



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

Ana Filomena Santos Pereira

Lisboa, Maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Ana Filomena Santos Pereira

Sob orientação de Professora Doutora Helena José

Lisboa, Maio de 2012

RESUMO

O presente relatório pretende descrever o percurso que realizei, nos estágios instituídos pelo plano de estudos, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa/ Instituto de Ciências da Saúde.

O Módulo I – Serviço de Urgência, foi-me creditado pelo Conselho Científico da UCP/ICS, por ter desenvolvido competências nesta área, no período compreendido entre junho de 2006 até ao momento presente, no Hospital da Luz.

Frequentei o Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios, na UCI de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta e o Módulo III – Módulo (Enfermagem Perioperatória) no Bloco Operatório do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria.

Este relatório tem como objetivos: descrever as atividades desenvolvidas em cada estágio de forma a dar resposta aos objetivos previamente definidos e refletir sobre situações problema em contexto da prática clínica e respetiva intervenção.

Ao longo do trabalho desenvolvido no decurso dos estágios, os referenciais teóricos de Meleis, Pender e Lopes contribuíram para sustentar as minhas intervenções, e para o desenvolvimento de competências e enriquecimento profissional e pessoal no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRAT

This report is intended to describe my personal route taken in the context of on the job training recommended by the syllabus for the Master's degree in Nursing of a Professional Nature in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, the Portuguese Catholic University / Institute of Health Sciences.

Module I - Emergency Department was accredited to me by the Scientific Council of the UCP / ICS, for having developed expertise in this area from June 2006 until now, at the Hospital da Luz.

I attended Module II - Intensive Care / Intermediate, in the ICU cardiothoracic surgery of the Lisbon Central Hospital - Hospital de Santa Marta and Module III - Optional Module (peroperative nursing) in the Operating Room of the Central Emergency Services of the Lisbon North Hospital - Hospital de Santa Maria.

The aims of this report are to: describe the activities in each training in order to meet the objectives previously defined; consider problem situations in the context of clinical practice and their intervention.

In the period during the job training, the theoretical referential of Meleis, Pender e Lopes contributed unequivocally for supporting my nursing interventions and for skills development and to my professional and personal enrichment as part of the Specialization in Medical-Surgical Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AMP - Atendimento Médico Permanente

BO - Bloco Operatório

CCI - Comissão de Controlo da Infecção

CCT - Cirurgia Cardiorácica

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHLN-EPE-HSM - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Empresa Pública, Hospital de Santa Maria

CHLC-EPE-HSM - Centro Hospitalar Lisboa Central, Empresa Pública, Hospital de Santa Marta

HL - Hospital da Luz

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

PNCI-INSA - Programa Nacional Controlo da Infecção - Instituto Nacional Saúde Dr. Ricardo Jorge

PPAV - Prevenção da Pneumonia associada á ventilação

SUC - Serviço de Urgência Central

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - ICS/ESPS – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde/Escola Superior Politécnica de Saúde

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésica

INDICE

	pág.
1. INTRODUÇÃO	7
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS	10
2.1. SINTESE DO MODULO I	10
2.1.1. MODULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA	10
2.1.2. ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	11
2.1.2.1. Prestação de Cuidados	12
2.1.2.2. Gestão	14
2.1.2.3. Formação	16
2.2. SINTESE DO MODULO II	18
2.2.1. MODULO II - CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS	20
2.2.2. ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	21
2.3. SINTESE DO MODULO III	31
2.3.1. MODULO III - OPCIONAL (ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO)....	32
2.3.2. ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	33
3. CONCLUSÕES GERAIS	41
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

APENDICES

APÊNDICE A - *Care bundle*: prevenção da Pneumonia associada à ventilação.

APÊNDICE B - *Care bundle*: prevenção da infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

APÊNDICE C - Instrução de trabalho: Cuidados de enfermagem ao doente conectado a prótese ventilatória.

APÊNDICE D - Instrução de trabalho: Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção associada a dispositivos intravasculares

APÊNDICE E - Ação de formação: Apresentação dos resultados da auditoria às práticas na manutenção dos cateteres venosos centrais.

APÊNDICE F - Resultados da avaliação da formação sobre auditoria às práticas na manutenção dos cateteres venosos centrais.

APÊNDICE G - Ação de formação: O Sono e Repouso como foco da prática sensível aos cuidados de enfermagem.

APÊNDICE H - Resultados da avaliação da formação sobre o Sono e Repouso como foco da prática sensível aos cuidados de enfermagem.

APÊNDICE I - Norma de procedimento: Prevenção da infeção associada à algaliação.

APÊNDICE J - Norma de procedimento: Segurança do Doente: verificação da segurança cirúrgica.

APÊNDICE K - Norma de procedimento: Segurança Transfusional: Administração de componentes sanguíneos.

1. INTRODUÇÃO

Cuidar representa um ideal que orienta os enfermeiros no processo de prestação de cuidados e quando baseado em conhecimentos, traduz um elevado nível de empenhamento (RILEY, 2004) . Os enfermeiros necessitam deste comprometimento para dar resposta, de modo competente, às diferentes situações com as quais se deparam na prática profissional, no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (WALDOW, 2008).

O cuidado a doentes de médio e alto risco estimula à contínua atualização de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, e exige a demonstração de um conjunto de comportamentos e atitudes que respondam adequadamente às necessidades dos doentes. Seguindo esta ideia, o enfermeiro especialista deverá ser detentor de,

[..].um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.10).

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa e tem como objetivos, descrever as atividades desenvolvidas em cada estágio de forma a dar resposta aos objetivos previamente definidos e refletir sobre a prática clínica e respetiva intervenção.

Com a sua elaboração pretendo dar visibilidade às competências desenvolvidas, no âmbito do modulo creditado e ao trabalho desenvolvido nos estágio, através da descrição e reflexão das competências adquiridas, na assistência de enfermagem ao doente em estado crítico, em situação de perioperatório de cirurgias de urgência.

No Módulo I - Serviço de Urgência é feita referência às competências desenvolvidas a partir da descrição das atividades dos últimos 5 anos de exercício profissional.

O Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar Lisboa Central - Entidade Pública Empresarial - Hospital de Santa Marta (CHLC-EPE-HSM), entre 27 de abril a 24 de junho de 2011.

O Hospital de Santa Marta é um dos hospitais portugueses acreditado pelo *King's Fund Health Quality Service*¹ e tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde.

A escolha do CHLC-EPE-HSM, em concreto a UCI de Cirurgia Cardiorácica, relaciona-se com o facto, desta instituição ser reconhecida pela excelência clínica, no tratamento da pessoa com patologia do foro cardíaco, torácico e transplante pulmonar, pela elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, e também pelas minhas necessidades de formação profissional e interesse pessoal, para dar resposta às atividades que desenvolvo no serviço de urgência de um hospital privado na área metropolitana de Lisboa, onde a patologia cardíaca é um dos principais motivos de admissão dos doentes. Observando os critérios referidos considerei que a unidade reunia as condições para a concretização do meu estágio e que conseqüentemente me possibilitaria a aquisição de competências no cuidar com o doente crítico, em contexto de cuidados intensivos .

O Módulo III – Opcional (Enfermagem Perioperatória) foi realizado no Bloco Operatório do Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Entidade Pública Empresarial - Hospital Santa Maria, no período compreendido entre 27 de setembro e 18 de novembro de 2011. O CHLN-EPE-HSM, a par do apoio que presta às populações da sua zona de influência direta, garante referência diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional e nacional e dos países de expressão portuguesa².

¹ http://www.chlc.min-saude.pt/Centro_Hosp/MissaoValores, consultado em 13 maio 2011.

² <http://www.hsm.min-saude.pt/>, consultado em 10 outubro 2011.

A escolha do Bloco Operatório do Serviço de Urgência Central do CHLN-EPE-HSM, prendeu-se com o facto de, apesar de vários anos de exercício profissional, nunca ter desempenhado funções neste âmbito. Considerei uma excelente oportunidade de experienciar esta realidade de cuidados, permitindo-me adquirir conhecimentos práticos e competências nesta área.

Para elaboração deste relatório, utilizei a metodologia descritiva, com recurso à pesquisa bibliográfica e à análise reflexiva do percurso desenvolvido ao longo dos módulos de estágio, sustentada nos conceitos fundamentais do Modelo das transições de Meleis (2000), no Modelo de intervenção relacional terapêutica de Lopes (2006), e também, no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996).

O presente relatório, encontra-se organizado em três fases: introdução, onde se contextualiza o trabalho realizado, a descrição e análise crítica dos objetivos, onde se descrevem os objetivos definidos, analisam as atividades e estratégias desenvolvidas, e no final, as conclusões, com uma reflexão do conteúdo desenvolvido, mencionando as competências adquiridas, as dificuldades sentidas e evidenciando os fatores facilitadores. Nos apêndices, serão apresentados os documentos mencionados, ao longo do texto e que sustentaram a minha prática.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS

Nas páginas seguintes pretendo relatar as atividades desenvolvidas, a reflexão e análise, no que concerne aos três módulos instituídos na Unidade Curricular Estágio. Assim, num primeiro momento, farei referência ao trabalho desenvolvido no que respeita ao Módulo I – Serviço de Urgência (creditado), seguindo-se o Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios e, por último, o Módulo III – Opcional.

De forma geral, desenvolvi competências científicas, relacionais, éticas e técnicas na vertente dos cuidados especializados na área da Enfermagem Médico-cirúrgica e competências de análise crítico - reflexiva dos problemas da prática profissional, relacionados com o doente e família na área de especialização da Enfermagem Médico-cirúrgica.

2.1. SINTESE DO MODULO I

O Módulo I - Serviço de Urgência, foi creditado, com base nos últimos 5 anos da minha experiência profissional, no Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz.

Para melhor compreensão do trabalho desenvolvido no cuidar do doente/família em contexto de urgência/emergência, irei relatar o percurso realizado no Hospital da Luz e funções desempenhadas, tendo em conta três áreas de desempenho profissional: prestação de cuidados, gestão e formação, seguido da respetiva análise e reflexão sobre o desempenho e competências adquiridas.

2.1.1 MODULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

Em junho de 2006 cessei funções como enfermeira chefe do Hospital Fernando Fonseca e aceitei o convite para integrar o projeto do Hospital da Luz, do Grupo Espírito Santo Saúde.

Integrei a Direção de Enfermagem como Enfermeira Coordenadora do Ambulatório (Consulta Externa, Hospital de Dia Médico) com a gestão operacional do Atendimento Médico Permanente (AMP). Exerço a minha atividade incluindo na

prática diária um ideal de qualidade e excelência, adotando os princípios orientadores da Ordem dos Enfermeiros, no que se refere à responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e na excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, reconhecendo a importância da formação ao longo da vida e da atualização face à evolução do conhecimento científico.

A análise e reflexão sobre o desempenho e competências adquiridas no cuidar do doente/família em contexto de urgência/emergência, está organizada, seguindo as três áreas de desempenho profissional: prestação de cuidados, gestão e formação.

2.1.2 ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O Hospital da Luz iniciou a sua atividade em dezembro de 2006, é um hospital privado, de caráter essencialmente generalista, com uma lotação de 214 camas. Conta, com linhas assistenciais diferenciadas como é o caso das neurociências, da cardiologia de intervenção, da cirurgia cardiorácica e com uma vertente oncológica.

A atividade do hospital está totalmente apoiada em sistemas de informação, o seu desenvolvimento está centrado no doente, sendo o sistema Soarian® Enterprise, o seu suporte vital.

A sua missão é diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais. A sua cultura organizacional está alicerçada no compromisso de excelência, colocando os interesses do doente acima dos interesses da organização e aderir aos mais elevados padrões éticos profissionais, a inovação, prestando os melhores cuidados de saúde possíveis, na medida em que os avanços tecnológicos o permitam e gestão do talento, trabalhando com os melhores profissionais e promover o seu desenvolvimento contínuo através de uma cultura de elevada exigência³.

O AMP iniciou a sua atividade em fevereiro de 2007, ocupa uma área vocacionado para a prestação de cuidados médico-cirúrgicos a doentes em situação urgente e emergente, nas 24 horas.

³ <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoId=3>

Relativamente à estrutura física é constituído por uma zona de ambulatório composta por, 1 gabinete de triagem, 5 gabinetes de consulta, 1 sala de tratamentos, 1 sala de gessos, pequena cirurgia, sala de reanimação e sala de observações (6 unidades de internamento). O AMP tem acesso direto vertical ao Bloco Operatório e Unidade Cuidados Intensivos e horizontal à Imagiologia.

Atualmente, com cerca de 200 atendimentos diários, as principais causas que originam a vinda do doente adulto ao serviço são variadas, sendo as patologias mais frequentes, as do foro cardíaco, neurológico, ortopédico, respiratório e as hemorragias do trato gastrointestinal.

O circuito do doente inicia-se com a sua admissão na receção administrativa. Na triagem, a avaliação realizada pelo enfermeiro, determina uma prioridade, assim como, a área para onde o doente é direcionado.

2.1.2.1 Prestação de Cuidados

Os comportamentos profissionais inerentes à prática da enfermagem de urgência exigem a aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros, no sentido de estimular o envolvimento e integração de todos os elementos. Em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão essencial o trabalho “ em equipa e o respeito mútuo.” (MACPHAIL, 2001, p.5). Assim, numa primeira fase, elaborei e orientei a equipa na realização de vários procedimentos, e.g., o circuito de atendimento do doente/família, o transporte do doente inter e intra hospitalar, ou a reanimação cardiorrespiratória, permitindo a participação de cada elemento na organização dos cuidados.

No segundo semestre de 2007, dada a grande afluência de doentes para atendimento urgente, houve a necessidade de criar um grupo de trabalho, ao qual pertenci, para a implementação de uma metodologia para estabelecimento de prioridades de atendimento. O protocolo de triagem construído, baseou-se na Australasian Triage Scale⁴, permitindo a identificação objetiva e sistemática de critérios de gravidade, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o

⁴ Australasian College for Emergency Medicine (2000). Guidelines on the implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments.

respetivo tempo recomendado até a observação médica. A utilização deste sistema classifica o doente em 3 categorias identificadas por um número: 1 - Emergente; 2 - urgente; 3 - Não urgente.

Esta avaliação é realizada por enfermeiros, sendo o tempo de espera para a triagem e o tempo da sua efetivação, por doente, um indicador representativo da atividade dos enfermeiros nesta área, para garantir a atribuição da prioridade, atempadamente, assim como garantir o grau de satisfação dos doentes.

Em 2008, no âmbito da atividade desenvolvida pelo grupo de trabalho, foram introduzidas alterações nos discriminadores para uma melhor resposta na atribuição de prioridades e outras medidas (realização de teste sumário de urina, pedidos de ECG e RX das extremidades) para melhorar os tempos de espera.

O contexto de um serviço de urgência é de grande imprevisibilidade, e implica capacidade de observação, análise das situações e rapidez na ação, com autocontrole emocional para fazer face a situações de grande tensão. Apoio a equipa em situações emergentes, promovendo o trabalho em equipa e a articulação com os restantes áreas do hospital, demonstrando **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

No período de janeiro 2007 a dezembro de 2008 fui membro da Comissão de Controlo da Infeção, do Hospital da Luz, a tempo parcial, responsável pela elaboração de políticas e procedimentos de controlo de infeção e vigilância epidemiológica, focalizada na vigilância de microrganismos multirresistentes e nas infeções nosocomiais da corrente sanguínea, integrado no PNCI-INSA.

Incorporo na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, apoiando os profissionais de enfermagem, de acordo com as linhas de orientação e conhecimento baseado na evidência, sustentando as melhores práticas, visando a prevenção e o controlo da infeção.

Atualmente articulo com o membro dinamizador da CCI, no que respeita à divulgação das normas e orientações, na formação e sensibilização de toda a equipa de profissionais, para a adoção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

Com o intuito de dar continuidade à observação e reflexão do meu desempenho, passo a analisar as atividades e intervenções no âmbito da gestão de cuidados.

2.1.2.2 Gestão

Para a abertura do AMP houve necessidade de fazer o levantamento das necessidades em equipamento, consumo clínico e farmacêutico, montagem de carros de emergência e organização dos espaços físicos, por forma a proporcionar as melhores condições para responder corretamente, sob o ponto de vista técnico e científico, às situações clínicas de instalação súbita, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.

A gestão do consumo clínico e farmacêutico é uma vertente da área da gestão, que merece uma atenção, diária. A gestão de stocks é crucial para conter o desperdício. A introdução do sistema de "compras internas on-line" permite a reposição do consumo clínico, de acordo com níveis pré-estabelecidos, e evita quebra de stocks por perda de validade. A articulação com os chefes de equipa permite-me ter informação das situações detetadas, no que respeita ao funcionamento, manutenção e conservação de todo o equipamento. Avalio as necessidades de aquisição de novos materiais indispensáveis aos cuidados ao doente e **tomo decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.**

O método de prestação de cuidados de enfermagem, no AMP, está de acordo com os postos de trabalho a assegurar.

Diariamente procedo à distribuição dos enfermeiros por posto de trabalho, tendo sempre em consideração, a exigência em termos de cuidados de enfermagem e a experiência profissional de cada um dos elementos. O número de enfermeiros em cada turno é habitualmente de cinco, na área de adultos, tendo o chefe de equipa, dois doente atribuído ao seu cuidado na Sala de Observações, por vezes três, assumindo a assistência à sala de reanimação como *team* líder.

Trabalho em estreita articulação com os chefes de equipa, no sentido de **supervisionar o planeamento, a execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados prestados**, ao doente de médio e alto risco, com a preocupação de ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade.

Também diariamente efetuo a distribuição, supervisão e coordenação dos assistentes operacionais, nas diferentes áreas de atuação, para o cumprimento das tarefas atribuídas, como sejam, a colaboração na prestação de cuidados ao doente, limpeza,

desinfecção e manutenção de materiais e equipamentos ou a reposição de consumo clínico.

Colaboro com a Enfermeira Diretora na avaliação de necessidades quantitativas e qualitativas em recursos humanos (enfermeiros e assistentes operacionais). Elaborei em conjunto com a Enfermeira Diretora a proposta de carreira de enfermagem e dotação de enfermeiros especialistas para o hospital.

Elaboro horários e planos de férias dos enfermeiros e assistentes operacionais, responsabilizando-me pelo seu cumprimento, garantindo o bom funcionamento do serviço.

Realizo **a gestão dos cuidados de Enfermagem**, numa ótica de eficácia e eficiência, utilizando os recursos que disponho.

Incentivo e supervisiono o registo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, como sejam, quedas, flebites e úlceras de pressão e **comunico os resultados da prática clínica**, através da apresentação a toda a equipa, do relatório de atividades.

Desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, através da colaboração na construção e sistematização do padrão de documentação dos cuidados de enfermagem para o hospital e particularmente para a área do ambulatório e AMP. Desde a abertura do hospital, até ao presente momento, a aferição e atualização das intervenções autónomas, face aos focos mais frequentes no serviço é uma preocupação. Responsabilizo-me pela sistematização da informação dos registos de enfermagem e controlo o seu registo, tendo realizado duas auditorias aos registos efetuados pelos enfermeiros, no sentido avaliar a existência de conformidade entre os focos de atenção e a informação registada.

A CIPE® é um instrumento de informação que permite descrever a prática de enfermagem, fornecendo indicadores sobre as classificações de fenómenos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem, por isso empenho-me **em utilizar uma liderança capaz de motivar e influenciar os enfermeiros**, para a concretização dos objetivos, que passa pelo incentivo desta prática, no quotidiano, e também, através da divulgação da informação semestral, sobre o perfil das intervenções efetuadas, identificando as áreas em que deverão direcionar a sua prática, para além do

atender, determinar ou executar, como sejam, os ensinamentos no âmbito da promoção da saúde, gestão do regime terapêutico e outros.

Recebo os enfermeiros e assistentes operacionais, proporcionando-lhes um acolhimento e ambiente para uma boa integração. Planeio e **supervisiono o programa de integração de novos profissionais** (enfermeiros e assistentes operacionais).

A integração de novos elementos é uma área que consome bastante tempo às equipas e necessita particular atenção, pois o primeiro contacto com o serviço, o acolhimento, o acompanhamento e a disponibilidade permanente do enfermeiro integrador, revestem-se de particular importância para o novo elemento.

Utilizo o processo de avaliação de desempenho, dos enfermeiros e assistentes operacionais, como forma a **promover o seu desenvolvimento profissional** e pessoal. Ao longo do tempo tenho investido no relacionamento empático e assertivo com a equipa, no sentido de estabelecer um clima de confiança e apoio mútuo.

Em seguida, passo a analisar o meu desempenho na área da formação.

2.1.2.3 Formação

A enfermagem é uma disciplina em constante aperfeiçoamento e mudança, sendo a formação ao longo da vida um dos aspetos mais importantes para o seu desenvolvimento. Ampliar e aprofundar conhecimentos e competências, para prestar cuidados de excelência a todos aqueles de quem cuidamos é um imperativo.

No meu desempenho como líder tive sempre em consideração as necessidades manifestadas pela equipa, de forma a definir estratégias de aprendizagem, através da realização de reuniões informais e de equipa, da **formação em serviço**, sem negligenciar o diálogo empático e assertivo, visando a motivação e envolvimento dos elementos da equipa para as diferentes problemáticas e na persecução dos objetivos delineados pelo serviço. Nesta lógica, elegi um dos enfermeiros chefe de equipa como responsável da formação em serviço. No início de cada ano e em articulação com este, procede-se ao **levantamento das necessidades de formação** dos enfermeiros e assistentes operacionais, de forma a planear e **estruturar o plano de formação** anual. No final de cada ano, é elaborado o relatório de atividades de formação desenvolvidas, assim como a sua análise crítica.

Os anos de experiência profissional na prestação de cuidados ao doente cirúrgico em situação de médio e alto risco, obrigou-me a uma aquisição e atualização permanente de conhecimentos, avaliação e **reflexão sobre a prática diária**. Neste sentido, procurei envolver e sensibilizar a equipa para a importância da formação contínua, de forma a contribuir para a adoção de práticas baseadas na evidência científica.

Tenho contribuído para incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes e promovo a investigação em serviço, através do apoio a estudos que se contribuam para melhorar as competências quer individuais, quer da equipa, como foi o estudo sobre a relação entre enfermeiro e doente/família. O trabalho desenvolvido teve como objetivo conhecer a satisfação dos doentes face aos cuidados de enfermagem no AMP. Os resultados obtidos ajudaram a equipa a melhorar aspetos, do ponto de vista relacional e de informação prestada ao doente e sua família, durante o internamento em Sala de Observações.

Uma das estratégias formativa que tenho utilizado, para fazer face à diminuição da adesão dos profissionais à formação presencial, tem sido, o incentivo à elaboração e revisão de procedimentos de enfermagem, para o manual da qualidade, estimulando a atualização de conhecimentos e garantindo a uniformização das intervenções de enfermagem.

De forma a manter o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, realizei uma Pós-Graduação em Pedagogia da Saúde, feita em 2003, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que me ajudou no desenvolvimento de um espírito reflexivo entre a prática pedagógica e o exercício da enfermagem.

Conclui o Mestrado em Psicologia da Educação, em 2008, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, tendo contribuído para aperfeiçoar o meu desempenho, e da equipa que lidero, na área da supervisão clínica, com destaque para a compreensão e construção das competências dos estudantes como seres ativos durante a aprendizagem, exercendo controlo sobre seus processos cognitivos, metacognitivos e motivacionais, de modo a adquirirem, organizarem e transformarem as informações adquiridas ao longo do tempo.

Entre abril e dezembro de 2009, frequentei o Programa Avançado de Gestão de Saúde pela Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Católica Portuguesa,

que contribuiu para adquirir e solidificar competências no âmbito da gestão, dado ser, também, uma das áreas de investimento profissional, de acordo com a atividade que exerço atualmente.

Somos, bastante requisitados como campo de estágio na área da Enfermagem de Urgência, para alunos, em ensino clínico ou estágio das especializações em enfermagem. A articulação do hospital, em concreto, do serviço, com várias escolas superiores de enfermagem, permite estabelecer uma relação de proximidade entre o contexto da prática clínica e o ensino teórico, considerado como um requisito fundamental na formação em enfermagem.

Supervisiono os alunos em processo formativo, em articulação com os enfermeiros orientadores, garantindo o melhor ambiente de aprendizagem, sendo uma atividade que muito valorizo, pela possibilidade de partilha de experiências e de aprendizagem mútuas, entre enfermeiro orientador e aluno. Esta supervisão procura ser facilitadora na concretização dos objetivos de aprendizagem dos alunos, investindo em atividades ou programas em que os alunos estagiários possam participar, para se sentirem mais próximos da nossa organização hospitalar e das nossas práticas.

2.2. SÍNTESE DO MÓDULO II

O estágio relativo ao Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar Lisboa Central – Entidade Pública Empresarial - Hospital de Santa Marta (CHLC-EPE-HSM). O modelo das transições de Meleis (2000) e o modelo de intervenção relacional terapêutica de LOPES (2006) nortearam a fundamentação das minhas intervenções como futura enfermeira especialista, tendo sido decisivas as vivências, o trabalho desenvolvido, a análise e reflexão crítica do agir profissional, para a concretização do objetivo geral que defini, "Demonstrar capacidades de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica".

Planeei, executei e avaliei os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades dos doentes, de forma a cumprir um plano de cuidados individualizado. Promovi uma vigilância hemodinâmica constante de forma a permitir a deteção e despiste precoce de complicações. Procedi à avaliação da dor de uma forma contínua.

Proporcionei momentos de ajuda, partilha e de promoção para a saúde, em vários encontros, com os cuidadores informais ou pessoas significativas, dos doentes de quem cuidei, no sentido de otimizar o tempo de recuperação, contribuindo para promover uma transição positiva, na adaptação ao regresso do doente e família ao seu quotidiano.

A segurança do doente é um princípio fundamental em cuidados de saúde, embora lhe seja reconhecida um certo grau de insegurança. Os indicadores de Enfermagem⁵ calculados a partir das componentes de avaliação da qualidade (DONABEDIAN, 2003) e do tipo epidemiológico, devem ser aplicados, no sentido de traduzir o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.

Nesta perspetiva, o meu contributo traduziu-se, num primeiro momento, na adaptação das *care bundle*⁶, para a realização de uma auditoria clínica aos procedimentos de enfermagem para a redução da incidência e prevenção da infeção associada à ventilação e ao cateter venoso central. Num segundo momento, na aplicação das grelhas de observação, respetiva análise e comunicação dos resultados à equipa de enfermagem e CCI, tendo constituído uma oportunidade formativa para revisão de procedimentos e aferição de estratégias para a prevenção deste tipo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Para completar a minha intervenção procedi à elaboração das instruções de trabalho para o manual do serviço.

Num terceiro momento, a realização de uma ação de formação sobre a Ecologia do Sono, teve como objectivos, sensibilizar os enfermeiros para os aspetos particulares do padrão do Sono e Repouso como um foco da prática sensível aos cuidados de enfermagem e contribuir para a melhoria da taxa de satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem.

⁵ Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Outubro.

⁶ National Health Service. (2007). High Impact Interventions. Department of Health. United Kingdom.

2.2.1 MODULO II - CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS

Comecei por reunir com a Enfermeira Chefe e Enfermeiro Orientador para expor os objetivos que defini para o estágio, com vista à sua viabilização.

A UCI de Cirurgia Cardiorácica presta cuidados a doentes que necessitam de cuidados imediatos e diferenciados, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas da vida, prever as complicações e limitar as incapacidades⁷.

A missão do serviço de Cirurgia Cardiorácica tem três dimensões, sendo a primeira, tratar os doentes com patologia Cardiorácica ao mais alto nível de qualidade: excelência técnica e científica e atualidade de meios, eficiência no uso de recursos materiais e humanos, segurança de cuidados, ética, equidade e adequação centrada no doente como pessoa e satisfação de clientes indo ao encontro das expectativas. A segunda, gerar e disseminar conhecimentos na Especialidade de Cirurgia Cardiorácica: investigação aplicada, inovação de métodos e de técnicas, ensino e treino da Especialidade de Cirurgia Cardiorácica. E, a terceira, é a dimensão ética e social do serviço na sociedade: a verdade e a transparência como valor, preocupação com o bem-estar da equipa do serviço CCT, atualização e valorização profissional do pessoal do serviço, preocupação humanitária (cuidar do binómio doente/família e estender cuidados e quem precisa - cirurgia humanitária)⁸.

A estrutura física encontra-se organizada do seguinte modo: Unidade Cuidados Intensivos com 9 camas e 3 quartos de isolamento para doentes submetidos a transplante pulmonar. Esta unidade encontra-se integrada no serviço de Cirurgia Cardiorácica que dispõe de outras estruturas de apoio como uma Unidade de Cuidados Intermédios com 8 camas e uma área de Enfermaria com 28 camas, gabinetes, sala de reuniões e área administrativa. O bloco operatório encontra-se localizado dentro da área do serviço, perto da UCI.

As visitas aos doentes internados na UCI acontecem, todos os dias, das 12 às 13 horas e das 17 e as 19 horas.

⁷ http://www.chlc.min-saude.pt/Centro_Hosp/MissaoValores, consultado em 13 maio 2011.

⁸ Manual da Qualidade (*King's Fund Health Quality Service*) do Serviço de Cirurgia Cardiorácica, consultado em 27 maio 2011.

O ecrã informativo à entrada da unidade possibilita o acesso à informação do movimento das salas operatórias, em tempo real, sendo possível antever o fim das cirurgias e a chegada dos doentes à unidade.

A visita guiada ao serviço foi de extrema importância para o conhecimento da estrutura orgânica e funcional do mesmo, sendo possível, a partir desse momento delinear o percurso e estratégias necessárias para à concretização das atividades planeadas, de modo a permitir desenvolver as competências a adquirir, como futura enfermeira especialista.

2.2.2 ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com um dos objetivos específicos que defini para o estágio: **“Prestar cuidados especializados a doentes submetidos a Cirurgia Cardiorácica em contexto de cuidados intensivos”**, foi minha preocupação aprofundar e desenvolver competências neste âmbito com vista à sua concretização, tendo como fio condutor o conceito de transição como um fenómeno central, para os cuidados de enfermagem.

Este conceito foi definido por Chick e Meleis (1986) como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou local para outro. A transição pode ser desejada, ou não e pode ou não ser resultado de uma escolha pessoal. A consciência da significação da transição é fundamental para que os doentes possam entender a sua experiência e as consequências para a sua saúde. O encontro entre enfermeiro-doente ocorre frequentemente durante períodos transitórios de instabilidade desencadeados por mudanças de desenvolvimento, situacionais, ou mudanças de saúde - doença. Tais mudanças podem produzir alterações profundas nas vidas dos indivíduos e família e ter importantes implicações para a saúde e o bem-estar (MELEIS, et al., 2000).

O percurso que efetuei foi gradual. Inicialmente fui um elemento observador/participante, passando depois a colaborar e intervir ativamente na prestação direta dos cuidados aos doentes.

Comecei por observar e manusear o equipamento, conhecer a localização do material de consumo clínico e consultar o processo clínico, onde me focalizei nos

registos efetuados pelos enfermeiros (notas de turno, registo de funções vitais e estado hemodinâmico, registo de mudança dos dispositivos médicos e outros).

A mobilização de conhecimentos foi indispensável nos cuidados ao doente com assistência mecânica cardiopulmonar, com balão intra-aórtico, *cell-saver*, técnica dialítica contínua e manutenção do equilíbrio hemodinâmico, particularmente no pós-operatório imediato. Fui responsável pela preparação de uma das unidades, para receber um doente submetido a *Bypass* Coronário por doença dos 3 vasos, garantindo a funcionalidade do equipamento e a preparação do material necessário. Recebi doentes vindos do bloco, tendo demonstrado capacidade para efetuar a monitorização das pressões invasivas, avaliação da permeabilidade do cateter central e linha arterial, e da sua estabilidade hemodinâmica. Recolhi a informação dada pelo cirurgião e anestesista e procedi aos registos necessários.

Promovi o conforto do doente, através da realização de alguns procedimentos por princípio, confortadores, como sejam, os posicionamentos, a observação do aspeto dos pensos, a coloração, mobilidade e temperatura dos membros, o aquecimento do doente, entre outros, mas também individualizando a minha intervenção como, "*um modo de fazer as coisas* [...] uma forma de agir em que tudo é feito de tal modo, individualizado, interessado e competente, que mesmo desconfortando, é percebido como confortador" (OLIVEIRA, 2011, p. 205). Confortar, está alicerçado no encontro pessoa-a-pessoa, em que a enfermeira, não se poupa a sucessivas tentativas na busca das intervenções que confortem aquele cliente (OLIVEIRA, 2008).

Planeei, executei e avaliei os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades dos doentes, de forma a cumprir um plano de cuidados individualizado. Promovi uma vigilância hemodinâmica constante de forma a permitir a deteção e despiste precoce de complicações, tais como, alterações respiratórias (vigilância do padrão e frequência respiratória do doente, saturação periférica de oxigénio; avaliação e registo dos parâmetros ventilatórios, interpretação de alarmes ventilatórios), presença de choque, deteção, avaliação e controlo de perdas hemorrágicas, avaliação e registo dos parâmetros hemodinâmicos. Procedi à avaliação da dor de uma forma contínua, utilizando a Escala Visual Analógica e Comportamental e promovi, junto do enfermeiro orientador, o seu registo sistemático.

No decorrer do estágio, tive oportunidade de desenvolver e aprofundar competências na prestação de cuidados a uma doente submetida a transplante pulmonar. Examinando os momentos em que permaneci com a Sra. T, [de 46 anos, casada, residente em Leiria, um filho de 23 anos, com história de Pneumopatia Terminal, de evolução severa nos últimos 10 anos, sem outras alternativas terapêuticas e que sem o transplante a sua expectativa de vida, era inferior a dois anos], promovi atividades de monitorização hemodinâmica, avaliação e controlo da dor, manutenção do equilíbrio hídroelectrolítico e função renal, monitorização das drenagens torácicas, manutenção do sistema gastrointestinal, avaliação neurológica, e despiste de complicações e implementei medidas de segurança para a doente, através da utilização de isolamento protetor e administração de terapêutica imunossupressora.

Na verdade, o processo de transição é único, pelas variáveis pessoais e contextuais, e só é passível de compreensão, na perspectiva de quem o experiencia (MENDES, et al., 2010). Assim, pude constatar que, para a Sra. T, os fatores facilitadores no processo de transição, eram a preparação e o conhecimento para lidar com um novo estilo de vida, pós-transplante, a crença de que o seu estado de saúde e nível de bem-estar iria aumentar, e também, o apoio que recebia dos familiares, no sentido em que desejava voltar a assumir o seu papel social no seio da família. Como refere Meleis et al. (2000) uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social.

O discurso e comportamentos adotados pela doente, denunciavam a consciencialização de que estava a viver a transição, tendo sido um fator inibidor no processo, o impacto diário com as limitações no autocuidado.

Os doentes em situação de transição ou vivência de crise, podem expressar necessidades particularmente evidentes a nível relacional. Embora os cuidados em crise sejam orientados para o presente as questões do doente e família são suscetíveis de ser orientadas para o futuro. Será que "existe um futuro? é este o fim?... então, se eu recuperar, o que vou ser capaz de fazer?" (MELEIS, et al., 2000, 2010). As próprias questões indicam uma transição. Passamos do momento em que tais dúvidas e ansiedades eram inexistentes ou periféricas, para o momento do impacto presente

De acordo com Meleis (2010), durante a vivência de um evento em que haja risco de vida, no caso de situações de doença que envolvam internamento e cirurgia, como por exemplo a passagem por unidades de cuidados intensivos, o ponto mais importante é que, para aquela pessoa doente e pessoas significativas, o episódio faz parte do processo de transição, que já está em andamento, e no qual o enfermeiro deve ser facilitador.

Seguindo esta premissa, o enfermeiro ao planejar o cuidado a partir da existência de um conjunto de preocupações e desconfortos dá o primeiro passo para o estabelecimento da interação, possibilitando o desenvolvimento e a sustentação do que se julga ser comunicação terapêutica (SANTOS, et al., 2010), porque envolve troca, colaboração e partilha de informações emitidas e recebidas entre os sujeitos envolvidos no cuidado. Esta intervenção será terapêutica quando não ocorrer de forma aleatória, mas centrada nas ações que atendam às necessidades da pessoa que precisa de ajuda (CHAVES, et al. 2008).

Verdadeiramente significativos, foram os momentos de partilha de sentimentos e emoções, em que apliquei os princípios orientadores da escuta ativa para a compreensão e interpretação da mensagem emitida pela doente e para o estabelecimento do diálogo fomentando o bom relacionamento e entendimento entre nós. A combinação da preocupação, da empatia, da facilitação e a autenticidade, foram colocados ao serviço do outro, de modo profissionalizado (LOPES, 2005).

Em vários momentos aceitei simplesmente o que a doente me dizia, porque aquilo que se sente a nós pertence, mesmo que seja irracional, não tem de se fazer entender. Acima de tudo, ajudar a descobrir o que existia dentro dela. Acredito que a doente entendeu que existe uma relação onde é cuidada e apoiada, sente-se protegida, confia em mim e identifica este relacionamento como especial, na medida em que esta relação interpessoal, se desenvolve num processo intersubjectivo de partilha do que há de mais íntimo na experiência da vulnerabilidade individual (VIEIRA, 2009).

Seguindo Lopes (2006) a intervenção terapêutica de enfermagem engloba toda a intervenção com intencionalidade terapêutica da enfermeira e concretiza-se através de duas vertentes. A primeira é a gestão de sentimentos, pela criação de um espaço-tempo (espaço físico, afetivo, incentivo verbal e não-verbal) permitindo a expressão dos sentimentos, essencial para o desenvolvimento da relação e pela tentativa de promover a

confiança e segurança, a oferta da disponibilidade, a promoção da esperança e da perseverança. O cuidado pode ser efetivado, demonstrado e praticado apenas interpessoalmente (FAVERO, 2009). A pessoa e o enfermeiro vivenciam momento a momento, " [...] a mente e as emoções da pessoa tornam-se o ponto de partida [...] para a alma e para o corpo. [...] Com aumento da harmonia o nosso próprio processo de autorrecuperação e a capacidade de cada um encontrar sentido na existência estão disponíveis " (WATSON, 2002, p.125).

A segunda vertente da intervenção terapêutica, passa pela gestão de informação, que está em estreita ligação com a gestão dos sentimentos, já que as vivências dos doentes, como uma crise ou como uma transição exigem informação para que lhes seja possível reorganizar-se e ultrapassar as situações. Esta informação cumpre o seu papel organizador, se for contextualizada, repetida e garantida, as vezes consideradas as necessárias pelo doente. Assim, orientada por este conhecimento, estabeleci uma relação de cuidar, que contribuiu para trabalhar a autonomia da doente, a negociação de cuidados de conforto, valorização de recursos e capacidades fornecendo informações e esclarecimentos sobre o controlo farmacológico, de hábitos de vida saudável e particulares à sua alteração da situação de saúde e partilha de informação com a família, sempre com a finalidade da preparação da transição associada á alta hospital para o domicílio.

No final foi gratificante a relação preferencial que estabeleci, quando a doente me foi visitar, após a sua transferência do isolamento para o quarto. Ajudei o OUTRO num momento particular da sua vida e em conjunto agimos com o mesmo fim, como uma partilha em que ambas ensinam e aprendem. Porque cuidar é estar presente, é relacionar-se, é estar disposto a ajudar e estar aberto ao encontro vivido e dialogado (MERCÊS, et al., 2006).

O ambiente dos cuidados intensivos, é caracterizado pela sua alta tecnologia, influenciando os profissionais a focarem a sua atenção, principalmente na estabilidade hemodinâmica. Mas, apesar desta certeza, estudos indicam (NASCIMENTO, et al., 2009) que o cuidado praticado pelos enfermeiros está fundamentado na relação com o outro, no ser empático, sensível, afetuoso, dinâmico e compreensível na sua totalidade como ser humano. Atrás de todos os fios, tubos, ruídos, luzes e alarmes sobrevêm seres humanos cuidando e recebendo cuidados, na esperança de viver mais e melhor.

Nesta lógica, o enfermeiro que desenvolve a sua atividade numa UCI “tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologia apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas” (URDEN, et al., 2008, p.6), razão pela qual, a intervenção do enfermeiro especialista, atende, também, à integração da família nos cuidados e à educação para a saúde, ajudando o doente e família a compreender e a lidar com o seu estado de saúde, assim como, assumir a responsabilidade no seu autocuidado. Esta atuação insere-se no âmbito do segundo objetivo que defini para o estágio: **"Integrar a família/pessoa significativa na prestação de cuidados ao doente submetido a Cirurgia Cardiotorácica"**, em que acompanhei a família dos doentes que me estavam atribuídos, e apesar de ser um regime de visitas restrito, foi possível usufruir de alguma flexibilidade, tanto em número de pessoas como no tempo de permanência. No pós-operatório imediato foi, sobretudo, importante o acompanhamento da família/pessoa significativa, visando o esclarecimento de dúvidas, a expressão das emoções e a desmistificação sobre o equipamento que circunda o doente, salientando a importância da sua presença, do seu toque e da sua voz, para o conforto e estimulação sensorial do doente.

Na verdade, comunicar assertivamente com a família/pessoa significativa, entendido como o grupo natural em que a pessoa se insere e constituído pelas pessoas significativas (ICN), permitiu-me estabelecer uma relação de proximidade, para dar resposta à aquisição de competências sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, ao assistir nas suas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e ajudando na gestão da ansiedade e do medo vivido pela pessoa e a sua família (LOPES, 2005).

Durante a atividade que desenvolvi na consulta de enfermagem de Cirurgia Cardiotorácica, colaborei nas consultas de preparação pré-operatória e no seguimento (1º e 6º mês) a doentes submetidos a Cirurgia Cardíaca (Implantação valvular e *Bypass* cardíaco), com avaliação sistemática do impacto da cirurgia na qualidade de vida do doente, com ênfase na gestão do regime terapêutico, possibilitando os processos de transição vivenciados pelo doente/família.

Apliquei os questionários adaptados do MOS SF 36 (Medical Outcome Study Short Form), aplicados de acordo com a situação, onde são avaliados os seguintes aspetos: estado geral (perceção do estado de saúde; presença de dor; alterações do

estado geral), atividade física (atividades de vida diária; exercício físico; desconforto torácico; tolerância ao esforço), atividade profissional, atividade sexual, suturas operatórias (evolução cicatricial; necessidade de apoio de Enfermagem), hábitos de vida e alimentação (apetite; cumprimento da dieta recomendada; ingestão de bebidas alcoólicas e hábitos tabágicos) e gestão do regime terapêutico (ajuste de terapêutica hipocoagulante; vigilância da pressão arterial; frequência cardíaca e glicemia), apoio sócio – familiar e por fim a confirmação das consultas programadas.

Refletindo sobre o papel do enfermeiro especialista na Consulta da Enfermagem de Cirurgia Cardiotorácica considero que se integra num espaço de intervenção, reconhecido pelo elevado nível de adequação dos cuidados prestados às necessidades do doente operado, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, principalmente nos hábitos de vida diária, na adesão terapêutica e no controlo da dor, na medida em que este conhecimento, quando antecipado pode ser coadjuvante no sentido de preparação do doente para o que poderá acontecer, e que resulta de uma ação participada entre doente, família e profissionais de saúde (MELEIS, et al., 2000).

Como definido nos Padrões de Qualidade, os cuidados de enfermagem tomam por "foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. [...] procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem dos clientes" (ENFERMEIROS, 2001, p.8), por isso, o enfermeiro especialista ao proporcionar momentos de ajuda, partilha e de promoção para a saúde, otimiza o tempo de recuperação, promovendo uma transição positiva na adaptação ao regresso do doente e família ao seu quotidiano.

O terceiro objetivo definido foi: "**Promover um ambiente seguro, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem**". A segurança e a qualidade dos cuidados de saúde são áreas de interesse pessoal, que me têm guiado na prática profissional. Os conceitos de cuidados seguros e de qualidade estão intimamente ligados às boas práticas de prevenção e controlo da infeção, constituindo-se as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) um grave problema de segurança do doente. Na maioria das séries publicadas, a maior frequência, o maior grau de lesão e o número de mortes evitáveis correspondem aos incidentes relacionados com as IACS, atingindo cerca de 10% dos doentes internados (PNCI, 2003) em idades extremas (doente pediátrico e doente idoso)

e os doentes imunodeprimidos, são os mais afetados, contribuindo para o aumento da morbidade, mortalidade, número de dias de internamento e dos custos com os cuidados de saúde (DEFEZ, et al., 2008).

A prevalência das IACS, nos doentes internados, oscila entre os 5 e os 10%, sendo em média 1 em cada 10 doentes vítima de uma ou mais infeções (OFFICE, 2000). Além de que 30% das infeções, são evitáveis, se não existirem quebras de práticas nos procedimentos e cuidados ao doente, de acordo com o mesmo relatório. No que se relaciona com a ocorrência de infeções por bactérias multirresistentes, como o *Staphylococcus aureus meticilina* resistente, as taxas europeias oscilam entre os 20 a 40% e para Portugal este valor atinge os 50% segundo o tipo de internamento: 57% nas UCI; 54% em cirurgia e 45% em Medicina Interna. Por isso, um dos primeiros passos é tornar mais visível, para os profissionais, aspetos da prática dos cuidados através da monitorização sistemática das barreiras que protegem os doentes, como um pilar dos cuidados de saúde que se pretendem seguros, porque a segurança começa à cabeceira do doente.

Nesta perspetiva e para a concretização do objetivo atrás referido, adaptei a *care bundle* sobre a prevenção da Pneumonia associada à ventilação (PPAV) (Apêndice A) e sobre a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC) - cuidados na manutenção (Apêndice B), fornecendo informação para o estabelecimento de ações corretivas e deteção de oportunidades de melhoria da prática clínica (PELLOWE, et al., 2006). A impossibilidade de aplicação da grelha para a PPAV, deriva do facto dos doentes serem extubados, no pós-operatório imediato, após um período máximo de 6 horas, não cumprindo os requisitos necessários à aplicação da referida grelha, conduziu-nos à monitorização das práticas relacionadas com a manutenção do CVC.

Os resultados obtidos, com base na observação de 25 momentos de cuidados de enfermagem a doentes internados na UCI, demonstraram a existência de uma taxa de conformidade de 100%, para as ações relacionadas com a utilização de tampas ou conexões nos lúmenes do CVC, e com a substituição periódica e sistemática dos sistemas de administração de fluidos parentéricos.

Obeve-se uma taxa de conformidade de 88%, para a inspeção diária do local de inserção dos CVC e o seu registo em notas de enfermagem. Em 72% dos momentos

observados, os pensos apresentavam-se limpos e secos. Mas, no cumprimento dos 5 momentos da higienização das mãos, a taxa de conformidade é de apenas 41%, inferior á observada na campanha nacional da higienização das mãos⁹. Na maioria dos momentos, não foi efetuada a desinfecção de conexões e torneiras antes da sua manipulação, verificando-se apenas uma taxa de conformidade de 20%.

Esta ação foi complementada com a elaboração de instruções de trabalho relativas aos cuidados de enfermagem para a PPAV (Apêndice C) e manutenção dos CVC (Apêndice D), como contributo para a atualização do manual da qualidade do serviço.

No decurso da atividade anteriormente descrita e de modo a concretizar o último objetivo: "**Participar na formação em serviço**" elaborei o plano de sessão e respetiva ação de formação em serviço para apresentação, à equipa de enfermagem, dos resultados obtidos na auditoria efetuada (*care bundle*). A ação de formação foi realizada na UCI e contou com a presença de 12 enfermeiros do serviço e também a Enfermeira e o médico responsável da comissão de controlo de Infeção. Tracei como objetivos da formação: apresentar os resultados das observações às práticas dos cuidados de enfermagem na manutenção do CVC; contribuir para a redução da incidência de infeção da corrente sanguínea associada ao CVC e detetar oportunidades de melhoria da prática clínica (Apêndice E).

A apresentação constituiu um tempo de aprendizagem, de partilha de informação, debate de ideias e troca de experiências com os colegas. Todavia, foi um momento acompanhado por alguma surpresa dos profissionais, face aos resultados apresentados, visto que a perceção dos colegas, era que existiria uma taxa de conformidade superior a que encontrei para algumas das ações auditadas. Foi interessante observar, nos turnos seguintes, que uma das informações que circulava nas passagens de turno, era o alerta para o cumprimento de algumas das ações que se identificaram serem necessárias corrigir.

No final da sessão, pedi a colaboração dos colegas no preenchimento do questionário para avaliação da formação (Apêndice F). Saliento que a maioria considerou totalmente adequada a sessão, nos itens, conteúdo programático, desempenho do formador e à sessão de forma global. Dois dos participantes avaliaram

⁹ PNCI. (2009). Campanha Nacional de Higiene das Mãos: Relatório 2008-2010, DGS.

os subitens: clareza dos conteúdos, incentivo à participação e metodologia aplicada, como parcialmente adequada.

Considero que como futura enfermeira especialista, desenvolvi um papel importante, ao maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, respondi em tempo útil e adequadamente¹⁰ e atuei como formador oportuno em contexto de trabalho, promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Durante uma conversa informal foi-me referido pela enfermeira chefe, que os doentes, quando inquiridos sobre o seu grau de satisfação¹¹ face ao internamento, referiram alguns aspetos negativos relacionados com o ruído ambiental, durante o período em que permaneceram na UCI. Assim, após a elaboração do plano de sessão, outra das atividades que realizei, foi uma ação de formação sobre a Ecologia do Sono (Apêndice G), para dar resposta às necessidades apontadas pelos doentes, indo de encontro das necessidades formativas dos profissionais. Vários estudos publicados (WALDER, et al., 2000, TAMBURRI, et al., 2004, BERGAMASCO, et al., 2007, PINSKY, et al., 2009, DENNIS, et al., 2010) demonstraram que, períodos de sono e repouso tranquilos, promovem o conforto, tão necessário para a recuperação da saúde, em situação de doença.

Nesta linha, procurei sensibilizar os enfermeiros para o padrão do Sono e Repouso como um foco sensível aos cuidados de enfermagem; descrever a fisiologia do sono e identificar as intervenções de enfermagem que favorecem o Sono e Repouso do doente crítico e contribuem para a manutenção do seu equilíbrio sensorial.

A avaliação da formação, feita pelos 11 enfermeiros participantes, foi sobreponível à anterior (Apêndice H). A maioria considerou, totalmente adequada a sessão, nos itens, conteúdo programático, desempenho do formador e à sessão de forma global. A equipa de enfermagem é uma equipa jovem, muito disponível para a aprendizagem. Apesar, de tendencialmente mais recetiva a aspetos do âmbito técnico, os colegas demonstraram grande sensibilidade para a temática e realçaram a forma de

¹⁰ Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

¹¹ Resultados dos inquéritos de satisfação aos doentes, relativos ao período de janeiro a março 2011.

abordagem do tema, suportada essencialmente pela evidência científica e aplicada ao contexto em que exercem a profissão.

2.3 SÍNTESE DO MÓDULO III

O estágio relativo ao Módulo III – Opcional foi realizado no Bloco Operatório (BO) do Serviço de Urgência Central (SUC) do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Entidade Pública Empresarial - Hospital de Santa Maria (CHLN-EPE-HSM). Esta instituição hospitalar é um estabelecimento de referência do Serviço Nacional de Saúde, desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada, bem como na área da investigação, constituindo-se como unidade essencial dentro do sistema de saúde português, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, com satisfação dos doentes e dos profissionais¹².

Na escolha do BOU, prevaleceu a intenção de desenvolver e aprofundar competências nesta área, bem como, mobilizar os conhecimentos adquiridos no âmbito da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Enfermagem Perioperatória.

Para a concretização do objetivo geral que defini, "**Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto multidisciplinar, relacionados com a especialização de Enfermagem Médico-cirúrgica**" foi decisiva a aquisição e atualização de conhecimentos nesta área, assim como a análise e reflexão crítica do exercício profissional e do trabalho desenvolvido.

O BO do SUC é uma área com características específicas, com uma integração prolongada e complexa. Contudo tive possibilidade de desenvolver e aprofundar competências no cuidar do doente e idoso em estado crítico, com necessidade de intervenção cirúrgica urgente, com enfoque no acolhimento e estabelecimento de uma relação de ajuda ao doente e família.

O contacto com uma nova realidade, permitiu-me trocar experiências e adquirir competências na área da enfermagem perioperatória. Procurei refletir de forma crítica sobre a prática, partindo da evidência científica com o objetivo de fomentar a mudança

¹² <http://www.hsm.min-saude.pt/>, consultado em 10outubro 2011.

de atitudes e procedimentos, e desenvolver um trabalho de qualidade, no respeito pelos princípios éticos e numa total atenção à pessoa do doente e à sua segurança.

A aprendizagem foi gradual na prestação de cuidados ao doente, na vertente do enfermeiro circulante e também, de forma mais tímida, de instrumentista.

2.3.1 MODULO III - OPCIONAL (ENFERMAGEM PERIOERATÓRIA)

Na reunião com o Enfermeiro Chefe e Orientador tive a oportunidade de expor os objetivos que defini para o estágio, assim como as atividades a desenvolver, com vista à sua concretização. A visita ao BO foi importante para o conhecimento da estrutura funcional do mesmo.

O Bloco Operatório de Urgência do CHLN-EPE-HSM possuiu duas salas operatórias a funcionar 24h/dia, de forma a dar resposta às necessidades em termos de cuidados aos doentes de médio e alto risco, que necessitem de cirurgias de urgência. Este serviço recebe todos os doentes provenientes do SUC, bem como, de todos os serviços de internamento e/ou unidades de cuidados intensivos do centro hospitalar, independentemente da sua faixa etária, que necessitem de serem submetidos a cirurgia de urgência/emergência. Encontra-se integrado no Serviço de Urgência, situado junto às salas de reanimação I e II, com o objetivo de proporcionar ao doente a continuidade dos cuidados prestados em contexto de urgência. O seu espaço físico pode ser dividido em três áreas:

A área livre é constituída por um acesso lateral por onde circulam os profissionais que exercem funções diariamente no BO. Neste local encontram-se vestiários, para fardamento exclusivo de acesso ao BO e casas de banho. Possui um pequeno hall, delimitado por uma faixa vermelha, onde é efetuado o acolhimento do doente e família/pessoa significativa.

A área semirrestrita é composta por um corredor de acesso às salas operatórias onde se encontra: um gabinete, uma sala de armazenamento de material de consumo clínico, uma sala de material e fármacos de apoio à anestesia, uma sala de recobro anestésico, com capacidade de internamento para três doentes, com suporte ventilatório para dois doentes, uma sala de limpos, uma sala de desinfeção. A circulação nesta área é

restrita aos profissionais de saúde, doentes e no caso de crianças, aos pais ou pessoa significativa. O uso de fardamento próprio é obrigatório;

A área restrita engloba as duas salas operatórias, sendo utilizadas por todas as especialidades cirúrgicas, em contexto de urgência (cirurgia geral, ortopedia, urologia, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, vascular, oftalmologia, etc.) e uma sala de desinfeção. É obrigatório a utilização de equipamento de proteção individual.

No âmbito da enfermagem perioperatória, espera-se que o enfermeiro preste cuidados ao doente nas áreas de anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, e por isso é fundamental, que os enfermeiros possuam conhecimentos teórico-práticos nas várias vertentes, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2.3.2 ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Para a concretização dos objetivos delineados para este estágio, foi determinante o meu empenho na aprendizagem e a consolidação dos conhecimentos adquiridos na componente teórica de “Enfermagem Perioperatória”. O primeiro objetivo definido foi: **“Prestar cuidados especializados ao doente cirúrgico urgente/emergente no perioperatório”**. Ao enfermeiro perioperatório compete garantir a segurança do doente e salvaguardar as condições ideais do ambiente seguro, (PORTUGUESES, 2006) num processo que envolve três grandes momentos: antes, durante e após a cirurgia. O enfermeiro perioperatório, tem assim um papel fulcral no que respeita à identificação das necessidades da pessoa a ser cuidada, ao planeamento e execução dos cuidados (com destreza e segurança, minimizando riscos) e avaliação.

Do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório, fazem parte, prestar cuidados ao doente nas áreas de anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A equipa multidisciplinar é constituída por vários profissionais, podendo ser mais ou menos abrangente, de acordo com as necessidades do doente em termos de cuidados e complexidade da intervenção cirúrgica. É fundamental que cada membro da equipa conheça o seu papel, de forma a poder agir de acordo com a complexidade da situação.

Ao longo do estágio, colaborei com o enfermeiro orientador no desempenho de funções de enfermeira circulante, inicialmente, foram os conhecimentos teóricos que me guiaram na sequência dos acontecimentos, tendo ao longo do tempo adquirido conhecimentos práticos. A aprendizagem em contexto de trabalho é fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais, porque, é através da experiência, que se alcança a perícia (BENNER, 2001).

O enfermeiro circulante tem a seu cargo diversas atividades no período pré, intra e pós operatório. Esta função inicia-se com a transferência do doente para a mesa operatória e termina no momento em que o doente é transferido para o recobro. O enfermeiro circulante apoia o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica a equiparem-se com roupa estéril, colabora com a enfermeira instrumentista na preparação do instrumental cirúrgico e zela pelo cumprimento da técnica asséptica. Sendo uma área muito abrangente e específica, e devido ao curto período de estágio, não foi possível efetuar uma correta integração de forma a executar esta função com total autonomia. No entanto, tive oportunidade de colaborar com o orientador na função de circulante em várias intervenções cirúrgicas, contribuindo para o meu enriquecimento profissional.

Nestas situações, procurei desenvolver competências no âmbito da prevenção de riscos, quer para o doente quer para a equipa cirúrgica, tendo realizado: contagem de compressas, de materiais corto-perfurantes e respetivo registo; verificação do sistema de vácuo e de eletrocirurgia, para prevenção das queimaduras; preparação e organização do material necessário a cada cirurgia; preparação do material de tricotomia; verificação do equipamento de emergência; posicionamento do doente; vigilância e controlo da assepsia do campo operatório; manutenção da temperatura corporal do doente; colaboração na execução do penso; realização de registos de enfermagem; supervisão da higienização da sala e equipamentos; colaboração na reposição e reorganização da sala para o doente seguinte.

O enfermeiro instrumentista tem como funções gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra sem interferências. É responsável por manter o campo operatório estéril, preparação das mesas operatórias, manutenção e vigilância da técnica asséptica cirúrgica e responsabilização pelos dispositivos médicos, nomeadamente, instrumentos, compressas e suturas.

A área da instrumentação carece de conhecimentos específicos, exigindo um longo período de integração. Atendendo aos objetivos que defini para o estágio e face ao tempo estipulado para o mesmo, a minha intenção era, observar as funções de enfermeiro instrumentista. No entanto, na terceira semana de estágio, por sugestão do enfermeiro orientador, tive oportunidade de experienciar a instrumentação num doente proposto para cirurgia urgente, do foro da Ortopedia, tendo em vista o estabelecimento de prioridades de intervenção, compreendendo a importância e o papel de cada interveniente, evitando perdas de tempo e riscos.

O desempenho desta função, ajudou-me a contextualizar, na prática, todos os conhecimentos teóricos adquiridos no módulo opcional de Enfermagem Perioperatória. Assim, desempenhei funções no que respeita à manutenção e vigilância da técnica asséptica cirúrgica, segurança do doente, passagem do instrumental cirúrgico ao médico, organização da mesa operatória (separação do material contaminado, evitando riscos com o material corto perfurante), e instrumentos quantificáveis, em colaboração com a enfermeira circulante, e ainda a realização do penso operatório, entre outras. No final da cirurgia procedi à contagem e remoção do material cirúrgico de acordo com as normas de procedimento de enfermagem implementadas.

Foi uma experiência totalmente nova, tendo recebido reforço positivo pelo meu desempenho.

Ao prestar cuidados na UCPA efetuei o acolhimento do doente na unidade, a sua monitorização hemodinâmica, manutenção da sua temperatura corporal, realização de uma avaliação inicial (estado de consciência, respiração, circulação, avaliação da dor, existência de perfusões endovenosas, drenagens, etc.), mantendo uma vigilância constante no período decorrente, com o objetivo de prevenir complicações e atuar de imediato perante o surgimento das mesmas.

Com a finalidade de dar resposta ao segundo objetivo definido para este estágio: **"Promover um ambiente seguro, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem no BOU"**, tendo desenvolvido as atividades, no âmbito das questões da Segurança do Doente focalizadas nas medidas de segurança perioperatórias, como práticas seguras, em concreto na aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica, como uma medida para a prevenção das complicações cirúrgicas que surgem durante as intervenções ou após a sua concretização, para a redução das taxas de

complicações e de mortalidade dos doentes. Estudos internacionais salientam o fator, envolvimento ativo, de todos os profissionais de saúde da equipa cirúrgica, como um aspeto que interfere definitivamente, para o sucesso destas medidas (Saúde, 2010).

A Segurança do Doente apresenta-se como uma componente estruturante da Qualidade em Saúde e ocupa um lugar cada vez mais importante nas preocupações dos enfermeiros, dada a consciencialização sobre as repercussões sociais e económicas dos eventos adversos. Existe hoje evidência e um conhecimento factual sobre as implicações que a segurança dos doentes, ou a falta dela, tem sobre as organizações de saúde, os seus profissionais e principalmente os doentes que a elas recorrem (WHO, 2003, MAKAI, et al., 2009).

Os eventos adversos podem resultar de complicações relacionadas com medicamentos, procedimentos cirúrgicos, quedas, úlceras de pressão, queimaduras, infeções associadas aos cuidados de saúde, entre outros, e a sua frequência é considerada um dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde.

Segundo o atual perfil de prestação de cuidados de saúde em Portugal, (SOUSA, et al., 2011), sabemos que a taxa de incidência de eventos adversos foi de 11,1%, desses 53,2% foram considerados evitáveis. A maioria dos eventos adversos (60,3%) não causaram dano ou resultaram em dano mínimo, mas em 58,2% destes eventos, houve prolongamento do período de internamento, em média, mais 10,7 dias, do que seria espetável.

Como uma das formas de garantir a qualidade em saúde, a Organização Mundial da Saúde criou a *World Alliance for Patient Safety*, que publicou um manual direcionado para a redução de erros e eventos relacionados com procedimentos cirúrgicos, denominado *Save Surgery Saves Lives* (WHO, 2009). Este documento recomenda a utilização de uma lista de verificação para cirurgia segura que inclui algumas tarefas e procedimentos básicos de segurança.

Dos enfermeiros espera-se capacidade adaptativa perante as mudanças constantes nas organizações hospitalares, os doentes vão e vêm, mas a exigência de garantir condições seguras para os cuidados de saúde é fundamental.

Em bom rigor, os enfermeiros orientam a sua prática profissional guiados por uma filosofia de enfermagem, em modelos e teorias que lhes confere uma visão aprofundada sobre os fenómenos de modo a garantir uma permanente resposta às

transformações que ocorrem nos diversos contextos dos cuidados de enfermagem (KEROUAC, et al., 1996). A visão aprofundada destes fenómenos implica, de acordo com Meleis (2005) uma conceptualização desenvolvida, a partir das realidades que dizem respeito à enfermagem, com o propósito de descrever, explicar, prever ou prescrever cuidados de enfermagem.

No entanto, a realidade apresenta particularidades que podem dificultar esta abordagem devido à complexidade das organizações de saúde e ao carácter multifatorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança (SOUSA, 2006).

A adesão dos enfermeiros a comportamentos promotores da segurança do doente faz parte da “cultura” de segurança e contribui, sem dúvida, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e família. Por isso, a compreensão do fenómeno da adesão, nos enfermeiros do bloco operatório, assente nas conceções do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996; 2002) revelou-se importante, no contexto do processo biopsicossocial que motiva os enfermeiros, a adotarem comportamentos de segurança, porque aquilo que eles pensam, dizem e fazem influencia em definitivo a cultura de segurança do doente (FERNANDES, et al., 2011, p. 38). Este modelo possibilita uma atenção individual à pessoa ou reunindo-as em grupo, permitindo planear, intervir e avaliar as ações necessárias.

A adesão, em concreto, pode ser definida, na medida em que o comportamento profissional do enfermeiro é concordante com as recomendações e orientações baseadas em boas práticas e sustentadas em evidência científica, permitindo assegurar a proteção do doente, garantindo a confiança e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo Pender (1996; 2002) podemos correlacionar o carácter interpessoal e interagir com os ambientes físicos e interpessoais dos enfermeiros. Uma condição prévia na promoção de uma cultura de segurança é um ambiente de trabalho aberto e onde predomine a confiança, com uma cultura que se concentre na aprendizagem a partir de situações nas quais quase ocorreram falhas, como caminho para um desempenho de qualidade e segurança para o doente.

Embora este modelo, não forneça orientações específicas para estimular comportamentos de adesão, é possível avaliar as ações de promoção de comportamentos [de segurança] pelo estudo da interligação entre três fatores: as características e

experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e os resultados da conduta.

As características e experiências individuais, referem-se ao que cada profissional traz para o exercício profissional, relativamente aos valores, à personalidade, às aprendizagens, aos conhecimentos, à forma de interagir e também, as influências ambientais.

Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar, são influenciados pelo nível de autoconfiança, autoeficácia percebida com autoconsciência reflexiva, a segurança no desempenho, a aceitação interpares orientada para a melhoria da adesão, os conhecimentos sobre os comportamentos profissionais esperados e as influências interpessoais dos pares e de outros profissionais de saúde.

Pude observar que alguns enfermeiros executavam a técnica da algaliação sem cumprir as atuais recomendações sobre a limpeza/desinfecção dos genitais. A pertinência das medidas relacionadas com a prevenção da infeção urinária associada à algaliação, justifica a elaboração da norma (Apêndice I), que entreguei para inclusão do manual do serviço, tendo tido oportunidade de fundamentar e argumentar, através da evidência científica e das orientações de boas práticas, sobre a necessidade de substituição da iodopovidona por cloreto de sódio isotónico. De facto, as influências situacionais podem favorecer mudanças de comportamento. Esta situação permitiu que alguns enfermeiros tivessem demonstrado a capacidade de abandonar práticas que se entendem, á luz do conhecimento atual, não desejáveis e refletissem sobre a necessidade de prestar cuidados mais seguros.

É importante ajustar as mudanças às características, capacidades e empenho dos enfermeiros, como fazendo parte de uma equipa, porque a expressão dos seus sentimentos, são fatores que indiciam a presença ou ausência de motivação para a mudança de comportamentos. Na verdade, durante o estágio, quando estava com funções de enfermeira circulante conjuntamente com o enfermeiro orientador, pedi a sua colaboração para efetuarmos a verificação operatória e apoiada na relação privilegiada que o orientador detinha com algumas equipas cirúrgicas mais recetivas, podemos realizar, em algumas cirurgias, a verificação cirúrgica. A reflexão com outros colegas, ao longo dos turnos, permitiu-me verificar a mudança de discurso destes profissionais, transparecendo uma maior recetividade para a integração desta prática. A convicção

inicial com que os enfermeiros afirmavam não ser possível a sua aplicação, foi diminuindo com o passar do tempo.

A norma documenta e justifica a necessidade de verificação operatória e operacionaliza a forma de a aplicar (Apêndice J). Tem como objetivos reforçar a aceitação de práticas de segurança e encorajar a melhoria da comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar, porque guia a interação da equipa, com base na comunicação verbal, a fim de confirmar que os padrões de boa prática clínica são assegurados em todos os doentes. A lista de verificação destina-se a dar às equipas um instrumento simples e eficiente de verificações prioritárias para a melhoria efetiva do trabalho em equipa e da comunicação e para incentivar o respeito pela segurança dos doentes em todas as operações realizadas. Promover a leitura da norma foi uma das estratégias que utilizei para sensibilizar a equipa para a necessidade da sua implementação.

Durante o tempo que permaneci em estágio no BO, um dos doentes que entrou para cirurgia, com necessidade de administração de sangue, trazia o processo clínico que não era o seu. Este incidente não produziu erros, por recuperação ativa baseada na atuação humana, isto é, quando o doente entrou para a sala operatória, o enfermeiro detetou a inconformidade, o que permitiu suspendê-la, sem consequências.

Situações como esta, são facilmente reportadas e devem ser aproveitadas para a prevenção dos erros. Daqui surgiu mais uma das oportunidades para a minha intervenção, percebi que a administração de sangue e hemoderivados era uma das áreas que careciam de alguns esclarecimentos, mas, sobretudo de padronização de informação e orientações de procedimentos. Assim, tornou-se importante elaborar a norma para a segurança da administração de sangue e hemoderivados, já que era uma necessidade sentida pelo serviço (Apêndice K). Os objetivos que guiaram a sua elaboração estão relacionados com a necessidade de definir e sistematizar os aspetos importantes na administração segura de componentes sanguíneos, facilitar a integração de novos elementos e, principalmente, reforçar a pertinência da adoção da cultura de segurança do doente.

É indispensável que cada instituição ou serviço adote ou crie normas de procedimento que visem assegurar os padrões de qualidade estabelecidos, visando o cumprimento e supervisão dos mesmos. As normas de procedimento podem considerar-se, “ [...] metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da

qualidade” (ENFERMEIROS, 2001, p. 15) e assumem um papel essencial, pois garantem o cumprimento dos cuidados, facilitam a integração de novos profissionais e promovem a tomada de decisão.

Os resultados da conduta dos enfermeiros, refletem a responsabilidade, a mudança de comportamentos, o compromisso em equilibrar as limitações e as potencialidades, para que seja possível, partilhar uma cultura de segurança do doente, com adoção de práticas seguras.

A mudança cultural em torno dos erros e do risco, em geral, é a modificação essencial para a promoção da segurança clínica. Um dos pilares para a partilha de uma cultura de segurança do doente, faz-se através dos profissionais, com análise factual de erros e tendências, com aprendizagem em torno do erro, elaborando normas de segurança e trabalhando em equipa (FRAGATA, 2009).

O registo contínuo, a análise, interpretação e informação de retorno aos profissionais sobre os resultados obtidos, a partir das mudanças introduzidas, podem ser indutores de sentimentos de autoconfiança e segurança na organização, como por exemplo, informação sobre a percentagem de aplicação da lista de verificação operatória e as notificações dos eventos adversos. Estes aspetos são considerados fatores de melhoria da adesão dos profissionais a práticas clínicas mais seguras, também cimentados nas boas relações interpessoais e na cooperação entre serviços.

Refletindo à luz da minha prática diária, o sucesso da adesão dos profissionais a práticas seguras passa, essencialmente, pelo envolvimento e integração na sua rotina diária, de comportamentos promotores da segurança clínica. A consciencialização e capacitação dos enfermeiros deve ser trabalhada em parceria com toda a equipa, diariamente, com formação em serviço, acompanhamento sistemático dos enfermeiros, com monitorização da eficácia dos comportamentos seguros e feedback dos resultados alcançados, de acordo com indicadores padronizados.

3. CONCLUSÕES GERAIS

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir e analisar o caminho percorrido, como contribuiu para o meu processo de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à mudança de práticas e comportamentos, baseados na evidência científica.

No decurso do estágio cumpri os objetivos previamente definidos no meu projeto, tendo em vista o desenvolvimento de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O projeto de estágio foi o fio condutor para o meu percurso formativo, tendo sido essencial reformular alguns objetivos específicos anteriormente definidos, atendendo às necessidades observadas e à sua pertinência para o estágio.

Para a realização dos mesmos, contribuiu o meu empenho, o apoio dos Enfermeiros Orientadores, mas também, da Professora Helena José no decorrer deste período.

O percurso realizado nem sempre foi fácil, pela dificuldade em conciliar os compromissos profissionais que assumimos, a vida de estudante e a vida familiar. Contudo, refletindo sobre esta etapa, considero que demonstrei capacidades de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, no cuidado ao doente e família em cuidados intensivos/intermédios e enfermagem perioperatória. A escrita sobre o módulo creditado, exigiu uma reflexão crítica sobre a experiência profissional e as competências adquiridas.

O trabalho desenvolvido no decurso do estágio foi fundamental para dar uma maior visibilidade, ao papel facilitador do enfermeiro, no processo de transição para o doente e pessoas significativas, apoiado no referencial teórico de Meleis (2000), no modelo de intervenção relacional terapêutica de LOPES (2006) e à intervenção/implementação de medidas relacionadas com a segurança clínica, com suporte no modelo de promoção da saúde de Pender (1996) e da necessidade da monitorização e registo sistemático da prática clínica dos enfermeiros, já que o contexto das unidades de cuidados intensivos e blocos operatórios se constituem como locais onde o risco é maior e a probabilidade de provocar lesão ao doente é elevada, e ao

desenvolvimento profissional dos enfermeiros, com a reflexão na prática, das práticas de cuidados.

Em forma de balanço final, estou convicta ter adquirido diferentes competências, como sejam, demonstrar consciência crítica e reflexiva na prestação de cuidados ao doente e família; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; demonstrar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente/família/pessoa significativa; tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas relacionados com a comunicação; tomar decisões atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; identificar necessidades formativas e promover a formação em serviço; comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas; incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialidade médico-cirúrgica, assim como outras evidências; zelar pela qualidade dos cuidados prestados; liderança de equipas; gestão de recursos humanos e materiais; integração de novos profissionais e participação em trabalhos de investigação.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCY, National Patient Safety. 2004. *Seven Steps to patient safety in general practice.* London : NHS, 2004. pp. 1-12, National Reporting and Learning Service.

BENNER, Patricia. 2001. *De Iniciado a Perito.* Coimbra : Quarteto, 2001. p. 270. 972-8535-97-X.

BERGAMASCO, Ellen C. e Cruz, Diná A. L.M. 2007. Adaptação das visual analogic sleep scales para a lingua portuguesa. *Revista latino-Americana de Enfermagem.* Set-Out de 2007, Vol. 15, 5, pp. 998-1004.

CHAVES, E., et al. 2008. Uma interação enfermeiro-cliente aplicando princípios do relacionamento não diretivo. *Ciência, Cuidado e saúde.* 2008, Vol. 7, 2, pp. 248-255.

CHICK, N and MELEIS, Afaf Ibrahim. 1986. Transitions: A nursing concern. [book auth.] P L Chinn. *Nursing research methodology: issues and implementation.* Rockville, MD : s.n., 1986, pp. 237-257.

DEFEZ, C, et al. 2008. Additional direct medical costs of nosocomial infections: an estimation from a cohort of patients in a French university hospital. *Journal of Hospital Infection.* 2008, Vol. 68, 2.

DENNIS, Christina, et al. 2010. [Online] 2010. [Citação: 24 de maio de 2011.] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20804117>.

DONABEDIAN, Avedis. 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care.* [ed.] R. Bashshur. New York : Oxford University Press, 2003. p. 240. 0-19-515809-1.

ENFERMEIROS, Ordem dos. 2001. *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros. 2001. p. 16.

ENFERMEIROS, Ordem dos. 2007. Desenvolvimento Profissional: individualização das especialidades em enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 2007. [Citação: 9 de abril de 2011.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>.

—. **2001.** *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. 2001. p. 16.

FAVERO, Luciane et al. 2009. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Ata Paulista de Enfermagem*. [Online] 2009. [Citação: 29 de dezembro de 2011.] <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200016&lng=en&nrm=iso>.. ISSN 0103-2100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200016>..

FERNANDES, António M. e Queirós, Paulo J. 2011. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, Vol. III, 4, pp. 37-48.

FRAGATA, Jorge. 2009. Gestão do Risco. [book auth.] Luis CAMPOS, Margarida BORGES and Rui PORTUGAL. *Governança dos Hospitais*. 1.ª edição. Alfragide : Casa das Letras, 2009, p. 382.

INFEÇÃO, Programa Nacional de Controlo de. 2006. *Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares*. [Manual de Boas Práticas] Lisboa, Portugal : Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006.

—. **2004.** *Recomendações para a prevenção da infeccção em doente ventilado*. [Manual de Boas Práticas] Lisboa, Portugal : Direção Geral da Saúde, Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004.

KEROUAC, Suzanne, et al. 1996. *El pensamiento enfermero*. Barcelona : Masson, 1996. ISBN 84-458-0365-4.

LADDEN, CS. 1997. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. [autor do livro] Margaret Hurth Meeker e Jane C. Rothrock. [ed.] Guanabara Koogan. *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 10ª. s.l. : EGK, 1997, pp. 3-17.

LOPES, Manuel José. 2006. *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra : Formasau, 2006. 972-8485-6-x.

MACPHAIL, Estelle. 2001. Panorâmica da enfermagem de urgência. [autor do livro] Susan SHEEHY. *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. 4.ª. Loures : Lusociência, 2001, I, p. 876.

MAKAI, Peter, et al. 2009. Quality management and patient safety: Survey results from 102 Hungarian hospitals. *Health Policy*. [Online] maio de 2009. [Citação: 12 de janeiro de 2012.] [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(08\)00211-X/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(08)00211-X/abstract).

MELEIS, Afaf Ibrahim. 1997. *Theoretical nursing: development and progress*. 3ª. Philadelphia : JB Lippincott Co, 1997. p. 665.

MELEIS, Afaf Ibrahim, et al. 2000. Experiencing Transitions: an emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, Vol. 23, pp. 12-28.

— . **2005.** *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3ª Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

— . **2010.** Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific theories in Nursing research and Practice. [Online] 2010. [Citação: 14 de fevereiro de 2011.] <http://www.springerpub.com/produt/9780826105349>. ISBN 13: 9780826105349.

MENDES, Anabela Pereira, BASTOS, Fernanda e PAIVA, Abel. 2010. A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Fatores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. dezembro de 2010, Vol. III Série, 2, pp. 7-16.

MERCÊS, Cláudia Ferreira e ROCHA, Ruth Mylius. 2006. Teoria de Paterson e Zderad: Um cuidados de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. *R Enferm UERJ*. julho/setembro de 2006, Vol. 14, 3, pp. 470-5.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do e Erdmann, Alacoque Lorenzini. 2009. Compreendendo as dimensões dos Cuidados Intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. [Online] 2009. [Citação: 29 de novembro de 2011.] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200012&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200012>.

OFFICE, National Audit. 2000. *The Management and Control of Hospital Acquired Infection in Acute NHS Trust in England*. London : House of Commons, 2000.

BIBLIOGRAPHY

Oliveira, Célia Simões. 2008. A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*. 2008, Vol. 12, 1, pp. 2-13.

—. **2011.** *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2011. Tese de Doutoramento.

PELLOWE, C, et al. 2006. The EPIC project: updating the evidence base for national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*. April de 2006, Vol. 59, 4, pp. 373-4.

PENDER, Nola J. 1996. *Health promotion in nursing practice*. 3^a. Califórnia : Appleton and Lange, 1996.

PENDER, Nola J., Murdaugh, Carolyn L. e Parsons, Mary Ann. 2002. *Health Promotion in Nursing Practice*. 4^a. s.l. : Prentice Hall, 2002. p. 340. ISBN 10: 0130319503 / ISBN 13: 9780130319500.

PINSKY, Miachel R, et al. 2009. *Applied Physiology in Intensive care*. 2nd. s.l. : Springer, 2009. p. 489. ISBN 978-3-642-01768-1.

PORTUGUESES, ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE SALA OPERAÇÕES. 2006. *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à prática dos Cuidados*. 1ª. Loures : Lusodidacta, 2006. p. 356. 972-8930-16-X.

RILEY, Julia B. 2004. *Comunicação em Enfermagem*. 4ª. Loures : Lusodidacta, 2004. p. 480. ISBN 978-972-8383-81-7.

RODRIGUES, Manuel. 2001. Projeto de Desenvolvimento Pessoal: uma perspetiva curricular inovadora na Formação de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. novembro de 2001, Vol. 7, pp. 51-68.

SAKRAIDA, Teresa J. 2004. Nola J. Pender: Modelo de Promoção da Saúde. [autor do livro] Ann M. Tomey e Martha R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures : Lusodidacta, 2004, p. 766.

SANTOS, Miria Conceição, et al. 2010. Comunicação Terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010, Vol. 63, 4, pp. 675-678.

SAÚDE, Direção Geral da. 2010. Cirurgia Segura Salva Vidas. *Circular Normativa Nº16*. 22 de junho de 2010.

SAÚDE, Ministério da. 2009. *Governança dos Hospitais*. [ed.] Luis Campos, Margarida Borges e Rui Portugal. 1ª edição. s.l. : Casa das Letras, 2009. p. 382. ISBN 978-972-46-1930-9.

SERRANO, Maria Teresa P., Carneiro da Costa, Arminda S.M. e Nunes da Costa, Nilza Maria V. 2011. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. março de 2011, Vol. 3, Nº3, pp. 15-23.

SOUSA, Paulo. 2006. Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Ata Médica Portuguesa*. Julho-Agosto de 2006, Vol. 19, 4, pp. 309-318.

SOUSA, Paulo, et al. 2011. *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. 1ª. s.l. : Escola Nacional de Saúde Pública– Universidade de Lisboa, 2011. ISBN Nº 978-989-97342-0-3.

TAMBURRI, Linda M, et al. 2004. Noturnal Care Interactions with patients in critical care units. *American Journal of Critical care*. [Online] 2004. [Citação: 28 de maio de 2011.] <http://www.ajcc.aacnjournals.org/content/13/2/102.full.pdf>.

URDEN, Linda e Stacy, Kathleen. 2008. *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. 5ª. Loures : Lusodidacta, 2008. p. 1292. ISBN 978-989-8075-08-6.

VICTOR, Janaína Fonseca, Lopes, Marcos Venícios de Oliveira e Ximenes, Lorena Barbosa. 2005. *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. São Paulo, Brasil : s.n., jul.- set. de 2005. *Ata Paulista de Enfermagem*, Vols. 18(3):235-240. ISSN 0103-2100.

VIEIRA, Margarida. 2009. *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência*. 2ª. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2009. p. 158. 978-972-54-0195-8.

WALDER, Bernhard, et al. 2000. Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels. *Critical care Medicine*. [Online] 2000. [Citação: 28 de abril de 2011.] http://www.journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/2000/07000/Effects_of_guidelines_implementation_in_a_surgical.10.aspx..

WALDOW, Vera Regina. 2008. Atualização do cuidar. *Aquichan*. abril de 2008, Vol. 8, Nº. 1, pp. págs. 85-96.

WATSON, Jean. 2002. *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem.* Loures : Lusociência, 2002. p. 182. ISBN 972-8383-33-9.

WHO. 2009. *Guidelines for Safe Surgery.* 2^a. 2009. p. 133. ISBN 978-92-4-159855-2.

—. **2003.** *Patient safety : rapid assessment methods for estimating hazards.* Department of Human Resources for Health. Genebra : World Health Organization, 2003. p. 41, Report of the WHO Working Group meeting. ISBN 92-4-56256-0.

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico.

APENDICES

APENDICE A

"Care Bundle"

Prevenção da Pneumonia associada à ventilação

OBJECTIVO

Reduzir a incidência da Pneumonia Associada a Ventilação

ENQUADRAMENTO

Podemos definir "care bundle" como um conjunto de boas práticas em prevenção e controlo da infecção (cerca de 3 a 5) que quando são utilizadas colectivamente e continuamente pelos profissionais contribuem efectivamente na prevenção das infecções no doente.

O objectivo deste conjunto de cuidados, conforme estabelecido nesta intervenção de elevado impacto é garantir a excelência dos cuidados de saúde prestados ao doente conectado a prótese ventilatória, diminuindo o risco de pneumonia associada a ventilação (PAV).

As intervenções simples que podem incentivar as melhores práticas para reduzir significativamente a taxa de PAV, representam a melhor estratégia para a diminuição da morbilidade e custos das infecções associadas aos cuidados de saúde (Kollef, 2004; 2008).

A pneumonia adquirida no hospital representa a infecção associada aos cuidados de saúde mais frequente dos doentes internados em Cuidados Intensivos. A PAV foi inicialmente descrita nos doentes submetidos a ventilação mecânica e representa um subgrupo da pneumonia adquirida no hospital que ocorre 48-72 horas após entubação endotraqueal (Vincent et al, 2006). Os doentes entubados têm um risco de 6 a 20 vezes superior em relação aos doentes não entubados (Chastre e Fagan, 2002). A PAV ocorre em 9 a 27% dos doentes ventilados e a sua incidência é variável de acordo com a população estudada. O risco é mais elevado nos primeiros dias de ventilação com um valor de 3%, por dia, nos primeiros cinco dias de ventilação. Aproximadamente metade dos episódios de PAV ocorre nos primeiros 4 dias de ventilação (Bouza, Burillo, Torres, 2007). A PAV é a primeira causa de mortalidade por infecção associada aos cuidados de saúde.

Foram publicadas, nos últimos anos, por diferentes organizações internacionais, directrizes baseadas na evidência, sugerindo que a utilização das medidas deste pacote são altamente eficazes na redução da PAV (Hawe et al, 2007; Marra et al, 2009) com um impacto significativo de custo - benefício (Shorr e Wunderink, 2003).

Este pacote de cuidados inclui seis medidas - chave que são simples, de fácil implementação e documentadas em estudos baseados na evidência. Três dos procedimentos: higiene oral, aspiração de secreções subglótica e monitorização da pressão do cuff do tubo endotraqueal, foram introduzidos na versão actual do pacote de cuidados. A adequada higiene oral com anti-sépticos reduz o risco de PAV, assim como, a má higiene oral está associada a colonização por microrganismos potencialmente infectantes responsáveis pelas infecções pulmonares secundárias (Tantipong et al, (2008).

A utilização de tubos endotraqueais com via para aspiração subglótica de secreções podem reduzir a ocorrência de PAV, prevenindo a contaminação das secreções orais, que se acumulam acima do cuff traqueal, nos doentes entubados, pela passagem das secreções para os pulmões (Dezfulian et al, 2005; Lorente et al, 2007).

A manutenção de uma pressão de inflação apropriada no cuff traqueal, é importante, pois a hipoinflação (<20cm H₂O) está associada à PAV (Diaz, Rodriguez e Rello, 2005). A hiperinflação (>30cm H₂O) é também prejudicial e contribui, a longo prazo, para lesões da traqueia. Apesar de não ser incluído como o elemento passível de auditar, os tubos endotraqueais devem ser colocados e posicionados eficazmente para garantir que os líquidos condensados dos circuitos externos, não passam para as vias respiratórias do doente.

Estas medidas devem ser parte de uma estratégia global de redução das IACS. Esta estratégia deve incluir, também, a higiene das mãos, o uso de equipamento de protecção individual e limpeza ambiental.

Este pacote de cuidados na ventilação mecânica não deve ser utilizado como um indicador de qualidade, mas considerado como padronização das melhores práticas na gestão do doente ventilado. As auditorias de conformidade com o pacote de cuidados devem ser realizadas periodicamente e divulgado os seus resultados a toda a equipa de profissionais de saúde. A auditoria sistemática das medidas do pacote de cuidados, facilita e apoia a revisão e melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados ao doente, nomeadamente os cuidados de enfermagem, de acordo com as linhas de orientação e recomendações vigentes.

Porquê usar a "Care bundle" ?

Este conjunto de cuidados resulta de orientações baseadas em evidências científicas e de conselhos de peritos. A finalidade é actuar de forma a medir a implementação dos elementos-chave

do pacote de cuidados. O risco de PAV aumenta quando um ou mais elementos são excluídos ou não realizados.

Formação contínua

Em concordância com as recomendações, os profissionais de saúde, devem ter formação específica e demonstrar competências em qualquer dos procedimento ou processo de cuidar. A competência não é uma acção específica de cuidar nas intervenções de elevado impacto, pois é um pré-requisito para a prestação de cuidados de saúde.

Elementos da "Care bundle"

As 6 acções a seguir descritas são recomendadas como boas práticas.

1. Elevação da cabeceira da cama

A cabeceira da cama é elevada a 30-45 ° C - salvo contra - indicação - (Muscedere et al, 2008).

2. Avaliação do nível de sedação

Caso o doente não esteja acordado e confortável, a sedação é reduzida ou suspensa, para avaliação, pelo menos 1 vez por dia - salvo contra-indicação - (Girard et al, 2008).

3. Higiene Oral

A boca é limpa com gluconato de clorhexidina (\geq 1-2% gel ou líquido) 6/6 horas. A clorhexidina é inactivada pelo uso de pasta dentífrica, sendo, por isso, aconselhado, um intervalo de pelo menos duas horas entre a sua aplicação e a escovagem dos dentes (Tantipong et al, 2008; Panchabhai et al, 2009; Scannapieco et al, 2009).

4. Aspiração subglótica

Tubo traqueal (endotraqueal ou traqueostomia), com via para a aspiração das secreções subglóticas é utilizado se o doente estiver entubado por um período >72 h (Dezfulian, et al, 2005; Lorente et al, 2007).

As secreções são aspiradas através de via para secreção subglótica hora/hora ou de 2/2 horas.

5. A pressão do cuff do tubo traqueal.

A pressão do cuff é medida de 4/4 horas e mantida entre 20-30 cm H₂O e registada (Diaz, Rodriguez, Rello, 2005).

6. Profilaxia da úlcera de stress

Profilaxia da úlcera de stress é prescrita somente para doentes de alto risco, de acordo com os protocolos existentes e revista diariamente (Isakow e Kollef, 2006; Quenot et al, 2009; Miano et al, 2009).

Os Resultados

De acordo com o quadro 1, se uma das medidas do pacote de cuidados, é executada, regista-se Sim ou Não na coluna correspondente.

Quando uma acção de cuidado não é realizada, por não ser aplicável regista-se N/A, o que é reconhecido como Sim quando calculado o total das conformidades.

Em seguida calculam-se os totais e a percentagem das conformidades.

O objectivo é executar todas as acções de cuidado sempre que são necessárias e garantir o cumprimento de 100% de adesão ao pacote de cuidado. A coluna - Todas as acções realizadas - deve ser preenchida com um Sim, quando todas as acções apropriadas foram concluídas em cada momento.

Sempre que as acções não foram realizadas, o cumprimento total será inferior a 100%. A informação sobre as inconformidades das acções do pacote de cuidado, é divulgado para que possam ser tomadas medidas para melhorar os níveis de cumprimento.

Quadro 1 - Exemplo de registo de auditoria

Acções Observações	Acção 1	Acção 2	Acção 3	Acção 4	Acção 5	Acção 6	TODAS AS ACÇÕES REALIZADAS
1	S	N	S	S	S	S	0
2	S	S	S	N/A	S	S	1
3	S	N	N	S	S	S	0
Total de acções individuais em conformidade	3	1	2	3	3	3	1
% de cada acção de cuidado	100%	33,3%	66,6%	100%	100%	100%	33,3%

Referências Bibliográficas

Bouza, E., Burillo, A. Torres, M. (2007). Nosocomial pneumonia in the Critical Care Unit. In: Cunha BA (Ed). Infectious Diseases in Critical Care Medicine. Healthcare USA, New York: 169-203

Chastre, J., Fagan J.K. (2002). Ventilator associated pneumonia. *American Jornal Respiratory Critical Care Medicine*; 142: 867-903

Dezfulian C et al. (2005). Subglottic secretion drainage for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *The American Journal of Medicine*, 118:11-18

Diaz E., Rodriguez A.H., Rello J. (2005). Ventilator-associated pneumonia: issues related to the artificial airway. *Respiratory Care*, 50:900–6

Girard R.D. et al. (2008). Efficay and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 371:126-34

Hawe et al. (2007). Reduction of ventilator-associated pneumonia: active versus passive guideline implementation. *Intensive Care Medicine*, 35:1180-86

Isakow W. & Kollef M.H. (2006). Preventing ventilator-associated pneumonia: an evidenced-based approach of modifiable risk factors. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 27:5-17

Lorente L et al. (2007). Influence of an endotracheal tube with polyurethane cuff and subglottic secretion drainage on pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 176:1079-83

Marra A.R. et al.(2009). Successful prevention of ventilator-associated pneumonia in an intensive care setting. *The American Journal of Infection Control*, 37:619-25

Miano TA et al. (2009). Nosocomial pneumonia risk and stress ulcer prophylaxis: a comparison of pantoprazole vs. ranitidine in cardiothoracic surgery patients. *Chest*, 136:440-7

Muscledere J. et al. (2008).Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator associated pneumonia: prevention. *Journal of Critical Care* 23:126-37

- Kollef M.H. (2004). Prevention of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. *Critical Care Medicine*, 32:1396-1405
- Kollef M.H. (2008). SMART approaches for reducing nosocomial infections in the ICU. *Chest*,134:447-56
- Panchabhai T.S. et al. (2009) Oropharyngeal cleansing with 0.2% chlorhexidine for prevention of nosocomial pneumonia in critically ill patients: an open label randomized trial with 0.01% potassium permanganate as control. *Chest*, 135:1150-56
- Quenot J. P. et al. (2009). When should stress ulcer prophylaxis be used in the ICU? *Current Opinion in Critical Care*, 15:139-43
- Scannapieco F.A. et al. (2009). A randomised trial of chlorhexidine gluconate on oral bacterial pathogens in mechanically ventilated patients. *Critical Care*, 13:R11
- Shorr A.F. & Wunderink R.G. (2003). Dollars and sense in the intensive care unit: the costs of ventilator associated pneumonia. *Critical Care Medicine*, 31:1582-3
- Tantipong H. et al. (2008). Randomised controlled trial and meta-analysis of oral decontamination with 2% chlorhexidine solution for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Infect Control Hosp Epidemiology*, 29:131-36
- Vincent J.L. et al.(2006). Sepsis in European intensive care units: Results of the SOAP study. *Critical Care Medicine*, 34:344-353

APENDICE B

"Care Bundle"

Prevenção da Infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central

OBJECTIVO

Reduzir a incidência de infecção da corrente sanguínea associada com cateter venoso central

ENQUADRAMENTO

Podemos definir "care bundle" como um conjunto de boas práticas em prevenção e controlo da infecção (cerca de 3 a 5) que quando são utilizadas colectivamente e continuamente pelos profissionais contribuem efectivamente na prevenção das infecções no doente.

O objectivo deste conjunto de cuidados, conforme estabelecido nesta intervenção de elevado impacto é garantir a excelência dos cuidados de saúde prestados ao doente com cateter venoso central, diminuindo o risco de infecções da corrente sanguínea.

A maioria das infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) adquiridas no hospital estão associadas ao uso de cateteres venosos centrais, com taxas de bacteriémia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter. As taxas de INCS relacionada com cateter variam consideravelmente conforme a dimensão do hospital, os serviços/unidades e tipo de cateter. As taxas também podem ser influenciadas por factores de risco intrínseco dos doentes, tais como tipo e gravidade da doença, i.e.; grande queimado, cirurgia cardíaca, assim como os parâmetros relacionados com o cateter, nomeadamente as condições em que foram colocados, i.e. electiva *versus* urgente e o tipo de cateter, i.e. tunelizáveis *versus* percutâneos ou o local de colocação, i.e.; veia subclávia *versus* veia jugular (PNCI, 2006). Os cateteres inseridos na veia jugular interna estão associados a um maior risco de infecção do que os cateteres inseridos na veia subclávia ou femoral. Os cateteres femorais em adultos apresentam uma elevada colonização e devem ser evitados, sempre que possível, porque estão associados a um maior risco de trombose profunda do que os cateteres da subclávia ou jugular, e porque têm maior probabilidade de conduzirem à infecção. Assim, em adultos a veia subclávia é preferível tendo por objectivo o controlo da infecção, apesar dos outros factores (p. ex; potencial risco de complicações mecânicas, risco de estenose da veia subclávia e perícia do médico que insere o cateter) também deverem ser tidos em conta quando se decide o local de inserção (PNCI, 2006).

A patogénese das infecções relacionadas com cateter é multifactorial e complexa. As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são: 1) mãos dos profissionais; 2) microflora da pele do doente; 3) ponta de cateter contaminada durante a inserção; 4) colonização das conexões do cateter; 5) fluidos contaminados; 6) via hematogénea. Tem sido demonstrado que o cumprimento das boas práticas na inserção e manutenção de cateteres venosos centrais conjugado com a sua monitorização, reduz significativamente a incidência das INCS, em unidades de cuidados intensivos (Berenholtz, Pronovost, Lipsett, 2004) .

Porquê usar a "Care bundle" ?

Este conjunto de cuidados resulta de orientações baseadas nas recomendações do EPIC2 (Evidence-based Practice in Infection Control, 2006) e de conselhos de peritos. O objectivo deste conjunto de boas práticas é actuar como uma forma de melhorar e medir a implementação dos elementos-chave dos cuidados. O risco de infecção diminui quando todos os elementos, são realizados em todos os momento

e em todos os doentes. O risco de infecção aumenta quando um, ou mais elementos não são realizados ou excluídos do procedimento.

Formação contínua

Em concordância com as recomendações, os profissionais de saúde, devem ter formação específica e demonstrar competências em qualquer dos procedimentos ou processos de cuidar. A competência não é uma acção específica de cuidar nas intervenções de elevado impacto, mas sim, um pré-requisito para a prestação de cuidados de saúde.

Elementos da "Care bundle"

As 7 acções a seguir descritas são recomendadas como boas práticas.

1. Higienização das mãos

Higieniza as mãos antes e após contacto com o doente, aplicando os 5 momentos para a higienização das mãos.

2. Local de inserção

O local de inserção do cateter é inspeccionado diariamente para detecção de sinais de infecção e registado em notas de enfermagem.

3. Penso do cateter

O penso transparente apresenta-se limpo, seco e aderente.
A desinfecção do local de inserção do cateter com gluconato de clorohexidina a 2% em álcool isopropílico 70% é feita antes da realização do penso.

4. Lúmens do cateter

Os lúmens do cateter encontram-se fechados com tampa ou bioconexões.

5. Desinfecção das conexões

Os lúmens, tampas, torneiras de três vias, ou conexões são desinfetados com solução alcoólica de gluconato de clorohexidina 2%, antes da sua manipulação.
Flush dos lúmens com cloreto de sódio 0,9% com frequência.

6. Substituição sistemas de administração de soros/sangue/derivados

Os sistemas são substituídos imediatamente após a administração de sangue e derivados. Os sistemas são substituídos nas 24 horas seguintes à nutrição parentérica total (se ele contém lipídicos).
Os sistemas de administração de outros fluidos são substituídos dentro de 72 horas.

7. Remoção do cateter

O cateter é removido precocemente, ou a decisão de não remoção são registados em notas de enfermagem.
Os detalhes da remoção são documentadas nos registos (incluindo a localização e data).

Os Resultados

O objectivo é executar todas as acções de cuidado sempre que são necessárias e garantir o cumprimento de 100% de adesão ao pacote de cuidado. A coluna - Todas as acções realizadas - deve ser preenchida com um Sim, quando todas as acções apropriadas foram concluídas em cada momento.

Sempre que as acções não foram todas realizadas, o cumprimento total será inferior a 100%. A informação sobre as inconformidades das acções do pacote de cuidado, é divulgado para que possam ser tomadas medidas para melhorar os níveis de cumprimento.

Quadro 1 - Exemplo de registo de auditoria

Observações	Acções							TODAS AS ACÇÕES REALIZADAS
	Acção 1	Acção 2	Acção 3	Acção 4	Acção 5	Acção 6	Acção 7	
1	S	N	S	S	S	S	S	N
2	S	S	S	N/A	S	S	S	S
3	S	N	N	S	S	S	S	N
4	S	S	S	S	S	S	S	S
Total de acções individuais em conformidade	4	2	3	4	5	5	5	2
% cumprimento das práticas de cuidados	80%	40%	60%	80%	100%	100%	100%	40%

De acordo com o quadro 1, se uma das medidas do pacote de cuidados, é executada, regista-se Sim ou Não na coluna correspondente. A contagem é feita com os Sim e calculado o total das conformidades. Quando uma acção de cuidado não é realizada, por não ser aplicável regista-se N/A. Em seguida calculam-se os totais e a percentagem das conformidades.

Referências Bibliográficas

Berenholtz SM, Pronovost PJ, Lipsett PA et al. (2004). Eliminating catheter related bloodstream infections in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 32:2014–2020

Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP et al. (2007). epic2: National evidence based guidelines for preventing healthcare associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 65:S1–S64.

Programa Nacional Controlo de Infecção. (2006). Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares. Instituto Dr. Ricardo Jorge. Direcção Geral da Saúde.

The Faculty of Health and Human Sciences; Thames Valley University. (2006). Evidence-based Practice in Infection Control. National Health Service. United Kingdom.

APENDICE C

TÍTULO: Cuidados de enfermagem ao doente conectado a prótese ventilatória mecânica

OBJECTIVOS

Incentivar as melhores práticas para reduzir significativamente a taxa de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), como a melhor estratégia para a diminuição da morbidade e os custos das infecções associadas aos cuidados de saúde.

Favorecer a oxigenação e a eliminação de CO₂; Prevenir e despistar complicações; Diminuir a ansiedade do doente; Prevenir infecções associadas a dispositivos médicos; Estabelecer uma comunicação eficaz com o doente.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Intervenções de Enfermagem

RESPONSABILIDADES

Todos os Enfermeiros da UCI de Cirurgia Cardiorácica

DEFINIÇÃO

De acordo com a definição de pneumonia adquirida no hospital, o doente tem de estar internado há \geq 48 horas e o patógeno não pode estar em incubação na altura da admissão. Também são consideradas as pneumonias resultantes de actos ou procedimentos médicos, nomeadamente procedimentos invasivos na árvore traqueobrônquica ou entubação endotraqueal, independentemente do doente estar ou não internado ou da duração do internamento⁽¹⁾.

Os dois principais processos implicados na pneumonia nosocomial são a colonização das vias aéreas superiores e do aparelho digestivo por bactérias patogénicas e a aspiração de secreções contaminadas. O estômago e os seios perinasais atuam como reservatórios potenciais, de patógenos nosocomiais que colonizam a orofaringe, substituindo a flora saprófita, por vários anaeróbios, sendo os principais mecanismos de entrada das bactérias nas vias aéreas inferiores, a aspiração de secreções da orofaringe, a passagem de secreções entre o cuff do tubo endotraqueal e a parede da traqueia e através da formação de biofilmes no lúmen dos tubos endotraqueais.

A pneumonia adquirida no hospital representa a infecção associada aos cuidados de saúde mais frequente nos doentes internados em Cuidados Intensivos⁽²⁾. A PAV foi inicialmente descrita nos doentes submetidos a ventilação mecânica e representa um subgrupo da pneumonia adquirida no hospital que ocorre 48-72 horas após entubação endotraqueal⁽²⁾.

Os doentes entubados têm um risco de 6 a 20 vezes superior em relação aos doentes não entubados⁽³⁾. A PAV ocorre em 9 a 27% dos doentes ventilados e a sua incidência é variável de acordo com a população estudada. O risco é mais elevado nos primeiros dias de ventilação com um valor de 3%, por dia, nos primeiros cinco dias de ventilação. Aproximadamente metade dos episódios de PAV ocorre nos primeiros 4 dias de ventilação⁽⁴⁾. A PAV é a primeira causa de mortalidade por infecção associada aos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2007). Documento de consenso sobre pneumonia nosocomial. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 1:7-30
2. Vincent J.L. et al.(2006). Sepsis in European intensive care units: Results of the SOAP study. *Critical Care Medicine*, 34:344-353
3. Chastre, J., Fagan J.K. (2002). Ventilator associated pneumonia. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*; 142: 867-903
4. Bouza, E., Burillo, A. Torres, M. (2007). Nosocomial pneumonia in the Critical Care Unit. In: Cunha BA (Ed). *Infectious Diseases in Critical Care Medicine*. Healthcare USA, New York: 169-203

DESCRIÇÃO**▪ FAVORECER A OXIGENAÇÃO E A ELIMINAÇÃO DE CO2**

- Manter o correcto posicionamento do tubo endotraqueal (TET), evitando angulações e tracções.
- Alternar posição do TET na boca 1 x por dia, durante a realização dos cuidados de higiene.
- Verificar o nível do TET 1 x por turno e sempre que existam alterações respiratórias (dificuldade respiratória ou dessaturação) ou hemodinâmicas.
- Fixação correcta do TET com fita de nastro, que será mudada 1 x por dia, durante a realização dos cuidados de higiene e sempre que se encontre suja.
- Verificar pressão de insuflação do cuff com manómetro de pressão adequado (não exceder 30cm H2O), 1 x por turno ou sempre que seja audível a emissão de sons vocais, de forma a evitar fugas ou lesões na traqueia.
- Monitorizar continuamente a oximetria de pulso e traçado ECG.
- Manter toilette brônquica adequada (ver aspiração de secreções).
- Posicionar frequentemente o doente como medida de drenagem postural.
- Verificar o funcionamento do ventilador no inicio de cada turno e sempre que surjam sinais de dificuldade respiratória, dessaturação ou o ventilador alarmar sem razão aparente.
- Verificar parâmetros ventilatórios e alarmes no início de cada turno, e sempre que surjam alterações hemodinâmicas.

▪ DIMINUIR A ANSIEDADE DO DOENTE

- Comunicar com o doente e explicar todos os procedimentos a efectuar.
- Procurar formas de comunicação com o doente, recorrendo à linguagem escrita, linguagem gestual ou outra.
- Facilitar a comunicação entre o doente e a família, actuando como interlocutor.
- Administrar terapêutica analgésica/sedativa/ansiolítica prescrita.

▪ **PREVENIR A PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO**

- Higienizar as mãos (5 momentos) antes e depois de qualquer procedimento ao doente.
- Usar luvas estéreis e máscara cirúrgica (com protecção ocular, se necessário) para aspiração de secreções.
- Usar sonda estéril para cada aspiração.
- Aspirar as secreções acima do cuff, previamente à sua desinsuflação, mobilização ou remoção do TET.
- Elevar a cabeceira a 30-45º, excepto haja contra-indicação clínica, para prevenção de refluxo gástrico e de pneumonia de aspiração.
- Avaliar conteúdo gástrico previamente à administração de alimentação entérica intermitente, ou pelo menos 1 x por turno, no caso de alimentação entérica contínua.
- Promover cuidados de higiene à boca 1 x turno com a utilização de gluconato de clorhexidina ($\geq 1-2\%$).
- Mudar traqueias do ventilador de 7/7 dias, mantendo-as sem condensação ou fluidos orgânicos.
- Esterilizar circuito expiratório do ventilador de doente para doente.
- Mudar filtro humidificador e harmónio diariamente e em SOS.
- Manter insuflador manual protegido e com filtro humidificador.
- Mudar filtro humidificador do insuflador manual de 2/2 dias.
- Mudar sistema de aspiração de doente para doente e sempre que a tubuladura se encontre suja.
- Lavar adequadamente o interior do tubo de aspiração de secreções, após a aspiração do doente.
- Substituir o frasco de água destilada para aspiração de secreções 24/24 horas.

▪ DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA

- Se for necessário ventilar mecanicamente os doentes com cânula de traqueostomia fenestrada deve-se mudar a cânula interna fenestrada por uma sem fenestra e insuflar o cuff, o mesmo se aplica à aspiração de secreções.
- Manter uma boa higiene do estoma.
- Executar com técnica asséptica os cuidados ao estoma e mudança de cânula interna.
- Fixar correctamente a cânula, prevenindo a pressão excessiva ou insuficiente.
- Utilizar material macio para fixação (nastro/velcro).
- Trocar cânula interna a cada 24 horas (no turno da manhã).
- Trocar nastro sempre após a higiene e quando estiver sujo ou húmido.
- Executar penso de traqueostomia diariamente, após a higiene, e sempre que se encontre repassado.
- Monitorizar pressão do cuff 1 x turno (não exceder 30 cm H2O).
- Manter sempre o obturador na unidade do doente.
- Registrar procedimentos e características do estoma.
- A troca da cânula é feita pelo médico com a periodicidade por este definida.

PENSO DE TRAQUEOSTOMIA

- Limpar o estoma com NaCl 0,9% e compressas esterilizadas.
- Aplicar compressas secas esterilizadas ou penso hidrocélular.

LIMPEZA DA CÂNULA INTERNA

- Retirar cânula interna.
- Limpar previamente com água destilada.
- Imergir em Peróxido de Hidrogénio (H₂O₂) durante 20 minutos em taça esterilizada.
- Enxaguar com NaCl 0,9%.
- Secar e acondicionar na unidade do doente devidamente identificado.

NOTA: Se não existirem cânulas internas suficientes para substituir durante a limpeza da mesma, utilizar cânula provisória de cor diferente, durante o processo e colocar a original assim que possível.

▪ ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

- Não aspirar por rotina e apenas se evidência de presença de secreções.
- Antes de cada técnica de aspiração, deve ser efetuada hiperoxigenação, com prótese ventilatória (FiO₂ a 100%) para prevenir hipoxemia grave, excepto em doentes com DPOC.
- Utilizar ressuscitador manual conectado a fonte de oxigénio (débito máximo - 15 l) para manter oxigenação eficaz, quando for necessário efectuar aspirações sequenciais.
- Instilar 2 ml NaCl 0,9% estéril antes de ventilar com ressuscitador manual para fluidificar as secreções brônquicas.
- O calibre das sondas de aspiração não deve exceder metade do calibre do tubo endotraqueal.
- A introdução da sonda de aspiração deve efectuar-se até se sentir resistência, exteriorizando 1 cm, sem forçar.
- A duração de cada aspiração não deve ultrapassar 10 segundos, para prevenir hipoxemia, alterações cardíacas e broncospasmo.
- A pressão de aspiração deverá ser o menor possível, de forma a minimizar o risco de lesão da mucosa, não devendo exceder os -200 mbar.
- Rodar a cabeça do doente para o lado direito, alinhando o queixo com o ombro direito para permitir a aspiração do brônquio esquerdo; a aspiração do brônquio direito faz-se de forma

inversa.

- Se o doente estiver consciente, incentivar o mesmo a tossir durante a aspiração.
- Vigiar frequência cardíaca, oximetria capilar e coloração da pele e mucosas, durante a técnica de aspiração de secreções.

APENDICE D

TÍTULO: Prevenção da Infecção associada aos dispositivos intravasculares

OBJECTIVOS

Reduzir a incidência da infecção nosocomial da corrente sanguínea associadas ao uso de dispositivos intravasculares, baseada na evidência para a prevenção das infecções adquiridas no hospital.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Intervenções de Enfermagem

RESPONSABILIDADES

Todos os Enfermeiros da UCI de Cirurgia Cardiorácica

DEFINIÇÃO

A maioria das infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) adquiridas no hospital estão associadas ao uso de cateteres venosos centrais, com taxas de bacteriemia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter. As taxas de INCS relacionada com cateter variam consideravelmente conforme a dimensão do hospital, os serviços/unidades e tipo de cateter. As taxas também podem ser influenciadas por factores de risco intrínseco e extrínseco dos doentes, tais como tipo e gravidade da doença (i.e.; grande queimado, cirurgia cardíaca), assim como os parâmetros relacionados com o cateter, nomeadamente as condições em que foram colocados (i.e.; electiva versus urgente) e o tipo de cateter (i.e.; tunelizáveis versus percutâneos) ou o local de colocação (i.e.; veia subclávia versus veia jugular).

A patogénese das infeções relacionadas com cateter é multifactorial e complexa. As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são: 1) mãos dos profissionais; 2) microflora da pele do doente; 3) ponta de cateter contaminada durante a inserção; 4) colonização das conexões do cateter; 5) fluidos contaminados; 6) via hematogénea.

Nos cateteres inseridos periféricamente com permanência inferior a 10 dias (i.e., de curta permanência) a via de infecção mais comum é a migração de microrganismos da pele do local de inserção ao longo do trajecto subcutâneo, com colonização da ponta do cateter. Nos cateteres com permanência >30 dias (i.e., de longa permanência) a contaminação das conexões, devido a múltiplas manipulações, contribui significativamente para a colonização intraluminal. Ocasionalmente, os cateteres podem ficar colonizados por via hematogénea através de outros focos de infecção. Raramente, a contaminação de infusões pode conduzir a bacteriemia relacionadas com cateter.

Existem dois tipos de pensos utilizados para proteger o local de inserção dos cateteres: os pensos transparentes de poliuretano semi-permeáveis (“pensos transparentes”) e os de gaze (compressa com banda adesiva). Ambos devem ser permeáveis ao vapor de água e estéreis, de forma a manter um ambiente limpo e seco no local de inserção. Os pensos transparentes têm como vantagens complementares a fixação do cateter, permitir uma inspecção visual contínua, permitir o banho no duche sem saturar o penso e requerem mudanças menos frequentes do que os pensos de gaze. 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. A escolha do penso pode ser uma questão de preferência ou de custo. Os pensos de gaze podem ser preferidos, se o local de inserção do cateter estiver sangrante ou houver sudação excessiva.

REFERÊNCIAS

1. CDC-HICPAC, Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta-USA. (2006). *“Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections”*.
2. Labeau, S.O. et al. (2009).Centers for Disease Control and Prevention guidelines for preventing central venous catheter-related infection: Results of a knowledge test among 3405 European intensive care nurses. *Critical Care Medicine*. Jan. Vol. 37 - Issue , pp 320-323.
3. Epic2. (2007). National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, Feb, Vol. 65, Supplement I, p. S1-S59.

DESCRIÇÃO

RECOMENDAÇÕES PARA OS CATÉTERES VASCULARES CENTRAIS, INCLUINDO CATÉTERES VENOSOS CENTRAIS DE INSERÇÃO PERIFÉRICA, HEMODIÁLISE E CATÉTERES ARTERIAIS PULMONARES

Seleção do cateter

A seleção do cateter venoso central (CVC) mais apropriado para cada doente pode reduzir o risco subsequente de bacteriemia relacionada com cateter. Estão disponíveis no mercado diferentes tipos de cateteres nomeadamente quanto a:

- Material de fabrico (teflon, poliuretano, silicone)
- Número de lúmens (um ou mais lúmens)
- Impregnados com agentes antissépticos ou heparinizados
- Tunelizáveis com cuff
- Totalmente implantáveis

Alguns estudos indicam que o material do cateter pode ser determinante para uma maior ou menor aderência bacteriana ao CVC, mas não existe evidência adicional que demonstre de forma conclusiva que as taxas de infecção variam consoante os diferentes tipos de material.

O HICPAC constatou que os clínicos preferem muitas vezes os cateteres multilumen porque permitem em simultâneo administrar vários fluidos, medicação e monitorização hemodinâmica em doentes críticos. Mas, também se verificou que o local de inserção dos cateteres multi-lúmen se encontra particularmente susceptível à infecção devido a um maior trauma no local de inserção e/ou

ainda porque os múltiplos acessos aumentam o número de manipulações do CVC.

Seleção do local de inserção

O CDC-HICPAC concluiu que o local em que cada cateter é colocado pode influenciar o subsequente risco de infecção e que vários factores devem ser avaliados quando se determina o local de inserção, incluindo:

- Conforto, segurança e manutenção da assepsia.
- Factores específicos do doente (i.e.; cateteres pré-existentes, deformações anatómicas, diátese hemorrágica, algumas modalidades ventilatórias com pressão positiva)
- Riscos relativos a complicações mecânicas (i.e.; hemorragia, pneumotórax, trombose)
- Risco de infecção (i.e.; devido à densidade da flora da pele no local de inserção).

Os CVC são geralmente inseridos nas veias subclávia, jugular ou femoral, ou inseridos periféricamente nas veias cefálica ou basilar na fossa antecubital, até à veia cava superior.

Os cateteres inseridos na veia jugular interna estão associados a um maior risco de infecção do que os cateteres inseridos na veia subclávia ou femoral. Os cateteres femorais em adultos apresentam uma elevada colonização e devem ser evitados, sempre que possível, porque estão associados a um maior risco de trombose profunda do que os cateteres da subclávia ou jugular, e porque têm maior probabilidade de conduzirem à infecção.

MANUTENÇÃO DO CATÉTER E DO LOCAL DE INSERÇÃO

- Higienização das mãos as mãos (5 momentos) com utilização de uma solução de base alcoólica. Higienizar as mãos antes e após aceder ou fazer o penso de um dispositivo intra-vascular.
- Usar luvas limpas ou estéreis na remoção de penso dos cateteres intravasculares.

- O uso de luvas não dispensa a necessidade da lavagem das mãos.
- Desinfectar os acessos das torneiras com Gluconato de clorohexedina 2% ou álcool a 70% antes de aceder ao cateter.
- Manter os lumens do cateter tapados quando não estão a ser utilizados.
- Manter a técnica asséptica durante os cuidados ao cateter intravascular.
- Considerar o "flush" com Cloreto de Sódio 0,9% (com ou sem heparina) com frequência, para evitar a formação de trombos e eventualmente reduzir a infecção.

RECOMENDAÇÕES PARA OS PENSOS DE CATÉTER

- Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção, quer sejam de gaze, pensos transparentes ou semi-permeáveis.
- Substituir o penso do local de inserção sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontre húmido, descolado, repassado ou quando for necessário inspeccionar o local de inserção.
- Substituir os pensos dos CVC de inserção percutânea a cada 2 dias se forem pensos de gaze ou pelo menos a cada 7 dias se forem pensos transparentes, excepto nos doentes pediátricos onde os riscos de deslocação do cateter ultrapassam os benefícios da mudança de penso.

SUBSTITUIÇÃO DOS FLUIDOS INTRAVENOSOS E SISTEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Higienizar as mãos (5 momentos) antes e depois de qualquer procedimento ao doente.
- Substituir sistemas de administração intravenosos (IV), incluindo torneiras e prolongamentos, com uma frequência não superior às 72 horas, a menos que se suspeite ou esteja documentada infecção relacionada com cateter, e sempre que o cateter seja substituído.
- Substituir as conexões, tampas e torneiras com uma frequência não superior às 72 horas
- Substituir os sistemas utilizados para administração de sangue, derivados de sangue, ou emulsões lipídicas, num período de 24 horas após início da infusão (não ultrapassar as 24 horas).
- Reservar um dos lúmens do CVC multilúmen exclusivamente para administrar nutrição parentérica.
- Substituir os prolongamentos utilizados na administração das infusões de propofol em cada 6 a

12 horas,

- Minimizar o risco de contaminação pulverizando/friccionando as conexão/ torneias 3 vias com um antisséptico de base alcoólica e utilizar apenas com dispositivos estéreis.

MANUTENÇÃO DO SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO

- Manter a esterilidade de todos os componentes do circuito de monitorização da pressão (incluindo os dispositivos de calibração e soluções de lavagem).
- Utilizar um sistema de lavagem fechado (i.e.; “fluxo” contínuo).
- Não administrar soluções com dextrose ou fluidos de nutrição parentérica através do circuito de monitorização da pressão.

APENDICE E

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Apresentação de resultados sobre auditoria às práticas para prevenção da infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central

Local: Sala de Reuniões CCT

Data: 7 e 8 Junho 2011

Duração: 20 minutos

População: Enfermeiros da Unidade Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica

Objectivo Geral

Garantir a excelência dos cuidados de saúde prestados ao doente com cateter venoso central, diminuindo a incidência das infecções da corrente sanguínea.

Objectivos Específicos

Fornecer informação necessária para o estabelecimento de acções correctivas.

Detectar oportunidades de melhoria da prática clínica.

Verificar se todos os procedimentos estão a ser executados e realçar as não - conformidades.

Materiais e equipamentos utilizados

PC Portátil

Estratégia

Vai ser utilizado método expositivo para a apresentação inicial dos objectivos e posteriormente dos conteúdos, utilizando como meios o PC portátil.

Durante toda a sessão vai ser utilizada a motivação/método activo para captar a atenção e a participação dos formandos.

Avaliação

Entrega de questionário para avaliação da formação

Guião

Momento	Conteúdo	Método	Recursos Pedagógicos
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador • Comunicação dos objectivos • Introdução ao conceito de <i>bundle</i>. 	Expositivo	PC Power-Point Office2007
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Variáveis implicadas nas taxas de infecção das INCS. • Especificidades dos CVC. • Metodologia • Análise dos resultados. • Identificação das melhorias 	Expositivo / Activo	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Destaque dos aspectos positivos. • Aconselhamento de medidas de melhoria. • Conclusão do tema 		



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Care Bundle: Prevenção da Infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central

Ana Santos Pereira

Sob a orientação: Professora Helena José



Care Bundle

Conjunto de boas práticas em prevenção e controlo da infecção que quando são utilizadas colectivamente e continuamente pelos profissionais contribuem efectivamente na prevenção das infecções no doente.

Este conjunto de cuidados resulta das orientações baseadas nas recomendações do EPIC2 (*Evidence-based Practice in Infection Control, 2006*)



Objectivos

Contribuir para a redução da incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

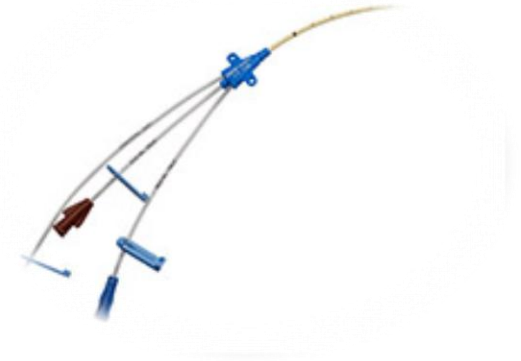
Fornecer informação necessária para o estabelecimento de acções correctivas.

Detectar oportunidades de melhoria da prática clínica.



Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)

A maioria das INCS adquiridas no hospital estão associadas ao uso de Cateteres Venosos Centrais (CVC), com taxas de bacteriémia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter.





Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (ICNS)



A dimensão do hospital, os serviços/unidades



Factores de risco intrínsecos e extrínsecos, como o CVC, o tipo e gravidade da doença, o tipo de cirurgia...



Tipo de cateter



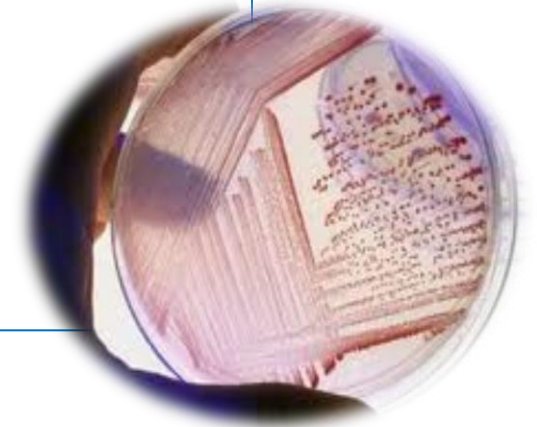
As condições em que foram colocados : electiva vs urgente – o local de inserção (veia subclávia vs veia jugular)



Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)

A patogénese das infecções relacionadas com CVC é multifactorial e complexa.

- ✓ Mãos dos profissionais.
- ✓ Microflora da pele do doente.
- ✓ Ponta de cateter contaminada durante a inserção.
- ✓ Colonização das conexões do cateter.
- ✓ Fluidos contaminados.
- ✓ Via sanguínea.





Cateter Venoso Central - I

Dispositivo intravascular indispensável na prática diária

- ✓ Fluidoterapia
- ✓ Administração de fármacos
- ✓ Sangue e derivados
- ✓ Alimentação parentérica
- ✓ Monitorização hemodinâmica
- ✓ Técnicas de substituição renal
- ✓ Pacing

....





Cateter Venoso Central - II



Os locais de inserção dependem da condição clínica dos doentes.

Pode ser puncionada a veia jugular / subclávia ou femural

A escolha do tipo de cateter e número de vias disponíveis depende da necessidade de monitorização hemodinâmica e da complexidade terapêutica.



Cateter Venoso Central - III

Os benefícios do uso de CVC são relevantes

Riscos associados: INCS – Elevados custos com a hospitalização
Morbilidade – Mortalidade.

Existe suspeita de INCS na presença de bacteriémia ou de sinais inflamatórios do local de inserção do CVC.



Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)

O cumprimento das boas práticas na inserção e manutenção dos CVC conjugado com a monitorização, reduz significativamente a incidência das INCS, em UCI.

Berenholtz, Pronovost, Lipsett, 2004





Care bundle da manutenção do CVC

Acções

1. Higienização das mãos
2. Local de inserção
3. Penso
4. Lúmens
5. Desinfecção das conexões
6. Substituição sistemas de administração de soros
7. Remoção do CVC



Care bundle manutenção CVC

Acção 1

Higienização das mãos

Higieniza as mãos antes e após contacto com o doente, aplicando os 5 momentos para a higienização das mãos.





Care bundle manutenção CVC

Acção 2

Local de inserção

O local de inserção do CVC é inspeccionado diariamente para detecção de sinais de infecção e registado em notas de enfermagem.

Acção 3

Penso do CVC

O penso transparente apresenta-se limpo, seco e aderente.

A desinfecção do local de inserção do CVC com Gluconato de Clorohexidina a 2% em álcool isopropílico 70% é feita antes da realização do penso.



Care bundle manutenção CVC

Acção 4

Lúmens

Os lúmens do CVC encontram-se fechados com tampas ou conexões

Acção 5

Desinfecção das conexões

Os lúmens, tampas, torneiras de três vias, ou conexões são desinfectados com solução alcoólica de Gluconato de Clorhexidina 2% (Política de Anti-sépticos e desinfectantes) antes da sua manipulação.

Efectuado flush dos lúmens com cloreto de sódio 0,9% com frequência.



Care bundle manutenção CVC

Acção 6

Substituição sistemas de administração de soros / sangue / Al. Parentérica

Substituir sistemas de administração intravenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, com uma frequência não superior às 72 horas.

Substituir os sistemas utilizados para administração de sangue e derivados, ou emulsões lipídicas num período de 24 horas após início da infusão.



Care bundle manutenção CVC

Acção 7

Remoção do CVC

Remover precocemente;

Registar data remoção ou decisão de não remoção;

Deve ser revista diariamente a necessidade de permanência do CVC.

Não auditada



Colheita de dados

Dias 17, 18 e 19 de Maio 2011



N= 25 momentos de observação

Registo em Grelha de Observação

Conformidades = S

Não conformidades = N

Acções Observações	Acção 1	Acção 2	Acção 3	Acção 4	Acção 5	Acção 6	Acção 7
Obs 1	n	s	s	s	s	s	-
Obs 2	s	s	n	s	n	n	-
Obs (...)	n	s	s	s	n	n	-
Obs 25	s	s	n	s	n	n	-
Total de acções individuais em conformidade							
% cumprimento das práticas de cuidados							



Apresentação de Resultados



100%



Lúmens fechados

100%

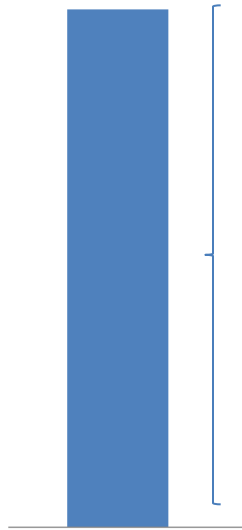


Substituição de sistemas IV



Local de inserção

88%



Verificação por transmissão oral.

Não existem registos sobre a observação do

local de inserção do CVC.



Penso

Na sua maioria, os penso têm registo da data de execução e existe um controlo para a sua mudança.

72%

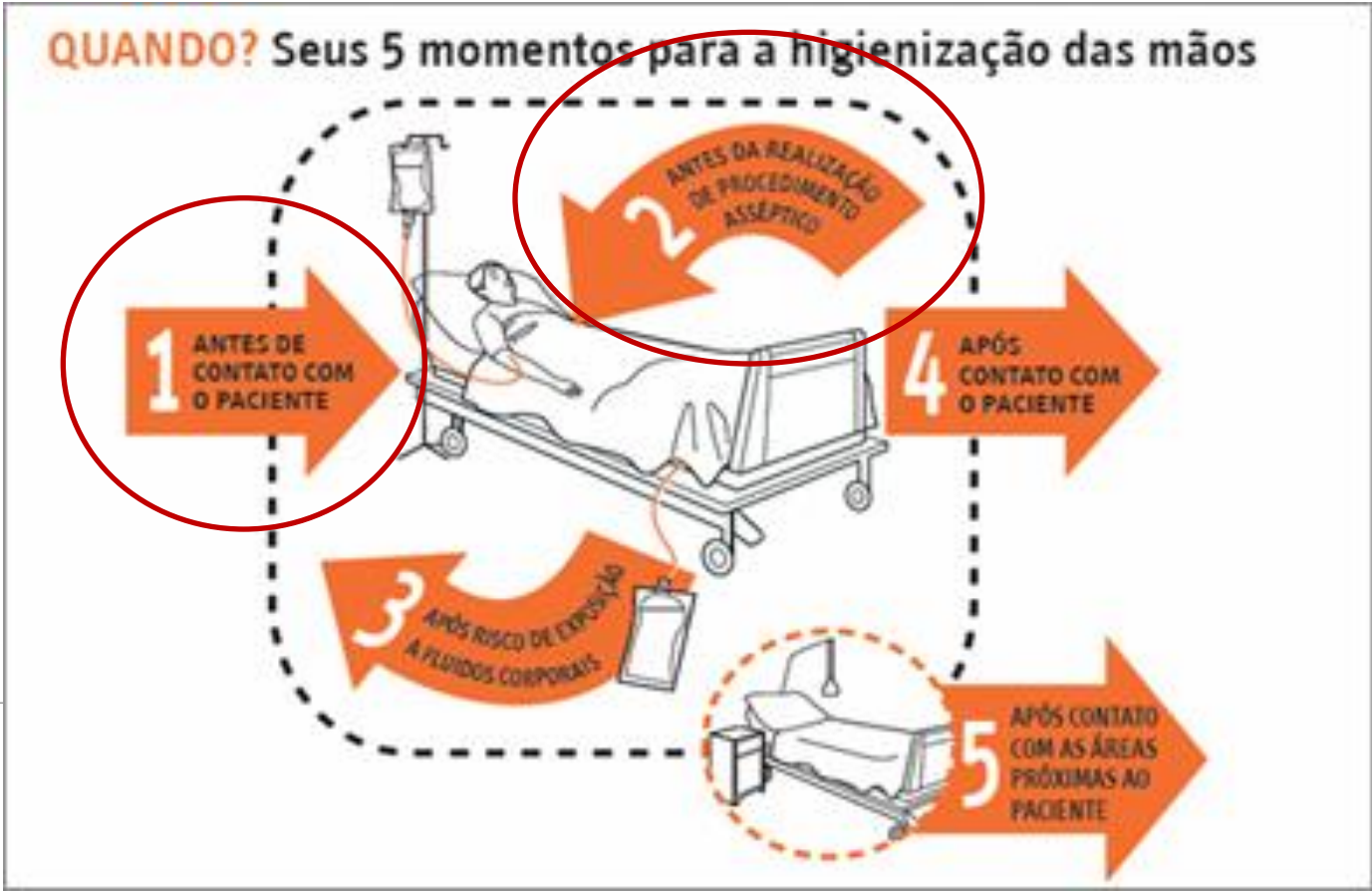
A vertical blue bar representing 72% of the data. A bracket on the right side of the bar indicates the percentage value.

Na maioria, os pensos apresentavam-se limpos e secos, embora a sua aderência à pele, nos CVC da jugular, se verifique ser muito difícil.

No entanto são tomadas medidas para minimizar o facto.



Higienização das mãos





Desinfecção das conexões

Na maioria dos momentos observados não foi efectuada a desinfecção das conexões dos CVC



A bar chart with a single blue bar representing 20%. A vertical bracket on the left side of the bar indicates the height of the bar, which corresponds to the 20% value.

Category	Percentage
Desinfeção das conexões dos CVC	20%

20%



Oportunidades de melhoria

**Registo da
observação do
local de inserção!**

O local de inserção do CVC é a porta de entrada mais comum dos microrganismos patogénicos.

A sua observação e registo contínuo e sistemática é preponderante para a segurança do doente.



Oportunidades de melhoria

Penso do CVC

Local de eleição para inserção do CVC – Veia subclávia ?

Mais distante da orofaringe, permitindo melhor fixação (Trick et al, 2006).

Pensos transparentes semi-permeáveis (7 dias) ou pensos de gaze com compressa e banda adesiva (2 dias).

Os pensos transparentes têm como vantagens :

- Fixação do cateter
- Inspeção visual contínua
- Mudanças menos frequentes do que os pensos de gaze



Oportunidades de melhoria

Higienização das Mãos

Os momentos em que os enfermeiros mais cumpriram a higiene das mãos foram:

- ✓ Depois do risco de exposição a sangue e fluidos corporais.
- ✓ Depois do contacto com o doente.

Os momentos que menos se cumprem:

- ✓ Antes do contacto com o doente
- ✓ Antes de procedimentos limpos ou assépticos



Oportunidades de melhoria

Desinfecção das conexões

A colonização do CVC envolve a presença significativa de microrganismos na porção endoluminal ou superfície externa do CVC.

Desinfetar os acessos das torneiras com desinfetante de base alcoólica ou álcool a 70% , antes de aceder ao sistema.





Conclusão - I

Taxas de sucesso de 100%

Oportunidade de melhoria

Acção 4 – Lúmens

Acção 6 – Substituição sistemas IV

Acção 2 – Local inserção (72%)

Acção 3 – Penso (88%)



Conclusão - II

Momentos que menos se cumprem

Higienização Mãos

- ✓ Antes do contacto com o doente
- ✓ Antes de procedimentos limpos ou assépticos

Desinfecção conexões

Os que mais protegem o doente !



Conclusão - III

Este conjunto de medidas são consideradas de elevado impacto para a diminuição das taxas de infecções relacionadas com o CVC.

O risco de infecção

Diminui quando todos os elementos, são realizados em todos os momentos e em todos os doentes.

Aumenta quando um, ou mais elementos não são realizados ou são excluídos do procedimento.



Referências

Berenholtz SM, Pronovost PJ, Lipsett PA et al. (2004). Eliminating catheter related bloodstream infections in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 32:2014–2020

Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP et al. (2007). EPIC2: National evidence based guidelines for preventing healthcare associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 65:S1–S64.

Programa Nacional Controlo de Infecção. (2006). Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares. Instituto Dr. Ricardo Jorge. Direcção Geral da Saúde.

The Faculty of Health and Human Sciences; Thames Valley University. (2006). Evidence-based Practice in Infection Control. National Health Service. United Kingdom.

Trick, W., et al. (2006). Prospective cohort study of central venous catheters among internal medicine ward patients. *American Journal of Infection Control*, Vol. 34, N.º 10, p. 636-641.

NHS. High Impact Intervention Central venous catheter care bundle. Retirado a 3 Maio 2011 de <http://hcai.dh.gov.uk/files/2011/03/2011-03-14-HII-Central-Venous-Catheter-Care-Bundle-FINAL.pdf>

APENDICE F

Questionário de avaliação da formação

Sessão de formação: Care Bundle: Prevenção da Infecção da Corrente Sanguínea associada ao Cateter Venoso Central

Data: 07 e 8 / 06 / 2011

A sua opinião sobre a formação em que participou é importante para avaliar a qualidade da sessão de formação e saber de que forma é relevante para a prática clínica.

Gostaria que respondesse às seguintes questões, classificando-as com um de acordo com a escala apresentada.

Relativamente ao conteúdo programático	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialment e adequado	Totalmente adequado
Clareza dos conteúdos					
Organização do tema					
Profundidade dos conteúdos					

Relativamente ao desempenho do formador	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialment e adequado	Totalmente adequado
Clareza na exposição					
Domínio dos conteúdos					
Incentivo à participação					
Metodologia utilizada					

Relativamente à sessão de uma forma global	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialment e adequado	Totalmente adequado
Pertinência do tema					
Contribuição para melhorar os conhecimentos sobre a temática					

Obrigada pela vossa presença e colaboração.

Avaliação da Formação

TEMA: "Care bundle": prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central

A formação realizou-se na Unidade Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica e assistiram à sessão 11 profissionais de saúde. A maioria considera totalmente adequada a sessão de acordo com os itens em avaliação, embora nos sub-itens: clareza dos conteúdos, incentivo à participação e metodologia aplicada, 2 dos participantes avalie como parcialmente adequada, de acordo com os gráficos 1, 2 e 3.

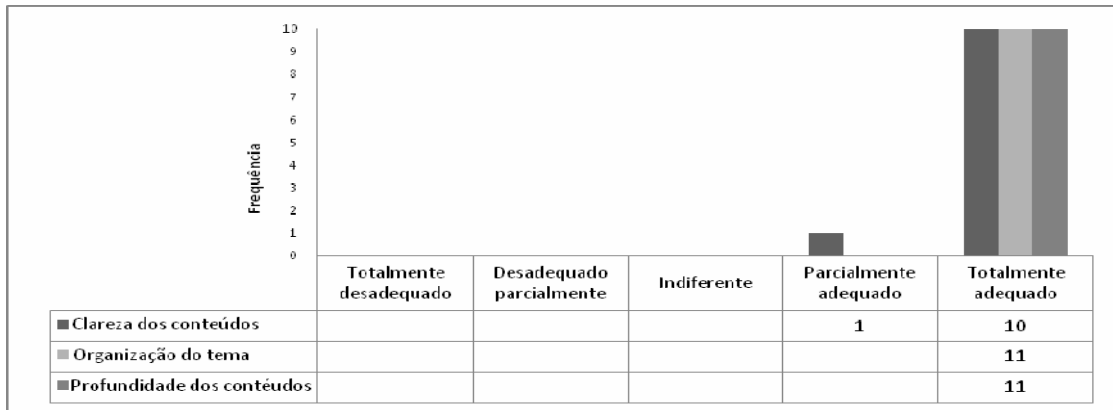


Gráfico 1- Conteúdo Programático

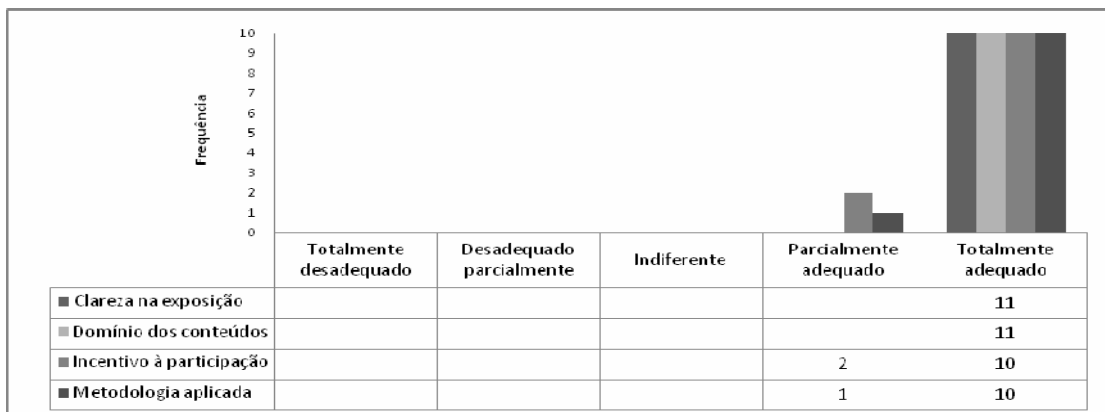


Gráfico 2 - Desempenho do formador



Gráfico 3 - À sessão de forma global

APENDICE G

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Sono e Repouso: foco da prática sensível aos cuidados de enfermagem

Local: Sala de Reuniões CCT

Data: 2 Junho 2011

Duração: 20 minutos

População: Enfermeiros da Unidade Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica

Objectivo Geral

Sensibilizar os enfermeiros para a importância do Sono/Repouso na recuperação do doente, em situação crítica de doença.

Objectivos Específicos

Realçar os aspectos do padrão Sono/Repouso como foco da prática sensível aos Cuidados de Enfermagem.

Descrever a fisiologia do sono.

Identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a manutenção do equilíbrio sensorial e favorecem o Sono e Repouso do doente crítico.

Materiais e equipamentos utilizados

PC Portátil

Estratégia

Vai ser utilizado método expositivo para a apresentação inicial dos objectivos e posteriormente dos conteúdos, utilizando como meios o PC portátil.

Durante toda a sessão vai ser utilizada a motivação/método activo para captar a atenção dos formandos.

Vai ser utilizado o método interrogativo para se obter “feedback” sobre o tema, transpondo para as situações da prática dos cuidados de Enfermagem.

Avaliação

Entrega de questionário para avaliação da formação

Guião

Momento	Conteúdo	Método	Recursos Pedagógicos
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do formador• Comunicação dos objectivos• Introdução ao tema	Expositivo	PC
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Fisiologia do sono.• Fases do Sono.• O papel da Melatonina.• Resultados de estudos publicados na literatura sobre o tema.• Intervenções de enfermagem.	Expositivo / Activo	Power-Point Office2007
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Conclusão do tema• Esclarecimento de dúvidas• Avaliação da sessão	Interrogativo	

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica



**Sono e Repouso:
foco da prática sensível aos cuidados
de enfermagem**

Heather Cate

Ana Santos Pereira
Sob orientação: Professora Helena José



OBJECTIVOS

Realçar os aspectos do padrão Sono/Repouso como foco da prática sensível aos Cuidados de Enfermagem.

Descrever a fisiologia do sono.

Identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a manutenção do equilíbrio sensorial e favorecem o Sono e Repouso do doente crítico.



Repouso / Sono



● **Processo Corporal**

● **Repouso**

● **Sono**

Processo Corporal com as características específicas: Redução recorrente da actividade corporal permanecendo acordado e consciente, posição imóvel enquanto acordado e consciente.

Repouso com as características específicas: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.



Funções do Sono



Termoregulação (a privação de sono induz uma queda da temperatura corporal, sugerindo que o sono tem um papel na retenção de calor)

Regeneração celular (aumento da síntese proteica no tecido cerebral e corporal)

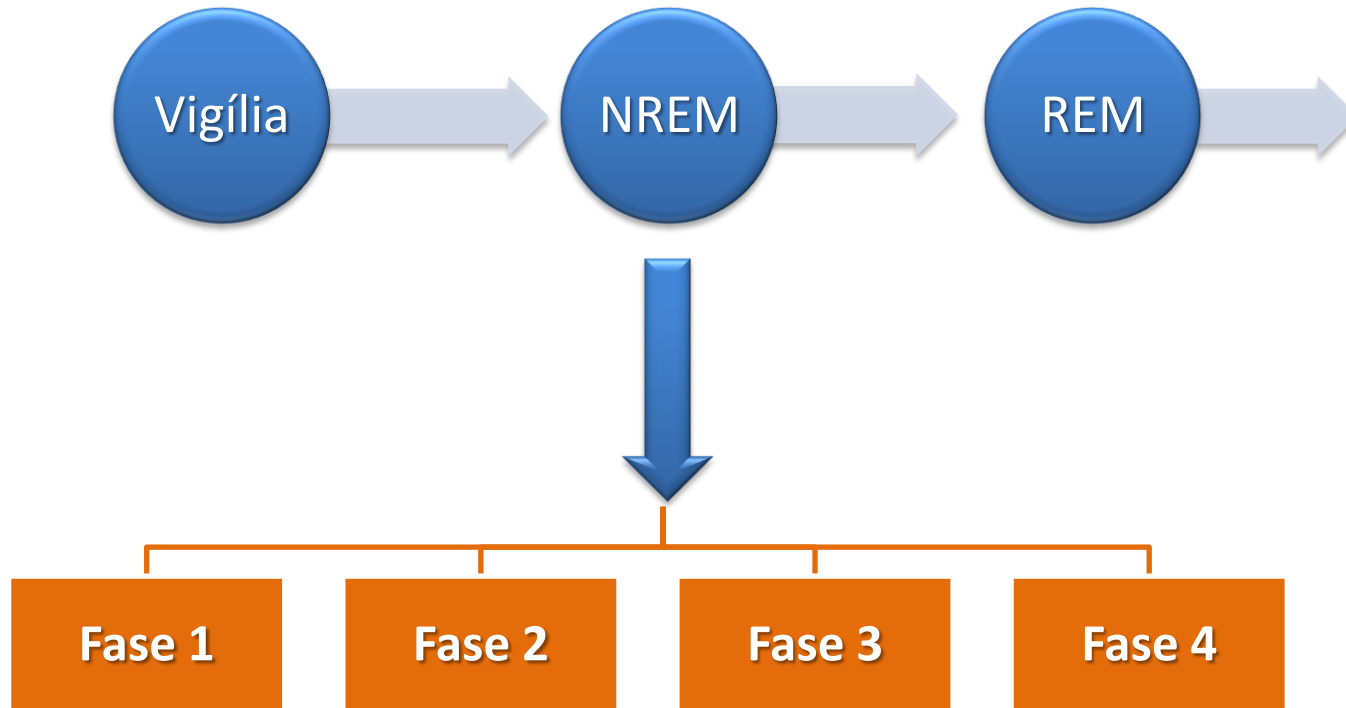
Recuperação da função imunitária (Mudanças no padrão de secreção de cortisol provocam diminuição da actividade do sistema imunitário)

Consolidação da memória e da aprendizagem

(No sono REM dá-se uma descarga da informação supérflua e ocorre o desenvolvimento de circuitos neuronais)



Fases do Sono





A Fisiologia do Sono

NREM

- Sem movimentos dos olhos
- ✓ Redução da actividade neuronal
- ✓ Redução do metabolismo
- ✓ Redução da temperatura cerebral
- ✓ Redução da actividade simpática com diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial sistémica)
- ✓ Actividade lenta no EEG
- ✓ Actividade motora ocasional.

REM (*Rapid eye movement*)

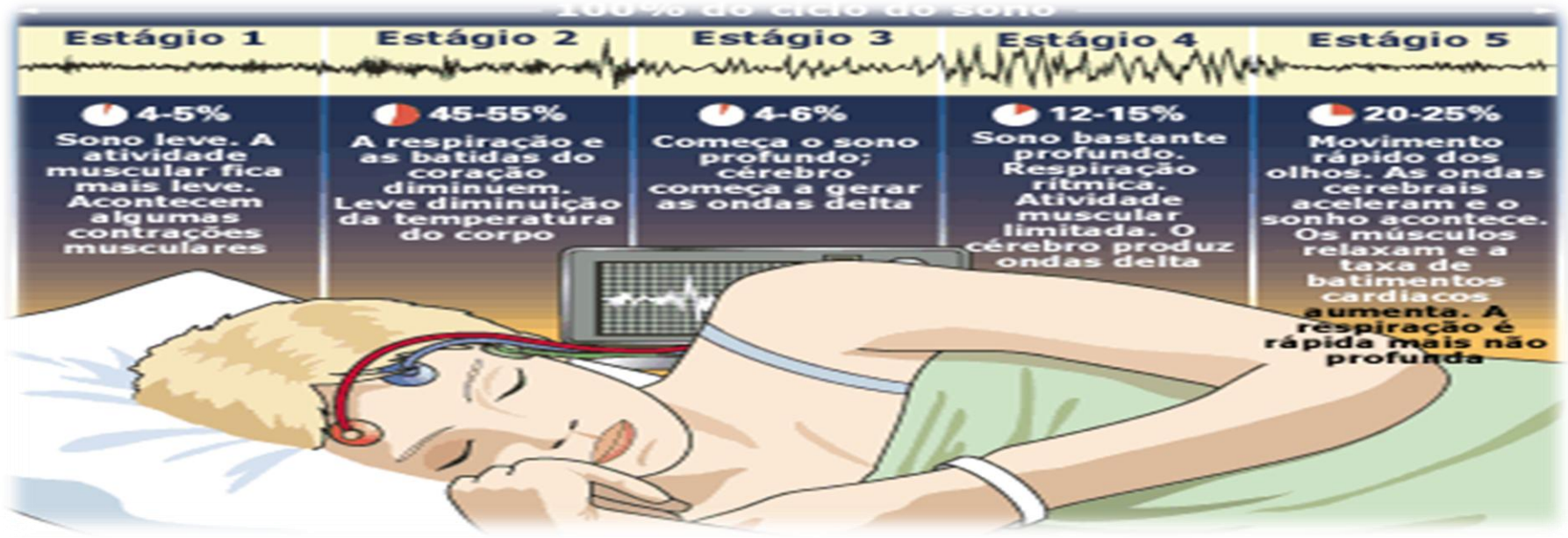
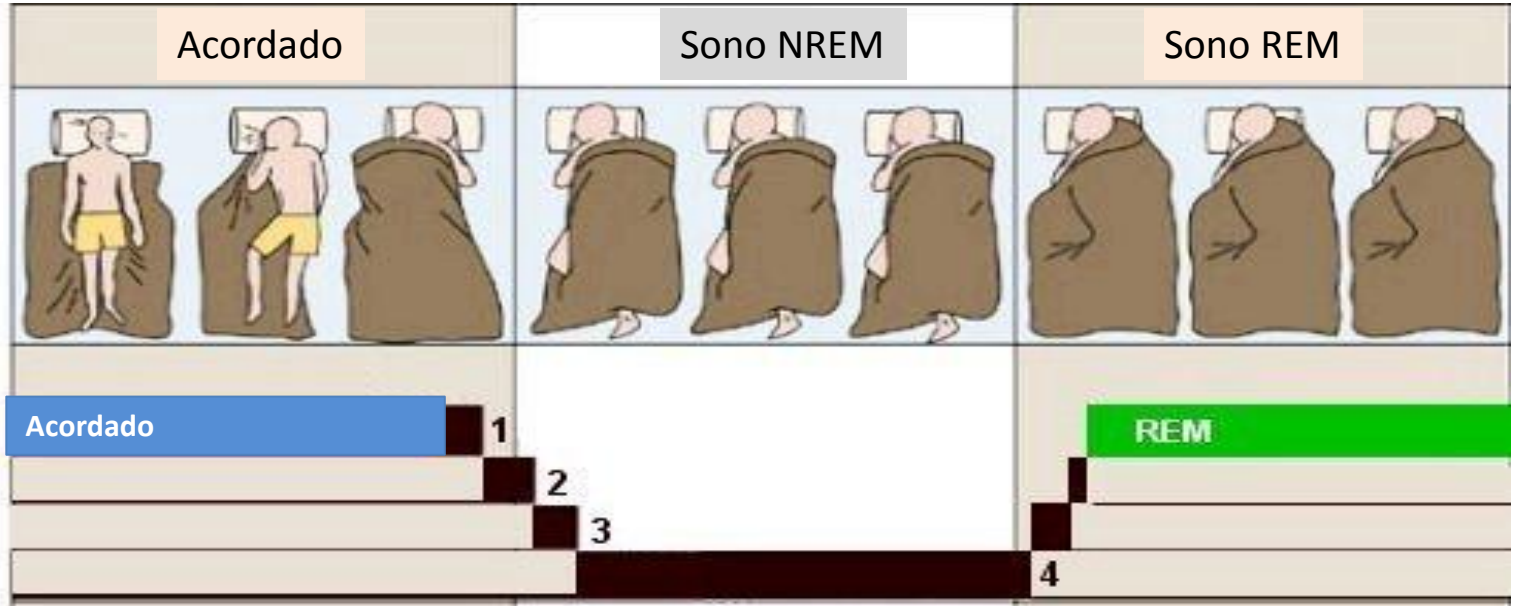
- Movimento rápido dos olhos
- ✓ Aumento da actividade metabólica
- ✓ Aumento da temperatura cerebral
- ✓ Aumento da actividade parassimpática e simpática (fazendo oscilar as frequências cardíaca e respiratória)
- ✓ Redução de actividade da musculatura esquelética (exceptuando-se o diafragma, a musculatura ocular e a do ouvido médio).



Durante o sono, a pessoa passa por ciclos alternados ciclicamente. Começa pela fase 1 do sono NREM, progredindo até a fase 4. O sono NREM e o sono REM repetem-se a cada \pm 90 minutos com 4 a 6 ciclos por noite.

Comportamento

Fases



O sono NREM (75%) concentra-se na primeira parte da noite enquanto o sono REM predomina na segunda parte.



Sono REM

- ✓ Fase em que ocorrem os sonhos.
- ✓ Profundo relaxamento da musculatura do corpo.
- ✓ Intensa actividade cerebral.
- ✓ O cérebro treina mentalmente as tarefas e os conhecimentos (processamento e armazenamento) daquilo que foi aprendido durante o dia.



O sono REM é a forma mais leve de sono, em que as pessoas são acordadas mais facilmente.



Sono REM

A quantidade de sono REM varia acentuadamente com a idade.

Um bebe recém-nascido dorme mais de 80% do tempo total de sono em sono REM.

A média para adultos jovens é 20% do tempo total de sono em sono REM.

Os Idosos dormem menos de 10% em sono REM.



Melatonina

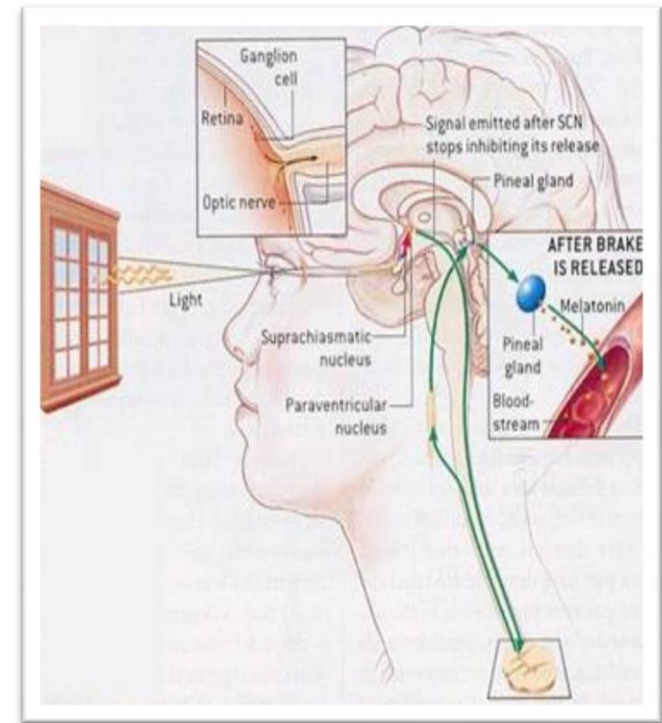
Produzida pela glândula pineal e precursora da Serotonina.

É produzida a partir do momento que fechamos os olhos.

Na presença da luz, é bloqueada a sua formação, por mensagem neuroendócrina.

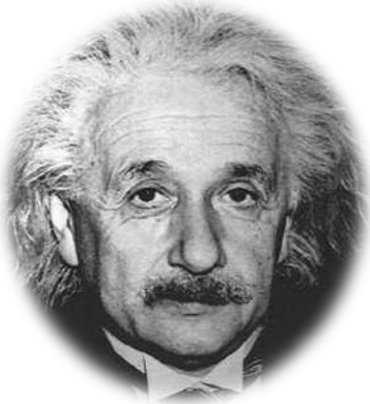
Modifica a via da síntese da Serotonina e actua, nos vários sistemas do organismo, preparando e induzindo o sono.

A maior produção de melatonina ocorre à noite entre as 2 – 3 horas madrugada.





O papel do Sono no bom funcionamento do cérebro



Dormia 10 Horas por dia.



O cérebro dos desportistas treina o controlo de movimentos complexos a dormir



Durante o Sono os músicos repetem mentalmente as sequências de notas que aprendem



Perturbações do Padrão de Sono e Repouso

Sono REM

Agitação

Confusão

Instabilidade emocional

Falta de controlo de impulsos

Alucinações





Perturbações do padrão de Sono e Repouso

Sono NREM



Fadiga

Apatia

Alterações do discurso

Ptose palpebral

Falta de expressão facial

Falta de energia

Excessiva sonolência

Alterações do sistema imunitário

Walder, et al. (2000). Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels. Critical Care Medicine. Vol. 28, issue 7, pp 2242-2247.

Estudo prospectivo, com observação dos efeitos da implementação de medidas para interferir sobre os níveis de luz e ruído numa UCI.

- Avaliar os factores ambientais da UCI cirúrgica.
- Observar o efeito das medidas de controlo da luz e dos níveis de ruído, durante o turno da noite.



O ruído ambiente e a luz são as principais causas de distúrbios do sono em UCI, seguido pela intervenções dos profissionais de saúde, nas avaliações clínicas e / ou procedimentos terapêuticos .

As medidas para reduzir as alterações do sono na UCI não são fáceis de implementar. As intervenções que podem favorecer o sono e repouso dos doentes passa pelo controlo da dor, suporte emocional e um baixo nível de luz e de ruído ambiente.

Tamburri, L.M., et al. (2004). Nocturnal Care Interactions with patients in critical care units. *American Journal of Critical Care*. 13:2, p. 102-112.

Foram revistos os processos clínicos de 50 doentes e registadas todas as actividades de assistência entre as 19:00-07:00H em 4 unidades de cuidados intensivos.

Documentadas e registadas em média 42,6 interacções por noite. As interacções foram mais frequentes às 20H, 24H e 6H e menos frequente às 3H.

Apenas 9 períodos ininterruptos de 2 a 3H estavam disponíveis para o sono (6% das 147 noites).

Intervenções para promoção do sono foram apenas documentadas 1 nas 147 noites.

**O doente critico tem poucos períodos disponíveis de sono e repouso efectivo.
É sugerido maior adesão dos profissionais para desencadear estratégias
para promover o sono e repouso dos doentes em UCI.**

Bergamasco, EC., Monteiro da Cruz, D.(2007). Adaptação das visual analogic sleep scales para a língua portuguesa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Set-Out, 15(5).

Validação das Escalas Visuais Análogas - Sono (*Visual Analog Sleep*) que permite a avaliação da percepção da pessoa quanto ao sono do dia anterior.

Estudo realizado em 180 doentes em primeiro pós-operatório .

O instrumento adaptado mostrou propriedades adequadas para avaliar o sono de doentes em pós-operatório.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas dos escores nos itens das EVA - Sono (n=180). São Paulo, SP, 2004

Itens	Mediana	Média	DP	IC 95%
1 Tempo acordado depois do início do sono	20	29,6	25,1	25,9 33,3
2 Tempo total dormindo	65	58	32,2	53,3 62,8
3 Tempo de sono durante o dia	40	40,1	33,9	35,1 45,1
4 Cochilos de manhã	10	34,1	35,8	28,8 39,3
5 Cochilos a tarde	47,5	46,4	38,9	40,7 52,1
6 Latência do sono	25	34,9	32,3	30,2 39,7
7 Profundidade do sono	65	59,2	34,6	54,1 64,1
8 Qualidade do distúrbio	37,5	42,2	35,4	37 47,5
9 Despertares durante o sono	65	59,5	33,8	54,5 64,4
10 Qualidade de latência	17,5	36,2	35,9	30,9 41,5
11 Movimento durante o sono	40	42,7	36,1	37,4 48
12 Descanso apos acordar	57	60,1	33,8	55,1 65,1
13 Tempo para levantar apos despertar	55	51,9	36,8	46,5 57,4
14 Qualidade subjetiva do sono	55	56,2	35,6	50,9 61,5
15 Avaliação da suficiência do sono	60	55,8	37,6	50,3 61,3
16 Período total do sono	95	87,6	30,7	83,1 92,2

Pinsky, M.R., Brochard, L., Mancebo, J., Hedenstierna, G. (2009). *Applied Physiology in Intensive Care*. Springer, 2nd edition, XVI, 489 p.

As perturbações do sono são extremamente comuns em doentes internados em UCI.

Cerca de metade do tempo total de sono ocorre durante o dia, e o ritmo circadiano é marcadamente diminuído ou perdido.

Cerca de 20% dos momentos de despertar estão relacionados com o ruído, 10% estão relacionados com actividades com os cuidados ao doente.

A ventilação mecânica pode causar distúrbios do sono, mas o mecanismo exacto ainda não foi definido.



Medidas para melhorar a quantidade e a qualidade do sono em doentes críticos incluem a atenção para o modo de ventilação mecânica e a redução do ruído ambiente .

Dennis, CM et al. (2010). Benefits of Quiet Time for Neuro-Intensive Care Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*. Vol. 42, Issue 4, pp 217-224.

Programa “*quiet time*” – Redução de ruído controlável e luz, em dois períodos do dia, coincidindo com os ritmos circadianos, com o objectivo de permitir o sono e o repouso.

50 doentes internados na UCI, observados durante 35 horas por dia e 15 observados durante a noite.

Os níveis de ruído e luz foram medidos em vários locais antes, durante e após horas de silêncio e registada a cada ½ hora o comportamento do sono.

Foi significativo o efeito no Sono e Repouso destes doentes, que foram mais vezes observados a dormir durante os períodos de maior silêncio (*quiet time*).





MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO SENSORIAL NA UCI

Intervenções de Enfermagem

Restaurar o equilíbrio sensorial

Favorecer o Sono e repouso





Intervenções de Enfermagem

- ✓ Diminuir as fontes de ruído ambiental
- ✓ Desligar equipamento que não esteja a ser utilizado
- ✓ Baixar o volume dos alarmes dos monitores e equipamento
- ✓ Assistência ao doente na interpretação dos estímulos recebidos
- ✓ Orientação do doente para a realidade do momento
- ✓ Dar ao doente um papel activo no seu tratamento
- ✓ Encorajar o doente a usar as suas funções cognitivas
- ✓ Providenciar para que tenha períodos de descanso não interrompidos



Intervenções de Enfermagem

- ✓ Encorajar uma rotina dia/noite, orientando o doente verbalmente para alguma actividade durante o dia.
- ✓ Organizar actividades de forma a promover períodos de descanso adequados
- ✓ Minimizar as interrupções do sono
- ✓ Durante a noite estruturar as actividades de forma a permitir pelo menos 2 horas de sono sem interrupção



CONCLUSÃO



O Sono e Repouso são importantes para a recuperação da saúde, em situação de doença.

A avaliação do padrão de sono e repouso é parte integrante das avaliações e registos diários de enfermagem.

É um foco da prática sensível os Cuidados de Enfermagem.

O controlo do ruído ambiental, da luminosidade e dos momentos (*quiet time*) para procedimentos terapêuticos pode melhorar o padrão de sono e repouso dos doentes críticos .



Referências Bibliográficas

Bergamasco, EC., Monteiro da Cruz, D.(2007). Adaptação das visual analogic sleep scales para a língua portuguesa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Set-Out, 15(5).

Bourne RS, Mills GH, Minelli C. (2008). Melatonin therapy to improve nocturnal sleep in critically ill patients: encouraging results from a small randomised controlled trial. *Critical Care*. 18;12(2).

Dennis, CM et al. (2010). Benefits of Quiet Time for Neuro-Intensive Care Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*. Vol. 42, Issue 4, pp 217-224.

Lamberg, L., Hagelbergthe, M. (2004). Student, the professor and the birth of modern sleep research. *Medicine on the Midway*, Spring. University of Chicago. Retirado em 19 Maio 2011 de http://www.uchospitals.edu/pdf/uch_006319.pdf

Pinsky, M.R., Brochard, L.,Mancebo, J., Hedenstierna, G. (2009). *Applied Physiology in Intensive Care*. Springer , 2nd edition, XVI, 489 p.

TAMBURRI, L. M . (2004). Nocturnal Care Interactions with patients in critical care units. *American Journal of Critical Care*. 13:2 , p. 102-112.

Walder, et al. (2000). Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels. *Critical Care Medicine*. Vol. 28, Issue 7, pp 2242-2247.

APENDICE H

Avaliação da Formação

TEMA: Sono e Repouso: foco da prática sensível aos cuidados de enfermagem

A formação realizou-se na Unidade Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica e assistiram à sessão 11 profissionais de saúde. A maioria considera totalmente adequada a sessão de acordo com os itens em avaliação, embora nos sub-itens: clareza dos conteúdos, incentivo à participação e metodologia aplicada, 2 dos participantes avalie como parcialmente adequada, de acordo com os gráficos 1, 2 e 3.

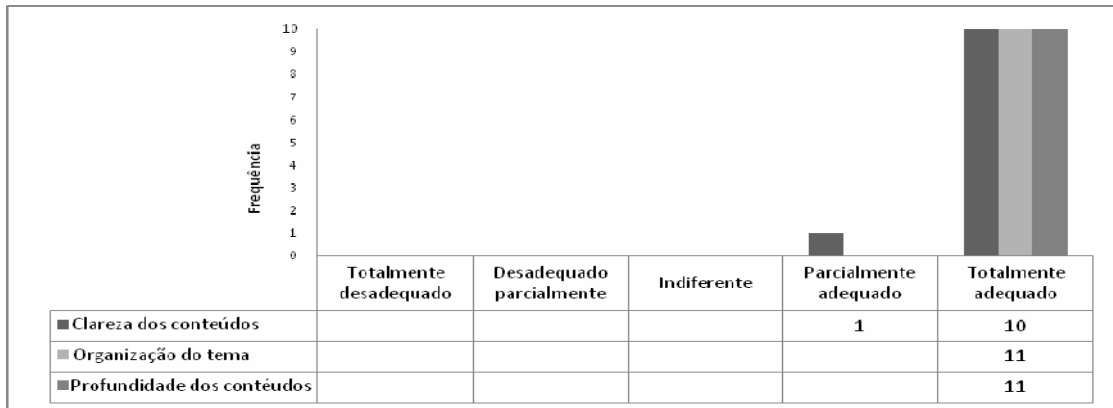


Gráfico 1- Conteúdo Programático

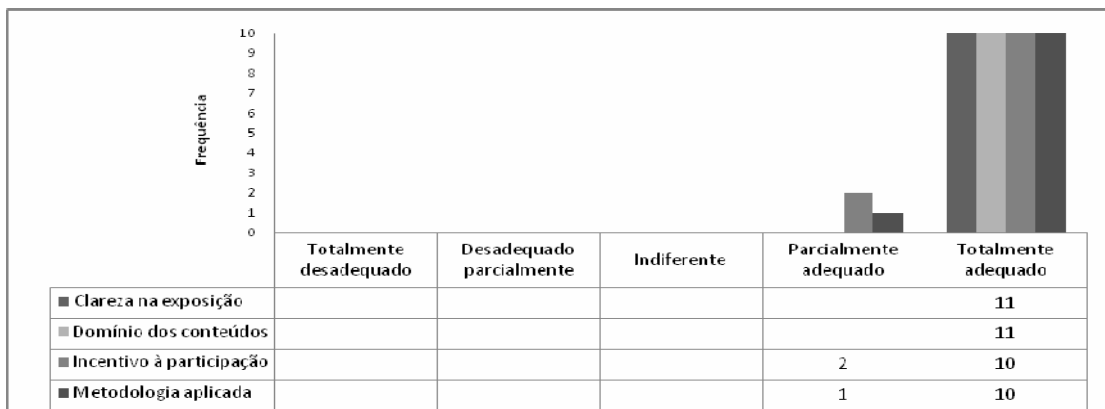


Gráfico 2 - