áreas de Prestação de Cuidados;

Passagem de Posters Informativos.

Sugestões:

- Dar continuidade às actividades de promoção de higiene das mãos:
- Formação;
- Lembretes nos locais de trabalho;
- Monitorização continua da adesão, com feed-back aos profissionais.

APÊNDICE VII – CARTAZ INTERATIVO

Higienização

Das Mãos

OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1 - Antes do contacto com o doente



2 - Antes de procedimentos limpos ou assépticos

3 - Após risco de exposição a fluidos orgânicos

4 - Após contacto com o doente



5 - Após contacto com o ambiente envolvente do doente

As seguintes frases são verdadeiras (V) ou falsas (F) ?

Não é necessário retirar as luvas após os cuidados ao doente. Deve-se aproveitar o mesmo par de luvas nos cuidados a vários doente.

F

A prática de higiene das mãos é uma das medidas mais importante na prevenção de infecção.

V

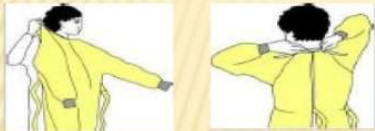
Para não higienizar as mão, utilizo as luvas.

F

**APÊNDICE VIII – CARTÕES RESUMO SOBRE A NORMA DO ISOLAMENTO DO QUARTO
DE PRESSÃO NEGATIVA**

Como Colocar o Equipamento de Protecção Individual

1ª Fase



2ª Fase



3ª Fase



4ª Fase



FONTE: www.dgs.pt

Como Retirar o Equipamento de Protecção Individual

1ª Fase



2ª Fase



3ª Fase



4ª Fase



FONTE: www.dgs.pt

Norma de Isolamento Respiratório em quarto de pressão negativa

As portas devem estar sempre fechadas (para manter a pressão desejada);

A colocação e remoção do EPI é realizada na antecâmara e na sequência correcta;

Se for necessário transportar o doente, este deve usar máscara cirúrgica;

Restringir o nº de visitas e de profissionais a entrar no isolamento;

Informar e esclarecer o doente e/ou pessoas significativas sobre a necessidade e regras do isolamento (ver verso);

Supervisar a recolha e acondicionamento de roupa e resíduos;

O material de limpeza deverá ser de uso exclusivo para a unidade de isolamento.

Norma de Isolamento Respiratório em quarto de pressão negativa

Informar e esclarecer o doente e/ou pessoas significativas sobre a necessidade, e regras do isolamento :

- ✓ Prevenir a transmissão de doenças infecciosas de um doente para outro(s), e/ou profissionais;
- ✓ As visitas seguem os mesmos procedimentos de entrada no quarto que o profissional;
- ✓ A colocação e remoção do EPI é realizada na antecâmara;
- ✓ Proceder à lavagem ou desinfecção das mãos;
- ✓ Vestir bata de uso único;
- ✓ Colocar respirador;
- ✓ Calçar luvas.

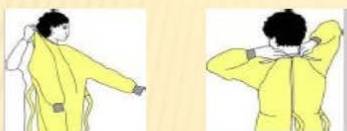


FONTE: www.dgs.pt

**APÊNDICE IX – LEMBRETE DE COMO COLOCAR E RETIRAR O EQUIPAMENTO DE
PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

Como Colocar o Equipamento de Protecção Individual

1ª Fase



2ª Fase



3ª Fase



4ª Fase



FONTE: www.dgs.pt.

Como Retirar o Equipamento de Protecção Individual

1ª Fase



2ª Fase



3ª Fase




4ª Fase



FONTE: www.dgs.pt.

APÊNDICE X - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

	Serviço de Urgência		
	Instrução de Trabalho na abordagem do Doente com suspeita de Meningite		
	IT. (COD DO DOC DE REF). 7000		

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

1.1 - OBJECTIVO

Definir e uniformizar procedimentos de segurança do Doente e Equipa Multidisciplinar na abordagem do doente com suspeita de Meningite.

1.2 – DEFINIÇÃO E JUSTIFICAÇÃO

A **Meningite** é um processo inflamatório das meninges, que provoca uma reacção inflamatória no espaço subaracnoideu, sendo esta reacção detectada no líquido céfalo-raquidiano. A meningite pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus e fungos.¹

Do ponto de vista da Saúde Pública, os casos de Meningite causados por bactérias e vírus são considerados os mais importantes, devido à sua ocorrência e potencial de produzir surtos epidémicos.²

Relativamente às meningites causadas por bactérias, os principais agentes são: *Streptococcus pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis*³ sendo a última a mais agressiva, não existindo uma única vacina para todas as suas variantes.⁴

Em Portugal, as infecções meningocócicas, incluindo as meningites, são doenças **de declaração obrigatória**.⁵ quer seja um caso esporádico, cluster ou surto.⁶ (ver **norma CIH nº106 de Precauções de Controlo em doenças de Declaração e de Infecção em Doentes de Alto Risco**)


Doença Meningocócica causada por *Neisseria meningitidis*:

Agente etiológico	Via de transmissão	Reservatório	Período incubação	Período de contágio	Sinais/sintomas	Definição de indivíduos susceptíveis	Definição de exposição
<i>Neisseria meningitidis</i> (<i>diplococcus gram negativo</i>) subgrupos: A, B, C, W135, X, Y, Z	<i>Gotículas</i> <i>Contacto directo</i>	<i>Orofaringe humana</i>	1-10 dias	Até 24H após início de antimicrobiano dirigido.	Febre elevada, rigidez muscular da região cervical, fotofobia, náuseas, vômitos, anorexia Fase tardia: convulsões, coma	Todos os indivíduos excepto os recentemente infectados com a mesma estirpe.	Exposição directa a secreções

O desenvolvimento da doença meningocócica depende de um conjunto de factores (ambientais, humanos, microbiológicos e culturais) e a introdução de uma estirpe epidémica não explica isoladamente a ocorrência de doença e a incidência na população.⁷

A colonização da nasofaringe pelo meningococo frequentemente resulta em infecção assintomática ou subclínica.⁸ Geralmente, o portador assintomático é o principal elemento na cadeia de transmissão de

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Enfª Sónia Panasco e Enfª Vanda Santos (alunas da UCP - MENP/CEEMC) Orientação: Enfª Madalena Almeida e Enfª Rodrigo Catarino		1/4

	Serviço de Urgência		
	Instrução de Trabalho na abordagem do Doente com suspeita de Meningite		
	IT. (COD DO DOC DE REF). 7000		

meningococos e a sua manutenção em natureza, mesmo durante períodos epidémicos. O doente, do ponto de vista epidemiológico, não tem importância na propagação da *Neisseria meningitidis*, podendo ser o responsável pela transmissão da bactéria apenas em situações consideradas excecionais como manobras de reanimação.⁹

A reter, é que **não existe uma vacina contra todas as formas de meningite**, uma vez que esta infeção pode ser causada pelas variantes do meningococo, por outras bactérias e ainda por vírus.¹⁰ Como tal, outras componentes da intervenção de saúde podem e devem ser avaliadas, nomeadamente a precocidade da intervenção¹¹ na prevenção do contágio.

2 - LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIH - Controlo de Infecção Hospitalar
DMUM - Dispositivo Médico de Uso Múltiplo
DMUU - Dispositivo Médico de Uso Único
TOT - Tubo Oro Traqueal
SEC - Serviço de Esterilização Central

3 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O presente instrumento de trabalho aplica-se a todos os profissionais de Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de São José prestadores de cuidados a doentes com suspeita de Meningite.

4 - RESPONSABILIDADES

4.1 - Implementação do Procedimento

- Responsáveis de Área Clínica e não Clínica do Serviço de Urgência Polivalente.
- Comissão de Controlo de Infecção e respectivos membros dinamizadores.


4.2 - Pela Revisão do Instrumento de Trabalho


- Serviço de Urgência e respectivos membros dinamizadores.

5 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

5.1 - Princípios Orientadores das Precauções Universais:

- Considerar todos os doentes como potencialmente infecciosos;
- Assumir que todo o sangue e outros fluidos corporais podem estar contaminados;
- Assumir que todas as agulhas e outros instrumentos cortantes usados estão contaminados.


APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	En ^h Sónia Panasco e En ^h Vanda Santos (alunas da UCP - MENP/CEEMC) Orientação: En ^h Madalena Almeida e En ^h Rodrigo Catarino		2/4

	Serviço de Urgência
	Instrução de Trabalho na abordagem do Doente com suspeita de Meningite
	IT. (COD DO DOC DE REF). 7000

