



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

Por Patrícia Alexandra Pestana Borralho Maninha Dias

LISBOA, Maio de 2011



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

Por Patrícia Alexandra Pestana Borralho Maninha Dias

Sob orientação de Filipa Veludo

LISBOA, Maio de 2011

AGRADECIMENTOS

Expressar gratidão é um algo que glorifico, ...

Obrigada à Professora Filipa Veludo, por todo o apoio e orientação dado durante este percurso académico, pois houve momentos que me senti perdida, ...

Obrigada ao meu marido, à minha mãe e aos meus sogros pelas pessoas maravilhosas que são, e por todo o apoio, ...

Obrigada a todos! A todos os que me apoiaram e à qual eu não conseguiria sem a sua ajuda preciosa!

Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

Enf.^a - enfermeira

mmHg - milímetros de mercúrio

N.º - número

p. - página

Sr. - Senhor

Sr.^a - Senhora

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARDS - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

ARSLVT - Associação Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

DGS - Direcção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPE - Entidade Pública Empresarial

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PNCI - Programa Nacional de Controlo de Infecção

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UUM - Unidade de Urgência Médica

RESUMO

A realização deste relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no qual descrevo e analiso criticamente as competências desenvolvidas durante o meu percurso de Estágio. Este foi composto por três módulos: o módulo I de Urgência Geral, o módulo II de Cuidados Intensivos/Intermédios e o módulo III que foi opcional.

Ao módulo I foi-me conferida creditação pelo Conselho Científico da UCP, por desempenhar funções no serviço de Urgência Geral, no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE, desde 2000. O módulo II do estágio decorreu na UUM, no Hospital de São José, EPE, pertencente ao Centro Hospitalar Lisboa Central e o módulo III na ECCI, no Centro de Saúde do Barreiro.

De forma transversal aos dois módulos de estágio, desenvolvi competências em comunicação com o doente e família/pessoa significativa, em formação pessoal e serviço e em prevenção das IACS, através de ensinamentos e de momentos formativos formais e informais. Em contexto específico, na UUM desenvolvi competências em cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e/ou em falência orgânica e sinalizei situações-problema que levaram ao desenvolvimento de projectos relacionados com a prevenção da pneumonia associada à ventilação (elaboração do projecto de norma de procedimento: «Aspiração de secreções em circuito aberto, no doente ventilado») e com o tratamento de feridas (elaboração de um manual intitulado: «Material existente na farmácia – guia de utilização»). Da mesma forma, na ECCI, prestei cuidados de enfermagem especializados na área de cuidados continuados, salientando a comunicação em cuidados paliativos.

As actividades e competências desenvolvidas, dificuldades sentidas, sinalização de situações-problema e elaboração de estratégias utilizadas para melhoria e implementação no decorrer do estágio, são descritas em relatório, efectuando também a análise retrospectiva sobre o trabalho desenvolvido e algumas sugestões em relação aos locais de estágio.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista; Infecção; Comunicação

ABSTRACT

This report was written in the context of the Nursing Masters Degree on Medical and Surgical Nursing and presents a critical analysis of the developed skills all through internship. My internship was divided into three parts: first, Emergency Service; second, Intensive and Intermediate Care; third, optional area.

I was immediately credited by the UCP's Scientific Council for the first one, as I had been working in the Emergency Service, since the year 2000 in the Barreiro Montijo Hospital Centre, *Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE*. The second part was spent in the UUM, in the *Hospital de S. José, EPE*, which is part of Central Lisbon's Hospital Centre, and the last one in the ECCI (Continued Care Team) in Barreiro's Medical Centre.

All through internship I mostly developed communicative skills in what concerns dealing with both the patient and his family or the closest person to the patient. This was achieved through service and personal training and also through teaching formally and informally how to prevent IACS.

In the UUM, I developed skills related to specialized nursing care to critical patients or to those in organic failure and I identified problematic situations which led to the development of projects on pneumonia's prevention associated to ventilation (project work on correct procedure in «Suction of secretions of ventilated patients in open circuit») and to wound treatment (preparation of a handbook named «Chemist's available material – user's guide»). As to the internship in ECCI, I performed specialized nursing continual care to patients, emphasizing the role of communication in palliative care.

This report describes not only the developed skills and activities and the major difficulties and problematic situations encountered but also the strategies used to overcome them, improving my performance through internship. Simultaneously a retrospective analysis of my performance is presented as well as some suggestions about the places where the internship took place.

Key words: Nurse Specialist; Infection; Communication.

INDICE

	p.
0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	10
1 – <u>ESTÁGIO</u>	14
1.1 – MODULO II – UUM	14
1.2 – MODULO III – ECCI	30
2 - <u>CONCLUSÃO</u>	43
3 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	45
<u>ANEXOS</u>	49
ANEXO I - Diapositivos utilizados na acção de formação: «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação»	49
ANEXO II - Folheto informativo para divulgação da acção de formação: «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação»	64
ANEXO III - Certificado da apresentação da acção de formação: «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação»	66
ANEXO IV - Questionário para avaliação da acção de formação: «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação»	68
ANEXO V - Avaliação da acção de formação: «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação »	70
ANEXO VI - «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»	72
ANEXO VII - Pedido de autorização, para aplicação de questionário sobre a aplicabilidade prática do «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização».....	88
ANEXO VIII - Questionário elaborado para saber a aplicabilidade prática do «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»	90

ANEXO IX - Gráficos com as respostas ao questionário elaborado para saber a aplicabilidade prática do «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»	92
ANEXO X – Certificado de acção de formação como formanda: “As necessidades dos familiares do doente crítico em Unidade de Cuidados Intensivos”	97
ANEXO XI - Capa do novo manual: «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»	99
ANEXO XII - Autorização, para aplicação de questionário, sobre o levantamento das necessidades formativas na ECCI	101
ANEXO XIII - Questionário sobre o levantamento das necessidades formativas na ECCI	103
ANEXO XIV - Levantamento das necessidades formativas na ECCI	106
ANEXO XV - Folheto informativo para divulgação da acção de formação: «IACS»	110
ANEXO XVI - Certificado da apresentação da acção de formação: «IACS»	112
ANEXO XVII - Diapositivos utilizados na acção de formação: «IACS» ...	114
ANEXO XVIII - Questionário para avaliação da acção de formação: «IACS»	135
ANEXO XIX - Avaliação da acção de formação: «IACS»	137
ANEXO XX - Diapositivos utilizados na acção de formação: «IACS», dada às ajudantes familiares	141
ANEXO XXI - Certificado da apresentação da acção de formação: «IACS», dada às ajudantes familiares	164
ANEXO XXII – Tabela de registo de observação	166
ANEXO XXIII – Tratamento de dados, relacionado com a tabela de observação	171

ANEXO XXIV - Avaliação da acção de formação: «IACS», dada às ajudantes familiares	142
ANEXO XXV - Certificado de acção de formação como formanda: «Cuidar de quem cuida»	147
ANEXO XXVI - Certificado de acção de formação como formanda: «Das alterações emocionais às perturbações do humor (afectivas)»	149

0 - INTRODUÇÃO

A formação contínua cada vez mais é um requisito fundamental para o exercício da enfermagem. Para prestar cuidados de enfermagem de qualidade torna-se necessário fundamentar o desempenho no saber científico e nos resultados da investigação.

A busca do conhecimento é um processo dinâmico para o exercício profissional, pois com a evolução da ciência e da tecnologia e o despertar da profissão para a investigação estimula o enfermeiro a actualizar os seus conhecimentos, promovendo o desenvolvimento de competências e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Este Relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e com a sua elaboração, pretendo efectuar a análise crítica no percurso de estágio realizado. Este foi composto por três módulos: o módulo I de Urgência Geral, o módulo II de Cuidados Intensivos/Intermédios e o módulo III opcional.

Ao módulo I foi-me conferida creditação, pelo Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa, por desempenhar funções no Serviço de Urgência Geral, no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE, desde o ano de 2000. Ao longo destes anos tenho desenvolvido competências da área da especialidade, pois presto cuidados de enfermagem diferenciados a doentes críticos em situação emergente. Na área da formação, fui orientadora de alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, responsável pela integração de novos elementos no serviço, fui membro da Comissão Organizadora das «I Jornadas de Urgência» do Hospital Nossa Senhora do Rosário, participei em acções de formação em serviço, como formadora e formanda. Desde Janeiro de 2011 sou responsável pela formação em serviço e Elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar da instituição.

O módulo II do estágio decorreu na UUM, no Hospital de São José EPE, pertencente ao Centro Hospitalar Lisboa Central, no período de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010 e o módulo III na ECCI, no Centro de Saúde do Barreiro no período de 27 de Setembro a

19 de Novembro. Por motivos pessoais e profissionais, pedi antecipação de uma semana do início do mesmo, à equipa pedagógica, que foi concedida.

As escolhas dos locais de estágio, não foram ocasionais. Ao longo destes anos de desempenho de funções em Urgência, quando é necessário transferir doentes para uma Unidade de Cuidados Intensivos e/ou de observação por especialidades médicas inexistentes, como exemplo a cirurgia maxilo-facial, urologia e cirurgia plástica, por norma, é efectuado o transporte dos mesmos para o Hospital de São José (mediante aviso prévio e existência de vaga). Assim, constato que a UUM é um serviço que recebe com frequência doentes do Hospital do Barreiro e neste contexto considerei que sendo uma Unidade de Cuidados Intensivos polivalente proporcionar-me-ia um campo rico de experiências que me levariam ao desenvolvimento de competências na área da especialidade, devido à complexidade de cuidados especializados que os doentes requerem.

Uma Unidade de Cuidados Intensivos define-se como um *«conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, onde os doentes em estado crítico, com falência de funções orgânicas vitais, são assistidos por meio de suporte avançado de vida, durante 24 horas por dia»* (NATÁRIO [et al] 2003, p.6). Estes doentes são aqueles *«em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica»* (SPCI e ORDEM DOS MÉDICOS 2008, p.9). Assim, Natário [et al] (2003, p.6) define o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos como *«um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si»*.

A UUM tem como lotação 12 camas de cuidados intensivos e 8 camas de cuidados intermédios, o que possibilita o acompanhamento do doente por parte do profissional, no período de transição e evolução do processo de doença, tendo sido um factor preponderante para a escolha do local de estágio. Nesta Unidade, a equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e oito enfermeiros, distribuídos por cinco equipas. O método de trabalho é o individual, que consiste na atribuição de doentes no rácio de 1:2 nos cuidados intensivos e de 1:4 nos cuidados intermédios. Apesar da metodologia de trabalho é promovido o trabalho em equipa. Em cada turno existe um chefe de equipa que não tem doentes atribuídos, mas tem como funções efectuar a

distribuição dos elementos (enfermeiros e assistentes operacionais), orientar, colaborar e supervisionar a prestação de cuidados de enfermagem em cada sector, na integração de novos profissionais entre outros, de modo a fomentar a supervisão clínica em enfermagem. Esta é *«actualmente uma das dimensões relevantes dos processos de promoção da qualidade e da acreditação, dados os ganhos que proporciona a nível da assistência»* (ABREU 2007, p.177).

A MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2007, p.6) define cuidados continuados integrados, como *«o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social decorrente de avaliação conjunta, (...) que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência (...)»*, tendo como grupos alvos as *«pessoas com dependência funcional, pessoas idosas com critérios de fragilidade, pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente (...) pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal»* (MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 2007, p.7).

A escolha de Cuidados Continuados para o módulo opcional, surgiu por ter desempenhado funções no âmbito de cuidados domiciliários até há quatro anos e por observar que são admitidos no Serviço de Urgência, um elevado número de população idosa e/ou de doentes crónicos, dependentes. Constatou-se com a evolução da ciência e concomitantemente com o aumento da esperança média de vida, os doentes têm mais patologias associadas e necessidades complexas, requerendo cuidados de enfermagem especializados. Alguns destes têm o apoio da ECCI do Barreiro pelo que senti necessidade de perceber o trabalho desenvolvido pela mesma. Na avaliação efectuada em 2009, pela ECCI, constatou-se que 90% dos doentes apresentavam idade superior a 65 anos, sendo a média de idades de 73 anos. Segundo o índice de Katz, cerca de 61% dos doentes apresentavam total dependência para desempenhar as actividades de vida diária (nível IV) e 34% dos doentes apresentavam dependência parcial para as actividades de vida diária (nível III). Estes factores foram preponderantes para a escolha da ECCI como local de estágio, de modo a promover o desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade.

Neste momento a ECCI encontra-se em fase de constituição, mas tem duas áreas de intervenção já definidas: a saúde escolar e os cuidados continuados integrados. Esta

unidade pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde, Arco Ribeirinho, tendo como área de intervenção o Conselho do Barreiro, articulando-se com todas as Unidades de Saúde Familiar, Saúde Pública, Câmara Municipal do Barreiro, entre outros. A equipa que integra a ECCI é constituída por cinco enfermeiros a tempo inteiro e três enfermeiros a 19 horas semanais, que se encontram em acumulação de funções, uma médica de clínica geral de apoio aos doentes sem médico de família, todos os médicos de família e duas fisioterapeutas e uma assistente social a tempo parcial. Esta equipa presta cuidados de reabilitação, geriátricos e paliativos, sendo por isso um campo de estágio propício a aquisição de competências de enfermeiro especialista.

A realização deste Relatório de Estágio teve como base o Projecto de Estágio. No relatório descrevo objectivamente o percurso efectuado por ordem cronológica, ou seja, os acontecimentos e actividades desenvolvidas durante o estágio, fazendo uma análise crítica e reflexiva das mesmas, focando também as áreas frágeis no contexto e que requereram intervenções no âmbito da especialidade.

Assim tracei como objectivos para o Relatório:

- ↻ Descrever as actividades realizadas durante os módulos de estágio;
- ↻ Efectuar a ligação entre os processos de tomada de decisão baseados em conhecimentos científicos actualizados passíveis de fundamentar a prática profissional;
- ↻ Permitir a auto-análise das competências desenvolvidas;
- ↻ Possibilitar a análise e verificação de competências adquiridas/desenvolvidas.

Este é estruturado da seguinte forma: introdução, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento é organizado por dois subcapítulos, onde descrevo os objectivos traçados para cada módulo. Por ordem cronológica apresento a análise crítica das competências desenvolvidas, a sinalização de situações-problema, estratégias de intervenção, dificuldades sentidas e actividades realizadas. Na conclusão faço uma análise retrospectiva e reflexiva sobre o trabalho desenvolvido e competências adquiridas durante o percurso de estágio e também a apreciação e sugestões em relação aos locais onde este foi realizado.

1 – ESTÁGIO

Neste capítulo espelho a aprendizagem efectuada em estágio, fazendo referência ao módulo II realizado na UUM e posteriormente o módulo III, que teve lugar na ECCI, tendo em conta os exemplos da prática profissional e validando-os, através das **competências descritas pela Universidade Católica Portuguesa (UCP, 2009)** para o enfermeiro especialista. Ao longo do Relatório as competências enumeradas não são a sua totalidade, mas todas são importantes e encontram-se num processo dinâmico de desenvolvimento.

1.1 – MÓDULO II - UUM

Como referido, o primeiro módulo de estágio decorreu na UUM, no Hospital de São José, EPE, tendo tido a duração de nove semanas. Pela experiência em contexto de estágio, os doentes admitidos neste serviço necessitam de um elevado nível de assistência técnica e terapêutica, pois o seu estado de saúde está em risco, quer seja por doença ou traumatismo. Assim, tendo em conta as competências que quis desenvolver, tracei objectivos, para este módulo de estágio:

1º Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e/ou em falência orgânica;

2º Desenvolver competências relacionadas com a formação em serviço, na área da prevenção das IACS.

Desta forma, irei analisar criticamente como atingi os objectivos propostos e as competências desenvolvidas ao longo deste percurso.

No primeiro dia de estágio, fui acolhida pelo enfermeiro orientador e efectuei entrevistas informais ao mesmo sobre dinâmica do serviço, recursos humanos e materiais existentes. Fui apresentada à equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, entre outros), de forma gradual, pois é um serviço, com uma equipa numerosa.

No segundo dia de estágio, durante o acolhimento efectuado pelo enfermeiro orientador, foi-me explicado que este faz horário fixo (ou seja o turno da manhã, em dias úteis) e que eu iria ficar integrada numa equipa, a efectuar horário rotativo (manhã, tarde e noite), privilegiando assim, as relações interpessoais e autonomia. Se numa primeira instância me pareceu como desvantagem, uma vez que ficava mais distante do orientador, verifiquei que foi uma mais-valia e que contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências nomeadamente nas relações interdisciplinares. Também, foi-me referido, que sempre que achasse conveniente receberia o turno com os chefes de equipa de enfermagem, para ter uma visão global dos doentes e da dinâmica do serviço, podendo escolher o doente a que pretendia prestar cuidados de enfermagem especializados, de modo a proporcionar o cumprimento dos objectivos de estágio e o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista. Apesar deste distanciamento, o enfermeiro orientador quando presente, permitiu-me esclarecer dúvidas e ter conversas informais, de forma a encaminhar o estágio. É de salientar que neste percurso, fiquei integrada numa equipa jovem (entre os 25 e 33 anos), estando um elemento da mesma a frequentar o Curso de Especialização de Enfermagem de Reabilitação.

Durante a primeira semana consultei as normas existentes no serviço, entre as quais saliento o Protocolo «Hipotermia Induzida» existente desde 2006, que foi uma temática inovadora. Perante esse facto tive de desenvolver conhecimento sobre o tema, para a aquisição de novas competências. A leitura de artigos científicos foi importante para a aquisição de conhecimento acerca da história, indicações, métodos de indução, perspectivas futuras e cuidados de enfermagem especializados para o doente submetido a este tratamento e assim compreender na íntegra o protocolo existente.

O início do estágio baseou-se em simultâneo em três pilares: integração na equipa multidisciplinar, desenvolvimento de conhecimentos sobre os equipamentos médicos existentes e aprofundamento de conhecimentos com vista à prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico. Este processo foi efectuado através de pesquisa bibliográfica, discussão com colegas, mobilização de conhecimentos adquiridos na área curricular do curso, consulta de manuais e manuseamento de equipamentos médicos existentes. Numa unidade de cuidados intensivos, onde existe bastante diversidade de equipamentos e materiais, e o doente está directamente

dependente deles, é imprescindível, que o enfermeiro os domine, através da competência para assim poder adequá-los às suas necessidades.

Concomitantemente, observei durante o estágio situações-problema, para promover a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem no serviço e o meu crescimento como profissional. Na primeira semana de estágio, pude constatar nas práticas dos enfermeiros, que não existia uniformização do procedimento de realização de pensos de cateteres centrais e/ou linhas arteriais. Este era realizado diariamente e o desinfectante e os pensos utilizados, escolhido consoante o critério individual de cada enfermeiro.

Importa referir que segundo o PNCI (PINA 2006) os pensos semipermeáveis permitem uma inspecção visual contínua do local de inserção do cateter, requerendo mudanças menos frequentes do que os pensos com compressa. Estes últimos devem ser substituídos a cada dois dias e até sete dias se forem utilizados pensos transparentes. Segundo o mesmo autor (2006, p.11) refere que *«uma meta-análise de estudos comparativos do risco de infecção relacionado com cateter, entre grupos que utilizavam pensos transparentes versus pensos de gaze, concluiu não haver diferenças de risco de infecção entre os dois grupos»*, valorizando a vantagem da observação directa do local. Os cateteres centrais criam uma porta de entrada para microrganismos patogénicos, tornando-se necessário, proteger o doente, das infecções com a colocação de um penso oclusivo seco (MENDES 2007). Assim, as IACS são um tema que não pode ser descurado, havendo necessidade de uniformizar cuidados, baseados em evidência científica. A maior parte das infecções nosocomiais da corrente sanguínea *«adquiridas no hospital estão associadas ao uso de cateteres venosos centrais, com taxas de bacteriemia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter»* (PINA 2006, p.4).

Após a sinalização desta situação-problema, tive necessidade de conversar com o enfermeiro orientador, para recolher opinião sobre o assunto e até propor a realização de uma norma de procedimento, com o objectivo de fundamentar e uniformizar os cuidados de enfermagem prestados. Este valorizou a importância da temática e referiu-me que a equipa de enfermagem, já tinha detectado esta necessidade, havendo um grupo de trabalho a executar uma norma de procedimento, onde abordam o material de penso e desinfectante utilizado, técnica e critérios para mudança do mesmo. Depois de obter esta informação e apesar de ter sinalizado uma situação-problema que já está a ser

trabalhada por um grupo de enfermeiros, promovi a reflexão e momentos de formação informal sobre o mesmo dentro da equipa, onde estava inserida ao longo do estágio com o objectivo de alertar os enfermeiros para a problemática. Saliento que prestei cuidados de enfermagem especializados, seguindo as recomendações emanadas pelo PNCI e que assim, **incorporei na prática resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização**, dando o exemplo e sensibilizando os profissionais para a necessidade de mudança de comportamentos.

Na segunda semana de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a um doente crítico com o diagnóstico de Gangrena de Fournier. Esta é uma infecção rara e potencialmente fatal, caracterizada por fasciites necrosantes, no períneo e região abdominal, no homem no escroto e pénis e na mulher na vulva (HORTA [et al] 2009). No primeiro dia que prestei cuidados a este doente, encontrava-se numa situação de cuidados pós-cirúrgicos emergentes, onde médicos das especialidades de Urologia e Cirurgia Plástica, tinham procedido ao desbridamento cirúrgico da região escrotal e perineal e efectuadas fasciotomias toraco-abdominais laterais. Encontrava-se sedado, submetido a ventilação invasiva, por tubo orotraqueal, com insuficiência renal aguda no contexto de choque séptico, vindo-se a confirmar posteriormente a necessidade de efectuar hemodiafiltração venovenosa contínua e tendo também indicação para realização dos pensos duas vezes dia com Cloro-hexidina®. Neste contexto, foi-me exigido competência técnica e científica para a prestação de cuidados especializados, estando alerta para os sinais de agravamento do estado clínico do doente que foram surgindo, tais como a insuficiência renal, desadaptação ao modo ventilatório devido à diminuição da sedação, realização de pensos, cuidados de higiene e conforto, entre outros e resolvendo as mesmas com eficácia desejada. Como raramente prestei cuidados a doentes com esta patologia e os que prestei foi na fase inicial de doença, no serviço de urgência, decidi seguir este doente durante duas semanas, pelo que houve necessidade de efectuar pesquisa bibliográfica, de modo a aprofundar conhecimentos para **zelar pelos cuidados prestados** e desenvolver competências relacionadas com **a prestação de cuidados especializados ao doente crítico, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização**.

Nesta semana, também tive oportunidade de entrevistar o enfermeiro responsável pela formação em serviço, de forma a perceber se estavam sinalizadas algumas necessidades formativas para o ano de 2010, de entre as quais eu pudesse de alguma forma colaborar

a dar resposta às mesmas. Foi respondido que o plano de formação para o ano em curso estava elaborado, não tendo sido sinalizadas necessidades para além das definidas. Nesse momento estava a decorrer a formação sobre «hipotermia induzida», que teve cinco momentos formativos, pois os formandos, normalmente, como são em número reduzido, visava fazer com que o maior número de enfermeiros da UUM assistisse à formação. Não estavam planeados mais acções de formação, acerca de outras temáticas dentro do meu período de estágio.

Perante este contexto, identifiquei necessidades formativas na área da especialidade, nas três primeiras semanas, através da observação e constatei que os enfermeiros necessitam do procedimento de aspiração de secreções ao doente ventilado normalizado, pois utilizam alguns critérios e técnicas diferentes, tais como: na regulação da pressão aspirativa, na instilação de soro fisiológico pelo tubo traqueal e no equipamento de protecção individual utilizado. Importa referenciar que PEDERSEN [et al] (2009), referem que durante a aspiração de secreções deve-se usar a pressão mínima possível, sendo usualmente entre 80 e 120 mmhg. Baseado em estudos clínicos a instilação de soro fisiológico durante o procedimento de aspiração de secreções também não é recomendado, pois estes não revelam efeitos positivos, em termos de remoção de secreções, saturação ou ventilação, melhorando apenas o estímulo da tosse, agravando o desconforto dos doentes e aumentando o risco de infecção, devido à deslocação de biofilmes existentes no tubo traqueal. Segundo os mesmos autores a técnica asséptica é recomendada e o procedimento deve ser efectuado apenas quando necessário.

Estes doentes, derivado à entubação traqueal são incapazes de expelir secreções autonomamente, assim PETERSEN [et al] (2009) referem que a aspiração endotraqueal é muito importante para reduzir o risco de atelectasias, resultantes de uma inadequada ventilação. Mas o procedimento da aspiração de secreções também pode trazer complicações e riscos que incluem a hemorragia, infecção, atelectasias, hipoxémia, instabilidade cardiovascular, aumento da pressão intracraniana e lesões da mucosa traqueal. Perante estes riscos e como intervenção autónoma de enfermagem, foi necessário **demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos e zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área da especialização**, aquando a realização deste procedimento. Relacionei a prática baseada na evidência com a pesquisa bibliográfica para aquisição de conhecimentos actualizados, pois a evolução do estado

de saúde do doente depende da correcta realização do mesmo: técnica asséptica, uma sonda para cada aspiração, equipamento de protecção individual adequado, entre outros. Após sinalizado esta situação e partilha de opinião com o enfermeiro orientador, a necessidade de existir uma norma para a aspiração de secreções brônquicas em circuito aberto, no doente ventilado, foi notória dispondo-me a executá-la. A elaboração desta norma foi supervisionada pelo enfermeiro orientador e fundamentada, também, por pesquisa de artigos científicos actualizados (entre os quais PEDERSEN [et al], 2009) e recomendações da DGS.

Também, uma das causas de agravamento do estado de saúde mais importantes no doente ventilado é a pneumonia associada à ventilação. Sendo esta *«uma infecção respiratória nosocomial que se desenvolve como consequência da entubação e ventilação, (...) é uma complicação que tem sido descrita em 8-28% dos doentes ventilados»* (PINA [et al] 2004, p.4). Neste contexto, torna-se impreterível referir que é a segunda infecção nosocomial, mais frequente, a seguir à infecção urinária e com a maior taxa de mortalidade (FROES [et al] 2007).

Perante este facto, direcionei o meu desenvolvimento de competências para a Prevenção das IACS. É de salientar que as aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, módulo III, de Prevenção e Controlo de Infecção Hospitalar, foram fundamentais e impulsionadoras, para o desenvolvimento de competências nesta área.

Durante este período de estágio observei, analisei comportamentos e tive conversas informais com alguns elementos pertencentes à equipa de enfermagem, em que estava integrada, concluindo que existe carências formativas em relação à prevenção da pneumonia associada ao ventilador. Das conversas informais estes enfermeiros referiram que a pneumonia associada ao ventilador é um tema de suma importância, pois têm a noção que muitos dos doentes que são admitidos adquirem a patologia, mas nunca visualizaram dados concretos acerca da percentagem dos mesmos e também não existiu formação em serviço, relacionado com o tema, realçando a sua importância no desempenho das funções.

Neste contexto, tive necessidade de efectuar pesquisa bibliográfica acerca do assunto, tendo analisado documentação do CDC e da DGS, de modo a promover a aquisição de mais conhecimento. O INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (2010) define um conjunto de intervenções multidisciplinares que considerei importante dar a

conhecer, com vista à promoção do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, que são:

- ☞ *«Elevation of the Head of the Bed*
- ☞ *Daily "Sedation Vacations" and Assessment of Readiness to Extubate*
- ☞ *Peptic Ulcer Disease Prophylaxis*
- ☞ *Deep Venous Thrombosis Prophylaxis*
- ☞ *Daily Oral Care with Chlorhexidine»*

PINA [et al] (2004), também recomenda a elevação da cabeceira entre os 30 e 45° nos doentes ventilados a fazer nutrição entérica, desde que não haja contra-indicações, para prevenção da pneumonia endógena. Como actividades desenvolvidas em estágio, promovi momentos de formação informal, que visavam a reflexão da prática diária, entre os colegas, realçando a importância dos cuidados de enfermagem autónomos. Considero que a intervenção do enfermeiro tem um papel fundamental nesta problemática, ou seja, adequando boas práticas à prestação de cuidados, diminui-se o risco de infecção, sendo necessário sensibilizar os profissionais para a sua prevenção e concomitantemente promover formação. Não é demais referir que o enfermeiro tem um papel importante e de vanguarda na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação.

Neste âmbito e após validação com o enfermeiro orientador, achei pertinente fazer uma acção de formação sobre a prevenção da infecção respiratória no doente ventilado, pois como já referenciado, é uma temática que nunca foi abordada no serviço. Também se tornou importante, dar a conhecer a norma de aspiração de secreções, em circuito aberto, no doente ventilado, na acção de formação, pois é um tema que está interligado.

Assim, elaborei uma acção de formação intitulada: «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação» (anexo I), que teve como objectivos:

- ☞ Sensibilizar os enfermeiros para a importância da prevenção da pneumonia, associada à ventilação;
- ☞ Enumerar o conjunto de “Bundles”, descritas no *«Documento de Consenso sobre a Pneumonia Nosocomial»* (FROES [et al], 2007), e recomendações da DGS, para prevenir a pneumonia associada à ventilação;
- ☞ Apresentar a proposta de norma de aspiração de secreções, em circuito aberto, no doente ventilado, para a UUM.

Esta formação permitiu-me desenvolver competências, pois **identifiquei necessidades formativas na área de especialização** de relevância, **promovi a formação em serviço na área da especialização** através da acção de formação sobre o tema, com vista a melhorar as práticas diárias dos enfermeiros e propus a implementação do projecto de norma de aspiração de secreções na unidade, que aguarda parecer pela Direcção de Enfermagem, da instituição.

Saliento que esta acção de formação e apresentação da norma esclareceu dúvidas existentes, tendo sido proporcionada a partilha de opiniões e experiências profissionais acerca da temática.

A acção de formação não foi realizada no período designado no cronograma do projecto de estágio (entre a 5ª e a 7ª semana), por impossibilidade do enfermeiro responsável pela formação estar presente e devido à greve geral dos enfermeiros. Mas, decorrente da respectiva divulgação (anexo II), foi realizada dia dezasseis de Junho (anexo III). A esta acção de formação assistiram cinco enfermeiros.

No fim da acção foi aplicado um questionário (anexo IV), normalizado para avaliação da formação em serviço na UUM. Este questionário era composto por duas perguntas, de forma a objectivar a importância da acção de formação para o desempenho profissional dos formandos. Assistiram à acção de formação 8,6% enfermeiros do serviço (n=5), mas importa salientar que no serviço é uma prática comum, por isso, as acções de formação são replicadas, algo que não consegui, devido ao limitado tempo de estágio e à greve geral dos enfermeiros. Apesar deste impedimento, todos os formandos preencheram os questionários (n=5), tendo a maioria (n=3) considerado o tema da acção de formação muito importante e os conteúdos abordados nesta acção, muito adequados ao seu desempenho profissional (anexo V).

Aprofundar conhecimentos sobre as IACS, tornou-se no decorrer do estágio, um objectivo, não referenciado em projecto.

Na quarta semana de estágio, ocorreu uma situação que me fez constatar que alguns dos enfermeiros desconhecem os materiais para realização de pensos de feridas, existente no serviço, assim como as suas indicações. No dia de admissão de uma doente com úlceras de pressão, os colegas tiveram algumas dúvidas em relação ao material existente e na adequação do mesmo ao tipo de ferida. Neste dia, demostrei **competências de**

liderança, pois decorrente da minha experiência profissional e evidências científicas, dei a minha opinião fundamentada, em relação aos cuidados a ter com as feridas e o material adequado para aquela situação, que foi tomada em consideração.

Após ter constatado a necessidade formativa, em relação aos materiais de penso existentes e suas indicações, validei a minha opinião junto do enfermeiro orientador e de alguns colegas pertencentes à equipa, onde estava integrada, que confirmaram a necessidade de actualizar conhecimentos em relação a este tema. A formação em serviço em relação a esta temática é pouco desenvolvida neste serviço, havendo necessidade de iniciar uma cultura de aprendizagem contínua em contexto de trabalho. Assim, *«A melhoria do desempenho deverá ser, necessariamente, baseada na formação, apoio, orientação das práticas e no desenvolvimento de competências, aspectos que constituem objectivos da supervisão clínica de enfermagem»* (MATEUS 2008, p.3)

A informação fornecida pelo chefe de equipa onde estava integrada é que os materiais utilizados, por norma são prescritos por médicos da especialidade de cirurgia plástica ou outros, por isso, os enfermeiros são confrontados poucas vezes com esta tomada de decisão, diminuindo o domínio do conhecimento em relação ao tema. Assim, senti que esclarecer dúvidas com colegas em contexto de formação integrada na prática de cuidados, era redutor, para a abrangência da temática e do tamanho da equipa de enfermagem, pois não iria conseguir chegar a informação a muitos dos elementos, derivado ao pouco tempo de estágio. Neste contexto e após consenso com o enfermeiro orientador decidimos que a melhor forma de ofertar informação à equipa era elaborar um manual, que posteriormente intitulei: *«Materiais de penso existentes na farmácia – guia de utilização»*, com o resumo da informação pertinente de forma a ser de fácil acesso e consulta.

Durante a elaboração do manual, dirigi-me à farmácia da instituição, com o objectivo de recolher informação acerca do material para realização de pensos de feridas existente na mesma. Após explicado à farmacêutica, o motivo da visita foi-me fornecido a listagem do mesmo.

Importa referir que existe níveis de material existente no serviço, como exemplo, as placas hidrocolóides, os hidrocolóides gel, as hidrofibras e a gase vaselinada, mas não é todo o existente na farmácia. Sempre que necessário, outro tipo de material não

existente na UUM, o enfermeiro pode solicitar ao enfermeiro chefe de equipa, para efectuar o pedido, daí também a importância do manual.

Assim, a elaboração deste manual visa alguns objectivos:

- ✎ Dar a conhecer o material para realização de pensos de feridas existente na farmácia da instituição;
- ✎ Relembrar procedimentos (aplicação e remoção, indicações e contra-indicações).

Neste âmbito, actualizei e promovi conhecimentos aos enfermeiros, visando a progressiva melhoria dos cuidados prestados e contribuindo para a melhoria do prognóstico do doente, sendo um factor relevante para a prevenção das IACS.

O manual «Materiais de penso existentes na farmácia – guia de utilização» (anexo VI), foi apresentado à equipa de enfermagem na última semana de estágio, tendo ficado decidido com o enfermeiro orientador, que este ficaria num sítio visível e acessível, dentro do armário onde está armazenado o material de penso, no armazém da UUM, permitindo rápida visualização e acesso para consulta.

Nessa semana, dei-o a conhecer, a todos os chefes de equipa de enfermagem e após pedido de autorização formal à chefe de serviço (anexo VII), distribuí cinquenta e oito questionários (anexo VIII) aos chefes de equipa, para serem preenchidos pelos enfermeiros, durante os oito dias seguintes, de forma a perceber se o guia dá resposta às necessidades formativas detectadas e sua utilidade. Solicitei após preenchimento a colocação em envelope próprio na sala de reuniões. O questionário era composto por nove afirmações à qual tinham que ser analisadas e respondidas através da escala de Linkert. Foram devolvidos e colocados no envelope para o efeito 27.6% dos mesmos (n=16), encontrando-se as respostas às afirmações situadas maioritariamente entre o adequado e muito adequado (anexo IX).

Na quinta semana de estágio deparei-me com um doente crítico, transferido do serviço de Urgência Geral, com pacemaker externo e era admitido na UUM para colocação de electrocateter. Enquanto a equipa fazia o procedimento, constatei que todos os elementos (enfermeiros, médicos e assistente operacional) tinham colocado equipamento de protecção individual contra as radiações - avental de chumbo, à excepção do enfermeiro que se encontrava a chefiar a equipa nesse turno.

Após terminado o procedimento e a situação clínica do doente estabilizar, questionei o enfermeiro chefe de equipa, porque é que não tinha usado o equipamento de protecção adequado, tendo-me respondido que não estava sensibilizado para esta problemática, descuidando os riscos radiológicos e concomitantemente, a sua protecção individual. Perante esta situação alertei-o para os riscos existentes, tendo-lhe entregue posteriormente um artigo científico intitulado: «*Risco Radiológico Ocupacional no Bloco Operatório*» (GRAÇA, 2009). Com a leitura e divulgação deste artigo pretendi sensibilizar o profissional para a sua salvaguarda e para a utilização de equipamento de protecção individual em contexto de trabalho tendo sido a receptividade positiva, pois consegui promover um momento de reflexão e partilha. Saliento que posteriormente, sempre aquando a minha presença houve uma preocupação pela sua protecção individual, mesmo noutros procedimentos como exemplo, aquando a realização de radiografias aos doentes. Perante este episódio, **considero que tomei iniciativa e fui criativa na interpretação e resolução de problemas**, pois é imperativo cuidar com segurança.

Na UUM está protocolado efectuar o acolhimento e acompanhamento dos familiares/pessoa(s) significativa(s) que visitam o doente pela primeira vez. Este processo é efectuado em sala própria e através de entrevista é explicado o funcionamento do serviço, incluindo horário de visitas, como os familiares vão encontrar o doente, esclarecimento de dúvidas, entre outros. Ao longo da mesma é entregue o guia de acolhimento existente e feita recolha de informação que está normalizada entre as quais saliento o nome a qual o doente gosta de ser chamado, os nomes de duas pessoas significativas com os respectivos números de telefone, os antecedentes pessoais do doente e alergias. Para além da colheita de dados normalizada, o enfermeiro recolhe toda a informação que achar importante para o contexto.

«Acolhimento é atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários hospitalizados e de seus familiares, sendo estes considerados os indivíduos que necessitam de cuidados em saúde no cenário hospitalar» (MARTINS [et al] 2008, p.2)

O acolhimento visa diminuir a ansiedade da família/pessoa significativa, recolher informação necessária e preparar e acompanhar a família para o encontro com o doente, pois numa Unidade de Cuidados Intensivos, este encontra-se rodeado de equipamentos

que por si só, ou aliada à patologia do doente é assustador para quem se confronta com a mesma. Assim, na primeira visita e sempre que possível, entram duas pessoas em simultâneo, acompanhadas pelo enfermeiro, sendo este um elemento fundamental para reduzir a ansiedade e responder a eventuais dúvidas que possam surgir.

Só surgiu a oportunidade de eu efectuar o acolhimento inicial a uma família, por variadas razões, entre as quais saliento não haver admissões no turno em que me encontrava, ou elas existirem mas não se encontrarem familiares presentes no momento. Porém, apesar de só o ter efectuado uma vez, de modo autónomo, dei muita importância a esse momento, pois a família/pessoa significativa, sente-se muito fragilizada, a precisar de apoio emocional e em simultâneo, angustiada em relação ao estado clínico do doente. No acolhimento inicial, informei os familiares acerca do funcionamento do serviço, esclarecendo todas as dúvidas em relação ao mesmo e ao estado clínico do doente de acordo com a minha área de competência. Informei-os como iriam encontrar o doente e meio envolvente, acompanhando-os no período de visita, de modo a minimizar a sua ansiedade, validar os seus sentimentos, preocupações e emoções (incerteza acerca do prognóstico, entre outros), promover o esclarecimento de dúvidas dentro da minha área de competência e momentos de silêncio.

Nos restantes dias aquando a visita, verifiquei que fui escolhida, como enfermeira de referência para aquela família, mesmo não estando responsável pela doente, a mesma procurava-me para eu esclarecer dúvidas e partilhar angústias. Assim, minimizei o sentimento de culpa e de impotência dos familiares e ofereci privacidade e espaço para a exteriorização de sentimentos e desejos, entro os quais relato o pedido de uma familiar (filha), contactar o capelão da instituição para a doente receber a Extrema-unção (a resposta ao pedido foi afirmativa). Estes acontecimentos fizeram com que **reflectisse na e sobre a minha prática de forma crítica, permitindo-me demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família, e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

MARTINS [et al] (2008, p.2), refere que *«atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro (...) são ingredientes básicos para efectivar o acolhimento.»*

Durante o estágio observei que a equipa de enfermagem estava sensibilizada para a importância do acolhimento de qualidade à família, mas nalguns casos, este interesse era demonstrado apenas nas primeiras visitas. Ao longo do tempo, a disponibilidade demonstrada, ia-se desvanecendo, observando momentos em que aquando a hora da visita o enfermeiro ausentava-se deixando o familiar sozinho com o doente. Após esta constatação e à importância do cuidar profissional no acolhimento, reflecti sobre o tema com o enfermeiro orientador e constatámos, que os enfermeiros em alguns casos não se querem envolver emocionalmente com os familiares, outros, derivado às características de uma Unidade de Cuidados Intensivos, centram a sua atenção nos equipamentos e tecnologia, não enfatizando a relação. Posto isto, informalmente, comecei a abordar o tema do acolhimento e comunicação com a equipa de enfermagem onde me encontrava inserida, pois considero que o enfermeiro é privilegiado no contacto com a pessoa e tem que estar sensibilizado para a sua importância.

No estudo exploratório e de campo sobre o «*Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem*», de INABA, PAES e TELLES (2005, p.428 e 429) concluem que a:

«Comunicação adequada para os familiares é conversar e receber informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber; é entender o que o outro quer transmitir e sentir-se bem atendido, tratado também com carinho e paciência. É aquela em que há informações claras e objectivas; há explicações sobre o estado do paciente e sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos nele existentes. Existe a necessidade das famílias de se comunicar com a equipe de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, ter satisfeita sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção (...).

O cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar a família entrar na UTI, é necessário cuidá-la para potencializar nosso trabalho na Enfermagem; é preciso questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhe as reacções e comportamentos, entender-lhe as emoções.»

Concomitantemente, ao longo do estágio fui observando que também existe, lacunas de comunicação entre enfermeiro e doente. Comunicar com doentes conscientes, neste contexto, na maioria das vezes resume-se ao momento da prestação de cuidados, em que o enfermeiro basicamente pede ou refere ao doente aquilo que lhe vai fazer. Aquando sob efeito de sedação raramente observei comunicação verbal dirigida ao doente. Esta

constatação incomodou-me, pois a comunicação é algo complexa e um privilégio sendo através dela que se estabelece a relação terapêutica. Para além de que para o doente, estar sujeito a ventilação invasiva, um dos principais factores de stress é o comprometimento da comunicação (THELAN [et al] 1996).

Assim, tive atenta aos meus comportamentos, verbais quer não-verbais, independentemente do estado de consciência do doente adequando as técnicas de comunicação utilizadas, de forma a minimizar as barreiras de comunicação. Saliento que algumas vezes aquando a hora da visita auxiliei a comunicação entre doente e familiar (dando papel e caneta para o doente escrever, disponibilizando o quadro magnético existente, interpretando a mimica labial, entre outros), pois derivado ao contexto a comunicação entre doente/familiar/pessoa significativa estava comprometida.

Perante este facto conversei com o orientador acerca da importância da comunicação com o doente ventilado e ao longo do estágio propus-me a estar atenta ao meu comportamento e às técnicas de comunicação utilizadas, de forma a **promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional**. Considero **que possuir conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família** faz a diferença na prestação de cuidados especializados, permitindo a resolução de problemas aparentemente complexos.

Como estratégias utilizadas para sensibilizar a equipa, promovi conversas informais e momentos de reflexão sobre a praxis de modo a fomentar a formação integrada na prática de cuidados, sobre a importância do acolhimento e da comunicação. Considero que é também, através da formação formal ou informal que evoluímos, possibilitando a aquisição de novas atitudes e desenvolvimento de capacidades, para que se possa dar resposta eficaz ao contexto em que estamos inseridos.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz é um contributo para a diminuição da ansiedade e do medo da doença e concomitantemente do internamento, fortalecendo também a relação de ajuda. PHANEUF (2005 p.15) refere que *«a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem»*. Ao longo do estágio reparei, que como enfatizei a comunicação e o acolhimento com o doente e família/pessoa significativa, os enfermeiros que desempenhavam funções directamente comigo, também se mostravam mais disponíveis com a família/pessoa significativa e com o doente. Tive oportunidade

de vivenciar esta experiência algumas vezes, com diferentes colegas, o que demonstra efectivamente que podemos ser agentes de mudança.

Neste contexto relato um episódio, que ocorreu na sétima semana de estágio: o doente com o diagnóstico de Gangrena de Fournier, encontrava-se em franca recuperação na unidade de intermédios, mas aquando a passagem de turno é referido que ele recusava efectuar o tratamento na câmara hiperbárica (noutra instituição hospitalar). No momento eu questioneei porquê e não me souberam responder, pois este não tinha verbalizado o motivo. Após terminado a passagem de turno, dirigi-me ao Sr. X, promovi o diálogo acerca de temas que não estavam relacionados com o seu problema de saúde e posteriormente, direccionei a conversa para tentar saber o motivo da não adesão ao tratamento e este tão simplesmente me respondeu que não queria ir, porque o tinham transportado de camisa e fralda, pois as calças da instituição não lhe serviam e não se sentia bem perto de outras pessoas, sentindo a sua “privacidade invadida” (Sic). Explicado a situação, chegamos a acordo e a esposa, ficou de costurar umas calças para este ir aos tratamentos de modo confortável. Neste contexto demonstrei **consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionado com o doente, tendo sido criativa**.

Assistir como formanda à acção de formação subordinada ao tema “As necessidades dos familiares do doente crítico em Unidade de Cuidados Intensivos” (anexo X), apresentada por um colega do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que se encontrava também, em estágio na UUM, foi um valioso contributo, para o meu percurso académico e profissional, pois veio promover a reflexão acerca do meu desempenho, enquanto enfermeira.

No decorrer no estágio, também me deparei com a colocação de doentes submetidos a ventilação invasiva, em decúbito ventral, sendo esta uma técnica não invasiva utilizada no tratamento do ARDS (PALLARÉS e PORQUERAS, 2009). Em relação a esta temática, tive necessidade de perceber o procedimento, acções de enfermagem, despiste de complicações através da leitura de artigos científicos e o protocolo existente na UUM, o que contribuiu para a prestação de cuidados de enfermagem com conhecimento e para o desenvolvimento de competências, pois a prestação de cuidados de enfermagem neste contexto era-me completamente nova. Após esta pesquisa prestei cuidados de enfermagem a um doente com SIDA, em ARDS, que foi posicionado em

decúbito ventral, após **participação na discussão em equipa multidisciplinar** sobre suas vantagens e desvantagens. O posicionamento do doente foi efectuado em equipa, cumprindo o protocolo existente na unidade e neste contexto considero ter desenvolvido uma **metodologia de trabalho eficaz na assistência ao mesmo**.

Também, ao longo do estágio, as ocasiões em que ocorreram formação informal, com partilha de experiências profissionais, de artigos científicos, entre outros, foram inúmeras e em situações muito díspares, pois sete enfermeiros da UUM, encontravam-se, nesse momento a fazer percurso académico (Cursos de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e de Enfermagem Médico-cirúrgica), tendo sido benéfico para o meu desenvolvimento profissional.

Na sexta semana de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a um doente crítico, em hipotermia induzida, aplicando assim, os saberes adquiridos aquando o início do mesmo, permitindo-me o desenvolvimento de competências. A hipotermia induzida em doentes após paragem cardíaca é um método utilizado para reduzir a lesão isquémica do cérebro (VARON e ACOSTA, 2010), contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e diminuição da mortalidade. É de notar que este tema é de grande interesse para a equipa de enfermagem, onde estava inserida, verificando que possuíam conhecimentos actualizados, sobre o mesmo. Saliento que tinha existido recentemente cinco acções de formação em serviço acerca da temática, sendo o domínio de competências da equipa de enfermagem, na colocação do protocolo de hipotermia terapêutica existente no serviço, notório.

Durante o estágio, deparei-me que a equipa multidisciplinar (enfermeiros e assistentes operacionais) estava com dificuldade em iniciar um levantamento em bloco, de um doente com traumatismo vertebro-medular, encontrando-se com algumas dúvidas. Como é uma área da minha competência por desempenhar funções em urgência, houve necessidade de intervir, coordenando o mesmo, demonstrando **competências na área de liderança de equipa**.

Importa também referir que no meu percurso, auxiliei uma enfermeira, **no processo de integração**. Formalmente terminou a sua integração na UUM, durante o meu estágio, mas, encontrava-se numa fase em que tinha pouca segurança nas intervenções desempenhadas, procurando-me para o esclarecimento de dúvidas. O meu trabalho baseou-se no reforço positivo e aumento da sua auto-estima, porque esse foi o principal

problema por mim identificado. O seu desempenho era competente, embora no nível de perícia iniciado, pois os objectivos e os aspectos inerentes aos cuidados não lhe eram familiar (BENNER, 2001).

Considero que este módulo de estágio foi muito rico em partilha e desenvolvimento de competências, tendo alargado o leque inicialmente proposto em projecto de estágio. No final de estágio efectuei a avaliação em conjunto com o enfermeiro orientador, tendo-me sido conferida uma avaliação de satisfaz bastante.

1.2 MÓDULO III - ECCI

O segundo estágio (opcional) teve a duração de oito semanas e decorreu na ECCI, no Centro de Saúde do Barreiro. No primeiro dia de estágio fui recebida pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora, especialista em Enfermagem de Reabilitação, dando a conhecer os objectivos de estágio:

- ✦ Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em cuidados continuados;
- ✦ Desenvolver competências relacionadas com a formação em serviço em relação às IACS.

Quando iniciei o estágio, não encontrei o serviço a funcionar com os mesmos moldes que tinha deixado aquando desempenhava funções em regime de acumulação de funções, pois a equipa de enfermagem, não era composta pelos mesmos elementos, estando a funcionar como Cuidados Continuados Integrados, há cerca de um ano.

A integração ao serviço foi efectuada na primeira semana de estágio, permitindo perceber sua dinâmica e funcionamento. Neste contexto, procedi à leitura de normas e documentação existente, tendo-me sido explicado sucintamente como funciona a ECCI e a RNCCI pela enfermeira orientadora. Tornou-se, imperativo também compreender o enquadramento legal dos Cuidados Continuados Integrados. Estes pertencem à Unidade de Cuidados na Comunidade, que segundo o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 11º «*presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais*

vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo».

A partir da segunda semana de estágio, comecei a efectuar visitação domiciliária, em companhia da enfermeira orientadora, com o objectivo de proceder à avaliação e levantamento de necessidade de doentes e posterior encaminhamento para a RNCCI (unidades de cuidados paliativos, reabilitação, convalescença e longa duração), que se encontram espalhadas pelo País. A avaliação dos doentes é efectuada através da entrevista, avaliação do índice de Katz e da recolha de informação de documentos (nota de alta de enfermagem e médica, entre outros).

Como exemplo referencio uma visitação domiciliária que efectuamos a uma Sr.^a de 46 anos, com esclerose múltipla que, segundo esta, tinha sido “abandonada pela família” (Sic) e nesse momento era uma freira que lhe prestava apoio. Durante a visitação fiz o acolhimento à doente, a avaliação do índice de Katz (nível III) e a identificação e sinalização de necessidades: reabilitação, reavaliação médica e apoio social. Após a visitação e com orientação, comuniquei à restante equipa (médico, fisioterapeuta e assistente social) por correio electrónico a ocorrência e necessidades identificadas, para posterior avaliação desses elementos da equipa com vista a direccionar a doente para uma unidade de reabilitação. Depois da avaliação da equipa multidisciplinar, os dados foram inseridos na plataforma RNCCI, pela Equipa de Gestão de Altas, da ECCI. Ao promover a correcta avaliação da doente e gestão dos recursos existentes para satisfazer as suas necessidades, promovi o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, **demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Nesta semana, também tive oportunidade de **colaborar no processo de integração** de uma colega que iniciou estágio, no contexto do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, visto a enfermeira orientadora se encontrar pouco disponível, por se encontrar a substituir a Sr.^a Enf.^a Chefe e a restante equipa de enfermagem se encontrar na prestação de cuidados, no exterior.

Esta experiência foi muito agradável, pois nunca tinha efectuado uma integração a uma colega do Curso de Pós especialização, tendo-lhe apresentado a equipa de enfermagem,

(que é a única que se encontra fisicamente nestas instalações), dei a conhecer normas e documentação existente no serviço e como se processa o trabalho desenvolvido tendo este facto evidenciado um indicador positivo na minha integração no serviço. A enfermeira orientadora também esclareceu algumas dúvidas que subsistiram. Após a integração da colega, iniciei a prestação de cuidados de enfermagem, inicialmente acompanhada pelos restantes elementos da equipa de enfermagem e nalgumas situações pontuais de forma autónoma, que descreverei posteriormente.

Na prestação de cuidados constatei que as intervenções de enfermagem mais requeridas, foram os cuidados aos doentes com sondas nasogástricas, com drenagens vesicais, administração de terapêutica injectável, instituição de tuberculostáticos e realização de pensos a úlceras de pressão e venosas e/ou arteriais. Saliento que através dos dados estatísticos fornecidos pela minha orientadora de Janeiro a Setembro de 2010 (dados colhidos pela folha de estatística mensal da cada enfermeiro). Constatei que são contabilizados os procedimentos: “injecções” (454), “pensos” (8855), “algaliações” (109) e “outros” (3799). Através da observação pude verificar que aquando as visitas domiciliárias, os ensinamentos efectuados ao doente e/ou família não são contabilizados, nem valorizados pelos enfermeiros como intervenção de enfermagem (como exemplo os ensinamentos relacionados com o posicionamento e mobilização do doente dependente), não havendo continuidade dos mesmos, nem registo para sistematizar a evolução da aprendizagem.

Neste contexto a minha actuação também se incidiu, nos ensinamentos ao doente e/ou família/prestador de cuidados, de forma a promover uma prestação de cuidados eficaz, por parte dos mesmos. Estes experimentam com frequência um processo de transição, o que faz com a pessoa adquira novos conhecimentos, altere comportamentos e até a definição de si mesmo no contexto social (MELEIS, 1997), por isso o seu papel tem de ser apoiado e valorizado. Ao surgir uma transição de saúde/doença, o doente e família/prestador de cuidados tem de se adaptar devido a uma alteração de papéis e como enfermeira fui elemento facilitador deste processo. Referencio um caso de um doente com Acidente Vascular Cerebral que viveu o seu processo de transição saúde/doença, ou seja era um Sr. independente nas suas actividades de vida diárias, que após a situação de doença ficou com dependência total, com a avaliação de índice de

Katz de nível IV. Neste contexto otimizar a comunicação no cuidar, auxiliando os processos de transição, tornou-se um objectivo de estágio, não referenciado em projecto.

A comunicação faz parte integrante da prestação de cuidados, sendo um instrumento básico, bastante evidente em cuidados continuados, pois observei que as famílias/prestador de cuidados estão na maioria das vezes sozinhas, esperando ansiosamente que chegue a hora do enfermeiro efectuar a visita domiciliária, para poderem esclarecer dúvidas, partilhar opiniões, aliviar angústias, ou partilhar sucessos e alegrias. Constatei que estas muitas vezes se sentem isoladas e cansadas tendo notado que em muitos casos o prestador de cuidados é apenas uma pessoa, ou são famílias muito reduzidas, o que provoca acentuado desgaste do mesmo, para além de que nalguns casos “o cuidar” do familiar dependente arrasta-se durante anos. Importa salientar que os Censos revelam que o Conselho do Barreiro em 2001 apresentava 29970 famílias clássicas, destas 31.8% constituídas por duas pessoas e 28,6% por uma só. De acordo com o estudo “Tipificação das situações de pobreza e exclusão social” do Instituto de Segurança Social de 2004, no Conselho, referente aos núcleos domésticos com um só elemento, constatou-se que 49.5% das famílias constituídas por uma pessoa, são idosos (DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CONSELHO DO BARREIRO, <http://www.cm-barreiro.pt/NR/rdonlyres/274C22EA-392C-4663-A019-73F0E8A347E8/0/DIAGNOSTICOSOCIALCONCELHOBARREIRO.pdf>).

Durante um momento de reflexão com alguns enfermeiros da ECCI acerca da importância de uma comunicação eficaz, com o doente e família/prestador de cuidados, durante os processos de transição, foi expressado a dificuldade que estes sentem na comunicação em cuidados paliativos, para além de um acentuado desgaste emocional, referindo-me que estão constantemente a ser solicitados e que chegam a acompanhar os doentes e suas famílias no processo de doença, sozinhos e durante um longo período de tempo. Através da conversa informal constatei que os enfermeiros não têm qualquer tipo de formação específica no âmbito de cuidados paliativos nem momentos de partilha de experiências e emoções ou apoio psicológico, por outro profissional.

Segundo a ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (<http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>), *cuidados paliativos definem-se como uma resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento*

que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias», entretanto, a *«comunicação adequada é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associada à doença terminal»* (BARBOSA 2006, p.463) e tem como principais objectivos, reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar ao doente e família/pessoa significativa uma direcção (TWYXCROSS, 2001).

Perante esta necessidade da equipa de enfermagem em aprofundar conhecimentos neste âmbito e após validar com a enfermeira orientadora, resolvi abordar o tema, em reunião de enfermagem. Apresentei o artigo *«A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo»* (ARAÚJO e SILVA, 2007), para que os enfermeiros encontrem estratégias de comunicação eficazes no cuidar destes doentes, partilhem experiências e esclarecem dúvidas com a equipa.

Este artigo baseia-se num estudo exploratório e descritivo, onde foram entrevistados trinta e nove doentes, sem qualquer tipo de probabilidade de cura, salientando como resultados: o relacionamento interpessoal e a comunicação (para os doentes o relacionamento humano é a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais complicados), a importância para a atenção ao não verbal do profissional (preferem não falar da doença e da morte) e valorizam o optimismo, a conversa e companhia (ARAÚJO e SILVA, 2007).

Estes autores (2007, p.672) referem ainda que *«o humor é uma forma de comunicação espontânea e contextual, caracterizada por expressões verbais, faciais e risada. O bom humor e a alegria, representados pela risada, são capazes de aliviar a tensão em um contexto de dor e sofrimento»*.

A apresentação deste artigo em reunião foi bem aceite pelas quatro enfermeiras que se encontravam, pois todas tinham histórias para contar que necessitavam de partilhar e de reflectir sobre as mesmas. Na reunião promovi um momento formativo e simultaneamente de partilha de experiências, em que as enfermeiras verbalizaram que como, profissionais de cuidados continuados, sentem-se por vezes sozinhas, por andarem na prestação de cuidados, no exterior, isoladas. Durante este momento foi demonstrado pelas mesmas a necessidade e a importância de terem mais ocasiões destinadas à partilha de experiências de modo a conseguirem efectuar da melhor forma, o seu percurso profissional. Neste contexto, sugeri que pelo menos duas vezes por mês, aquando as reuniões semanais deviam promover momentos de reflexão e formação, de

forma a dar resposta a algumas das suas necessidades, que foi aceite. Preciso de referenciar que a descoberta deste artigo científico, foi um contributo importante para mim, pois a comunicação adequada é uma estratégia terapêutica na intervenção do sofrimento associada à doença avançada e terminal e o seu valor ressalta ao se reconhecer que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões do doente (BARBOSA 2006). Assim, considero que **promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros** da ECCI.

Ao longo do estágio prestei cuidados de enfermagem a uma doente oncológica, sem prognóstico de cura e saliento que foi uma experiência muito gratificante, porque desempenhei funções num serviço de urgência geral, em que a relação que estabeleço com o doente é uma mera passagem. Promover a relação terapêutica enfatizando a comunicação, permitiu-me aperfeiçoar estratégias, tais como a atenção ao comportamento não-verbal, a escuta activa, a compreensão empática, tendo sido uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional. No início das minhas visitas domiciliárias, notava um ambiente de tristeza, em que a doente respondia apenas às minhas perguntas e a habitação transparecia o estado de espírito da mesma, com ausência de luz natural, acendendo a luz da entrada, apenas à minha chegada. Através da comunicação consegui transmitir à doente alegria durante os cuidados de enfermagem, fazendo com que se preenchesse algum vazio e também conseguindo alterar alguns comportamentos, como exemplo, a abertura de persianas para entrar luz natural na habitação. Assim transformei a visita de enfermagem, num momento ansiado pela doente, em que a dor provocada pela realização de penso de úlcera venosa e administração de terapêutica injectável era desvalorizada, devido à relação terapêutica. Em suma, considero que **mantive de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, abordando questões complexas de modo sistemático e criativo.**

Também, o trabalho desenvolvido no estágio anterior sobre «*O material de penso existente na farmácia – guia de utilização*» do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José, teve aplicabilidade prática para este estágio, pois permitiu-me dominar os materiais utilizados na realização de pensos de feridas (que são os mesmos) adequando-os às necessidades dos doentes a que efectuei tratamento. Em cuidados continuados a escolha do tratamento é maioritariamente uma intervenção autónoma de enfermagem, tornando-se elementar ter conhecimentos actualizados sobre a temática.

Este manual foi apresentado à orientadora e proposto para adaptar ao local de estágio, pois não existe documentação acerca do tema. Através da observação e das questões que coloquei aos enfermeiros acerca da sua experiência no tratamento de feridas, concluí que o conhecimento de cada um está relacionado com a experiência individual, tendo em conta cada percurso profissional e partilha de opiniões com colegas.

Assim, após validação com a enfermeira orientadora, achei pertinente adaptar apenas a capa (anexo XI) ao local de estágio, pois é uma mais-valia para os colegas permitindo relembrar avaliações, diagnósticos e intervenções de enfermagem na realização de pensos. No futuro, este documento irá servir de apoio aos alunos do curso de Licenciatura e da pós-licenciatura em Enfermagem, sendo portanto um benefício para os mesmos. A documentação foi disponibilizada na última semana de estágio, tendo sido apresentada individualmente a cada enfermeiro.

Em relação ao registo dos cuidados de enfermagem prestados reparei que não são efectuados a cada visita domiciliária: os enfermeiros que se encontram a tempo inteiro elaboram os seus registos semanalmente e os que estão em acumulação de funções, na maioria dos casos fazem-no apenas mensalmente (excepto algum caso urgente que tenha de ser sinalizado, ou até mesmo referenciado para a RNCCI). A importância de fazer um registo de enfermagem a cada visita domiciliária, foi expresso à enfermeira orientadora e valorizado, pois estes têm suma importância para a continuidade de cuidados e consequentemente eficácia de tratamento, conferindo, juridicamente protecção legal ao enfermeiro, servindo como prova de que acções correctas foram efectuadas e prestados cuidados de enfermagem de excelência, prevenindo todas as complicações.

Perante esta situação, tentei ser agente de mudança de comportamentos através de um momento formativo informal, sensibilizando os colegas para a importância dos registos actualizados e dando a conhecer e/ou relembrar o seu enquadramento legal (REPE - Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, Decreto-Lei nº 437/91; Decreto-Lei nº 104/98). Estes confundiram-me que estão num período em que a prestação de cuidados é muito valorizada e que os registos muitas vezes são esquecidos, mas que iriam ter em atenção a sua importância, salvaguardando-se de que se encontram numa fase de mudança com a informatização dos mesmos e aquando a finalização do processo, o registo irá ser obrigatoriamente

diário. Neste contexto **produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas com que me deparei.**

Ao longo deste percurso, também tenho denotado algumas necessidades formativas, que vão de encontro aos meus objectivos, referenciados no projecto de estágio. Através de conversas informais com a equipa de enfermagem, noto que não há qualquer tipo de trabalho desenvolvido, relacionado com a prevenção das IACS.

As IACS devem ser vistas como uma prioridade, pelos profissionais de saúde, não sendo excepção nos Cuidados Continuados Integrados. LEÇA [et al] (2008, p.6) define IACS como um «*conceito alargado de infecção associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados, domiciliários)*», podendo afectar também os profissionais enquanto desempenham funções.

No decorrer do estágio, denotei, que a documentação mais recente existente no serviço acerca da Prevenção e Controle da Infecção é de 2002 e em conversa informal com a enfermeira orientadora, informou-me que não tem sido feito qualquer formação na área, há alguns anos. Esta salientou a importância da temática, demonstrando interesse acrescido em ter no momento um enfermeiro disponível para desenvolver trabalho sobre o tema. Com base nesta observação e com o conhecimento da enfermeira orientadora, **tomei iniciativa** e reuni com a enfermeira chefe do Agrupamento do Centro de Saúde da Quinta da Lomba, integrado no ACES do Arco Ribeirinho (que se encontra em instalações contíguas), com o objectivo de consulta de documentação existente sobre a Prevenção e Controlo de Infecção, visto pertencerem à mesma ARSLVT.

Esta pesquisa de documentação foi benéfica, pois pude constatar que havia documentação mais recente (de 2006), provinda da ARSLVT, mas que até à data não tinha sido disponibilizada à ECCI. Perante este facto consegui a documentação em falta, comunicando posteriormente, a toda a equipa de enfermagem da sua existência e o seu conteúdo.

Neste contexto, fiz um pedido formal à enfermeira orientadora, para aplicar à ECCI um questionário, com o objectivo de efectuar o levantamento das necessidades formativas em relação às IACS, que foi aceite (anexo XII). Este questionário (anexo XIII) foi aplicado na semana de 11 a 15 de Outubro, tendo sido entregue a oito enfermeiros.

Responderam apenas três (37.5%), devido a férias, assistência à família e indisponibilidade temporal dos enfermeiros que se encontravam em acumulação de funções.

Analisando os resultados do questionário (anexo XIV) pude constatar que estes são sobreponíveis à minha observação nesse período de tempo aquando as visitas domiciliárias. Durante a prestação de cuidados, aquando acompanhada por enfermeiros da ECCI, sinalizei diversas situações-problema, entre as quais saliento: não ser utilizado qualquer tipo de fardamento, o contentor para colocação de material corto-perfurante não acompanha o enfermeiro ao domicílio, ficando no carro, os equipamentos de protecção individual, utilizados são as luvas, avental e o respirador P2 (aquando a administração de tuberculostáticos), o desinfectante das mãos, nem sempre acompanha o enfermeiro nas visitas domiciliárias e a mala de enfermagem não é higienizada com frequência.

Em contexto domiciliário, reparei que nem sempre são efectuados ensinamentos pelos enfermeiros ao doente e família/pessoa significativa em relação à prevenção das IACS. Assim realizei sempre que necessário, ensinamentos individualizados consoante as necessidades formativas detectadas (cuidados a ter com os dispositivos urinários, com a lavagem de roupa do doente e família, higiene do doente e aposentos, entre outros).

Perante a análise do questionário e das necessidades formativas identificadas através da minha observação, acordei com a enfermeira orientadora efectuar uma acção de formação intitulada «Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde» que após divulgação (anexo XV), decorreu dia dois de Novembro (anexo XVI). Os objectivos traçados para a acção foram:

- ↻ Alertar os enfermeiros para a importância da Prevenção e Controlo da IACS;
- ↻ Apresentar o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde de 2007;
- ↻ Sistematizar procedimentos (higienização das mãos, utilização de equipamento de protecção individual, cuidados a ter com material corto perfurante);
- ↻ Apresentar estratégias que permitam prevenir as IACS;
- ↻ Partilhar experiências.

Os objectivos da formação e conteúdo (anexo XVII) foram supervisionados pela enfermeira orientadora. A assistência foi constituída por cinco enfermeiros (62.5%) pertencentes à equipa e a aluna da especialidade em enfermagem de saúde mental.

O conteúdo da formação mais focado pelos formandos incidu-se em algumas necessidades identificadas previamente: o equipamento de protecção individual e higienização das mãos. Estes verbalizaram que no contexto de cuidados continuados, na maioria dos casos não efectuam a lavagem higiénica das mãos, por falta de condições de higiene nas habitações dos doentes, fazendo apenas a desinfecção alcoólica das mesmas. Dados os problemas existentes foram encontradas algumas alternativas, como exemplo, proceder à aquisição de frascos de solução alcoólica de pequenas dimensões, para mais fácil transporte e respeitar os cinco momentos em que se deve proceder a higienização das mãos.

Durante a acção de formação, ressaltai a necessidade de existir vigilância epidemiológica das infecções em cuidados continuados e os enfermeiros demonstraram interesse em formar um grupo de trabalho para darem continuidade ao tema. Também propus à equipa haver um Elo de ligação (tal como recomendado pela DGS) com a Comissão de Controlo de Infecção de modo a promover e dar continuidade ao meu desempenho.

No fim da acção de formação entreguei um questionário (anexo XVIII) de avaliação da acção, a cada formando. De acordo com os dados estatísticos do preenchimento do questionário de avaliação (n=6), as respostas situaram-se entre o muito satisfeito e o satisfeito (anexo XIX). Com a realização deste momento **formativo promovi o desenvolvimento profissional e pessoal de outros enfermeiros.**

Na quinta semana de estágio, aquando as visitas domiciliárias, constatei que as ajudantes familiares que prestavam cuidados de higiene a um doente tinham dificuldade: na adequação do equipamento de protecção individual, no acondicionamento da roupa suja e na realização da higiene oral. Esta necessidade formativa identificada foi partilhada com a orientadora, que me sinalizou algumas necessidades formativas identificadas por ela em visitas domiciliárias anteriores entre as quais saliento o tema acerca da prevenção das infecções urinárias e oculares. Após esta partilha propus a elaboração de uma acção de formação às ajudantes familiares de forma a promover a aquisição de conhecimento com vista ao desenvolvimento de suas competências.

Assim, estabeleci contacto telefónico com a Sr.^a Directora Técnica do apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia do Barreiro e no contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade, em que se pretende a promoção e melhoria na articulação de cuidados integrados, na área social, da saúde e das entidades locais, ficou programada apresentar uma acção de formação intitulada «Prevenção da Infecção nos Cuidados de Saúde na Comunidade». Importa referir que a responsabilidade da divulgação e preparação do espaço, ficou a cargo da Sr.^a Directora Técnica.

Saliento que esta formação foi realizada no âmbito da Rede Social do Barreiro, nomeadamente através do Grupo “Concelhio para as questões dos idosos”, com o qual, a Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro colabora activamente.

O conteúdo da formação e objectivos (anexo XX) foram supervisionados pela enfermeira orientadora, tendo ido de encontro às necessidades formativas identificadas pela ECCI. Assim, os objectivos da acção de formação foram:

- ☛ Sensibilizar para a importância da infecção associada aos cuidados de saúde;
- ☛ Adquirir conhecimentos inerentes à prevenção de infecção, associada à prestação de cuidados;
- ☛ Partilhar experiências;
- ☛ Promover esclarecimento de dúvidas.

A acção de formação foi realizada dia 27 de Outubro, na Santa Casa de Misericórdia do Barreiro, com a duração de duas horas (anexo XXI). Inicialmente ficou acordado com a Sr.^a Directora Técnica, serem vinte formandas, mas no último dia inscreveram-se mais cinco pessoas.

Durante a acção de formação, questionei se alguém já tinha tido formação acerca higienização das mãos e utilização de equipamento de protecção individual e só cinco pessoas me responderam afirmativamente, pois tiveram formação aquando a campanha de sensibilização, no ano anterior, devido ao surto de Gripe A.

Durante o planeamento da acção de formação fiz um pedido formal à B-Braun[®] via telefone e correio electrónico, para o empréstimo de uma máquina de luz negra, que foi aceite. Assim, planeei a visualização das mãos das formandas na máquina, após desinfecção com solução alcoólica, antes e depois da explicação do procedimento para se analisar a diferença, mas devido ao acréscimo do número de formandas em relação

ao esperado, sem prévio conhecimento, reformulei a metodologia de avaliação, fazendo o teste a apenas onze formandas, após a explicação do procedimento, permitindo às restantes a visualização do mesmo, ou seja enquanto uma formanda desinfectava as mãos e as observava na máquina de luz negra, outra formanda observava o decorrer da experiência. Neste contexto **considero que tomei iniciativa e fui criativa na interpretação e resolução de problemas**

Para registar a área das mãos que não se encontrava desinfectada, desenvolvi um instrumento de avaliação – tabela de observação (anexo XXII), com imagens das mãos, de forma a tornar o registo da minha observação fácil, rápido e seguro. Os resultados demonstraram que mesmo imediatamente após a explicação do procedimento existem lacunas na desinfectação alcoólica das mãos (anexo XXIII).

No fim da acção de formação, apliquei um questionário igual à acção de formação anterior, com o objectivo de obter a apreciação global da formação. Devido ao número de formandas ser superior ao esperado, só vinte e três (n=23) preencheram o questionário. Após o tratamento estatístico dos resultados constatei que o nível de satisfação das formandas em relação à acção de formação foi elevado, tendo na sua maioria respondido entre o muito satisfeito e o satisfeito (anexo XXIV).

Neste contexto penso que a pouca efectividade que os resultados mostram, tenha a ver com a falta de formação que as profissionais têm nesta área e não com a formação em si, pois estas avaliaram a formação de forma positiva, o que torna necessário promover mais momentos de formação formal e informal sobre o tema, com vista à implementação de boas práticas.

Em relação trabalho desenvolvido acerca da Prevenção das IACS e após manifesto interesse pela ECCI, organizei uma pasta de documentos com as recomendações associadas ao Controlo de Infecção, emanadas pela DGS e CDC mais recentes.

No decorrer do estágio assisti a duas acções de formação elaboradas, pela colega que se encontrava a frequentar a Especialização em Enfermagem de Saúde Mental. Uma acção dirigida aos cuidadores informais, que teve lugar na Associação Unitária dos Reformados, Pensionistas e Idosos do Lavradio, no Lavradio, Barreiro, intitulada «Cuidar de quem cuida» (anexo XXV) e outra para os enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados intitulada: «Das alterações emocionais às perturbações do humor (afectivas)» (anexo XXVI) tendo sido um valioso contributo no decorrer do estágio,

pois auxiliou-me a compreender as necessidades do prestador de cuidados, desenvolvendo competências na relação de ajuda.

Assim, poder voltar a desempenhar funções em cuidados continuados, como enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi vantajoso para mim e para a ECCI, pois consegui ser agente de mudança e em simultâneo promover o desenvolvimento de competências a outros profissionais. Concomitante, fica o sentimento que tinha muito trabalho para desenvolver naquele serviço, mas derivado ao tempo de estágio limitado, não foi possível, ficando a certeza que o que desenvolvi irá ter continuidade pela equipa de enfermagem, por esta ser empenhada em prestar cuidados de enfermagem de qualidade e por ter despertado alguns temas que estavam esquecidos.

Também, tenho consciência que o desenvolvimento de competências é um processo dinâmico, que requer muito investimento pessoal ao longo de toda a carreira profissional.

No término do estágio, efectuei uma reunião de avaliação com a enfermeira orientadora, sendo-me conferida uma avaliação de satisfaz bastante.

2 - CONCLUSÃO

O estágio, como componente curricular desempenha um papel fundamental no processo de formação, no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitindo ao formando conhecer outros locais de desempenho profissional e concomitantemente alargar os seus conhecimentos, fazer análises críticas de situações, às quais no local onde se tem o vínculo laboral, muitas vezes não se está desperto, sendo por isso benéfico para o crescimento profissional e o desenvolvimento de competências, pois todos os ganhos foram transpostos para a minha prática profissional diária.

Em relação aos dois campos de estágio considero que são locais excelentes, reunindo todas as condições para continuar a receber alunos da especialidade. Dadas as suas características proporcionaram o desenvolvimento de inúmeras competências, tendo conseguido transpor os objectivos inicialmente traçados em projecto de estágio.

Na UUM, saliento que prestei maioritariamente, cuidados de enfermagem de forma autónoma, podendo determinar diariamente, quais os meus objectivos de estágio em relação à prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico. Para além das competências desenvolvidas relacionadas com a prestação de cuidados directa ao doente crítico, sinalizei situações-problema relacionadas com as IACS, delineando estratégias para as desenvolver, o que permitiu desenvolver um leque de competências.

Em relação ao módulo opcional prestei cuidados de enfermagem especializados, em parceria com a enfermeira orientadora, permitindo momentos de partilha e crescimento profissional, pois sendo de áreas diferentes, considero que a troca de experiências existente foi uma mais-valia. Também tive a possibilidade de efectuar autonomamente a gestão dos cuidados de enfermagem, sempre que pretendia.

Nos locais de estágio considero que tive um papel primordial, em relembrar a importância que a formação continua e as IACS têm, para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Assim, relembrei recomendações da DGS, realcei a importância de existir vigilância epidemiológica das infecções, entre outros. Neste contexto, considero que ambos os locais são bons campos de estágio para um aluno do curso de pós especialização dar continuidade ao trabalho desenvolvido por mim.

No decorrer dos estágios também sinalizei situações-problema, tendo desenvolvido estratégias de actuação, às quais saliento a promoção de momentos de formação informal e formal com acções de formação, a elaboração de uma norma de procedimento e de um «Manual de pensos existente na farmácia – guia de utilização».

Posso salientar que a elaboração deste Relatório de Estágio, possibilitou-me a análise-crítica, a aplicação e desenvolvimento de conhecimentos existentes e transmissão de conteúdos relacionados com investigação, levando ao desenvolvimento de competências relacionadas com o “ser enfermeira especialista”, permitindo-me atingir os objectivos inicialmente propostos.

Considero que neste caminho existiu equilíbrio entre os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas, tendo havido acentuado crescimento pessoal e profissional, transpondo-o diariamente, tanto nos locais de estágio, como, no serviço de Urgência Geral.

Como projectos futuros, sinto a responsabilidade acrescida de manter os níveis de conhecimento, para continuar a prestar cuidados de enfermagem especializados ao longo de toda a carreira profissional, supervisionando e promovendo a formação em serviço, baseado em estudos de investigação e/ou evidência científica.

Também considero que no decorrer na minha formação houve uma mudança de atitude, tendo necessidade de prestar outro tipo de cuidados de enfermagem, centrados no acompanhamento do doente e família/prestador de cuidados em cuidados paliativos. Assim, solicitei à Direcção de Enfermagem, na instituição onde desempenho funções, transferência de serviço para o Hospital de Dia de Oncologia, que aguardo.

3 – **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ♣ ABREU, Wilson – **Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos teorias e considerações didáticas**. 1ª Edição. Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN: 978-972-8485-87-0
- ♣ ARAÚJO, Mónica Martins; SILVA, Maria Júlia - A comunicação com o paciente sob cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**. vol.41. n°4 (2007), p. 668-674. [Consult. 2010-10-05] Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
- ♣ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. [Consult. 2011-04-10]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>
- ♣ BARBOSA, António; NETO, Isabel - **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. 511p. ISBN: 978-972-9349-21-8
- ♣ BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora. 2001. 295p. ISBN: 972-8535-97-X
- ♣ UCP – Mestrado de Enfermagem de natureza profissional – Regulamento Geral. Lisboa, 2009
- ♣ Decreto-Lei n°28/2008 de 22 de Fevereiro
- ♣ Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro
- ♣ Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. [Consult. 2010-09-27]. Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf/>
- ♣ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril [Consult. 2010.10.10]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf/>
- ♣ DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CONSELHO DO BARREIRO, [Consult. 2011-05-18]. Disponível em: <http://www.cm-barreiro.pt/NR/rdonlyres/274C22EA-392C-4663-A019-73F0E8A347E8/0/DIAGNOSTICOSOCIALCONCELHOBARREIRO.pdf>

- ↻ FROES, Filipe [et al.] - Documento de consenso sobre pneumonia nosocomial. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva.** vol. 13. nº3 (2007), p.7-30 [Consult. 2010-05-28]. Disponível em: http://www.4shared.com/document/LYnB0IJO/DOCUMENTO_DE_CONSENSO_SOBRE_PN.html/
- ↻ GRAÇA, Lina, - Risco Radiológico Ocupacional no Bloco Operatório. **Nursing.** ISSN 0871-6196. nº 240 (Setembro 2009), p 6-12.
- ↻ HORTA, Ricardo [et al.] - Gangrena de Fournier: de urgencia urológica hasta el departamento de cirugía plástica. **Actas Urológicas Españolas.** vol. 33. nº 8 (2009), p.925-929. [Consult. 2010-05-20]. Disponível em: <http://www.elsevier.es/actasuro>.
- ↻ INABA, Luciana Sintra; PAES, Maria Júlia; TELLES, Sandra Cristina - Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** vol.39. nº4 (2005), p.423-429. [Consult. 2010-05-25]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
- ↻ INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, [Consult. 2010-05-26]. Disponível em <http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Changes/ImplementtheVentilatorBundle.htm>
- ↻ LEÇA, Ana [et al] - Programa nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização. **Direcção-Geral da Saúde;** 2008 [Consul. 2010-09-27]. Disponível em [www.http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf)
- ↻ MATEUS, Carlos - Supervisão clínica em tratamento de feridas – A procura da Qualidade. **Nursing,** nº 233 (Maio 2008), suplemento p.3-5. ISSN 0871-6196
- ↻ MARTINS, JJ [et al] - **O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional.** Revista Eletronica de Enfermagem [Internet]. Vol.10 (2008). ISSN 1518-1944. [consul. 10-03-2011]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>
- ↻ MELLEIS, Afaf - **Theoretical Nursing: development & progresso.** 3ª edição. New York: Lippincott. 1997. 665p. ISBN 0-397-55259-9

- ♣ MENDES - O doente com cateter venoso central. **Nursing**. ISSN 0871-6196. nº 233 (Julho 2007), p 7-14.
- ♣ MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - **A Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Orientações para a sua constituição nos centros de saúde**. Lisboa: 2007. [Consult. 2010-04-24] Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/ccintegrados_2009.pdf
- ♣ NATÁRIO, Adriano [et al.] - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Ministério da Saúde. 2003. 72p. [Consult. 2010-04-24]. Disponível em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Unidade_de_Cuidados_Intensivos_\(UCI\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Unidade_de_Cuidados_Intensivos_(UCI))
- ♣ PEDERSEN, Carsten [et al.] - Endotracheal suctioning of the adult intubated patient - What is the evidence? **Intensive and Critical Care Nursing**. vol. 25 (2009), p. 21-30. [Consult. 2010-05-25] Disponível em: <http://journalhomepage:www.elsevier.com/iccn/>
- ♣ PINA, Elaine [et al.] - Programa Nacional de Controlo de Infecção. **Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares**. Ministério da Saúde. 2006. xp. [Consult. 2010-06-01]. Disponível em: <http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntravasculares.pdf>
- ♣ PINA, Elaine [et al.] - **Recomendações para a Prevenção Respiratória no Doente Ventilado**. Ministério da Saúde. 2004. 22p. [Consult. 2010-05-25]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- ♣ PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. 2005.633p. ISBN: 972-8383-84-3
- ♣ PALLARÉS, Alicia Moliné; PORQUERAS, Ricard Bonet - Protocolo de colocación del paciente con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono. **NURE Inv**. [Revista en Internet]. v.6,nº40 (Maio/Junho 2009), p.1-9. Disponível em: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protpron_o40.pdf

- ♣ SPCI e ORDEM DO MÉDICOS - Transporte de Doentes Críticos
Recomendações (2008) p.1-45 [Consult. 2011-05-18]. Disponível em:
http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- ♣ THELAN, Lynne A. [et al.] - **Enfermagem em Cuidados Intensivos –
Diagnóstico e Intervenção** (tradução Fernanda Azevedo Silva). 2ª Edição.
Lisboa: Lusodidacta, 1996.1050p. ISBN 972-96610-2-2
- ♣ TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 1ª edição. Lisboa: Climepsi
Editores, 2001. 184p. ISBN 972-796-001-4
- ♣ VARON, Joseph. e ACOSTA, Pilar. **Therapeutic Hypothermia Past, Present,
and Future**. nº 133, (Junho 2010), p.1267-1274 [Consult. 2010-05-15].
Disponível em
<http://chestjournal.chestpubs.org/content/133/5/1267.full.html/> ISSN: 0012-
3692

ANEXOS

ANEXO I - Diapositivos utilizados na acção de formação: «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação»

Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação

Apresentação projecto de norma de aspiração de secreções em circuito aberto, no doente ventilado

**Enf.^a Patricia Maninha,
sob orientação de: Sr. Enf. Paulo Baltazar**

1

OBJECTIVOS

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da prevenção da pneumonia, associada à ventilação;
- Enumerar o conjunto de «Bundles», descritas no Documento de Consenso sobre a Pneumonia Nosocomial, para prevenir a pneumonia associada à ventilação;
- Apresentar a proposta de norma de aspiração de secreções, em circuito aberto, no doente ventilado, para a UUM.

2

Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)

«é uma infecção respiratória nosocomial que se desenvolve como consequência da intubação e ventilação mecânica»⁽³⁾

3

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE PNEUMONIA NOSOCOMIAL **Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**

Filipe Froes*, José Artur Paiva**, Piedade Amaro*, João Pedro Baptista**, Gabriela Brum*, Henrique Bento**, Paula Duarte*, Conceição Sousa Dias**, Carlos Glória*, Helena Estrada**, Luís Telo*, Eduardo Silva**, João Gonçalves Pereira*, Germano do Carmo**

- ▶ Segunda infecção nosocomial mais frequente;
- ▶ 5 a 15 casos por 1000 admissões hospitalares;
- ▶ Aumento do número de dias de internamento entre 7 e 9 dias por doente;
- ▶ Mortalidade entre 33 e 50%;

4

- ▶ Os doentes entubados apresentam um acréscimo do risco de 6 a 20 vezes, comparando com os não entubados;
- ▶ A PAV ocorre em 9 a 27% dos doentes ventilados;
- ▶ Estima-se que a PAV represente 90% das pneumonias nosocomiais dos doentes internados em UCI.



5

- ▶ **Pneumonia de aparecimento precoce**

- ▶ **Pneumonia de aparecimento tardio**



6

As bactérias podem atingir o aparelho respiratório inferior por:

- Micro-aspiração a partir da orofaringe;
- Inoculação durante a entubação ou no acto de aspiração de secreções;
- Inalação de aerossóis contaminados;
- Disseminação hematogénea (mais rara);
- Possível translocação bacteriana.



7

FACTORES DE RISCO EXTRÍNSECOS

- Tubo traqueal;
- Entubação nasal;
- Decúbito dorsal;



8

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- ⊙ Febre, Temperatura $>38^{\circ}$ ou $<35,5^{\circ}$ C;
- ⊙ Secreções brônquicas purulentas;
- ⊙ Leucocitose ou leucopenia;
- ⊙ Taquicardia, taquipneia;
- ⊙ Redução da PaO₂.

9

PREVENÇÃO:

- Educação e formação dos profissionais;
- Lavagem das mãos ou utilização de anti-séptico com solução alcoólica;
- Identificação e isolamento dos doentes com microrganismos multirresistentes;
- Preferir a entubação orogástrica;
- Manutenção da cabeceira entre $30-45^{\circ}$, se não houver contra-indicação;
- Preferir a alimentação entérica;
- Avaliar por rotina a posição da sonda de alimentação e a tolerância gastrointestinal;

10

PREVENÇÃO:

- Higiene oral com anti-séptico;
- Aspiração de secreções existentes na orofaringe;
- Incentivar sempre que possível inspirações profundas e o levante precoce;
- Técnica adequada na aspiração de secreções brônquicas;
- Pressão do cuff traqueal adequada (no mínimo de 20 cmH₂O);

11

PREVENÇÃO:

- Os circuitos, não devem ser substituídos por rotina, mas só quando se encontrem visivelmente sujos ou com mau funcionamento, não devendo ser substituídos com intervalos inferiores a 48 horas;
- Quando for mudada a cânula de traqueostomia, usar técnica asséptica e substituir por uma cânula esterilizada.

12

IMPORTANTE

- ❖ Acções de sensibilização;
- ❖ Criação de estratégias para alertar os enfermeiros para a importância da PAV.

OS ENFERMEIROS SÃO A LINHA DA FRENTE
PARA PREVENIR A COLONIZAÇÃO
BACTERIANA DA OROFARINGE E DO TRACTO
GASTROINTESTINAL




13

BUNDLES:

- Ⓜ Elevação da cabeceira a 30–45°;
- Ⓜ Períodos de suspensão diária de sedativos;
- Ⓜ Avaliação diária da possibilidade de extubação;
- Ⓜ Profilaxia da úlcera péptica;
- Ⓜ Profilaxia trombose venosa profunda.



14

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA ZONA CENTRAL UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA</p>	<p>Norma de Procedimento</p> <p>ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES EM CIRCUITO ABERTO, NO DOENTE VENTILADO</p>	<p>Elaborado por: Sr.^a Enf.^a Patricia Maninha</p> <p>Data de Elaboração: Maio de 2010</p> <p>Responsável por a implementação do procedimento: Sr.^a Enf.^a Chefe Teresa Carneiro</p> <p>Responsável pela revisão do procedimento: Sr. Enf. Paulo Baltazar</p>
--	---	---



15

1. DEFINIÇÃO

Aspiração mecânica das secreções brônquicas, no doente com via aérea artificial.

2. OBJECTIVO

- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Facilitar a ventilação pulmonar;
- Prevenir a retenção das secreções;
- Prevenir o risco de infecção.



16

3. PROCEDIMENTO

ANTES DA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES:

- Avaliar a necessidade de aspiração pela presença de:
 - Secreções brônquicas visíveis ou audíveis;
 - Ruídos respiratórios;
 - Tosse;
 - Agitação;
 - Aumento do trabalho respiratório;
 - Sons respiratórios ausentes;
 - Diminuição da saturação de oxigénio;
 - Solicitação do doente;
 - Aumento da pressão respiratória.

17

- Explicar o procedimento ao doente;
- Se não existir contra-indicação, elevação da cabeceira entre 30-45°;
- Lavagem higiénica das mãos ou desinfecção com solução alcoólica;
- Colocação EPI'S: máscara e luvas;
- Abrir a ponta do papel da sonda de aspiração;
- Ligar o vácuo, numa pressão aspirativa mínima para o doente (80-120 mmHg);
- Conectar a sonda de aspiração ao vácuo;
- Calçar a luva esterilizada com a mão dominante;
- Retirar a sonda do invólucro, com a ajuda da mão não dominante;
- Pré-oxigenar o doente, com FiO2 100% durante pelo menos 30 segundos;
- Desconectar o doente do ventilador com a mão não dominante, protegendo a conexão.

1/3

18

DURANTE A ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES:

- Utilizando a mão dominante:
 - Introduzir a sonda de aspiração através do tudo endotraqueal ou traqueostomia rápida e suavemente, sem ultrapassar o limite do tubo, não forçando se encontrar obstrução;
 - Iniciar a aspiração de secreções, retirando a sonda suavemente em movimentos circulares, por um período não superior a 15 segundos.
- A mão não dominante controla a aspiração e fixa o tudo endotraqueal.



19

APÓS ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES:

- Com a mão não dominante, conectar o doente ao ventilador, mantendo FIO₂ a 100% durante pelo menos 30 segundos;
- Com a mão enluvada enrolar a sonda de aspiração e descalçar a luva para que a sonda fique no seu interior;
- Aspirar água destilada através de outra sonda de aspiração, para promover a limpeza do circuito de aspiração;
- Remover EPI'S;
- Efectuar lavagem higiénica das mãos ou desinfecção alcoólica.




20

OBSERVAÇÕES:

- A sonda de aspiração não deve ser de calibre superior a metade do diâmetro do tudo endotraqueal;
- Se necessário repetir o procedimento, utiliza-se nova luva esterilizada e nova sonda de aspiração;
- É essencial promover o descanso do doente entre 2 aspirações;
- Não abandonar o doente enquanto ele não recuperar a saturação periférica de O₂;
- Verificar se os parâmetros ventilatórios estão segundo prescrição;
- Não existe, qualquer evidência sobre os efeitos positivos na utilização de soro fisiológico;
- A hiperinsuflação não deve ser feita por rotina. Quando necessário deve ser feita com o ventilador.

21

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA UNIDADE DE URGENCIAS MÉDICA	Norma de Procedimento	Elaborado por: Sr.ª Enf.ª Patrícia Manhã
	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES EM CIRCUITO ABERTO, NO DOENTE VENTILADO	Data de Elaboração: Maio de 2010
		Responsável por a implementação procedimento: Sr.ª Enf.ª Chêfe, Tereza Carneiro
		Responsável pela revisão do procedimento: Sr. Enf. Paulo Baltazar

1. DEFINIÇÃO

Aspiração mecânica das secreções brônquicas, no doente com via aérea artificial.

2. OBJECTIVO

- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Facilitar a ventilação pulmonar;
- Prevenir a retenção das secreções;
- Prevenir o risco de infecção.

3. PROCEDIMENTO

ANTES DA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES:

- Avaliar a necessidade de aspiração pela presença de:
 - Secreções brônquicas visíveis ou audíveis;
 - Ruídos respiratórios;
 - Tosse;
 - Afastação;
 - Aumento do trabalho respiratório;
 - Sons respiratórios ausentes;
 - Diminuição da saturação de oxigénio;
 - Solicitação do doente;
 - Aumento da pressão respiratória.
- Explicar o procedimento ao doente;
- Se não existir contra-indicação, elevação da cabeceira entre 30-45°;
- Lavar em higiene das mãos ou desinfeccção com solução alcoólica;
- Colocação EPIS: máscara e luvas;
- Abrir a ponta do papel da sonda de aspiração;
- Ligar o vácuo, numa pressão aspirativa mínima para o doente (80-120 mmHg);
- Conectar a sonda de aspiração ao vácuo;
- Calçar a luva esterilizada com a mão dominante;
- Retirar a sonda do invólucro, com a ajuda da mão não dominante;
- Pré-oxigenar o doente, com FIO₂ 100% durante pelo menos 30 segundos;
- Desconectar o doente do ventilador com a mão não dominante, protegendo a conexão.

1/3

22

DURANTE A ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES:

- Utilizando a mão dominante:
 - Introduzir a sonda de aspiração através do tudo endotraqueal ou traqueostomia rápida e suavemente, sem ultrapassar o limite do tubo, não forçando se encontrar obstrução;
 - Iniciar a aspiração de secreções, retirando a sonda suavemente em movimentos circulares, por um período não superior a 15 segundos.
- A mão não dominante controla a aspiração e fixa o tudo endotraqueal.

APÓS ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES:

- Com a mão não dominante, conectar o doente ao ventilador, mantendo FIO2 a 100% durante pelo menos 30 segundos;
- Com a mão enluvada enrolar a sonda de aspiração e descalçar a luva para que a sonda fique no seu interior;
- Aspirar água destilada através de outra sonda de aspiração, para promover a limpeza do circuito de aspiração;
- Remover EPI'S;
- Efectuar lavagem higiénica das mãos ou desinfeccção alcoólica.

OBSERVAÇÕES:

- A sonda de aspiração não deve ser de calibre superior a metade do diâmetro do tudo endotraqueal;
- Se necessário repetir o procedimento, utiliza-se nova luva esterilizada e nova sonda de aspiração;
- É essencial promover o descanso do doente entre 2 aspirações;
- Não abandonar o doente enquanto ele não recuperar a saturação periférica de O2;
- Verificar se os parâmetros ventilatórios estão segundo prescrição;
- Não existe qualquer evidência sobre os efeitos positivos na utilização de soro fisiológico;
- A hiperinsuflação não deve ser feita por rotina. Quando necessário deve ser feita com o ventilador.

4. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros da Unidade de Urgência Médica

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI – Equipamento de protecção individual

2/3

23

6. REFERÊNCIAS

- TABLAN, Ofelia C. [et al] - Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003. Centers for Disease Control and Prevention. (Março 2004), p. 1-36 [Consult. 21 Maio 2010]. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/peview/mmwrhtml/mm5303a1.htm>
- PINA, Dr.ª Elaine [et al] - Recomendações da Infecção Respiratória no Doente Ventilado. Ministério da Saúde. 2004. [Consult. 21 Maio 2010]. Disponível em http://www.dsa.pt/posd/membro_idf/chenes/008554.pdf
- PETERSON, Carsten M. [et al] - Endotracheal suctioning of the adult intubed patient - What is the evidence? *Intensive and Critical Care Nursing*, 25 (2009), p. 21-30. [Consult. 06 Junho 2010]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com>, journal homepage: <http://www.elsevier.com/loc>

3/3

24

Bibliografia:

- (1) FROES, Filipe [et al] - Documento de Consenso sobre Pneumonia Nosocomial. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. Vol. 13, nº3 (2007) p. 7-30 http://www.spci.org/ficheiro/conteudo/pdf/RPMI_2007_4_1_1_.pdf 19/05/2010
- (2) COSTA, Ana; SILVA, Maria; NORIEGA, Elena - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde -Manual de operacionalização**. Ministério da Saúde. 2008. [Consult. 21 Maio 2010]. http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf
- (3) TABLAN, Ofelia C. [et al] - **Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003. Centers for Disease Control and Prevention**. (Março 2004), p. 1-36 [Consult. 21 Maio 2010]. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>
- (4) PINA, Dr.ª Elaine [et al] - **Recomendações da Infecção Respiratória no Doente Ventilado**. Ministério da Saúde. 2004. [Consult. 21 Maio 2010]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008554.pdf>
- (5) PETERSON, Carsten M. [et al] . Endotracheal suctioning of the adult intubed patient – What is the evidence? **Intensive and Critical Care Nursing**. **25** (2009), p. 21-30; [Consult. 06 Junho 2010]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com>, journal homepage: <http://www.elsevier.com/iccn>.

**ANEXO II - Folheto informativo para divulgação da acção de formação: «Prevenção da
Pneumonia Associada à Ventilação»**



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATOLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
ZONA CENTRAL

Ação de formação:

***«Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação;
Apresentação do projecto de norma de aspiração de
secreções, ao doente ventilado, em circuito aberto»***

Dia 16/06/2010 às 15h

Duração: 1h 30'

**Formador: Enf.^a Patricia Maninha,
sob orientação: Enf. Paulo Baltazar**

ANEXO III - Certificado da apresentação da acção de formação: «Prevenção da
Pneumonia Associada à Ventilação»



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
Zona Central
HOSPITAL DE S. JOSÉ



Direcção dos Serviços de Avaliação

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Sr.ª Enfermeira Patrícia Maninha, no âmbito das actividades de Formação em serviço desenvolvidas na Unidade de Urgência Médica, esteve presente no dia 16 de Junho de 2010, na qualidade de formadora, na Formação, subordinada ao tema " Prevenção da Pneumonia Nosocomial associada à Ventilação ", com a duração de 60 minutos.

Hospital de São José 17/06/2010

O Enfermeiro Chefe

(Teresa Carneiro)

ANEXO IV - Questionário para avaliação da acção de formação: «Prevenção da
Pneumonia Associada à Ventilação»

Avaliação da Acção de Formação
Acção de Formação:
Data:

1. Qual a importância que atribui ao tema desta acção de formação?

- Muito Importante
- Importante
- Indiferente
- Pouco Importante
- Nada Importante

2. Considera que os conteúdos abordados nesta acção foram os mais adequados para o seu desempenho profissional?

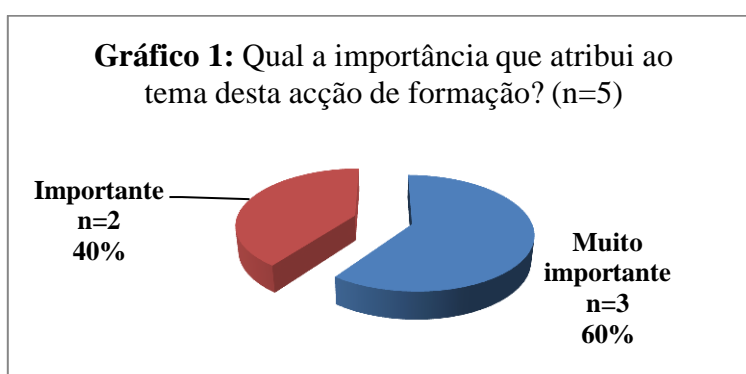
- Muito adequados
- Adequados
- Indiferente
- Pouco adequados
- Nada adequados

Sugestões:

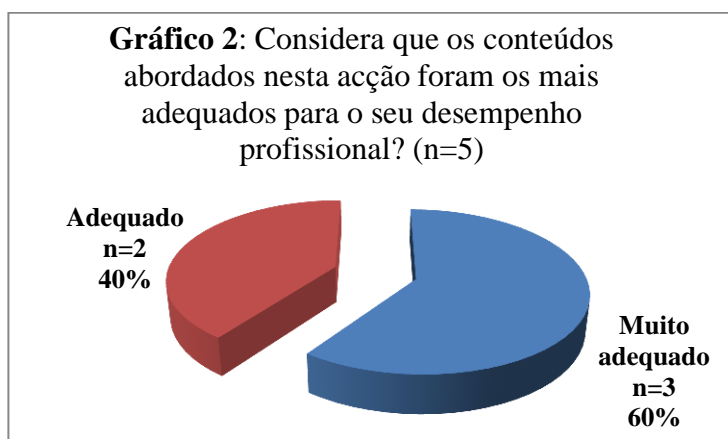
ANEXO V - Avaliação da acção de formação: «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação»

Para avaliação da acção de formação «Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação» foram analisados 5 questionários (n=5). Estes eram compostos por duas questões, à qual cada tinha associada uma escala de Likert.

A primeira pergunta «Qual a importância que atribui ao tema desta acção de formação?» tinha as seguintes categorias: Muito importante, importante, indiferente, pouco importante e nada importante. 60% dos formandos responderam muito importante e 40% importante (gráfico 1).



Na segunda questão, «considera que os conteúdos abordados nesta acção foram os mais adequados para o seu desempenho profissional?» as categorias utilizadas para a escala foram: Muito adequado, adequado, indiferente, pouco adequado e nada adequado. 60% das respostas foram muito adequado e 40% adequado (gráfico 2).



ANEXO VI - «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»

*MATERIAL DE PENSO EXISTENTE
NA FÁRMÁCIA
- GUIA DE UTILIZAÇÃO -*

Elaborado por: Enf.^a Patrícia Maninha

Junho, 2010

INDICE

	<i>P.</i>
<u>ALGINATO DE CÁLCIO</u>	3
<u>HIDROCOLÓIDES - PASTA</u>	4
<u>HIDROCOLÓIDES - GEL</u>	5
<u>HIDROCOLÓIDES - APÓSITO</u>	6
<u>HIDROCOLÓIDES - PELÍCULA</u>	7
<u>HIDROFIBRAS</u>	8
<u>POLIUTERANO - ESPUMAS</u>	9
<u>PRATA ASSOCIAÇÕES</u>	10
<u>GAZE IODOFORMADA HÚMIDA</u>	11
<u>GAZE VASELINADA</u>	12
<u>COLAGENASE</u>	13
<u>BLAFINE</u>	14
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	15

ALGINATO DE CÁLCIO

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Sorbalgon® 5x5



Algisite®M 5x5



APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- Limpar a ferida com soro fisiológico;
- Seleccionar o penso na medida adequada;
- Aplicar cobrindo ou preenchendo a ferida
- Aplicar um penso secundário, ou ligadura de compressão (úlceras venosas). A selecção do penso secundário, depende do tipo de ferida, podendo ser um penso hidrocelular.
- Retirar quando o penso estiver saturado, ou o penso secundário se encontrar repassado (1-5 dias)



INDICAÇÕES:

- ◆ Úlceras de pressão; Úlceras vasculares (compatível com sistemas de compressão); Zonas dadoras; Feridas sangrantes; Feridas com exsudado hemorrágico; Feridas infectadas; Feridas agudas.
- ◆ Dissolve e remove necroses, gerindo o exsudado e a formação de tecido de granulação e cicatrização da ferida.



CONTRA-INDICAÇÕES:

- ◆ Feridas secas

HIDROCOLÓIDES - PASTA

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Varihesive® pasta hidroactiva



Askina® biofilm pasta



APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- ✦ Limpar a ferida com soro fisiológico;
- ✦ Preencha a lesão até 2/3 da sua profundidade, para evitar o extravasamento de pasta e exsudado
- ✦ Aplicar um penso secundário apropriado para tapar a lesão
- ✦ Para remover a pasta, faça apenas irrigação com soro fisiológico;
- ✦ Seque a pele circundante e volte a aplicar a pasta



INDICAÇÕES:

- ◆ Feridas ligeira e moderadamente exsudativas (devido à sua elevada capacidade de absorção do exsudado)
- ◆ Feridas cavitárias onde um penso convencional não consegue fazer uma cobertura efectiva do leito da ferida



CONTRA-INDICAÇÕES:

- ◆ Hipersensibilidade conhecida à pasta, ou a alguns dos seus constituintes.

HIDROCOLÓIDES - GEL

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Varihesive® hidrogel



Askina® gel



Intrasite® gel



APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- ❗ Limpar a ferida com soro fisiológico;
- ❗ Aplique directamente sobre a lesão, sem deixar extravasar para a pele circundante;
- ❗ Aplicar um penso secundário apropriado para tapar a lesão
- ❗ Para remover o gel, faça apenas irrigação com soro fisiológico;
- ❗ Seque a pele circundante e volte a aplicar o gel (substituir de 3/3 dias)



INDICAÇÕES:

- ❖ Remoção de tecido não viável (tecido desvitalizado) de feridas superficiais e profundas: úlceras de pressão, de perna, de pé diabético; feridas malignas; queimaduras; feridas cirúrgicas; etc.
- ❖ Utilizado também nas fases de granulação e epitelização.



CONTRA-INDICAÇÕES:

Hipersensibilidade conhecida ao gel, ou a alguns dos seus constituintes.

OBSERVAÇÕES:

O gel promove um desbridamento autolítico das feridas, podendo por isso, resultar num aumento de tamanho das mesmas, após a realização dos primeiros pensos.

HIDROCOLÓIDES -APÓSITO

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Hydrocoll® (10x10/15x15/20x20)



Askina® Hydro (10x10/15x15)

Varehesive® gel control (10x10/15x15)

APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- ❗ Limpar a ferida com soro fisiológico;
- ❗ Seque a pele circundante e aplique a placa directamente sobre a lesão, mas deixe uma margem de 3 cm para além do bordo da ferida;
- ❗ Para maior adesividade, aplique durante alguns instantes a palma da mão sobre a placa, de forma a fornecer-lhe calor;
- ❗ Para retirar o penso, descolar os quatro rebordos e puxar cuidadosamente.

Nota: O gel que se encontra no leito da lesão, tem odor e cor característico, podendo ser confundido com infecção.

INDICAÇÕES:

- ◆ Penso para feridas ligeira e moderadamente exsudativas (devido à sua capacidade de absorção do exsudado): úlceras de pressão, venosas e arteriais; queimaduras 1º e 2º grau; etc.
- ◆ Mantém o ambiente húmido e em equilíbrio para a granulação;
- ◆ Pode ser utilizado como penso secundário.



CONTRA-INDICAÇÕES:

- ◆ Hipersensibilidade conhecida a alguns dos constituintes do penso;
- ◆ Presença de infecção por anaeróbios

HIDROCOLOIDES - PELÍCULA

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Suprasorb® H thin (10x10)

Hidrocoll® thin (15x15)

Askina® Biofilm (15x15)

Varehesive® extrafino (15x15)

APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- ✎ Limpar a ferida com soro fisiológico;
- ✎ Seque a pele circundante e aplique a placa directamente sobre a lesão, mas deixe uma margem de 3 cm para além do bordo da ferida;
- ✎ Para maior adesividade, aplique durante alguns instantes a palma da mão sobre a placa, de forma a fornecer-lhe calor;
- ✎ Para retirar o penso, descolar os quatro rebordos e puxar cuidadosamente.

Nota: O gel que se encontra no leito da lesão, tem odor e cor característico, podendo ser confundido com infecção.

INDICAÇÕES:

- ◆ Penso para feridas em fase de epitelização e protecção em zonas em risco de escariar;
- ◆ Utilizado na protecção de novos tecidos epitelizados;
- ◆ Pode ser utilizado como penso secundário quando se pretende manter humidade na lesão.



CONTRA-INDICAÇÕES:

- ◆ Hipersensibilidade conhecida a alguns dos constituintes do penso;
- ◆ Presença de infecção por anaeróbios.

HIDROFIBRAS

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



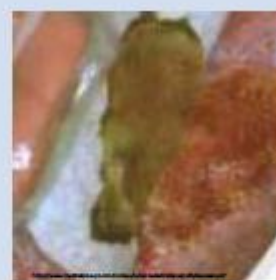
Aquacell® (10x10/15x15/2x45 - tira)

APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- ❧ *Limpar a ferida com soro fisiológico;*
- ❧ *Seque a pele circundante e aplique o penso Aquacell®;*
- ❧ *O penso deve ultrapassar os bordos da ferida, em pelo menos 1 cm, para reduzir o risco de maceração da pele circundante;*
- ❧ *Aplique um penso secundário apropriado;*
- ❧ *Se a ferida apresentar tecido necrosado, poderá utilizar-se em conjunto Varehesive® gel, para desbridamento autolítico;*
- ❧ *Para retirar o penso, remova-o simplesmente, ou se encontrar desidratado e aderente humedecer com soro ou água.*
- ❧ *Pode permanecer no máximo 7 dias*

INDICAÇÕES:

- *Feridas muito exudativas e/ou difíceis de cicatrizar;*



POLIUTERANO - ESPUMAS

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:

SEM REBORDO



Allevyn® non Adhesive (10x10)



Tielle® Borderless (10x10)



Tegaderm® Foam (10x10/20x20)



Askina® Foam (10x10)

COM REBORDO



Allevyn® Adhesive e Tielle (11x11)



FORMAS ANATÓMICAS



Allevyn® Cavity (10x10) e Allevyn® Hell

INDICAÇÕES:

Controla o exsudado da ferida, promovendo uma rápida cicatrização (feridas em fase de granulação) reduzindo o risco de maceração da pele circundante.

EFETOS SECUNDÁRIOS

Sensação de calor e aumento da temperatura local.

CONTRA INDICAÇÕES:

Lesões não exsudativas, lesões com tecido necrosado duro e com exposição óssea ou tendinosa.

★★★★★★★★

APLICAÇÃO E REMOÇÃO

- ❗ Limpar a ferida com soro fisiológico;
- ❗ Seque a pele circundante e aplique o penso;
- ❗ Pode ser associado a hidrogel, se necessário desbridamento;
- ❗ A frequência da mudança do penso é variável com o volume de exsudado, sendo necessário trocar o penso quando se visualiza uma auréola de exsudado na película exterior, podendo permanecer 7 dias (Allevyn);
- ❗ Na utilização de espumas para o preenchimento de cavidades, estas não devem ficar justas aos bordos da ferida, pois a absorção de exsudado provoca aumento do tamanho e consequentemente pressão excessiva nos tecidos.

★★★★★★★★

PRATA - ASSOCIAÇÕES

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Aquacell[®] Ag - prata + hidrofibras
(10x10/15x15/20x30)



**Actisorb[®] Silver 220 - prata +
carvão activado (10,5 x10,5/19,5x 10,5)**



**Acticoat[®] Silcryst - prata
nanocristalina (10x10/10x20/20x40)**

INDICAÇÕES:

- ◆ Utiliza-se nas feridas infectadas, pois a prata actua sobre um amplo de espectro de microorganismos, incluindo alguns multiresistentes, não tem efeitos secundários, não interfere com antibióticos sistémicos e produz escassas resistências;
- ◆ Eficaz na fase de cicatrização (inflamatória e de granulação);
- ◆ Utilizado em feridas superficiais ou profundas: úlceras de pressão, venosas, diabéticas, queimaduras, ...
- ◆ O carvão associado à prata controla o odor e a infecção.

CONTRA-INDICAÇÕES

Alergia conhecida a alguns dos constituintes do penso.

APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- 1) Limpar a ferida com soro fisiológico;
- 2) Seque a pele circundante e aplique o penso
- 3) Aplique um penso secundário adequado ao exsudado da ferida;
- 4) Para remoção, se necessário, humedecer o penso, para não ocorrer traumatismo.

Nota:

Acticoat[®] Silcryst: 1 - Retirar da embalagem e humedecer com água estéril (não pode ser humedecido em NaCl, pois provoca precipitação da prata); 2- cortar ao tamanho apropriado; 3- cobrir a ferida com o lado azul para baixo; 3 - pode permanecer de 3 dias a 7 (Acticoat[®]7)

Aquacell[®] Ag: 1 - Para feridas secas, hidratar com NaCl, apenas na zona da ferida e cobrir com VAREHESIVE[®] extrafino para evitar a desidratação; 2 - Em feridas cavitadas, preencher apenas 80% de sua capacidade; 3 - o penso pode ser recortado; 4 - pode permanecer na ferida até à sua saturação, ou consoante necessidades clínicas; 5 - Na utilização em queimaduras de 2º grau, ver protocolo do fabricante.

Actisorb[®] Silver 220: 1 - Não pode ser cortado, mas pode ser dobrado ou enrolado para preencher todos os tipos de feridas; 2 - mudar o penso diariamente até controlo de infecção e depois espaçar entre 3-7 dias.

GAZE IODOFORMADA HÚMIDA

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Inadine® (9,5x9,5)

INDICAÇÕES:

Tratamento de feridas ulcerosas, prevenção de infecção de queimaduras 1º grau e pequenas lesões com perda traumática da pele.

CONTRA-INDICAÇÕES

Alergia conhecida a alguns dos constituintes do penso; Não utilizar em grávidas e em mulheres a amamentar.

APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- ▣ Limpar a ferida;
- ▣ Remover o papel do revestimento e aplicar o penso directamente;
- ▣ Aplicar penso secundário.

Nota:

A perda de cor, indica a perda de eficácia anti-séptica, logo o penso deve ser substituído.



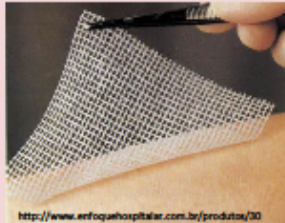
<http://www.aystagenh.com.br/lets-heel/lets-protect/inadine-1>

Numa fase inicial, pode ser mudado duas vezes dia. A sua utilização pode ser utilizada enquanto houver infecção, podendo ser a sua utilização retomada ou continuada a qualquer momento.



GAZE VASELINADA

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Gaze vaselinada
(10x10/15x2m/10x7m)

INDICAÇÕES:

Tratamento de queimaduras de 1º grau; feridas de radiação e úlceras de perna; para zonas dadoras ou receptoras de enxertos de pele.

CONTRA-INDICAÇÕES

Lesões exsudativas e infectadas

APLICAÇÃO E REMOÇÃO

- ▣ *Limpar a ferida;*
- ▣ *Remover o papel do revestimento e aplicar a gaze directamente;*
- ▣ *Aplicar penso secundário.*

Nota:

O penso deve ser substituído ao fim de 3 dias para evitar a aderência ao leito da ferida, pois já houve absorção total do produto.

COLAGENASE

**DISPONÍVEL NA
FARMÁCIA:**

Ulcerase® pomada

INDICAÇÕES:

- ◆ *Queimaduras superficiais (1º e 2º grau), úlceras varicosas e de decúbito e feridas superficiais da pele.*
- ◆ *É utilizado na limpeza e cicatrização enzimática das feridas.*

CONTRA-INDICAÇÕES

Alergia conhecida a alguns dos constituintes.

★★★★★★★★

APLICAÇÃO E REMOÇÃO:

- ▣ *Limpar a ferida com soro fisiológico ou água destilada;*
- ▣ *Ulcerase® pomada deve ser aplicada de forma homogênea e com uma espessura de aproximadamente 2 milímetros;*
- ▣ *Em tecidos necrosados secos deve ser feita uma hidratação prévia da ferida;*
- ▣ *Aplica-se uma vez por dia, sendo possível aumentar o efeito enzimático aplicando a pomada 2 vezes por dia;*
- ▣ *Podê ser necessário proteger os bordos da ferida com uma pasta de óxido de zinco ou outra semelhante;*
- ▣ *O efeito de limpeza da ferida inicia-se no 1º dia, podendo ir no entanto até ao 14º dia. Se ao fim destes dias, não evoluir favoravelmente, é aconselhado mudar o tipo de tratamento.*

★★★★★★★★

BIAFINE

DISPONÍVEL NA FARMÁCIA:



Biafine®

MODO DE UTILIZAÇÃO:

Acção preventiva: massagens suaves e frequentes

Acção curativa:

- 1) *Limpar a ferida com soro fisiológico;*
- 2) *Aplicar Biafine® em camada espessa, com 1,5 a 1 cm de espessura, sobre toda a superfície da lesão e em redor;*
- 3) *Aplicação de uma compressa ligeiramente humedecida com soro fisiológico ou água para evitar a absorção do Biafine® pelo penso seco;*
- 4) *Cobrir com penso oclusivo.*

INDICAÇÕES:

- ◆ *Tem acção preventiva e curativa, actuando da fase de detersão à epitelização;*
- ◆ *Queimaduras de 1º e 2º graus;*
- ◆ *Eritemas solares;*
- ◆ *Erosões cutâneas;*
- ◆ *Hematomas;*
- ◆ *Peles fibrosadas;*
- ◆ *Peles secas;*
- ◆ *Frieiras;*
- ◆ *Lesões a nível traumático;*
- ◆ *Escaras a título preventivo ou curativo;*
- ◆ *Úlcera de perna;*
- ◆ *Sensação de peso nas pernas;*
- ◆ *Antes, durante e depois de tratamento de radioterapia;*
- ◆ *Lesões por electrocoagulação, «peeling», estado cicatricial após cura de dermatose, pele seca queratósica, e dermite ocre.*

Bibliografia:

- ✦ *MEDICAL PLUS*. [Consult. 02 Junho 2010]. Disponível em <http://www.medicalplus-pt.com>
- ✦ *ARTIFOFO - Equipamentos Hospitalares e Farmacêuticos*. [Consult. 02 Junho 2010]. Disponível em <http://www.artifoho.pt/>
- ✦ *B|BRAUN SHARING EXPERTISE*. Portugal. [Consult. 02 Junho 2010] <http://www.bbraun.pt/index.cfm?33677A922A5AE626697957D9AD73C705>
- ✦ *3M*. [Consult. 02 Junho 2010]. Disponível em http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/pt_PT/tegaderm/dressings
- ✦ *SMTL Dressings Datacard*. [Consult. 02 Junho 2010]. Disponível em <http://www.dressings.org/Dressings/actisorb-silver.html>
- ✦ [Consult. 02 Junho 2010]. Disponível em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8817&tipo_doc=fi
- ✦ *AFONSO, Gustavo; MIRANDA, Marta; COSTA, Lara; Manual de Tratamento de Feridas*. Ministério da Saúde; Administração Regional de Saúde do Norte; Sub-região de saúde de Braga. 46 p.
- ✦ *MARTINS, Ondina [et al.] - Material de Penso com Acção terapêutica - Penso - acto de pensar uma ferida*. Grupo Associativo de Investigação em Feridas, 2009. 54 p. ISBN: 978-989-20-1596-5.
- ✦ *Literatura e Protocolo do Biafine®*. Upsifarma. Lisboa

ANEXO VII - Pedido de autorização, para aplicação de questionário sobre a aplicabilidade prática do «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»



Unidade de Urgência Médica
Hospital de São José

Para os devidos efeitos se declara, que a enfermeira Patrícia Dias desenvolveu um questionário, sobre a utilização de um guia orientador de produtos, existentes na farmácia deste hospital, para tratamento de feridas. Mais se declara, que no âmbito do seu estágio realizado nesta unidade, foi autorizada a aplicar esse questionário junto da população de enfermeiros deste serviço.

Lisboa, 1 de Junho de 2010

Pat.
A Enfermeira Chete
TERESA CARNEIRO
Teresa Carneiro

ANEXO VIII - Questionário elaborado para saber a aplicabilidade prática do «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»

QUESTIONÁRIO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, pretendo efectuar um Questionário, acerca da pertinência e aplicabilidade prática, em relação ao «Material existente na farmácia – guia de utilização», elaborado.

Neste sentido é muito importante a sua adesão e colaboração no preenchimento deste questionário, respondendo a todos os itens.

Durante o preenchimento do questionário, analise cada afirmação e assinale com um X, tendo como referência as seguintes categorias: 1 – Desadequado; 2 – Pouco adequado; 3 – Adequado; 4 – Muito adequado.

Após o preenchimento coloque o questionário na caixa existente para o efeito (até dia 25 de Junho), na sala de passagem de ocorrências. O questionário é confidencial e anónimo, sendo garantido o anonimato dos participantes em todas as fases do processo.

Muito obrigado pela sua colaboração

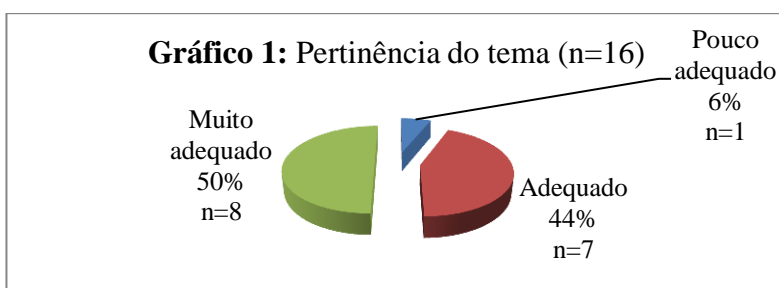
Enf.ª Patricia Maninha

Pertinência do tema	Desadequado				Muito adequado			
	1	2	3	4	1	2	3	4
O conteúdo do Guia de utilização aplica-se à sua prática								
Qualidade da informação disponibilizada no guia de utilização								
O guia de utilização permite desenvolver/melhorar métodos e técnicas de trabalho								
O guia de utilização permite aprender matérias novas								
O guia de utilização elaborado contém orientações práticas								
O guia de utilização permite relembrar, actualizar e consolidar conhecimentos								
O guia de utilização permite reflectir sobre a prática exercida								
O guia de utilização permite visualizar soluções para problemas práticos								

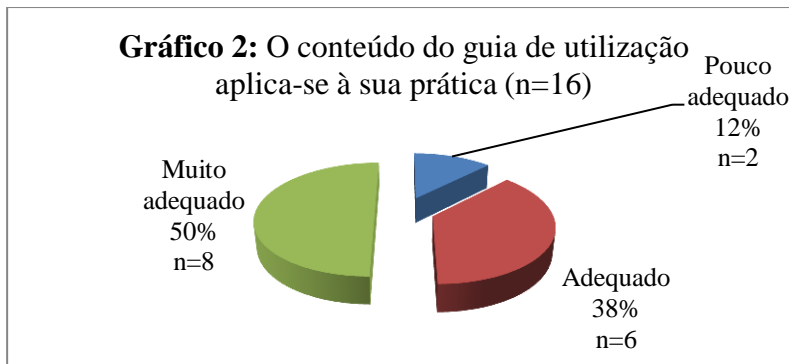
ANEXO IX - Gráficos com as respostas ao questionário elaborado para saber a aplicabilidade prática do «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»

Ao questionário acerca da pertinência e aplicabilidade prática do manual «Material existente na farmácia – guia de utilização», entregaram 16 enfermeiros (16 questionários; n=16). Este questionário foi composto por nove afirmações que tinham de ser analisadas e respondidas, segundo a escala de Likert com as seguintes categorias: **1 – Desadequado; 2 – Pouco adequado; 3 – Adequado; 4 – Muito adequado.**

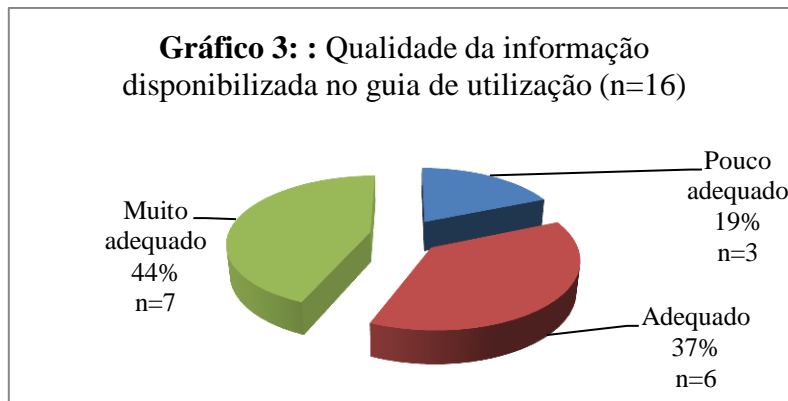
À primeira afirmação, «Pertinência do tema», 50% responderam muito adequado, 44% adequado e 6% pouco adequado (gráfico 1).



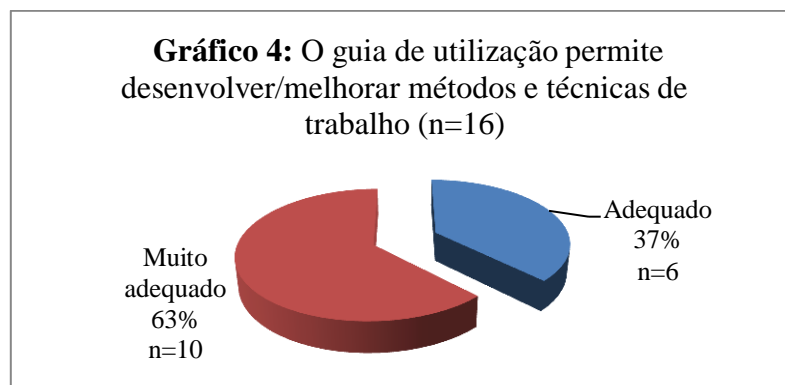
Em relação à segunda afirmação «O conteúdo do guia de utilização aplica-se à sua prática», 50% responderam muito adequado, 38% adequado e 12% pouco adequado (gráfico 2).



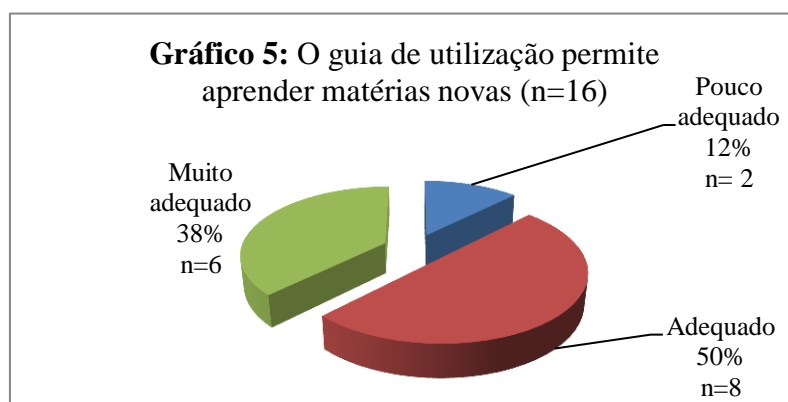
A terceira afirmação «Qualidade de informação disponibilizada no guia de utilização», teve como respostas, 44% muito adequado, 37% adequado e 19% pouco adequado (gráfico 3).



«O guia de utilização permite desenvolver/melhorar métodos e técnicas de trabalho», foi a quarta afirmação à qual 63% responderam muito adequado e 37% adequado (gráfico 4).

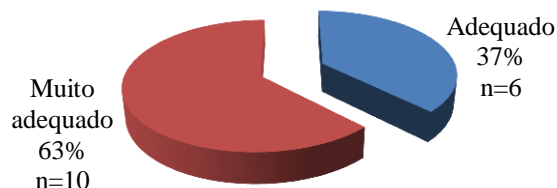


A quinta afirmação «O guia de utilização permite aprender matérias novas», 38% responderam muito adequado, 50% adequado e 12% pouco adequado (gráfico 5).



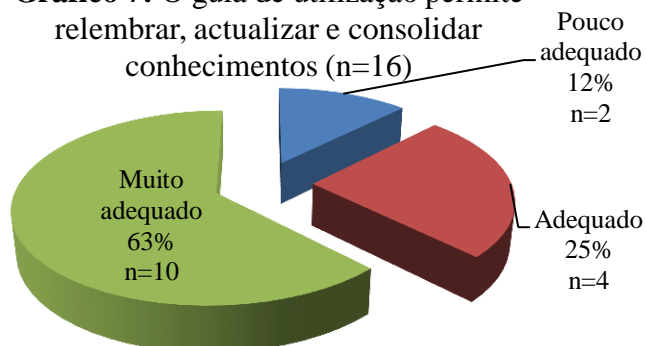
«O guia de utilização elaborado contém orientações práticas», 63% responderam muito adequado e 37% adequado (gráfico 6).

Gráfico 6: O guia de utilização elaborado contém orientações práticas (n=16)



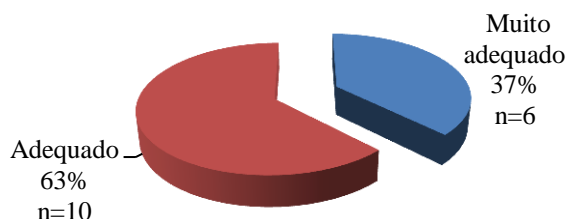
À sétima questão «O guia de utilização permite relembrar, actualizar e consolidar conhecimentos», 63% responderam muito adequado, 25% adequado e 12% pouco adequado (gráfico 7).

Gráfico 7: O guia de utilização permite relembrar, actualizar e consolidar conhecimentos (n=16)



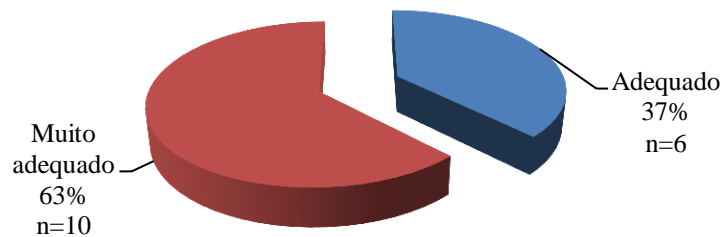
«O guia de utilização permite reflectir sobre a prática exercida» foi a penúltima afirmação, à qual 37% responderam muito adequado e 63% adequado (gráfico 8).

Gráfico 8: O guia de utilização permite reflectir sobre a prática exercida (n=16)



E por último: «O guia de utilização permite visualizar soluções para problemas práticos» responderam 63% muito adequado e 37% adequado (gráfico 9).

Gráfico 9: O guia de utilização permite visualizar soluções para problemas práticos (n=16)



ANEXO X – Certificado de acção de formação como formanda: “As necessidades dos familiares do doente crítico em Unidade de Cuidados Intensivos”



Ministério da Saúde



Direcção dos Serviços de Enfermagem

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA

Zona Central

HOSPITAL DE S. JOSÉ

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Sr.ª Enfermeira Patrícia Maninha, no âmbito das actividades de Formação em serviço desenvolvidas na Unidade de Urgência Médica, esteve presente no dia 17 de Junho de 2010, na qualidade de formanda, na Formação, subordinada ao tema "As necessidades dos Familiares do doente crítico em Unidade de Cuidados Intensivos", com a duração de 60 minutos.

Hospital de São José 18/06/2010

O Enfermeiro Chefe

(Teresa Carneiro)

ANEXO XI- Capa do novo manual: «Material de penso existente na farmácia – guia de utilização»



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



***MATERIAL DE PENSO EXISTENTE
NA FÁRMÁCIA
- GUIA DE UTILIZAÇÃO -***

Elaborado por: Enf.^a Patrícia Maninha

Novembro, 2010

ANEXO XII - Pedido de autorização, para aplicação de questionário, sobre o levantamento das necessidades formativas na ECCI

Exma. Sra. Enf.º Chefe da
Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Assunto: Pedido de autorização de aplicação de questionário

Patricia Alexandra Maninha Dias, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, pretende efectuar no âmbito do plano curricular do referido curso, mais propriamente no decorrer do Estágio que se encontra a realizar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Barreiro, a aplicação de um Questionário destinado à avaliação das necessidades de formação dos enfermeiros, em relação à temática: Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Desde de já informo que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos será assegurada pelo anonimato da identificação dos enfermeiros.

Peço autorização para aplicar o referido questionário (em anexo) no período de 04/10/2010 a 8/10/2010.

Grata pela vossa atenção.

Atenciosamente

02/10/2010

8/10 Sra. Enf.º Chefe
Helena Dias

ANEXO XIII - Questionário sobre o levantamento das necessidades formativas na
ECCI

QUESTIONÁRIO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, pretendo efectuar um Questionário, acerca da pertinência e aplicabilidade prática, em relação às necessidades formativas e hábitos existentes por parte dos enfermeiros desta Unidade de Cuidados Continuados, no âmbito da Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

Neste sentido é muito importante a sua adesão e colaboração no preenchimento deste questionário, respondendo a todos os itens.

Durante o preenchimento do questionário, analise cada afirmação e assinale com um X, a resposta correcta. Por último terá duas perguntas abertas.

Após o preenchimento coloque o questionário no envelope existente na sala da Equipa de Cuidados Continuados Integrados. O questionário é confidencial e anónimo, sendo garantido o anonimato dos participantes em todas as fases do processo.

Agradeço a entrega do mesmo até dia 15 de Outubro.

Muito obrigado pela sua colaboração

Enf.ª Patricia Maninha

1. Já alguma vez consultou documentos emanados pela Direcção Regional de Saúde relacionados com as IACS?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Já fez formação formal ou informal sobre o tema, no último ano? Se sim, quais:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>		
3. Usa fardamento quando presta cuidados de enfermagem?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Conhece os 5 momentos de desinfecção/lavagem das mãos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Conhece as recomendações de boas práticas existentes em relação à inserção, manutenção e remoção de dispositivos invasivos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Sabe que equipamento de protecção individual utiliza em cada situação?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Utiliza o equipamento de protecção individual adequado, consoante cada situação?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Conhece as recomendações de boas práticas em relação ao material corto-perfurante?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Promove a desinfecção da mala e material não crítico (estetoscópio, máquina de glicemia capilar, tesoura, etc.) por rotina e sempre que necessário?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Faz formação aos cuidadores informais e/ou família sobre a prevenção de infecção?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

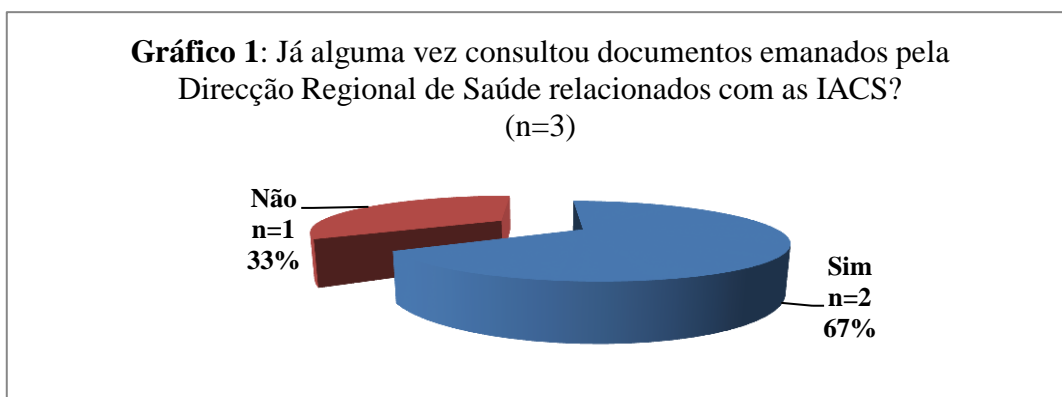
11. Quais as suas necessidades formativas em relação a esta temática?

12. Quais as estratégias que acha necessário implementar para diminuir o risco de transmissão cruzada de infecção, de modo a prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?

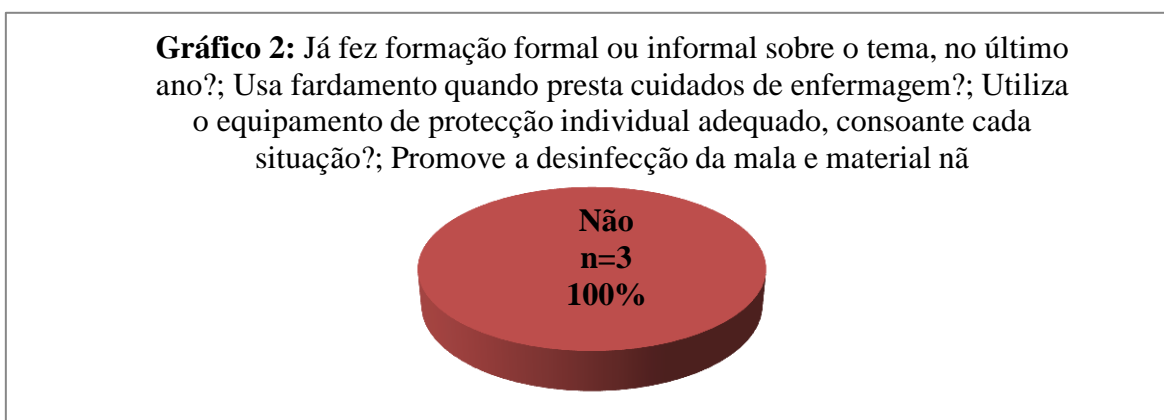
ANEXO XIV - Levantamento das necessidades formativas na ECCI

Ao questionário efectuado com o objectivo de fazer levantamento das necessidades formativas e hábitos existentes por parte dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados foram preenchidos três (n=3). Este foi composto por 10 perguntas de resposta Sim ou Não. A pergunta 2 (se a resposta fosse sim), a 11 e a 12 eram abertas.

À questão 1: «Já alguma vez consultou documentos emanados pela Direcção Regional de Saúde relacionados com as IACS?» 67% respondeu que sim e 33% não (gráfico 1).



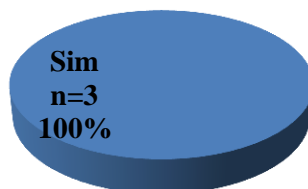
Na segunda questão «já fez formação formal ou informal sobre o tema, no último ano?», na terceira «usa fardamento quando presta cuidados de enfermagem?», na sétima «utiliza o equipamento de protecção individual adequado, consoante cada situação?» e na nona questão, «promove a desinfeção da mala e material não crítico (estetoscópio, máquina de glicemia capilar, tesoura, etc.) por rotina e sempre que necessário?» as respostas foram não em 100% (gráfico 2).



Na quarta questão, «conhece os 5 momentos de desinfeção/lavagem das mãos?», na sexta «sabe que equipamento de protecção individual utiliza em cada situação?» e na

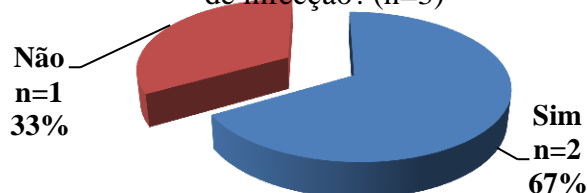
oitava «conhece as recomendações de boas práticas em relação ao material corto-perfurante?», as respostas foram sim em 100% dos inquiridos (gráfico 3).

Gráfico 3: Conhece os 5 momentos de desinfecção/lavagem das mãos?; Sabe que equipamento de protecção individual utiliza em cada situação?; Conhece as recomendações de boas práticas em relação ao material corto-perfurante? (n=3)



Em relação à questão 5, «conhece as recomendações de boas práticas existentes em relação à inserção, manutenção e remoção de dispositivos invasivos?» e à décima: «faz formação aos cuidadores informais e/ou família sobre a prevenção de infecção?», 67% responderam que sim e 33% dos enfermeiros responderam não.

Gráfico 4: Conhece as recomendações de boas práticas existentes em relação à inserção, manutenção e remoção de dispositivos invasivos?; Faz formação aos cuidadores informais e/ou família sobre a prevenção de infecção? (n=3)



Em relação à pergunta aberta 11, «Quais as suas necessidades formativas em relação a esta temática?», todos os enfermeiros responderam e identificaram necessidades formativas descritas na tabela 1.

Tabela 1: Resposta à questão 11 (n=3)

N.º de respostas = 3

Questão 11 – Quais as suas necessidades formativas em relação a esta temática?	n
• «Follow-up das matérias»	1
• «Toda a formação em contexto domiciliário»	1
• «Toda a formação que contenha dados concretos, que possam influenciar a mudança de comportamentos»	1
Total	3

Na pergunta 12 «Quais as estratégias que acha necessário implementar para diminuir o risco de transmissão cruzada de infecção de modo a prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?» só um enfermeiro é que respondeu (tabela 2).

Tabela 2: Resposta à questão 12 (n=3)

N.º de respostas = 1

<i>Questão 12 – «Quais as estratégias que acha necessário implementar para diminuir o risco de transmissão cruzada de infecção de modo a prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?»</i>	n
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Na minha prática clínica não observo casos de transmissão cruzada de infecção, de qualquer forma, é necessário melhorar a formação dos profissionais de forma a alterar comportamentos e assim contribuir para a Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde”</i> 	1
Total	1

ANEXO XV - Folheto informativo para divulgação da acção de formação: «IACS»



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Acção de formação: *«Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde»*

Dia 02/11/2010 às 14h30'

Formador: Enf.^a Patricia Maninha,
sob orientação: Enf.^a Helena Dias

ANEXO XVI - Certificado da apresentação da acção de formação: «IACS»

Para os devidos efeitos declaro que a Sr.^a Enf.^a Patricia Maninha, apresentou uma sessão formativa com o tema: "INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE", realizada nas instalações da UCC, no dia 02 de Novembro de 2010, com a duração de 90 minutos.

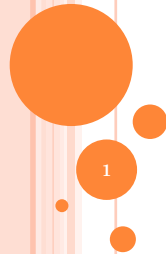
Barreiro, 20 de Novembro de 2010

G.I.S. Sr. Tufesclape
Rafaela
Helena Reis

ANEXO XVII - Diapositivos utilizados na acção de formação: «IACS»



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Elaborado por: Enf.^a Patricia Maninha
Orientação: Enf.^a Helena Dias

OBJECTIVOS

- Alertar os enfermeiros para a importância da Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde;
- Apresentar o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde de 2007;
- Relembrar procedimentos (higienização das mãos, utilização de equipamento de protecção individual, cuidados a ter com material corto perfurante.)
- Apresentar estratégias que permitam prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- Partilhar experiências e esclarecer de dúvidas.

2

CONTEÚDO

- Apresentação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde (PNCI);
- Princípios orientadores das precauções universais;
- Medidas básicas de Prevenção e controlo das IAC'S
- Higiene das mãos;
- Equipamento de protecção individual;
- Uso correcto de material corto perfurante;
- Prevenção das IAC'S em Cuidados Continuados;
- Partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas.

3

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI)

«A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.»
(PNCI 2007, p.4)

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



4

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI)



OMS através da World Alliance for Patient Safety



2005/2006 ↓ IACS



Clean Care is Safer Care

5

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI)

- Portugal
- Último inquérito de prevalência (Maio 2003)
- 67 hospitais e 16373 doentes;
- Prevalência de 8,7% de doentes com IACS e destes 22,7% de doentes com infecção adquirida na comunidade;
- Dados disponíveis sobre as infecções provocadas por agentes resistentes demonstram que 20 a 25% podem resultar do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade.

6

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E
CONTROLO DA INFECCÃO ASSOCIADA AOS
CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI)

- DGS «reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afectando não só a qualidade de prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos directos e indirectos do sistema de saúde» (PNCI 2007, p. 7)

7

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E
CONTROLO DA INFECCÃO ASSOCIADA AOS
CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI)

«4. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

4.1. Finalidade do Programa

- *Diminuir, a nível nacional, a incidência da IACS.*

4.2. Objectivos Gerais

- *Conhecer, com rigor e de forma continuada, a incidência e a natureza da IACS nas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde com maior risco de infecção;*
- *Diminuir a IACS nas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde.*

4.4. População alvo

- Utilizadores da rede de cuidados de saúde primários;*
- Utilizadores da rede de cuidados hospitalares;*
- Utilizadores da rede de cuidados continuados;*
- ... » (PNCI 2007, p.8)*

8

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI)

Estratégias de organização

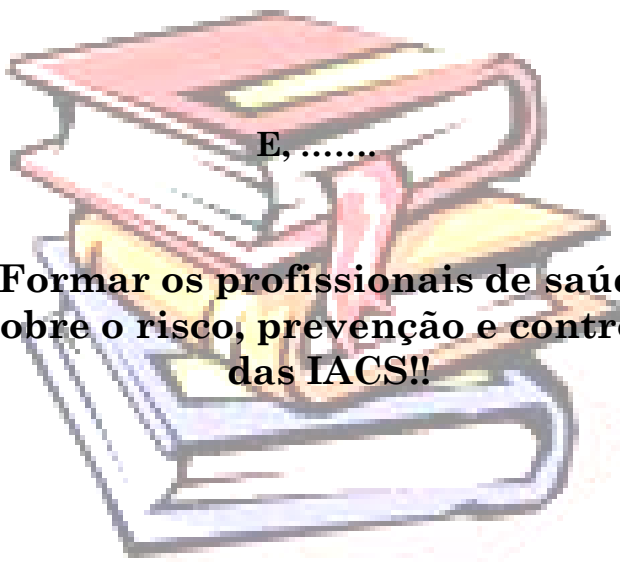
«Definir e implementar um sistema de detecção da IACS no ambulatório, incluindo a infecção adquirida no hospital mas diagnosticada após a alta ou a resultante da prestação de cuidados de saúde» (PNCI 2007, p.10)

9

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI)

- Estabelecer orientações de boa prática baseadas na evidência;
- Adotar um manual de procedimentos;
- Realizar sistematicamente auditorias internas aos procedimentos e às estruturas da prevenção e controlo das IACS;
- Promover a investigação na área dos mecanismos, impacto e prevenção das IACS;
- Disponibilizar mais e melhor informação ao utilizador da rede de prestação de cuidados;

10



E,


Formar os profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controlo das IACS!!

11

<http://sacescola.blogspot.com/2010/11/dia-internacional-do-livro.html>

PRINCÍPIOS ORIENTADORES DAS PRECAUÇÕES UNIVERSAIS

- Todos os doentes estão infectados;
- Todo o sangue ou fluidos corporais podem estar contaminados;
- Todas os objectos cortopunzantes usados estão contaminados.



<http://www.mulherbeleza.com.br/dieta/dieta-do-sangue/>

12

MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS IACS

- Higiene das mãos;
- Utilização de equipamento de protecção individual;
- Boas práticas em todos os procedimentos invasivos;
- Higiene do ambiente;
- Uso correcto de material corto perfurante;
- Formação dos profissionais de saúde e prestadores de cuidados.

13

HIGIENE DAS MÃOS

Deve ser considerado o acto mais importante para prevenção e controle das infecções.

A transmissão cruzada de microrganismos através das mãos dos profissionais de saúde na prestação de cuidados é uma das principais causas de IACS;

A higiene das mãos praticada de acordo com as recomendações é uma das medidas mais eficazes na prevenção das IACS;

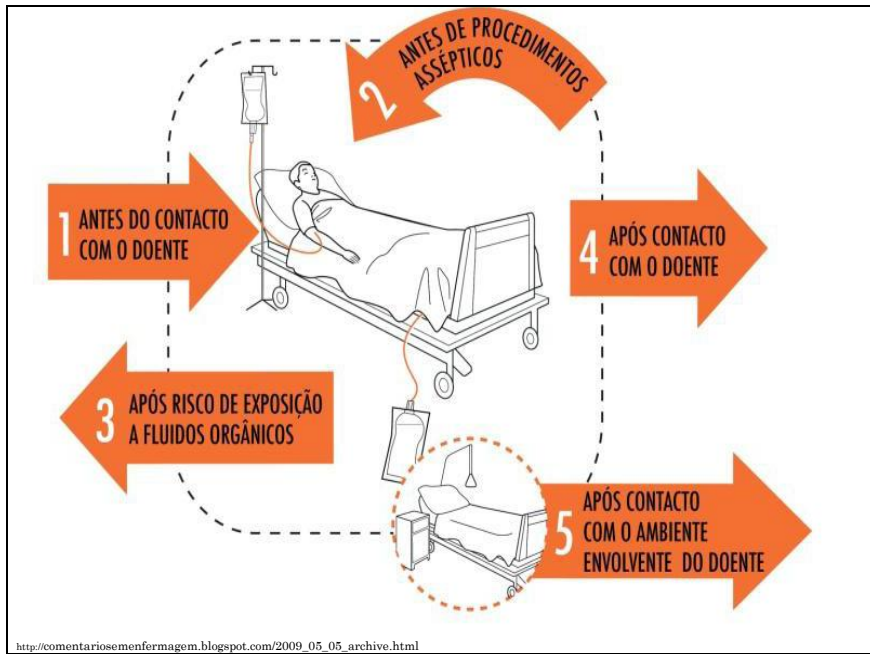
Existem estudos que demonstram que a adesão a esta prática nas unidades de saúde não ultrapassa os 50%.

*medidas simples
salvam vidas*



<http://www.dgs.pt/>

Adapted with permission from the World Health Organization



Já lavou as suas mãos hoje?

Dia Mundial da Lavagem das Mãos
15 de Outubro de 2008

16

Comissão de Controlo de Infecção - Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente

http://www.iscsp.pt/contaminacao/contaminacao/DM_LM_FINALISSIMO.pdf



HIGIENE DAS MÃOS

Dividem-se em 3 tipos:

1º Lavagem higiénica (com sabão líquido hipoalergénico);

2º Anti-sepsia higiénica (apenas com solução alcoólica);

~~3º Anti-sepsia cirúrgica~~

HIGIENE DAS MÃOS

RELEMBRAR:

- Mãos visivelmente sujas, e ou contaminadas com matéria orgânica têm **sempre** que ser lavadas com água e sabão. A Lavagem higiênica das mãos deve respeitar o tempo de acção de 30 segundos.
- Não devem existir jóias e as unhas devem ser curtas, limpas e livres de verniz ou unhas de gel;
- As mãos quando esfregadas com solução alcoólica (Promanum), deve ser 3 ml de solução diluída durante 30 segundos (até ficarem secas);
- Higienizar as mãos antes e após retirar luvas;
- Deve utilizar um creme hidratante com regularidade, para prevenir a desidratação cutânea e consequentemente o aparecimento de fissuras e irritação.

19

Equipamentos de Protecção Individual (EPI)

20



EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)

- Luvas;
- Avental/ Bata;
- Máscara/Respirador;
- Protectores Oculares.

23

EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)

- Adequar as barreiras protectoras aos procedimentos;
- Cumprir as regras de colocação e remoção das mesmas;
- Formar e treinar profissionais e educar doentes e familiares para a correcta utilização dos EPI's.

24

UTILIZAÇÃO DE LUVAS

É uma barreira de protecção,

Mas,

**Usado indevidamente pode ser
um veículo de transmissão de
microrganismos!!**

25

<http://www.raclac.pt/index.php?cPath=47&osCsid=30450255c668d7b06a6a9dd96f7d32f>

UTILIZAÇÃO DE LUVAS REGRAS BÁSICAS:

- Utilizar para:
 - procedimentos invasivos;
 - Contactos com locais estéreis;
 - Pele não intacta;
 - Membranas e mucosas;
 - Sempre que haja risco de exposição a sangue, secreções, excreções e fluidos orgânicos.
- Devem-se colocar imediatamente antes de tocar em pele não intacta ou em membranas mucosas;

26

UTILIZAÇÃO DE LUVAS

REGRAS BÁSICAS:

- Adequar o tamanho da luva ao utilizador;
- Lavar as mãos antes e depois de utilizar as luvas.
- Mudar de luvas sempre que se rasguem;
- Não lavar as mãos enluvadas para evitar mudar de luvas;
- Mudar de luvas entre procedimentos ou após contacto com material que possa possuir grande quantidade de microrganismos
- As luvas são de uso único;
- As luvas devem ser retiradas logo após a sua utilização – pára a cadeia de transmissão!

27

AVENTAL/BATA

- Impede que se conspurque o fardamento e pele durante procedimentos;
- Protege os utentes da transmissão cruzada da infecção;
- Usar sempre que haja risco de exposição da roupa ou da pele a sangue, fluidos orgânicos, secreções e/ou de excreções;
- Deve ser removido, logo que possível, efectuando-se de seguida a higienização das mãos.

28

MÁSCARAS E PROTECÇÃO DOS OLHOS E FACE

- Indicado em procedimentos em que existe risco de produção de salpicos ou de “aerossois”, de secreções ou excreções, sangue, etc.

29

http://www.fibracirurgica.com.br/produtos/detalhe.php?ref=1845&li_mhais=8



- As máscaras são também utilizadas para protecção do doente em procedimentos invasivos;
- As máscaras devem ser seleccionadas consoante o diagnóstico do doente e assim consoante a eficácia da filtração necessária;
- Com uma eficácia de filtração de pelo menos 95%.

30

MASCARA DE ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO P1 (MODELO “BICO DE PATO” E FIXA COM ELÁSTICOS)

- Máscara com maior cobertura e melhor ajuste facial que as “cirurgicas”;
- Máscara indicada para circulação de doentes imunodeprimidos ou com tuberculose respiratória (pulmonar ou laríngea) activa ou suspeita.

31

RESPIRADORES PARTÍCULAS P2 E P3

No contexto UCC, em doentes com tuberculose bacífera declarada

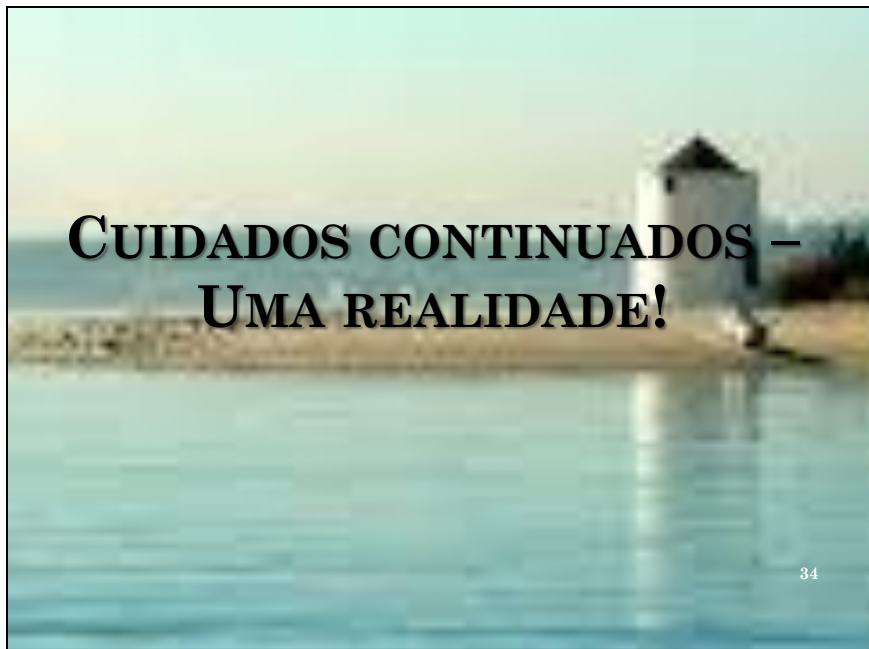


32

USO CORRECTO DO MATERIAL CORTO PERFURANTE

- O material deve ser depositado em contentor próprio, imediatamente após o uso pelo utilizador
- Colocar os contentores num local acessível e seguro;
- As agulhas não devem ser partidas nem dobradas antes ou após a sua utilização nem se deve reembainhar;
- As seringas não devem ser separadas da agulha manualmente, após sua utilização;
- Elaborar e divulgar normas de prevenção de acidentes por picada ou corte de actuação pós-acidente.

33



NO CARRO DEVE TER:

- Farda
- Um recipiente de plástico ou caixa de plástico para guardar a mala de enfermagem e restante material necessário;
- água destilada ou soro fisiológico estéril, para no caso , de ter que efectuar lavagem ocular, devido a exposição a fluidos orgânicos;
- Mala de enfermagem.

35

PREVENÇÃO DAS IACS EM CUIDADOS CONTINUADOS

Mala de enfermagem:

- O interior da mala de enfermagem deve ser vista como uma área limpa;
- No domicílio do doente escolha a área visivelmente mais limpa para pousar a mala. Pode recorrer a jornais ou um saco plástico, para servir de apoio para a mesma;
- Abrir e fechar o menor número de vezes a mala de enfermagem;
- Manter a mala fechada durante a prestação de cuidados;
- A mala de enfermagem não deve estar sujeita a temperaturas elevadas, ou permanecer no carro durante longos períodos.
- Deve ser de material facilmente lavável.
- Lavar a mala sempre que se encontre visivelmente suja e uma vez por mês.

36

PREVENÇÃO DAS IACS EM CUIDADOS CONTINUADOS

- Cumprir as medidas básicas de prevenção e controlo das IAC's;
- Desinfetar o material não crítico (máquina de glicemia, etc.) com regularidade, e sempre que se encontre visivelmente sujo;
- Sempre que possível, utilizar material descartável, e/ou guardar o material necessário, no domicílio do doente;
- O enfermeiro deve ensinar o utente e/ou cuidador para a prevenção das IAC's.

37



BIBLIOGRAFIA

- LEÇA, Ana [et al] - Programa nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização. **Direcção-Geral da Saúde**; 2008 [Consul. 2010-09-27]. Disponível em [www.http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP-ManualdeOperacionalizacao.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP-ManualdeOperacionalizacao.pdf)
- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar - Lavagem e desinfeção das mãos. Hospital de Santa Maria. Norma n.º 3/2002; [Consul. 2010-09-27]. Disponível em <http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Maos.pdf>
- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar – Utilização de Luvas. Hospital de Santa Maria. Norma n.º 6/2002; [Consul. 2010-09-27]. Disponível em <http://www.chln.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/luvas.pdf>
- Recomendações para as precauções de isolamento – Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão. [Consul. 2010-09-27]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf>

ANEXO XVIII - Questionário para avaliação da acção de formação: «IACS»

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação: “Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”

Nome do Formador: Enf.ª Patricia Maninha

Data: 02/11/2010

Local: Centro de Saúde Quinta da Lomba – E.C.C.I.

Na procura da qualidade e melhoria contínua do processo formativo, propõe-se uma breve apreciação sobre a qualidade da sessão formativa fornecida.

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada.

Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
5. A Prestação do Formador:					
5.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
5.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
5.3 Utilização e domínio dos recursos didácticos?					
5.4 Documentação fornecida?					

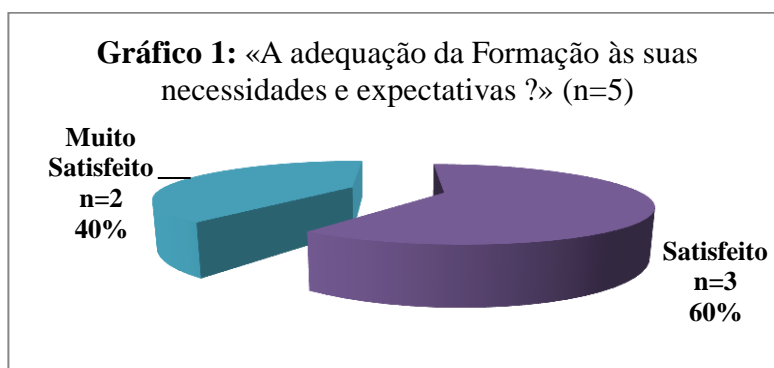
6. Sugestões para melhorar os aspectos anteriores menos positivos:

Obrigado pela sua colaboração!

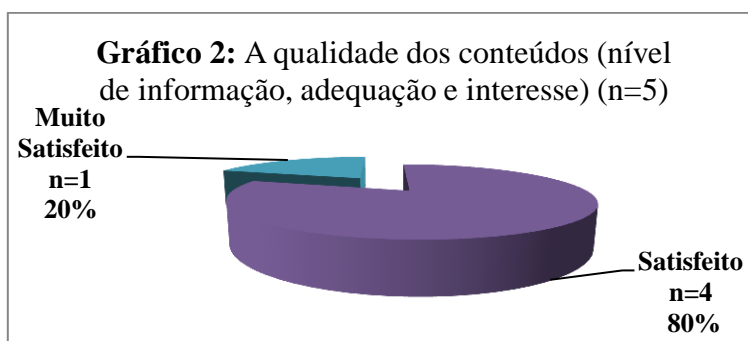
ANEXO XIX - Avaliação da acção de formação: «IACS»

Ao questionário efectuado para avaliação da acção de formação: «Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde» foram preenchidos cinco (n=5). Este foi composto por oito perguntas que tinham de ser analisadas e respondidas, segundo a escala de Likert com as seguintes categorias: **1 – Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Nem satisfeito/Nem insatisfeito; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito.** A afirmação 6 era aberta.

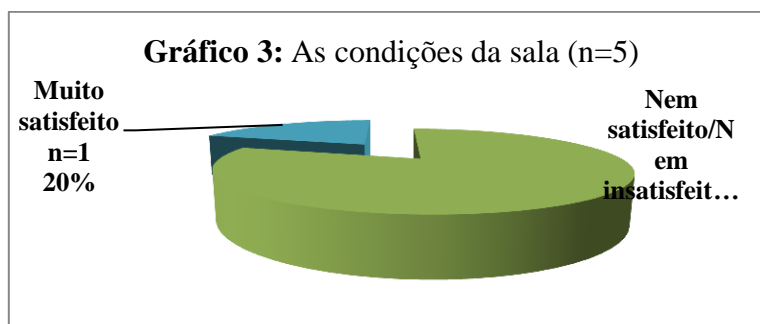
À questão 1 «a adequação da formação às suas necessidades e expectativas», 40% responderam muito satisfeito e 60% satisfeito (gráfico 1).



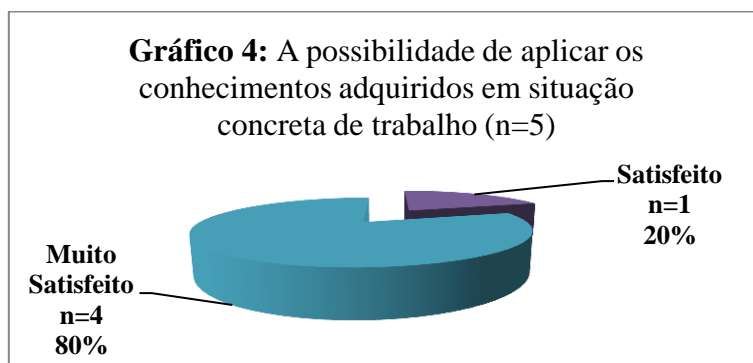
A pergunta 2 «A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse), 20% responderam muito satisfeito e 80% satisfeito (gráfico 2)



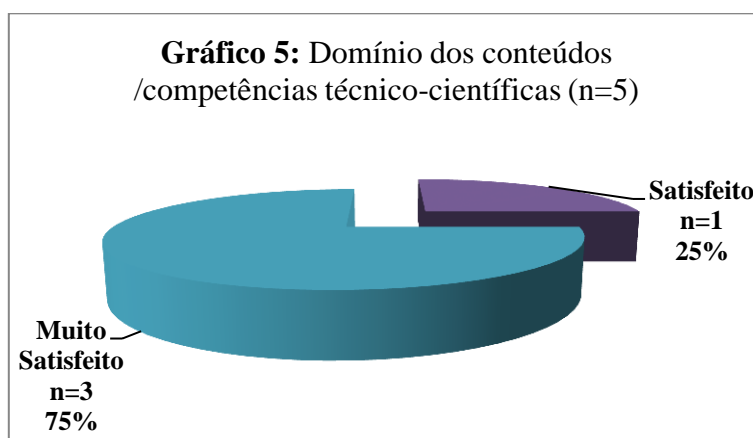
Como é visível no gráfico 3, 20% dos inquiridos encontravam-se muito satisfeitos com «as condições da sala» (questão 3), e 80% nem satisfeito/nem insatisfeito.



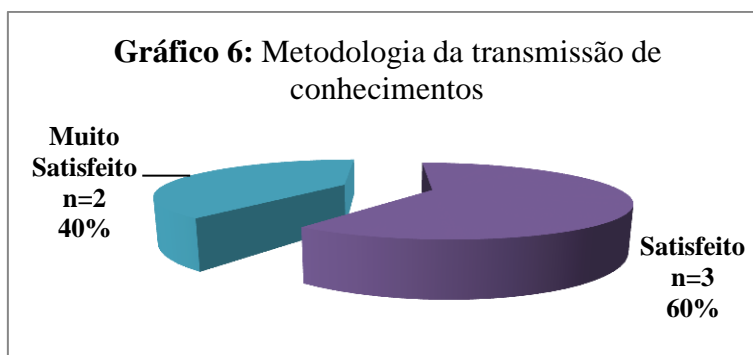
Na questão 4, «A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho», 80% responderam muito satisfeito e 20% satisfeito (gráfico 4).



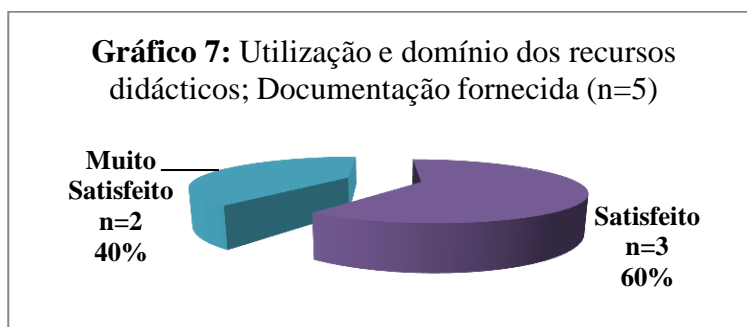
À questão 5.1, em relação à prestação do formador «Domínio dos conteúdos/competências técnico-científicas», 75% dos formandos encontrava-se muito satisfeito e 25% satisfeito (gráfico 5).



Na 5.2 questão «metodologia da transmissão de conhecimentos», 40% encontrava-se muito satisfeito e 60% satisfeito (gráfico 6)



Em relação às questões 5.3 e 5.4 «Utilização e domínio dos recursos didáticos» e «Documentação fornecida», 40% dos enfermeiros encontravam-se muito satisfeitos e 60% satisfeitos (gráfico 7). Não houve resposta à afirmação 6.



ANEXO XX - Diapositivos utilizados na acção de formação: «IACS», dada às
ajudantes familiares

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE

Elaborado por: Enf.ª Patricia Maninha
Orientação: Enf.ª Helena Dias

Destinatários

Ajudantes de apoio familiar

Objectivos

- Sensibilizar para a importância da infecção associada aos cuidados de saúde;
- Adquirir e aprofundar conhecimentos inerentes à prevenção de infecção, associada à prestação de cuidados;
- Partilhar experiências;
- Promover esclarecimento de dúvidas.

Conteúdo

- Definição de infecção associada aos cuidados de saúde;
- Higienização das mãos;
- Equipamento de proteção individual;
- Prevenção da infecção da cavidade oral;
- Prevenção de infecções oculares;
- Prevenção das infecções urinárias;
- Prevenção da infecção da Colostomia;
- Cuidados a ter com a roupa;
- Partilha e esclarecimento de dúvidas.

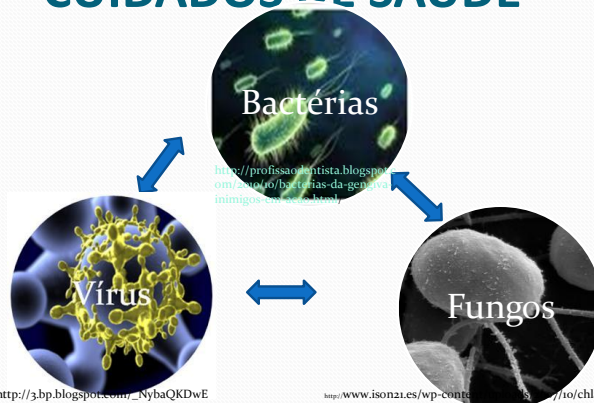
DECRETO-LEI N.º 141/89 DE 28 DE ABRIL

«ARTIGO 2.º

Ajudantes familiares

Para efeitos do presente diploma, ajudantes familiares são as pessoas que, em articulação com instituições de suporte, prestam serviços domiciliários imprescindíveis à normalidade da vida da família nos casos em que os mesmos serviços não possam ser prestados pelos seus membros.»

INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



http://3.bp.blogspot.com/_NybaQKDwE/DM/TFYAh3Q_BQI/AAAAAAAAAAs/EB28b6wXqFc/st600/virusflor.jpg

http://www.ison21.es/wp-content/uploads/2010/07/chlamydomonas_10000x.jpg

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

medidas simples salvam vidas



Adapted with permission from Canada's Hand Hygiene Campaign

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

Já lavou as suas mãos hoje?

Dia Mundial da Lavagem das Mãos
15 de Outubro de 2008

Comissão de Controlo de Infecção – Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

7

http://www.hsan.mn/saudept/conten/s/pdfs/evntos/DM_LM_FINALISSMO.pdf

Face dorsal **Face palmar**

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

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

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

A lavagem das mãos deve ser uma rotina de todos!

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

11

Desinfecção com solução alcoólica

É a alternativa à lavagem das mãos, quando estas não se encontram visivelmente sujas

Como proceder?

Aplicar nas mãos secas 2 a 3 ml de solução alcoólica e friccionar todas as áreas das mãos, uma contra a outra, até que a solução evapore e as mãos estejam secas

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

12

Fricção Anti-séptica das mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.

⌚ Duração total do procedimento: 20-30 seg.

Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies

Esfregue as palmas das mãos, uma na outra

Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice-versa

As palmas das mãos com dedos entrelaçados

Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados

Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice-versa

Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice-versa

Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

<http://www.digs.pt/>
 WORLD ALLIANCE FOR PROMOTING SAFETY
 SOMOS

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

não dê boleia às infeções

A higiene das mãos é essencial. Vamos prevenir e controlar a infeção. Adira às boas práticas de higiene.

medidas simples salvam vidas

<http://www.digs.pt/>
 WORLD ALLIANCE FOR PROMOTING SAFETY
 SOMOS

uma solução simples que salva vidas

A higiene das mãos é essencial. Vamos prevenir e controlar a infeção. Use a solução anti-séptica de base alcoólica. São só 20-30 segundos.

medidas simples salvam vidas

<http://www.digs.pt/>
 WORLD ALLIANCE FOR PROMOTING SAFETY
 SOMOS

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

Equipamentos de protecção individual (EPI)

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de
Saúde na Comunidade

15





Equipamento de protecção individual (EPI)

- Luvas;
- Avental/ Bata ;
- Máscara (utilizar quando os utentes/profissionais apresentam infeções respiratórias);

Utilização de luvas

É uma barreira de protecção,

Mas,

**Usado indevidamente pode ser um
veículo de transmissão de
microrganismos!!**

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de
Saúde na Comunidade

19

Utilização de luvas

Regras básicas:

- Usar sempre que se prevê o contacto com produtos biológicos, ou seja, sangue, urina, fezes, ...(excepto o suor), e em contacto com a pele não integra (feridas) e mucosas;
- Adequar o tamanho da luva ao utilizador;
- Lavar as mãos antes e depois de utilizar as luvas.
- Mudar de luvas sempre que se rasguem;
- Não lavar as mãos enluvasadas para evitar mudar de luvas;
- Mudar de luvas entre procedimentos (ex: depois de se mudar uma fralda, etc.);
- As luvas são de uso único.

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de
Saúde na Comunidade

20

Utilização de luvas

Objectivos:

- Proteger o doente
- Proteger o prestador de cuidados

Não é necessária utilização de luvas:

- Banho do utente, **excepto na higiene oral ou se estiver sujo com sangue, urina, fezes, ..., ou se este tiver doenças de pele.**
- Fazer as camas.



<http://curandodermatitopatologica.files.wordpress.com/2010/05/imag040.jpg>

Importante

A utilização de um creme hidratante regular, para proteger a pele das mãos.

Equipamento de protecção individual (EPI)

- Luvas;
- Avental/ Bata (utilizar durante os cuidados de higiene);
- Máscara (utilizar quando os doentes/profissionais apresentam infecções respiratórias);

Bata/Avental

- Impede que se conspurque o fardamento e pele durante procedimentos;
- Protege os utentes da transmissão cruzada da infecção;
- Deve ser removido, logo que possível, efectuando-se de seguida a higienização das mãos.

Equipamento de protecção individual (EPI)

Como colocar os EPI'S?

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

27



Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

28

Como retirar os EPI'S?

1º
Luvas

2º
Avental

3º
Máscara

Higiene oral

É importante efectuar a higiene oral da pessoa dependente, pelo menos 2 vezes por dia, uma de manhã, e outra ao deitar, para prevenir o aparecimento de infecções, pois o mau estado de higiene, provoca o crescimento de bactérias.

Higiene oral

- No caso de haver próteses dentárias removíveis, sejam elas dos dentes todos ou apenas de alguns, devem-se retirar e proceder à sua escovagem.
- Todas as noites devem ser colocadas num copo com água e feita a sua desinfecção.

Prevenção das infecções oculares

No cliente dependente, lavar os olhos com água ou soro fisiológico do canto interno do olho para o externo

Prevenção das infecções oculares

Sinais de alerta

- Dor/ardor
- Olho vermelho
- Comichão
- Lacrimejo
- Secreções oculares (ramelas)

Prevenção das infecções urinárias

Na pessoa algaliada:

- Lavar os genitais diariamente com água e sabão:
 - na mulher - de frente para trás,
 - no homem - arregaçar o prepúcio, para lavar, e de seguida puxá-lo para a frente.
- Ao mudar o saco colector, ter cuidado para não tocar com a ponta do mesmo e da algália em sitio nenhum, para não ficar infectado;
- Preferir sempre um saco colector com torneira.

Prevenção das infecções urinárias

No homem com dispositivo urinário externo (Pen-rose)

- Retirar o dispositivo diariamente para proceder à higiene dos órgãos genitais;
- Torne a colocá-lo sobre a pele bem limpa e seca e sem pêlos (pode ser necessário rapar a zona), agarrando a ponta e desenrolando-o ao longo do pénis;
- Fixe-o com uma tira de adesivo colocada em espiral;

Prevenção das infecções urinárias

Sinais de alerta

Dor /ardor a urinar
Urina com sedimento ou sangue
Febre
Urinar com frequência

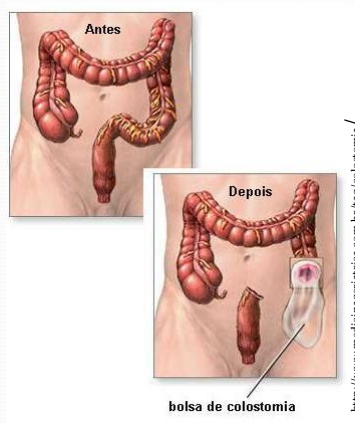
Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de
Saúde na Comunidade

37

Colostomia

O que é?

É a união à parede abdominal do intestino grosso (cólon), para permitir a saída de fezes e ar.



Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de
Saúde na Comunidade

38



Prevenção da infecção da Colostomia

Cuidados a ter com o estoma:

- Manter a pele que está por baixo do saco limpa e seca;
- Limpar a pele à volta do estoma com água morna e sabão neutro, ou com papel higiénico, sem esfregar;
- Não utilizar produtos irritantes (perfumes, álcool, éter, sabonetes ou cremes sem pH neutro, etc.)
- Não utilizar cremes depilatórios, nem rapar os pelos em redor do estoma;
- Colocar o saco, dependendo da posição em que se vai permanecer mais tempo, para que fique bem adaptado, impedindo assim a fuga das fezes;
- Quando se muda o saco, deve-se retirar delicadamente, no sentido do crescimento dos pelos.

Cuidados a ter com a roupa suja

Imediatamente após acabar de prestar cuidados de higiene, colocar a roupa num saco plástico, ou recipiente próprio para o efeito

e

Nunca colocar a roupa suja no chão!!!

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde na Comunidade

41



http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.reporternet.jor.br/wp-content/uploads/2010/10/tira-duvidas.jpg&imgrefurl=http://www.reporternet.jor.br/alguma-duvida-pergunta-20-10-10/&img..._Oy3lPp3dIPW725p2G4NLeV4&hl=pt-pt&start=8&zoom=&thumb=17716KPAUgJWM&from=us&from=us&prev=/images%3Fq%3Dduvidas%3D1%3Dpt-pt%26btv%3D177%26btv%3D%26t%3Dsch&itbs=&iact=r&dur=47&ei=mzkuTZDPElshAcrrNjC6&oei=mzkuTZDPElshAcrrNjC6&esq=8&page=8&ndsp=12&ved=tt421r-o:8&tx

BIBLIOGRAFIA

- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar - Lavagem e desinfecção das mãos. Hospital de Santa Maria. Norma n.º 3/2002; [Consul. 2010-09-27]. Disponível em <http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Maos.pdf>
- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar – Utilização de Luvas. Hospital de Santa Maria. Norma n.º 6/2002; [Consul. 2010-09-27]. Disponível em <http://www.chln.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/luvas.pdf>
- www.dgs.pt/
- Decreto-Lei n.º 141/89 de 28 de Abril. [Consul. 2010-09-27]. Disponível em <http://portal.ua.pt/projectos/resea/legis/211.htm>

ANEXO XXI - Certificado da apresentação da acção de formação: «IACS», dada às
ajudantes familiares

Unidade de Cuidados na Comunidade do Barreiro

Para os devidos efeitos declaro que a Sr.^a Enf.^a Patricia Maninha, apresentou uma sessão formativa com o tema:

“PREVENÇÃO DA INFECÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE”,

realizada na Santa Casa da Misericórdia do Barreiro, no dia 27 de Outubro de 2010, com a duração de 120 minutos.

Barreiro, 20 de Novembro de 2010


*Me. Sa. C. de C. de
H. de C. de C.*

























ANEXO XXII – Tabela de registo de observação



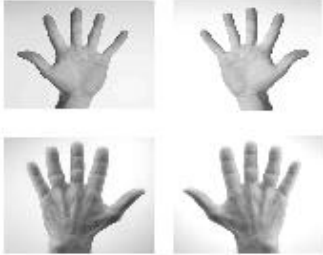



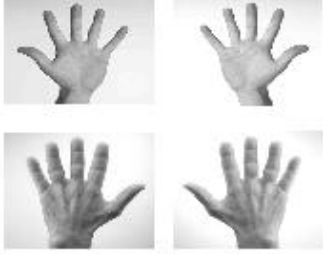

Tabela de observação para avaliação da eficácia de desinfeção das mãos com solução alcoólica

A primeira coluna corresponderá a cada formando. Na segunda coluna irei efectuar registo da visualização de microrganismos existentes nas mãos antes da desinfeção com solução alcoólica, e na terceira coluna o registo é feito após a desinfeção alcoólica das mãos.

Todos os registos serão efectuados, segundo a seguinte legenda:

 Área não desinfectada

	Antes da desinfeção		Depois da desinfeção	
1				
				
2				
				
3				
				

	Antes da desinfecção	Depois da desinfecção
4		
5		
6		
7		

ANEXO XXIII – Tratamento de dados, relacionado com a tabela de observação

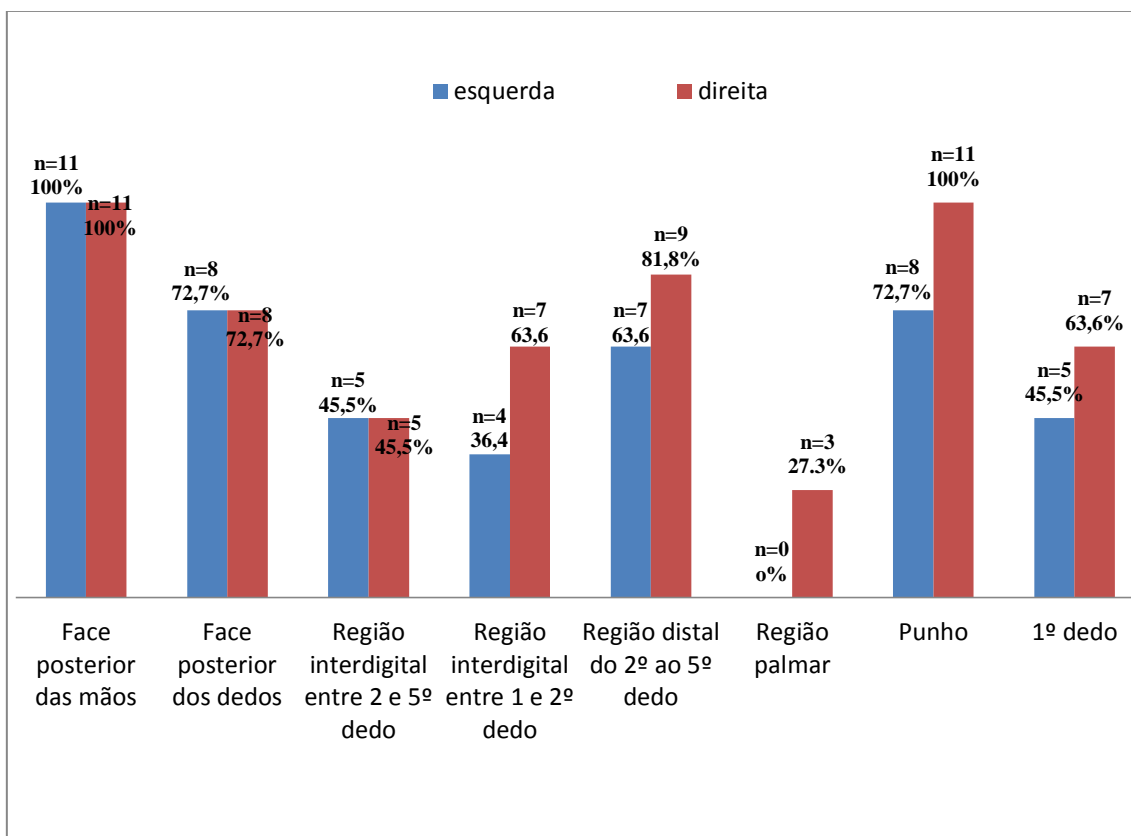


Gráfico 1: Áreas das mãos mal desinfectadas, após desinfectação com solução alcoólica (n=11)

RESULTADO

A área das mãos mal desinfectadas, após higienização com solução alcoólica, foram evidentes, pois 100% das formandas que realizaram o teste não desinfectaram convenientemente a face posterior das mãos, 72,7% não desinfectaram a face posterior dos dedos e 45,5% não desinfectaram a região interdigital entre o 2º e 5º dedo.

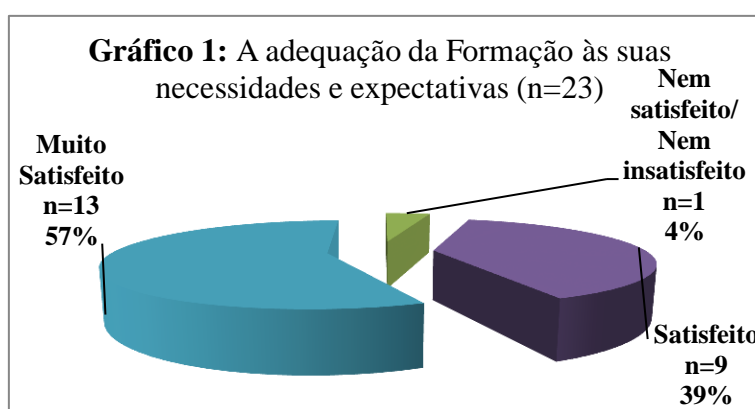
Nas outras regiões da mão existe um forte evidência que a mão direita foi pior higienizada que a esquerda. Assim, na região interdigital entre o primeiro e segundo dedo 36,4% das formandas higienizaram mal a mão esquerda e 63,6% a mão direita; Da região distal do segundo ao quinto dedo, a percentagem de falha de higienização é de 63,6% para a mão esquerda e 81,8% para a mão direita; na região palmar só 27,3% desinfectaram mal a mão direita, não se constatando falha da higienização da mão esquerda.

72,7% dos formandos que fizeram o teste desinfectaram deficientemente o punho esquerdo e o direito não foi desinfectado por ninguém (100%). O primeiro dedo da mão esquerda não foi higienizado por 45,5% e 63,3% não desinfectaram o da mão direita.

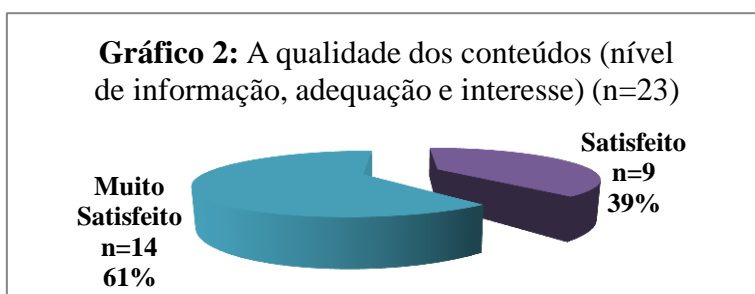
ANEXO XXIV - Avaliação da acção de formação: «IACS», apresentada às ajudantes familiares

Foram preenchidos vinte e três questionários (n=23) com o objectivo de efectuar a avaliação da acção de formação «Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde na comunidade». Este foi composto por oito perguntas que tinham de ser analisadas, e respondidas segundo a escala de Likert com as seguintes categorias: **1 – Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Nem satisfeito/Nem insatisfeito; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito.** A afirmação 6 era aberta.

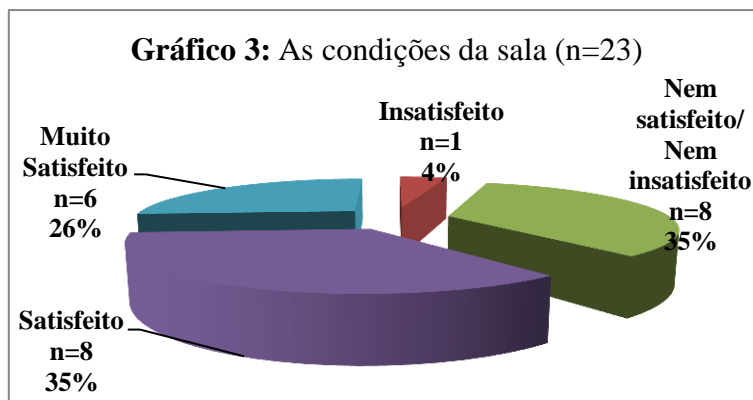
À questão 1 «a adequação da formação às suas necessidades e expectativas», 57% responderam muito satisfeito, 39% satisfeito, e 4% nem satisfeito/nem insatisfeito (gráfico 1).



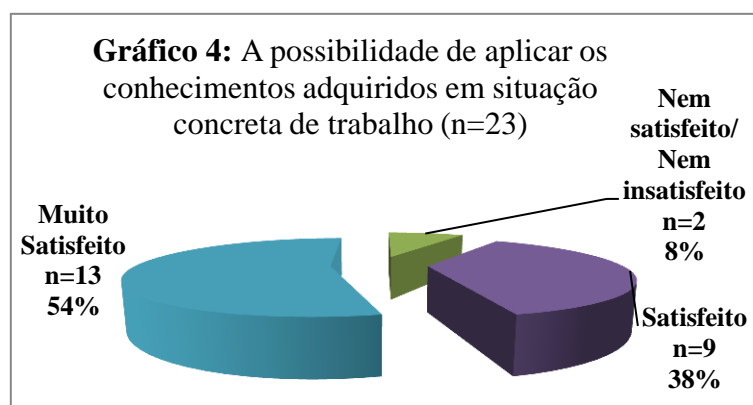
À pergunta 2 «a qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse), 61% responderam muito satisfeito e 39% satisfeito (gráfico 2).



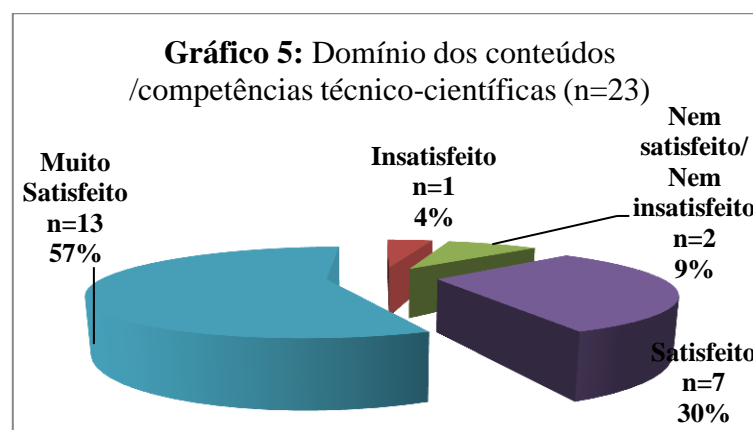
26% dos inquiridos encontravam-se muito satisfeitos com «As condições da sala» (questão 3), 35% satisfeito, 35% nem satisfeito/nem insatisfeito e 4% insatisfeito (gráfico 3).



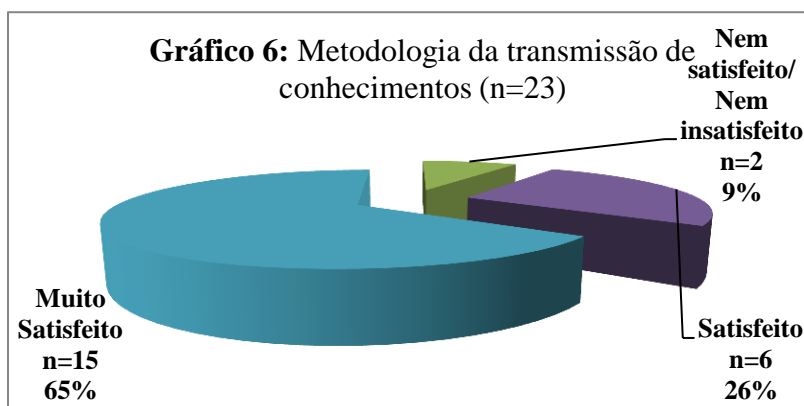
«A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho» (questão 4), 54% dos formandos responderam muito satisfeito e 38% satisfeito e 8% nem satisfeito/nem insatisfeito (gráfico 4).



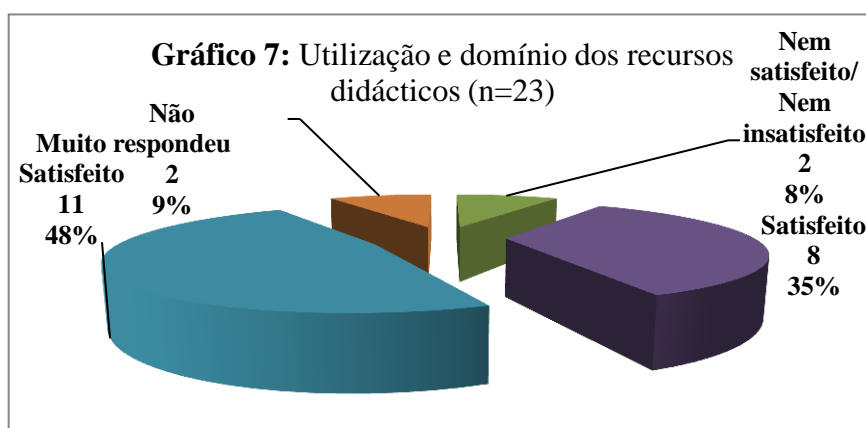
À questão 5.1, em relação à prestação do formador: «Domínio dos conteúdos/competências técnico-científicas», 57% dos formandos encontrava-se muito satisfeito e 30% satisfeito, 9% nem satisfeito/nem insatisfeito e 4% insatisfeito (gráfico 5).



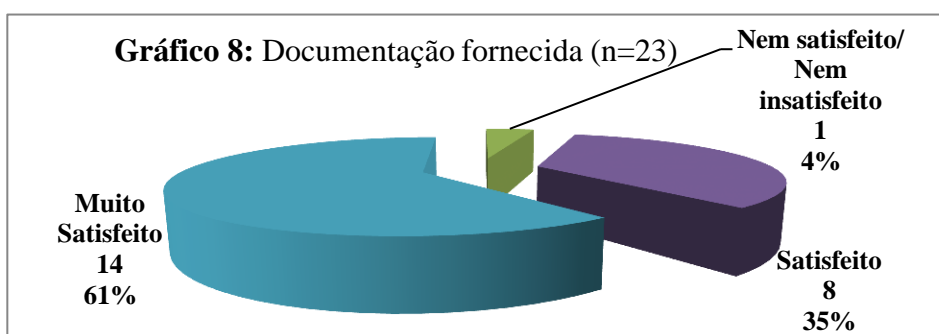
À pergunta 5.2 «Metodologia da transmissão de conhecimentos», 65% dos formandos encontrava-se muito satisfeito, 26% satisfeito e 9% nem satisfeito/nem insatisfeito (gráfico 6).



Em relação à questão 5.3 «Utilização e domínio dos recursos didáticos» 48% encontravam-se muito satisfeitos, 35% satisfeitos, 8% nem satisfeito/nem insatisfeito e 9% não responderam (gráfico 7).



Por último a questão «documentação fornecida», 61% encontravam-se muito satisfeitos, 35% satisfeitos e 4% nem satisfeito/nem insatisfeito (gráfico 8).



Em resposta à afirmação 6 obtive quatro respostas, que se encontram descritas na tabela 1.

Tabela 1: Resposta à afirmação 6 (n=23)

N.º de respostas = 4

<i>Questão 6</i> – Sugestões para melhorar os aspectos menos positivos:	n
• “Devíamos ter mais formações relacionadas com os cuidados de higiene e segurança no trabalho”	1
• “Devíamos ter mais horas de formação, para desenvolver bem todos os aspectos. Em termos gerais a formação é adequada às minhas necessidades e expectativas	1
• “Falta de mesas”	1
• “Havia de existir mais formações como esta”	1
Total	4

ANEXO XXV - Certificado de acção de formação como formanda: «Cuidar de quem cuida»

Para os devidos efeitos declaro que a Sr.^a Enf.^a Patricia Maninha esteve presente como formanda, na sessão formativa com o tema “CUIDAR DE QUEM CUIDA”, realizada na Associação Unitária dos Reformados, Pensionistas e Idosos do Lavradio, Barreiro, no dia 03 de Novembro de 2010, pelas 14h30min, com a duração de 60 min.

Barreiro, 23 de Novembro de 2010

Para a Sr.^a Enf.^a Cláudia
Alexandre Dias

ANEXO XXVI - Certificado de acção de formação como formanda: «Das alterações emocionais às perturbações do humor (afectivas)»

Para os devidos efeitos declaro que a Sr.^a Enf.^a Patricia Maninha esteve presente como formanda, na sessão formativa com o tema: "DAS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS ÀS PERTURBAÇÕES DO HUMOR (AFECTIVAS)", realizada nas instalações da UCC, no dia 21 de Novembro de 2010, pelas 14h 30min, com a duração de 60 min.

Barreiro, 23 de Novembro de 2010

Pat. S. Oliveira
Helena Dias