5.2 - Precauções de Gotículas

	O Quê?	Quando?	Porquê?
Equipamento de Protecção Individual	Colocação do doente em quarto individual.	No caso de um doente com suspeita de meningite.	Diminuir o risco de transmissão do agente infeccioso.
	Colocação de máscara Cirúrgica.	Antes do contacto com o doente.	As partículas têm dimensões superiores a 5µm, pelo que não ficam suspensas no ar.
	Colocação de máscara com viseira ou óculos de protecção.	Durante os procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.	Proteger as mucosas do nariz ou boca, ou da conjuntiva ocular dos profissionais
	Utilização de avental/ bata limpa não esterilizada.	Sempre que antecipe que a farda vai estar em contacto directo com o doente ou com superfícies/ equipamento próximo do doente.	Como as partículas são de dimensão superior a 5µm, não permanecem suspensas no ar. Depositam-se sobre a matéria.
	O transporte, em si, deve-se restringir ao essencial. O doente deve utilizar máscara cirúrgica e seguir as recomendações de higiene respiratória. (ver norma CIH nº104 de Precauções de Isolamento baseado nas Vias de Transmissão)	Durante o transporte do doente. Durante a realização de exames.	Minimizar a possibilidade de dispersão de gotículas pelo hospital. Quando o Doente tem TOT as partículas ficam no tubo em ambiente fechado, contudo é conveniente os profissionais levarem máscara.
Ambiente	Todas as superfícies devem ser limpas e secas para posterior desinfecção: 1. Lavagem da superfície com TFD4PF® (detergente alcalino). → <i>uso obrigatório de luvas.</i> 2. Desinfecção com álcool a 70°.	Após saída do doente do quarto/sala.	Garantir um ambiente salubre para profissionais, doentes e familiares.
	Na presença de Derrames Salpicos	1. Aplicar PreSept® e tapar com toalhetes/celulose. 2. Deixar actuar 15min. 3. Lavar com água e detergente. 1. Limpar com pano embebido em PreSept®. 2. Lavar com água e detergente (de imediato).	
	Todos os procedimentos de limpeza devem ser realizados com luvas e avental. (ver norma CIH nº 114 de Higiene Hospitalar)	Durante a limpeza.	Proteger os profissionais de limpeza de exposição ao agente infeccioso.
	Equipamentos (excepto monitores): 1. Desinfecção com pano embebido em	Após saída do doente do quarto/sala. álcool a 70°.	Garantir um ambiente salubre para profissionais, doentes e familiares.
	Utilizar DMUU sempre que possível.		Minimizar a possibilidade de dispersão de gotículas pelo hospital.
Dispositivos Médicos	DMUM não requerem precauções especiais: 1. Lavar DM com compressas embebidas em água; 2. Secar a acondicionar nos contentores de polipropileno fechados. (ver norma da CIH nº 119 de sobre Precauções e Descontaminação de DMUM)	Devem ser enviados ao SEC segundo protocolo.	Todos os DMUM utilizados são considerados contaminados. Remover excesso de matéria orgânica e de desinfectantes utilizados.
	Os resíduos são tratados como grupo III (ver Despacho nº242/96 de 13 de Agosto)	Eliminados em saco branco.	São considerados resíduos hospitalares de risco biológico. São susceptíveis de incineração ou outro pré-tratamento para posterior eliminação como resíduo urbano.
Resíduos	Os cortantes e perfurantes são considerados grupo IV.	Imediatamente após o uso.	Proteger os profissionais de picadas ou cortes acidentais.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	Enª Sónia Panasco e Enª Vanda Santos (alunas da UCP - MENP/CEEMC) Orientação: Enª Madalena Almeida e Enª Rodrigo Catarino		3/4

	Serviço de Urgência
	Instrução de Trabalho na abordagem do Doente com suspeita de Meningite
	IT. (COD DO DOC DE REF). 7000

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 6ª ed. Brasília. DF. 2005. ISBN 85-334-1047-6 [On-line] Consultado a 10 outubro 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/meningites_gvc.pdf
- ² LEMOS APS. **Descrição de um novo clone de *Neisseria meningitidis* sorogrupo C, grande São Paulo, 1990 a 2003, São Paulo.** (Tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo; 2005. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=425851&label=Descri%F7%E3o%20de%20um%20novo%20clone%20de%20Neisseria%20meningitidis%20Sorogrupo%20C.%20Grande%20S%F3o%20Paulo.%201990%20a%202003.%20BACTERIOLOGIA>
- ³ ACHTMAN, M. **Epidemic spread and antigeniz variability of *Neisseria meningitidis*.** Trends Microbiol, 3: 186 a 82 p. 1995.
- ⁴ GOMES, M. C. - Meningococo (Meningite e septicemia meningocócica causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*). Faculdade de Ciências. Universidade de Lisboa. Lisboa. 2003. [On-line] Consultado a 26 outubro 2011. Disponível em: <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/vacinacao/meningo/index.html>
- ⁵ BARROSO, D. E. Doença Meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. **Revista de Saúde Pública.** Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública. vol 32, nº1. Fevereiro. 1998. p. 89-97. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100014&lng=pt&nrm=iso
- ⁶ SARA (Sistema de Alerta e Resposta Apropriada) - **Meningites. Normas de Procedimento.** Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. 2ª ed. Lisboa. 1999. 26 p. ISBN 972-9425-68.X
- ⁷ BARROSO, D. E. Doença Meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. **Revista de Saúde Pública.** Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública. vol 32, nº1. Fevereiro. 1998. p. 89-97. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100014&lng=pt&nrm=iso
- ⁸ BARROSO, D. E. Doença Meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. **Revista de Saúde Pública.** Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública. vol 32, nº1. Fevereiro. 1998. p. 89-97. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100014&lng=pt&nrm=iso
- ⁹ BARROSO, D. E. Doença Meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. **Revista de Saúde Pública.** Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública. vol 32, nº1. Fevereiro. 1998. p. 89-97. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100014&lng=pt&nrm=iso
- ¹⁰ GOMES, M. C. - Meningococo (Meningite e septicemia meningocócica causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*). Faculdade de Ciências. Universidade de Lisboa. Lisboa. 2003. [On-line] Consultado a 26 outubro 2011. Disponível em: <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/vacinacao/meningo/index.html>
- ¹¹ DGS, INSA - Doença Meningocócica em Portugal 2000-2006. Direcção Geral da Saúde e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2007. 30 p. [On-line] Consultado a 26 outubro 2011. Disponível em: www.srsdocs.com/parcerias/.../doenca_meningococica_portugal.pdf
- CHLC - Procedimento Multisectorial "Higiene Hospitalar." CIH 114: 1-18
- CHLC - Procedimento Multisectorial "Precauções de Controlo em doenças de Declaração Obrigatória e de Infecção em Doentes de Alto Risco." CIH 106: 1-15
- CHLC - Procedimento Multisectorial "Precauções de Isolamento baseada nas Vias de Transmissão." CIH 104:1-18
- CHLC - Procedimento Multisectorial "Prevenção e Controlo de IACS relacionadas com o reprocessamento, manutenção e utilização de Dispositivos Médicos." CIH 119: 1-13
- DR II sérieII nº187 - Despacho nº 242/96 de 13 de Agosto - Normas de Organização e Gestão dos Resíduos Hospitalares [On-line] Consultado a 27 outubro 2011. Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis2s/1996/08/2S187A0000S00.pdf>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
//_/	EnFª Sónia Panasco e EnFª Vanda Santos (alunas da UCP - MENP/CEEMC) Orientação: EnFª Madalena Almeida e EnFª Rodrigo Catarino		4/4

APÊNDICE XI – PLANO DE FORMAÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Instrução de trabalho na abordagem do Doente com suspeita de meningite

Local: Serviço de Urgência Polivalente - Sala de Pausa **Data:** 17 Novembro 2011

Hora: 10h30

Objectivo geral: Definir e uniformizar os procedimentos de segurança do doente e equipa multidisciplinar na abordagem do doente com suspeita de meningite.

Objectivos específicos:

- Justificar a importância da temática e a sua relação com uma situação identificada pela equipa multidisciplinar em sala de reanimação;
- Divulgar, formalmente, os conteúdos teóricos baseados na evidência e as precauções a adoptar em futuras situações similares;
- Expôr/demonstrar a Instrução de Trabalho (Pasta e sua organização).

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR (ES)
<p>Introdução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação Pessoal; - Apresentação do Tema; - Objectivo da Sessão; - Justificação do Tema (contextualização). 			↻ 3'	
<p>Desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição de meningite; - Principais agentes etiológicos; - Doenças Meningocócica causada pela bactéria <i>Neisseria meningitidis</i>; - Princípios Orientadores das Precauções Universais; - Precauções de Gotículas: <ul style="list-style-type: none"> - EPI*; - Ambiente; - DMUM**; - Resíduos. 	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Demonstrativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Cabo de ligação; - Televisão/tela de projecção; - Instrução de trabalho; 	↻ 15'	<p>Sónia Panasco Vanda Santos (alunas UCP - MENP/CEMC)</p> <p>Sob orientação: Enf^a Madalena Almeida Enf^a Rodrigo Catarino</p>
<p>Conclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntese Global; - Apresentação da Instrução e Trabalho; - Avaliação da formação. 			↻ 3'	

* Equipamentos de Protecção individual

** Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

C.H.L.C. Mod. 0003

**APÊNDICE XII – SLIDES DE FORMAÇÃO SOBRE ABORDAGEM AO DOENTE COM
SUSPEITA DE MENINGITE**



Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Abordagem do Doente com suspeita de Meningite

- Instrução de Trabalho -

Elaboração:

Sónia Panasco (aluna nº 192010015)

Vanda Santos (aluna nº 192010029)

Sob orientação de:

Enfª Madalena Almeida

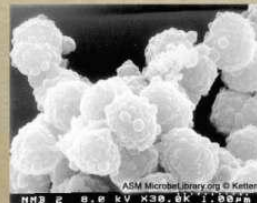
Enfª Rodrigo Catarino

Novembro 2011



Objectivo:

Divulgar formalmente a Instrução de trabalho elaborada sobre a abordagem do Doente com suspeita de Meningite.



Justificação:

“A meningite é um processo inflamatório das meninges, que provoca uma reacção inflamatória no espaço subaracnoideu, sendo esta reacção detectada no líquido céfalo-raquidiano.”

(Ministério da Saúde, 2005)

“Pode ser causada por: bactérias, vírus, fungos.”



(Ministério da Saúde, 2005)

Streptococcus pneumoniae
Haemophilus influenzae
Mycobacterium tuberculosis
Neisseria meningitidis

(Achtman 1995)

Portugal:

“Em Portugal, as infecções meningocócicas são doenças de declaração obrigatória”

(Barroso, 1998)

Norma CIH nº106 - Precauções de Controlo em doenças de Declaração e de Infecção em doentes de Alto Risco

Portugal:

“A colonização da nasofaringe ⇨ infecção assintomática/subclínica”



(Barroso, 1998)

Portador Assintomático versus Portador Sintomático

(Gomes, 2003)

Risco:



“”Não existe uma vacina contra todas as formas de meningite”

(Gomes, 2003)

“Outras componentes de intervenção podem ser avaliadas, nomeadamente a precocidade da intervenção” na prevenção do contágio.

(DGS, INSA, 2007)

Instrução de Trabalho:

Precauções de Gotículas: → EPI

- ⇨ Colocação do doente em quarto individual;
 - ⇨ Colocação de máscara cirúrgica/máscara com viseira ou óculos de protecção;
 - ⇨ Utilização de avental/bata limpa não esterilizada;
 - ⇨ Doente deve usar máscara durante o transporte ou realização de exames
- EXCEPCÃO: Doente com TOT**



Norma CIH nº104 - Precauções de Isolamento baseado nas Vias de Transmissão

Instrução de Trabalho:

Precauções de Gotículas: → Ambiente

- ⇨ Limpeza e secagem de todas as superfícies para posterior desinfecção;
- ⇨ Utilização de luvas e avental nos procedimentos de limpeza.



Norma CIH nº114 - Higiene Hospitalar

Instrução de Trabalho:

Precauções de Gotículas: → **DMUM**

- ⇒ Utilizar DMUU sempre que possível;
- ⇒ DMUM não requerem precauções especiais no envio ao SEC.



Norma CIH nº119 - Precauções e Descontaminação de DMUM

Instrução de Trabalho:

Precauções de Gotículas: → **Resíduos**

- ⇒ Resíduos do Grupo III.



Despacho n.º242/96 de 13 de Agosto

Referências Bibliográficas:

- ¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. *Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 6ª ed.* Brasília, DF, 2005. ISBN 85-334-1047-6 [On-line] Consultado a 10 outubro 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ meningites_guc.pdf
- ² LEMOS APS. *Descrição de um novo clone de Neisseria meningitidis sorogrupo C, grande São Paulo, 1996 a 2003, São Paulo.* (Tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo; 2005. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislnd.exe/ah/online/?TstScrip=iah/iah.xis&base=LIIACS&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=425851&label=Descrição%20de%20um%20novo%20clone%20de%20Neisseria%20meningitidis%20sorogrupo%20C,%20grande%20São%20Paulo,%201996%20a%202003%20BACTERIOLOGIA>
- ³ ACHTMAN, M. *Epidemic spread and antigenic variability of Neisseria meningitidis.* Trends Microbiol. 3: 186 a 82 p. 1995.
- ⁴ GOMES, M. C. - Meningococo (Meningite e septicémia meningocócica causada pela bactéria Neisseria meningitidis). Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2003. [On-line] Consultado a 26 outubro 2011. Disponível em: <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/vacinacao/mentingol/index.html>
- ⁵ BARROSO, D. E. Doença Meningocócica: epidemiologia e controlo dos casos secundários. *Revista de Saúde Pública.* Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, vol. 32, nº1. Fevereiro, 1998. p. 89-97. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100014&lng=pt&nrm=iso
- ⁶ SARA (Sistema de Alergia e Resposta Apropriada) - *Meningites. Normas de Procedimento.* Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. 2ª ed. Lisboa, 1999. 26 p. ISBN 972-9425-68-X
- ⁷ BARROSO, D. E. Doença Meningocócica: epidemiologia e controlo dos casos secundários. *Revista de Saúde Pública.* Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, vol. 32, nº1. Fevereiro, 1998. p. 89-97. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100014&lng=pt&nrm=iso
- ⁸ BARROSO, D. E. Doença Meningocócica: epidemiologia e controlo dos casos secundários. *Revista de Saúde Pública.* Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, vol. 32, nº1. Fevereiro, 1998. p. 89-97. [On-line] Consultado a 15 outubro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100014&lng=pt&nrm=iso
- ⁹ GOMES, M. C. - Meningococo (Meningite e septicémia meningocócica causada pela bactéria Neisseria meningitidis). Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2003. [On-line] Consultado a 26 outubro 2011. Disponível em: <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/vacinacao/mentingol/index.html>
- ¹⁰ GOMES, M. C. - Meningococo (Meningite e septicémia meningocócica causada pela bactéria Neisseria meningitidis). Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2003. [On-line] Consultado a 26 outubro 2011. Disponível em: <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/vacinacao/mentingol/index.html>
- ¹¹ DCS, INSA - Doença Meningocócica em Portugal 2000-2006. Direcção Geral da Saúde e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007. 30 p. [On-line] Consultado a 26 outubro 2011. Disponível em: www.arsadoc.com/parcerias/_doenca_meningococica_portugal.pdf
- CHLC - Procedimento Multissetorial "Higiene Hospitalar." CIH 114: 1-18
- CHLC - Procedimento Multissetorial "Precauções de Controlo em doenças de Declaração Obrigatória e de Infecção em Doentes de Alto Risco." CIH 106: 1-15
- CHLC - Procedimento Multissetorial "Precauções de Isolamento baseada nas Vias de Transmissão." CIH 104:1-18
- CHLC - Procedimento Multissetorial "Prevenção Controlo de IACS relacionadas com o reaprocessamento, manutenção e utilização de Dispositivos Médicos." CIH 119: 1-13



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL

Abordagem do Doente com suspeita de Meningite

Obrigado pela atenção!

APÊNDICE XIII – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO**Área/Unidade/Especialidade:** Prestação de cuidados/Prevenção da contaminação**Tema:** Abordagem do doente com suspeita de Meningite - Instrução de trabalho**Ação tipo:** Actualização Aprendizagem **Duração:** 30min **Data:** 17/11/2011**Formador(es):** A. Sónia Panasco B. Vanda Santos

Coloque uma cruz (x) na opções que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das seguintes afirmações que se seguem.

Apreciação Global	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou um bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados forma adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

Metodologia	Formadores	
	Sónia Panasco	Vanda Santos
12. Domínio dos conteúdos apresentados.		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.		
14. Clareza na transmissão de conhecimentos.		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse dos formandos.		
16. Interação com o grupo.		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.		
18. Gestão do tempo.		
19. Pontualidade.		

Comentários e sugestões de melhoria

Obrigado pela sua colaboração.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

INTRODUÇÃO

No decorrer do módulo de estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Hospital de São José, no âmbito do programa Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, disponibilizei-me para realizar uma Instrução de Trabalho para o Serviço de Urgência sobre a abordagem ao doente com suspeita de meningite, dando resposta a uma situação problema vivenciada neste serviço. A proposta de intervenção sob a forma de Instrução de Trabalho foi o resultado do trabalho interdisciplinar adequando a evidência científica, assim como as normas multissetoriais da instituição à estrutura física e organizacional do Serviço da Urgência. A instrução de trabalho foi então realizada em parceria com uma colega do curso supracitado, que se encontra a estagiar no serviço de urgência, e assim ao articularmos conhecimentos de controlo de infeção e conhecimentos sobre a dinâmica do serviço de urgência, obtemos um melhor resultado na construção da instrução.

O enfermeiro é um elemento fundamental na prestação de cuidados ao doente, inserido numa equipa multidisciplinar, sendo da sua responsabilidade a prestação de cuidados seguros com qualidade, o que engloba a prevenção da transmissão de microrganismos.

Conscientes de que a abordagem da temática acerca do isolamento é essencial para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a transmissão de infeções em meio hospitalar, e tendo em ponderação que a formação tem uma função fundamental na divulgação de recomendações e na implementação das mesmas, considerei necessário divulgar a Instrução de trabalho, através da realização de uma formação. Esta teve como o objetivo divulgar a existência da Instrução de trabalho, informar sobre o seu conteúdo, explicá-la, clarificar conceitos inerentes à temática e esclarecer dúvidas sobre a mesma.

MATERIAL E MÉTODOS

Junto da Enfermeira Chefe do serviço, informámo-nos que, a adesão dos profissionais à formação é baixa. Como forma de superar esta barreira à divulgação da instrução de trabalho, decidimos em reunião, que a formação seria inicialmente para os enfermeiros da equipa fixa e três enfermeiros chefes de equipa. Estes comprometeram-se, a dar continuidade à divulgação da instrução trabalho à restante equipa de enfermagem do SU.

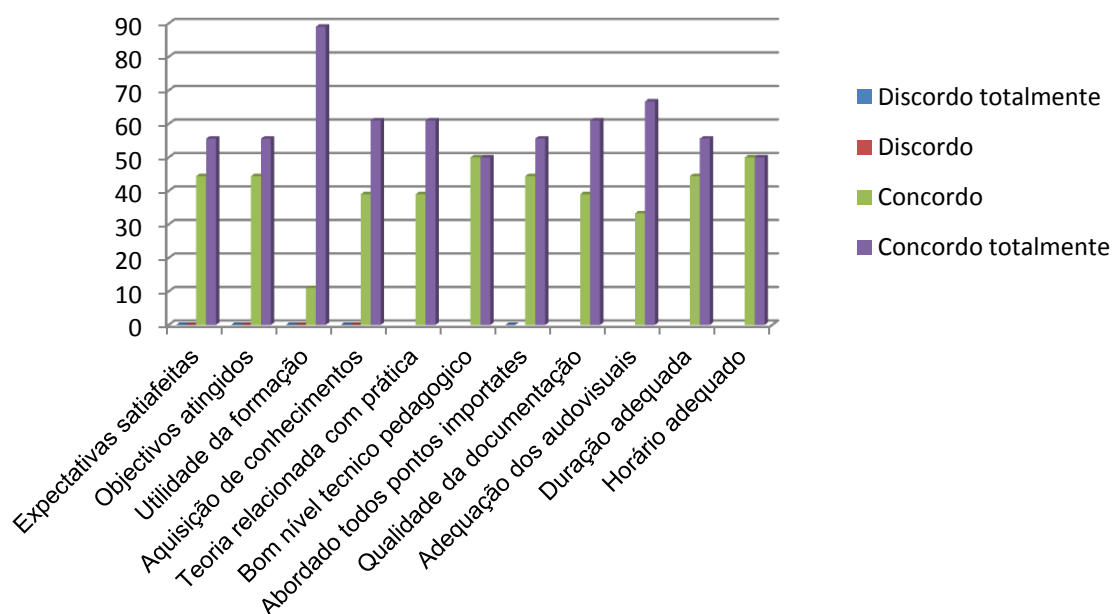
O dia para a realização desta formação foi selecionado de modo a abranger a amostra pretendida e ainda com este intuito efetuou-se duas sessões de formação, e assim obter uma taxa de adesão à formação de 100%. Tiveram presentes 18 enfermeiros nas duas sessões de formação, que corresponde a uma taxa de 18%, relativamente ao total de enfermeiros do serviço de urgência.

Na avaliação das sessões, foi utilizado o questionário existente na instituição, no sentido de facilitar o seu preenchimento, uma vez que os formandos já estão familiarizados com este instrumento de avaliação. O questionário em causa é constituído por dois grupos de perguntas, onde surgem perguntas relativas à apreciação global da formação num primeiro grupo, e num segundo abrange perguntas sobre a metodologia e sobre os formadores. A escala utilizada é tipo Liker, onde os parâmetros avaliativos variam entre o discorda totalmente e o concorda totalmente na apreciação global da formação e entre muito bom e insuficiente, na avaliação da metodologia e dos formandos.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Seguidamente exponho a análise dos resultados obtidos nos inquéritos de avaliação das sessões de formação. Apresento os gráficos de acordo com os dois grupos de perguntas que constituem o inquérito.

APRECIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO:



Pela análise geral deste gráfico, podemos constatar que, os critérios “discordo totalmente” e “discordo” não foram selecionados pelos formandos para apreciar o global da formação, o que demonstra a pertinência e importância desta, evidenciado essencialmente no item acerca da utilidade, onde se verifica maior número de respostas no critério “concordo totalmente”, nomeadamente 89% da amostra. Considero portanto que os formandos efetuaram uma apreciação global muito boa, na medida em que o critério “concordo totalmente” é selecionado pela maioria dos formandos, seguido do critério “concordo” na avaliação de cada item da sessão de formação.

Relativamente ao item sobre as “*expectativas dos formandos sobre a formação*”, (ilustrado na primeira coluna do gráfico) verifica-se que a 55,6% seleciona o critério “concorda totalmente”, seguido pelo critério “concorda” (44,6%), o que revela a adequação da formação aos formandos. Considero ainda, que a metodologia de trabalho eficaz contribui para a satisfação das expectativas dos formandos.

No que respeita ao item relativo à “*avaliação dos objetivos da sessão*”, depreende-se que 55,6% dos formandos considerou que os objetivos desta foram totalmente atingidos. O critério “concorda” foi selecionado por 44,6% dos formandos. Deduzo que a formação possibilitou a divulgação da instrução de trabalho e permitiu a clarificação de conceitos inerentes à temática.

Ao analisarmos o gráfico, verificámos que a 89% dos formandos respondeu que “concorda totalmente” com a “*utilidade da formação*”. Relaciono esta percentagem com a necessidade formativa neste âmbito, detetada previamente ao se verificar a situação problema.

Em relação ao item “*Favoreceu a aquisição/ consolidação de conhecimentos*” depreende-se que o critério “concorda totalmente” é escolhido por 61% dos formandos e que o critério “Concorda” é selecionado por 39%. Pondero que a formação contribuiu para a aquisição de conhecimentos por parte dos formandos, favorecendo o seu desenvolvimento profissional, possibilitando a melhoria dos cuidados prestados, ao contribuir para a uniformização de procedimentos, garantindo a segurança dos mesmos.

Pela análise do gráfico depreende-se que 61% dos formandos considera que a teoria foi relacionada com a prática, sendo a classe modal o critério “concorda totalmente”, seguido pelo critério “concorda” com 39%. Estes dados revelam a adequação das estratégias utilizadas durante a formação, assim como o discurso direcionado para questões relativas à situação problema vivenciada.

No que concerne ao item sobre o “*nível técnico - pedagógico*” constatei, a existência de duas classes modais, nomeadamente o critério “concorda” com 50% e o critério “concorda totalmente”. Estas respostas evidenciam mais uma vez a adequação da metodologia utilizada. Contudo julgo ser necessário empreender mais nesta área, tendo em ponderação que nesta questão o critério “concorda totalmente” obteve menor valor comparativamente com as restantes questões. Considero, que uma forma de melhorar será pela maior utilização do método demonstrativo em prol do expositivo, especificamente em relação aos equipamentos de proteção individual. Futuramente, nas formações que tenho programado para realizar no meu serviço irei ter em mente esta noção, de modo a obter melhorias.

Ao analisarmos o gráfico apuramos que os *temas abordados*, durante as sessões de formação, focaram todos os pontos que os formandos consideraram importantes. Esta ideia está patente nas respostas dos formandos, na medida em 55,6% dos formandos selecionou o critério “concordo totalmente”, seguido pelo critério “concordo” (44,4%). Esta conformidade foi possível

pela articulação de conhecimentos, onde foi manifesta a importância de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e do conhecimento sobre a dinâmica do serviço de urgência, de modo a obter um melhor resultado na construção da instrução de trabalho.

Após observação do gráfico, podemos depreender que os formandos consideraram que a “documentação distribuída/ disponibilizada possuía qualidade”, na medida em que 61% dos formandos escolheu o critério “concordo totalmente”, seguido novamente pelo critério “concordo” (39%), o que evidencia a adequação da metodologia de trabalho utilizada e esforço das formandas aquando da escolha da documentação para a compilação da pasta, na qual está inserida a instrução de trabalho, o que encaro como uma estratégia de aprendizagem ao favorecer a sua utilização e leitura.

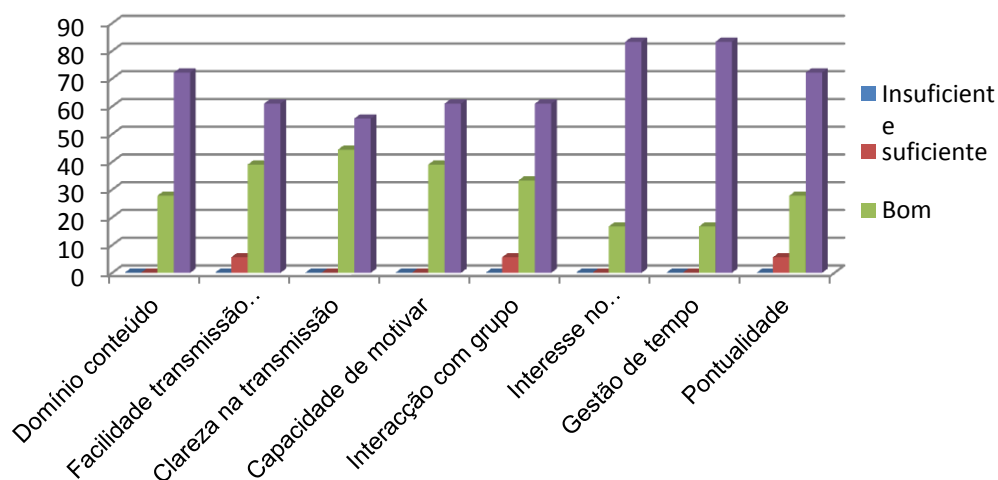
No que respeita o item relativo aos “audiovisuais utilizados”, constatei que os formandos estimam que estes foram utilizados de forma adequada à mensagem transmitida, onde mais uma vez a classe modal é o critério “concordo totalmente”, sendo escolhido por 66,7% dos formandos.

Relativamente ao item sobre a “duração da formação”, concluímos que a maioria dos formandos considerou que esta foi adequada, sendo o critério “concorda totalmente” selecionado por 55,6% dos formandos.

Finalmente em relação ao item acerca do “adequação do horário da formação” depreendemos que existe novamente duas classes modais, nomeadamente o critério “concordo totalmente” (50%) e o critério “concordo”(50%) o que aprecio como positivo, uma vez que temos noção da dificuldade existente na articulação do horário das formações com o trabalho e dinamismo característico do serviço de urgência e o esforço efetuado pelos formandos para participar nas sessões de formação apresentadas.

Seguidamente exponho o gráfico relativo à avaliação da metodologia e dos formadores.

AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA E DOS FORMADORES



Pela análise deste gráfico, podemos constatar que, o critério “Insuficiente” não foi escolhido nas respostas dos formandos para avaliar a metodologia e os formadores. Unicamente os itens respeitantes à “facilidade de transmissão de conhecimentos”, “Interação com o grupo” e à “pontualidade” foram avaliados 5,6% dos formandos como suficiente. Estes resultados demonstram, ainda, que tanto a metodologia utilizada, como os formadores, foram avaliados maioritariamente no critério “muito bom” seguido do critério “bom”.

É com muito apreço que constato que no item relativo ao “*Domínio dos conteúdos apresentados*” a classe modal corresponde ao critério “Muito bom”, em que 72,2% dos formandos o avaliou como muito bom, o que demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos neste âmbito por parte das formadoras, o que relaciono com a revisão da literatura, a evidência científica pesquisada e a orientação dos enfermeiros orientadores de estágio.

No que respeita o item relativo à “*Facilidade de transmissão de conhecimentos*” observo que a 61% do formandos avaliou este item como muito bom, seguida do critério “bom” (39%) contudo, verifica-se que 5,6% dos formandos a avaliou como suficiente, pelo que julgo ser necessário incidir neste parâmetro para melhorar em futuras formações.

Em relação ao item acerca da “*Clareza na transmissão de conhecimentos*”, constatamos que os 55,6% dos formandos o avaliaram como muito bom, correspondendo este critério à classe modal, seguido pelo critério “bom” com 44,4%. Depreendo pela análise deste item, que evidencio capacidade para comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico relacionado com questões de maior complexidade da prática de enfermagem.

A análise do gráfico sugere que os formandos avaliaram a “*capacidade dos formadores para motivar e despertar o seu interesse*” como muito boa (61%), seguido pelo critério “bom” (39%), o que associa a uma adequação das estratégias utilizadas durante a apresentação das sessões de formação.

No item, relativo à “*interação com o grupo*”, constatei que 61% dos formandos seleciona o critério “muito bom”, seguido novamente pelo critério “bom” com (33,3%) das resposta escolhidas. Verifica-se contudo, que um dos formandos (5,5%) avaliou a interação com o grupo como suficiente, pelo que considero necessário empenhar-me neste aspeto.

Constatei que 83,3% dos formandos avaliaram os itens “*Interesse demonstrado pelos formadores no esclarecimento de dúvidas*” e “*Gestão de tempo*” como muito bom, apresentando uma percentagem muito elevada quando comparadas com as outras seguida por uma percentagem de 16,7 no critério “bom” o que confronto com a importância destes aspeto face à posterior adesão dos formandos à instrução de trabalho em questão no quotidiano do

serviço de urgência. Paralelamente revela a preocupação das formadoras em não prolongar a formação, o que contribuiria para o desinteresse dos formandos pela informação transmitida.

Na avaliação da “*pontualidade*” das formadoras, 72,2% dos formandos considerara-a como muito boa, sendo este critério a classe modal, seguido do critério “bom” com 27,8% das respostas selecionadas. Contudo verificámos que 5.6 % dos formandos avaliou como sendo suficiente, o que não consigo justificar. Apesar da primeira sessão de formação ter atrasado não foi pela nossa ausência mas sim pela falta da enfermeira orientadora de estágio, e como consideramos importante a sua presença decidimos esperar uns minutos.

De salientar, que os resultados obtidos na avaliação das das sessão, estavam patentes nos formandos aquando da formação, evidenciados pela participação, e colocação de dúvidas, verificando-se uma interação eficaz entre os formandos e os formadores, contribuindo significativamente para o êxito das sessões de formação, e para a partilha de experiência e saberes no final da apresentação, verificando-se um espírito reflexivo na e sobre a prática, onde foram analisadas questões complexas, evidenciando consciência crítica para os problemas da prática profissional.

Considero que os resultados da avaliação das sessões de formação, no geral, foram muito bons, contudo existem aspetos que devem ser melhorados, sendo que esta avaliação tem esse mesmo intuito, ou seja, permite a identificação de aspetos que decorreram menos bem, e assim pela sua reflexão permite a mudança de comportamentos para melhor.

À semelhança do que mencionei no final da discussão de resultados da formação decorrida no outro módulo de estágio, considero que a prevenção e controlo de infeção é uma responsabilidade de todos os profissionais, pelo que esta temática deverá ser debatida nas unidades hospitalares, contribuindo para adesão dos profissionais de saúde às noções subjacentes e conseqüentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

APÊNDICE XIV – TABELA DE DILUIÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Tabelas de Diluição de Detergentes

Tabela de diluição Presept® para desinfeção dos diferentes procedimentos

	Superfícies	Remoção de derrames de sangue	Ambiente em caso de Clostridium difficile
Concentração	0,1%	1,0%	0,5%
ppm	1000	10000	5000
Pastilhas 5g	2 em 5 litros de água OU 1 em 2,5 litros de água	9 em 2,5 litros de água OU 3,5 em 1 litro de água OU 1 em 0,28 litros de água (3dL)	9 em 5 litros de água OU 4,5 em 2,5 litros de água OU 2 em 1 litro de água

Tabela de Diluição do TFD4PF® para lavagem manual de material

Dada a diversidade das cubas onde o material é processado e conseqüentemente a sua capacidade a CCIH elaborou um quadro com a quantidade de TFD 4 PF (detergente alcalino) a adicionar à água, de forma a obter uma solução com uma concentração de 5%, preconizada como a correcta.

Água	TFD 4 PF®
3 litros	150 mL
5 litros	250 mL
15 litros	750 mL

* Aconselhado o uso de equipamento de protecção individual (luvas, máscara e avental) na manipulação dos detergentes referidos.

**APÊNDICE XV – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO COM CONTEXTUALIZAÇÃO
EM ESTÁGIO**

Avaliação da sessão de formação:

ABORDAGEM DO DOENTE COM SUSPEITA DE MENINGITE

Divulgação da Instrução de Trabalho

Novembro 2011

UCP/ ICS
CHLC, EPE - HSJ
Serviço de Urgência Polivalente
Comissão de Controlo da Infecção



Elaborado por:

Sónia Panasco
Vanda Santos
(alunas da UCP)

Orientado por:

Enf^ª Madalena Almeida
Enf^ª Rodrigo Catarino

Resultados da avaliação global da sessão de formação, formadores e metodologia.

RESUMO

CONTEXTUALIZAÇÃO

Trabalho desenvolvido no decurso dos estágios no Serviço de Urgência Polivalente e Comissão de Controlo da Infecção do Hospital de São José, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, no âmbito do programa Curricular do curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem de Médico-Cirúrgica.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

A entrada de um doente no Serviço de Urgência Polivalente do HSJ, para a sala de Reanimação, com suspeita de Meningite, alertou a equipa multidisciplinar que, posteriormente contactou com a Comissão de Controlo de Infecção de modo a estabelecer uma resposta segura quer para o doente quer para a equipa do serviço, em situações semelhantes.

INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção, sob a forma de uma instrução de trabalho, foi o resultado do trabalho interdisciplinar adequando a evidência e as normas multisectoriais da instituição à estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Polivalente.

Diapositivo da sessão de formação

Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
Hospital de São José
Comissão de Controlo da Infecção/Serviço de Urgência

Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Abordagem do Doente com suspeita de Meningite

- Instrução de Trabalho -

Elaboração:
Sónia Panasco (aluna nº 1920/0015)
Vanda Santos (aluna nº 1920/0029)

Sub orientação de:
Enf^ª Madalena Almeida
Enf^ª Rodrigo Catarino

Novembro 2011

Pasta final - posterior consulta

Instrução de trabalho

Objectivo: definir e uniformizar procedimentos de segurança do doente e Equipa multidisciplinar na abordagem do doente com suspeita de meningite.

PERCURSO...

No decurso dos estágios no Serviço de Urgência Polivalente e Comissão de Controlo da Infecção do Hospital de São José, CHLC, EPE, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em enfermagem de Médico-Cirúrgica, articularam-se os esforços para elaborar um documento relacionado com uma situação ocorrida em sala de reanimação, aquando da prestação de cuidados a um Doente com suspeita de meningite.

No início do estágio, em Setembro, a equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Polivalente recebeu e prestou cuidados em sala de reanimação, a um Doente com suspeita de Meningite. Para além dos cuidados de qualidade adequados à situação, sobrepôs-se a questão sobre a segurança quer do Doente, quer da própria equipa, submetida ao perigo de contágio, pelo que a equipa de enfermagem contactou a equipa da Comissão de Controlo de Infecção da mesma Instituição, de modo a obter um procedimento de trabalho que respondesse às questões que se sobrepunham: uso de equipamento de protecção individual, cuidados com o ambiente, dispositivos médicos e resíduos.

Aproveitando o facto de que se encontravam alunas em início de estágio em ambos os serviços, foi proposto uma parceira de trabalho que articulasse os conhecimentos adquiridos na CCI com os conhecimentos, também adquiridos, sobre a estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Polivalente, colmatando na elaboração de uma instrução de trabalho na Abordagem do Doente com suspeita de meningite. Desta forma, procurou-se responder às necessidades previamente evidenciadas pelo Serviço de Urgência Polivalente, proporcionando uma oportunidade ao desenvolvimento de competências às alunas.

ACTIVIDADES

Em articulação de esforços, as alunas da UCP Sónia Panasco e Vanda Santos procederam à pesquisa bibliográfica da evidência mais recente sobre a temática Meningite, consultaram as normas multisectoriais do Controlo da Infecção Hospitalar sobre Doenças de declaração e de infecção em doente de alto risco, Precauções de isolamento baseado nas vias de transmissão, Higiene Hospitalar, de descontaminação de dispositivos médicos e ainda o Despacho nº 242/96 de 13 de Agosto relativo aos Resíduos hospitalares.

Foi elaborado um documento para o Serviço de Urgência Polivalente, em particular, tendo como guia de orientação as normas e procedimentos da instituição, mas que fosse operacional, adequado às características do mesmo serviço. Posteriormente foi discutido com respectivos enfermeiros orientadores de modo a aperfeiçoá-lo e exposto aos Enfermeiros Chefes dos respectivos serviços.

De forma a divulgar a sua existência procedeu-se à sua divulgação formal, em 2 sessões de formação, para a equipa de enfermagem fixa, actualizando conhecimentos e incentivando a sua divulgação informal pela vasta equipa do serviço.

O presente documento reflecte a apreciação global da sessão de formação, dos formadores e da metodologia usada.



Neisseria meningitidis - diplococo

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Abordagem do doente com suspeita de meningite
- Instrução de Trabalho -

DATA: 17 Novembro 2011
LOCAL: Sala de Pausa (SU)
EQUIPA: Fixa

FORMADOR(ES):
Sónia Panasco
Vanda Santos
(alunas MENP/EEMC - UCP)

Divulgação da sessão

Abordagem do Doente com suspeita de Meningite

RESUMO:

“Não existe uma vacina contra todas as formas de meningite”

“Outros componentes de intervenção podem ser avaliados, nomeadamente a precocidade da intervenção” na prevenção de contágio.

Dispositivo apresentado

Sessão de formação
17 novembro 2011
10h30
Sala de Pausa
Serviço de Urgência
Polivalente

Abordagem do Doente com suspeita de Meningite


Instrução de Trabalho:

Precauções de Gotículas: → **EPI**

- ↳ Colocação do doente em quarto individual;
- ↳ Colocação de máscara cirúrgica/máscara com viseira ou óculos de protecção;
- ↳ Utilização de avental/bata limpa não esterilizada;
- ↳ Doente deve usar máscara durante o transporte ou realização de exames

EXCEÇÃO: Doente com TOT

Norma CIIH n°104 - Precauções de Isolamento baseado nas Vias de Transmissão



Dispositivo sobre Equipamento de Protecção Individual a usar na Prevenção de Gotículas

Índice de Trabalho em Ambulatório em Centro com Suspeita de Meningite	
# 2020/02/01 - 01/03/2020	
4.2 - Prevenção de Gotículas	
4.2.1 - Colocação de EPI	100%
4.2.2 - Utilização de máscara cirúrgica/máscara com viseira ou óculos de protecção	100%
4.2.3 - Utilização de avental/bata limpa não esterilizada	100%
4.2.4 - Doente deve usar máscara durante o transporte ou realização de exames	100%
4.2.5 - Exceção: Doente com TOT	100%

Precauções de Gotículas

APRECIÇÃO GLOBAL

Estiveram presentes 18 enfermeiros nas 2 sessões de formação realizadas, tendo sido colhidas e analisadas 18 avaliações sobre as mesmas.

De um modo geral, a apreciação global variou entre concorda e concorda totalmente com os seguintes itens:

1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.
2. Os objectivos da formação foram atingidos.
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.
5. A teoria foi relacionada com a prática.
6. A formação apresentou um bom nível técnico-pedagógico.
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.
9. Os audiovisuais utilizados forma adequados à mensagem transmitida.
10. A duração da formação foi adequada.
11. O horário da formação foi adequado.

APRECIÇÃO DOS FORMADORES E METODOLOGIA

Quanto à apreciação dos formadores e a metodologia associada, observou-se que a maioria classificou os itens de avaliação como Muito bom (4), sendo eles os seguintes:

12. Domínio dos conteúdos apresentados.
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.
14. Clareza na transmissão de conhecimentos.
15. Capacidade de motivar, despertar interesse dos formandos.
16. Interação com o grupo.
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.
18. Gestão do tempo.
19. Pontualidade.

Quanto ao item relativo à interação com o grupo (16), um formando considerou a prestação dos formadores como suficiente.

Relativamente ao item 17, dois formandos optaram por não responder em nenhum dos formadores, este facto pode estar associado ao facto de, na primeira sessão, não terem surgido dúvidas, apesar de terem sido incentivados a expô-las.

Quanto ao item sobre a pontualidade, dois formandos atribuíram a classificação de suficiente a ambas as formadores. Aquando da realização da primeira sessão, o atraso da sessão foi derivado a factores externos que fugiram ao controlo das mesmas, o que não se verificou na segunda sessão.

Sucintamente, a prestação das formadoras assim como a metodologia utilizada foi avaliada no item Muito Bom, sendo o tema da formação considerado pertinente e adequado à realidade do serviço.

Instrução de trabalho na abordagem do Doente com suspeita de Meningite

É proposta a seguinte pasta para posterior consulta dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Polivalente:

- Instrução de trabalho
- Diapositivos expostos
- Tabelas de diluição dos detergentes
- Normas multisectoriais da Instituição
- Despacho sobre resíduos hospitalares
- Bibliografia consultada

CONSIDERAÇÕES...

QUANTO À ELABORAÇÃO DA INSTRUÇÃO, SUA PERTINÊNCIA E A EVIDÊNCIA...



Relativamente à elaboração da instrução de trabalho, foram articulados esforços no sentido da criação de um instrumento de consulta que conciliasse os conhecimentos adquiridos durante o estágio na Comissão de Controlo da Infecção e adaptá-los à realidade do Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de São José.

A elaboração deste instrumento foi uma mais valia não só para as alunas, no desenvolvimento das suas competências, mas também para ambos os serviços, uma vez que deu resposta a uma situação-problema vivenciada no serviço, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido pela Comissão de Controlo da Infecção.

Durante a elaboração da instrução procedeu-se à pesquisa da evidência, incorporando na prática os

resultados válidos da investigação, associando-os à interpretação das normas multissetoriais sobre a temática existentes na Instituição.

Ao divulgar a instrução de trabalho realizada, procedeu-se ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, actualizando os conhecimentos sobre a temática, esclarecendo e uniformizando procedimentos na abordagem do doente com suspeita de meningite.

Após sessão de formação formal da instrução de trabalho, foi incentivada a divulgação informal entre pares do serviço, de modo a que todos os elementos do serviço tenham conhecimento sobre a mesma, podendo, no futuro, recorrer à sua consulta em caso de necessidade.

Procurou-se, desta forma, promover a formação em serviço.

ENFERMEIRO

O enfermeiro é um elemento fundamental na prestação de cuidados ao doentes, inserido numa equipa multidisciplinar, sendo da sua competência a prestação de cuidados seguros e de qualidade ao doente o que engloba a prevenção da transmissão de microrganismos.

EVIDÊNCIA

A evolução na área da saúde é contínua e como tal, surge nova evidência a cada instante, pelo que os conteúdos expostos estão sujeitos a actualizações futuras.

Abordagem do Doente com suspeita de Meningite

Obrigado pela atenção!

Agradecimentos

Tabelas de diluição de detergentes

Abordagem do Doente com suspeita de meningite | Instrução de Trabalho

**APÊNDICE XVI – QUESTIONÁRIOS SOBRE CONHECIMENTOS DE EQUIPAMENTO DE
PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

INSTRUMENTO DE AUDITORIA EM CONTROLO DE INFECÇÃO

Conhecimentos sobre a utilização das luvas

A prestação de cuidados deve ser assente nas boas práticas e reflectir as orientações em controlo de infecção de modo a diminuir o risco de transmissão cruzada de infecções entre os profissionais e os doentes.

As luvas quando usadas correctamente promovem a qualidade dos cuidados, sendo um dos equipamentos mais utilizados nas instituições de saúde.

Data ____/____/____
Serviço/local _____ Auditor _____

Relativamente às regras referentes à utilização das luvas assinale se as seguintes afirmações são verdadeiras ou falsa.	V	F
Devo utilizar luvas limpas sempre que há a possibilidade de entrar em contacto com:		
• Secreções		
• Sangue		
• Excreções		
• Suor		
• Lágrimas		
• Mucosas		
• Pele íntegra		
• Vómito		
• Equipamento da unidade de um doente com isolamento		
• Pele íntegra potencialmente colonizada		
• Urina		
Devo aproveitar o mesmo par de luvas nos cuidados a mais do que um doente.		

Continuação...	V	F
O uso de luvas dispensa a higiene das mãos após a sua remoção.		
As luvas dão-nos protecção total contra a contaminação das mãos.		
Não é necessário mudar de luvas nos cuidados ao doente, quando passamos de uma zona contaminada/ suja para uma zona limpa.		
Devo lavar as luvas com o objectivo da sua reutilização.		
Devo utilizar luvas limpas para assistir parcialmente um doente na alimentação.		
Devo utilizar luvas limpas para inserir um cateterismo periférico.		
Na optimização do cateterismo central devo utilizar luvas esterilizadas.		
Na preparação da nutrição parentérica total devo utilizar luvas esterilizadas.		
Antes de entrar num quarto de isolamento devo colocar luvas para qualquer que seja o procedimento que vou executar.		
Não são necessárias luvas para as actividades de rotina quando o contacto se limita à pele não lesada.		
As luvas quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs (Equipamento de Protecção Individual) devem ser as últimas a ser colocadas.		
As luvas devem ser o último EPI a ser removido, quando utilizadas com outros EPIs		

Muito Obrigada!

Realizado por Sónia Pinto

no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CCIH – HSJ

2011

INSTRUMENTO DE AUDITORIA EM CONTROLO DE INFECÇÃO

Conhecimentos sobre a utilização das máscaras

A prestação de cuidados deve ser assente nas boas práticas e reflectir as orientações em controlo de infecção de modo a diminuir o risco de transmissão cruzada de infecções entre os profissionais e os doentes.

As máscaras quando utilizadas correctamente promovem a qualidade dos cuidados, sendo um equipamento muito utilizado nas instituições de saúde.

Data ____/____/____
Serviço/local _____ Auditor _____

Relativamente às regras referentes à utilização das máscaras assinale se as seguintes afirmações são verdadeiras ou falsa.	V	F
Qualquer que seja a máscara utilizada, só é bem utilizada, quando se adapta ao rosto e cobre a boca e nariz do utilizador.		
Devo utilizar sempre máscara cirúrgica na prestação de cuidados a todos os doentes com isolamento, independentemente do tipo de isolamento.		
Devo remover a máscara da face, pelos atilhos, com as mãos limpas, sem luvas e sem tocar na máscara.		
Devo higienizar as mãos após remoção da máscara.		
A máscara deve ser desperdiçada após o procedimento e sempre que esteja húmida ou suja.		
Durante os procedimentos geradores de aerossóis (aspiração de secreções, entubação endotraqueal) devo usar máscara com viseira que cubra toda a superfície da face ou máscara e óculos.		
Antes de entrar num quarto de isolamento de protecção (doente imunodeprimido) devo colocar máscara cirúrgica para qualquer que seja o procedimento que vou executar.		

Continuação...	V	F
As máscaras respiradores (Máscara bico de pato) protegem quem as utiliza de partículas de pequenas dimensões (inferiores a 5µm). Podem apresentar válvula de expiração ou não. (FP3, FP2)		
Nos doentes com suspeita ou infecção por agentes transmissíveis por via aérea (por exemplo: M.Tuberculosis; varicela; sarampo; Herpes zóster) devo usar respirador de protecção (máscara de bico de pato).		
Os profissionais de saúde que transportam os doentes com precauções de via aérea não necessitam de usar máscara durante o transporte se o doente estiver com máscara cirúrgica.		
A máscara quando utilizada conjuntamente com outros EPIs (Equipamentos de protecção individual) deve ser a última a ser colocada.		
A máscara deve ser o último EPI a ser removido, quando utilizado conjuntamente com outros EPIs.		
Durante obras de reconstrução, quando é necessário o doente imunodeprimido sair do quarto e se tolerar, deve usar máscara de protecção respiratória para prevenir a inalação de partículas que podem conter esporos.		

Muito Obrigada!

Realizado por Sónia Pinto

no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CCIH – HSJ

2011

INSTRUMENTO DE AUDITORIA EM CONTROLO DE INFECÇÃO

Conhecimentos sobre a utilização de batas e aventais

A prestação de cuidados deve ser assente nas boas práticas e reflectir as orientações em controlo de infecção de modo a diminuir o risco de transmissão cruzada de infecções entre os profissionais e os doentes.

As **batas/ aventais** quando usados correctamente promovem a qualidade dos cuidados, sendo um equipamento muito utilizado nas instituições de saúde.

Data ___/___/___
Serviço/local _____ Auditor _____

Relativamente às regras referentes à utilização das batas e aventais assinale se as seguintes afirmações são verdadeiras ou falsa.	V	F
Devo usar avental/ bata (limpa, não esterilizada) para proteger a roupa da farda durante a prestação de cuidados que possam originar aerossóis ou salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.		
Não é necessário usar avental/ bata (limpa não esterilizada) sempre que antecipo que a roupa da farda vai estar em contacto directo com o doente ou com superfícies ambientais/ equipamentos próximos do doente potencialmente contaminado.		
Devo aproveitar a bata, quando tenho contactos frequentes no mesmo doente (aproveitar e deixar pendurado na unidade do doente).		
Não devo usar o mesmo avental na prestação de cuidados a mais do que um doente.		
Antes de entrar num quarto de isolamento devo colocar bata/ avental para qualquer que seja o procedimento que vou executar.		
Após remoção do avental/ bata devo assegurar que a farda e a pele não contactam com superfícies ambientais contaminadas (que possam resultar na possível transferência de agentes infecciosos para outros doentes ou superfícies).		
Devo remover a bata /avental e higienizar as mãos antes de sair da unidade do doente.		

Continuação...	V	F
A forma como coloco o avental/ bata (limpa, não esterilizada), não é importante.		
Ao despir a bata devo começar por desapertar os atilhos, puxar a bata pelos ombros, vira-la do avesso, enrola-la e descartá-la.		
A bata quando utilizada conjuntamente com outros EPIs (Equipamento de Protecção Individual) deve ser o primeiro EPI a ser colocado.		
A bata deve ser o último EPI a ser removido, quando utilizada com outros EPIs.		

Muito Obrigada!

Realizado por Sónia Pinto

no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CCIH – HSJ

2011

**APÊNDICE XVII – GRELHAS DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA FACE AO USO DE
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

AUDITORIA EM CONTROLO DE INFECÇÃO

Uso de equipamento de protecção individual Uso de bata/ avental

A prestação de cuidados deve ser assente nas boas práticas e reflectir as orientações em controlo de infecção de modo a diminuir o risco de transmissão cruzada de infecções entre os profissionais e os doentes.

As **batas/ aventais** quando usadas correctamente promovem a qualidade dos cuidados, sendo um dos equipamentos mais utilizados nas instituições de saúde.

Data ___/___/___

Serviço/local _____ Auditor _____

QUESTÃO RELATIVA À GESTÃO DE SERVIÇO		SIM	NÃO	N/A	COMENTÁRIOS
1	As batas/ aventais estão à disposição dos profissionais de saúde nas áreas, onde a sua utilização é necessária.				

QUESTÕES RELATIVAS À GESTÃO DE CUIDADOS		1º Momento			2º Momento			3º Momento			Comentários
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	
1	O avental/ Bata são utilizadas como dispositivo de uso único.										
2	A escolha da bata/ avental é efectuada de acordo com o nível de protecção exigido, durante os procedimentos a realizar										
3	A bata (limpa não esterilizada) é utilizada sempre que há risco de salpicos de sangue, exposição a fluidos orgânicos, secreções ou excreções.										
4	O avental/ bata (limpa não esterilizada) é utilizada sempre que a farda vai estar em contacto directo com o doente ou com superfícies/equipamentos próximos do doente potencialmente contaminado.										
5	Os punhos das batas são resistentes e ajustam-se aos pulsos dos profissionais.										

CONTINUAÇÃO		1º Momento			2º Momento			3º Momento			Comentários
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	
6	As batas/ aventais são colocadas <u>imediatamente antes</u> do contacto com o doente (quando indicado).										
7	As batas/ aventais são retiradas <u>imediatamente depois</u> do contacto com o doente, assim que o procedimento terminar.										
8	A Bata é bem utilizada, (correctamente abotoada, traçada atrás e abotoada na cintura e pescoço).										
9	A ordem que coloca a bata em relação a outros EPIs é correcta.										
10	A ordem que remove o avental/ bata em relação a outros EPIs é correcta.										
11	A técnica utilizada na remoção do avental/ bata é correcta.										
12	As mãos são descontaminadas após remoção do avental/ bata, (antes de sair da unidade do doente).										

Resumo dos Comentários:

Índice de qualidade:

Score da Avaliação _____ % Fórmula: $\frac{\text{Total de respostas "sim"}}{\text{Total de respostas "sim" + "não"}} \times 100 = \%$

AUDITORIA EM CONTROLO DE INFECÇÃO

Uso de equipamento de protecção individual

Uso de luvas

A prestação de cuidados deve ser assente nas boas práticas e reflectir as orientações em controlo de infecção de modo a diminuir o risco de transmissão cruzada de infecções entre os profissionais e os doentes. As **luvas** quando usadas correctamente promovem a qualidade dos cuidados, sendo um dos equipamentos mais utilizados nas instituições de saúde.

Data ___/___/___

Serviço/local _____ Auditor _____

QUESTÕES RELATIVAS À GESTÃO DE SERVIÇO		SIM	NÃO	N/A	COMENTÁRIOS
1	As luvas estão à disposição dos profissionais de saúde em todas as áreas de prestação directa de cuidados.				
2	Existem alternativas às luvas de látex para os profissionais com sensibilidade ao látex.				

QUESTÕES RELATIVAS À GESTÃO DE CUIDADOS		1º Momento			2º Momento			3º Momento			Comentários
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	
1	As luvas são utilizadas como dispositivo de uso único.										
2	As luvas são colocadas <u>imediatamente antes</u> do contacto com o doente, quando indicado.										
3	As luvas são removidas <u>imediatamente após</u> o contacto com o doente, assim que o procedimento terminar.										
4	Utilizam luvas antes do contacto com:										
4.1	Secreções										
4.2	Sangue										
4.3	Excreções										
4.4	Suor										
4.5	Lágrimas										
4.6	Membranas Mucosas										
4.7	Pele Integra										
4.8	Vómito										
4.9	Ambiente envolvente do doente										
4.10	Pele integra potencialmente Colonizada										
4.11	Urina										

CONTINUAÇÃO		1º Momento			2º Momento			3º Momento			Comentários
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	
5	Nos cuidados ao doente as luvas são substituídas, quando passam de uma zona contaminada para uma zona limpa.										
6	A técnica utilizada na remoção das luvas é correcta.										
7	As mãos são descontaminadas após a remoção das luvas.										
8	Escolha adequada dos diferentes tipos de luvas, consoante o procedimento a realizar:										
8.1	Inserir cateterismo periférico										
8.2	Inserir cateterismo vesical										
8.3	Inserir sonda nasogástrica										
8.4	Execução de pensos cirúrgicos										
8.5	Manipulação de linha arterial										
8.6	Preparação da nutrição parentérica										
8.7	Outros.....										
9	Se há utilização de luvas quando não indicado, ou seja, não há previsão de exposição a sangue, fluidos orgânicos, ou ambiente contaminado (excepto nas precauções de contacto):										
9.1	Avaliação de sinais vitais										
9.2	Administração de injecções SC e IM										
9.3	Administração de medicação oral										
9.4	Fazer a cama										
9.5	Outros.....										

Resumo dos Comentários

Score da Avaliação _____% Fórmula: $\frac{\text{Total de respostas "sim"}}{\text{Total de respostas "sim" + "não"}} \times 100 = \%$

AUDITORIA EM CONTROLO DE INFECCÃO

Uso de equipamento de protecção individual Uso de máscara

A prestação de cuidados deve ser assente nas boas práticas e reflectir as orientações em controlo de infecção de modo a diminuir o risco de transmissão cruzada de infecções entre os profissionais e os doentes.

As máscaras quando usadas correctamente promovem a qualidade dos cuidados, sendo um dos equipamentos mais utilizados nas instituições de saúde, daí a necessidade de implementar esta auditoria.

Data ___/___/___

Serviço/local _____ Auditor _____

QUESTÕES RELATIVAS À GESTÃO DE SERVIÇO	SIM	NÃO	N/A	COMENTÁRIOS
1 As máscaras estão à disposição dos profissionais de saúde nas áreas de prestação de cuidados, onde são necessárias.				
2 As máscaras estão conservadas ao abrigo de humidade, poeiras e salpicos.				
3 O equipamento de protecção respiratório (Máscara de bico de pato) está disponível quando estão clinicamente indicados.				

QUESTÕES RELATIVAS À GESTÃO DE CUIDADOS	1º Momento			2º Momento			3º Momento			Comentários
	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	
1 As máscaras são utilizadas como dispositivo de uso único.										
2 A máscara é colocada imediatamente antes do contacto com o doente, quando indicado.										
3 A máscara é removida imediatamente após o contacto com o doente, quando o procedimento terminar.										
4 A ordem que coloca a máscara em relação aos outros EPIs é correcta.										
5 A máscara está colocada correctamente (bem adaptada ao rosto e cobre a boca e nariz do utilizador).										

CONTINUAÇÃO		1º Momento			2º Momento			3º Momento			Comentários
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	
6	A ordem que remove a máscara em relação aos outros EPIs é correcta.										
7	A técnica utilizada na remoção das máscaras é correcta.										
8	As mãos são descontaminadas após a remoção da máscara.										
9	Máscara com viseira ou máscara e óculos de protecção são utilizados sempre que há risco de salpicos de qualquer fluido orgânico para a face e olhos.										
10	Usam respirador nos procedimentos que requerem a sua utilização.										

Resumo dos Comentários:

Score da Avaliação _____ % Fórmula: $\frac{\text{Total de respostas "sim"}}{\text{Total de respostas "sim" + "não"}} \times 100 = \%$

ANEXOS

**ANEXO I – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO – PRECAUÇÕES BÁSICAS E DE ISOLAMENTO
BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO**

CERTIFICADO

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Regulamentar n.º 35/2002, de 23 de Abril

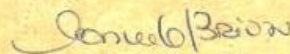
Certifica-se que **SÓNIA PINTO PANASCO**, natural de Borba, nascido(a) a 03-04-1978, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do documento de identificação com o n.º 11386660, frequentou com Aproveitamento na Área de Gestão da Formação, nos dias 26 e 27 de Setembro de 2011, com a duração total de 12 horas, a Acção de Formação

"Precauções Básicas e de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão"

(vide programa no verso)

...
Lisboa, 3 de Outubro de 2011

PEA Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º 400/2011/MF



MODALIDADE DE FORMAÇÃO

Formação profissional contínua/aperfeiçoamento

ÁREA DE FORMAÇÃO

723 – Enfermagem

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- ↻ Clarificação de conceitos sobre Infecção nosocomial;
- ↻ Epidemiologia da infecção nosocomial;
- ↻ Precauções básicas e precauções baseadas nas vias de transmissão;
- ↻ Exercícios de implementação das medidas de isolamento.

OBSERVAÇÕES

Nesta acção de formação foi utilizado um processo de avaliação contínua.



**ANEXO II – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO – MANUTENÇÃO DO AMBIENTE, MATERIAIS
E EQUIPAMENTOS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO**

CERTIFICADO

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Regulamentar n.º 35/2002, de 23 de Abril

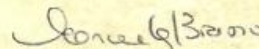
Certifica-se que **SÓNIA DA CONCEIÇÃO PINTO PANASCO**, natural de Borba, nascido(a) a 03-04-1978, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do documento de identificação com o n.º 11386660, frequentou com Aproveitamento na Área de Gestão da Formação, de de 14 a 15 de Novembro de 2011, com a duração total de 12 horas, a Acção de Formação

"Manutenção do Ambiente, Materiais e Equipamentos na Prevenção e Controlo da Infecção"

(vide programa no verso)

Lisboa, 30 de Dezembro de 2011

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

Certificado N.º 872/2011/MF



Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

MODALIDADE DE FORMAÇÃO

Formação profissional contínua/aperfeiçoamento

ÁREA DE FORMAÇÃO

723 - Enfermagem

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- ↻ Limpeza, desinfecção e esterilização de dispositivos médicos reutilizáveis;
- ↻ Princípios de utilização de detergentes e desinfetantes;
- ↻ Ambiente hospitalar – conceitos e métodos de controlo de transmissão cruzada de microrganismos;
- ↻ Circuitos hoteleiros e riscos de infeção;
- ↻ Exercícios práticos.

OBSERVAÇÕES

Nesta acção de formação foi utilizado um processo de avaliação contínua.

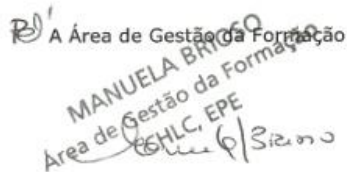


**ANEXO III – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO DEBATE DE CONTROLO DE
INFECÇÃO**

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SÓNIA DA CONCEIÇÃO PINTO PANASCO** frequentou a Acção de Formação **Debates de Controlo da Infecção - Utilização de Anti-Sépticos no CHLC - HSJ**, realizada no dia **13 de Outubro de 2011**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 14 de Outubro de 2011

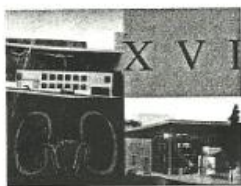

A Área de Gestão da Formação
MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CHLC, EPE

Manuela Brioso
Técnica Superior

Declaração N.º 2330/2011/CS
CCIH/HSJ

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

ANEXO IV – CERTIFICADO DE MENÇÃO HONROSA



XVI CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA

Centro de Congressos do Estoril • 2 a 5 de Junho de 2002

Presidente
Maria João Pais

Secretário
Fernando Carrera

C. Organizadora
José Diogo Barata
Domingos Machado
Acácio Pita Negrão
Helena Boquinhas
Augusta Gaspar
Margarida Bruges

Exm^a Sr^a Enfermeira
Mafalda Catarino

Informamos que a sua comunicação designada "Transplante renal de dador vivo", que tem como co-autores M^a José Marques Bentes, Sílvia Caldeira, Sónia Pinto e Susana Pereira, foi classificada em 2^o lugar, tendo-lhe sido atribuída uma **Menção Honrosa**.

Este prémio consta de participação gratuita nos próximos eventos organizados pela APEDT, nomeadamente o Simpósio APEDT e o Encontro Regional APEDT.

Para esclarecimento e oficialização do prémio contacte:

APEDT
Apartado 6172
4461-802 Senhora da Hora
Telem: 91 815 24 79
e-mail: apedt@clix.pt

A Presidente da XVI Reunião APEDT

Organização:
Serviço de Nefrologia
HOSPITAL SANTA CRUZ
2799-523 CARNAXIDE
E-mail: mjrsspais@hotmail.com

Secretariado
MUNDICONVENIUS
Rua do Embaixador, 13 - 2^a • 1300-215 Lisboa
Tel. 21 364 94 98 • Fax 21 364 95 23
E-mail: mundiconven@mail.telepac.pt



CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA

Centro de Congressos do Estoril • 2 a 5 de Junho de 2002

Presidente
Maria João Pais

Secretário
Fernando Carrera

C. Organizadora
José Diogo Barata
Domingos Machado
Acácio Pita Negrão
Helena Boquinhas
Augusta Gaspar
Margarida Bruges

Certificado

Certifica-se que

Enf. Mafalda Catarino

participou nos trabalhos científicos do
XVI Congresso Português de Nefrologia,
realizado de 2 a 5 de Junho 2002, no
Centro de Congressos do Estoril
apresentando a comunicação

Transplante renal de dador vivo

São co-autores:

M.J. Bentes, S. Caldeira, S. Pinto, S. Pereira

Hospital De Santa Cruz

Dra. Maria João Pais
Presidente do Congresso

88

Organização:
Serviço de Nefrologia
HOSPITAL SANTA CRUZ
2799-523 CARNAXIDE
E-mail mjrspais@hotmail.com

Secretariado
MUNDICONVENIUS
Rua do Embaixador, 13 - 2ª • 1300-215 Lisboa
Tel. 21 364 94 98 • Fax 21 364 95 23
E-mail mundiconven@mail.telepac.pt

ANEXO V – CERTIFICADO DE CO-AUTORIA DE TRABALHO CIENTÍFICO



CONGRESSO
PORTUGUÊS
NEFROLOGIA

Centro Cultural de Belém
7 a 9 de Outubro de 2004

83

Certificado

Certifica-se que

Rute Miguel

participou nos trabalhos científicos do
XVIII Congresso Português de Nefrologia,
realizado no Centro Cultural de Belém
de 7 a 9 de Outubro de 2004
onde apresentou a Comunicação

Doação de Rim- A Motivação dos Dadores

São co-autores:

Sandra Matias, Sandra Panelas, Sónia Pinto
Hsc

Pedro Ponce (Dr.)
Presidente do Congresso

Presidente
Pedro Ponce

Comissão Organizadora

Ana Ramos
Carlos Oliveira
Christina Santos
Susana Colaço

Jorge Silva
J.P. Loureiro dos Santos
Ana Mateus
Joana Felgueiras

Secretariado: MUNDICONVENIUS

Rua do Embaixador, 13 - 2º
1300-215 Lisboa - PORTUGAL
Tel.: ++ 351 213 649 498
Fax: ++ 351 213 649 523
Email: monica_freire@mundiconvenius.pt
www.mundiconvenius.pt

ANEXO VI – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE POSTER

ABTO 2007

X Congresso Brasileiro de Transplantes
XIX Congreso de la Sociedad de Trasplantes
de América Latina y el Caribe
VI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes

Fórum de Histo compatibilidade da ABH
IX Encontro de Enfermagem em Transplantes
I Encontro Multiprofissional em Transplantes



www.congressoabto.org.br

Florianópolis - SC - Brasil
2 a 5 de setembro de 2007

CERTIFICADO

PO-02-143

**Certificamos que o trabalho QUALIDADE DE VIDA DO JOVEM ADULTO
TRANSPLANTADO RENAL- EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ**

Participou do X CONGRESSO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, XIX CONGRESSO DE LA
SOCIEDAD DE TRASPLANTES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, VI CONGRESSO LUSO-
BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, Fórum de Histo compatibilidade da ABH, IX Encontro de
Enfermagem em Transplantes, I Encontro Multiprofissional em Transplantes no período
de 02 a 05 de setembro na qualidade de **POSTER**

Autores: SÓNIA CONCEIÇÃO PANASCO; RUTE ISABEL MIGUEL; ANA PATRICIA LEMOS

Florianópolis, 05 de setembro de 2007.

Maria Cristina Ribeiro de Castro
Presidente da ABTO

Antonio Moraes Sarmiento
Presidente da SPT

Jose Osmar Medina Pestana
Presidente da STALYC

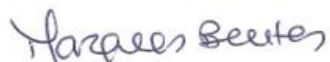
ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO – QUALIDADE DE VIDA DO JOVEM ADULTO TRANSPLANTADO RENAL

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se, que a Sr^a Enf^a Sónia Pinto Panasco, no âmbito da formação em serviço, apresentou o trabalho que elaborou, sobre o tema «Qualidade de Vida do Jovem Adulto Transplantado Renal».

Carnaxide 12 de Junho de 2008

A Enfermeira Chefe



(Enf^a Marques Bentes)

**ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA MONITORIA DE ALUNO DE
MEDICINA**



Serviço de Cirurgia III e Transplantação Renal
Director: Dr. Humberto Messias

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declara-se que a S^ª. Enf. Sónia Conceição Pinto Panasco, colaborou como monitora do aluno Filipe André Azevedo Morais Almeida, no decurso do Estágio Clínico do 2^º Ano, no Serviço de Cirurgia Geral III do Hospital de Santa Cruz - C.H.L.O. de acordo com o plano educativo da Faculdade de Medicina da Universidade de Masaryk, Brno, da República Checa.

Carnaxide, 16 de Setembro de 2010

O Director de Serviço

(Dr. Humberto Messias)

O Responsável pela Formação

(Dr. Paulo Simões)

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL
CHLO - Hospital Santa Cruz

ANEXO IX – DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE EXPERIENCIA FORMATIVA



Gabinete de Formação
Entidade Acreditada pelo DMRS
(Despacho Ministerial de 04/12/2000)

DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Declara-se que os Enfermeiros:

- Cláudia Possolo
- Hugo Miguel Oliveira Castro
- Maria dos Anjos Fernandes
- Sónia Conceição Pinto Panasco

Exerceram funções como Formadores no Hospital de Santa Cruz, SA em Carnaxide, Lisboa, no curso:

“Integração aos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Cirurgia Geral”

Tendo leccionado o tema: *Intervenções sobre as glândulas Supra-renais*

Data de Realização: 08 de Novembro a 16 de Dezembro de 2004

Duração Total do Curso: Vinte horas

Tempo leccionado: Duas horas

Hospital de Santa Cruz, S A em Carnaxide, a 18 de Abril de 2005

O Gabinete de Formação

Margarida Sousa Almeida, Enfermeira

**ANEXO X – DECLARAÇÃO DE FORMADORA NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE O
TEMA ANESTESIA LOCO-REGIONAL**



DECLARAÇÃO

Declara-se que as Enfermeiras:

- Cláudia Possolo
- Catia Gonçalves
- Mafalda Quaresma
- Sónia Pinto Panasco

Exerceram funções como Formadoras na Formação em Serviço com o tema "**Anestesia Loco-Regional**" no Hospital de Santa Cruz, em Carnaxide, Lisboa.

Data de Realização: 13 de Fevereiro de 2006

Tempo leccionado na Formação em Serviço: Três horas

Hospital de Santa Cruz, em Carnaxide, a 14 de Março de 2007

A Enfermeira Chefe

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Marques Bentes", with a blue circular stamp or seal partially overlapping it.

Marques Bentes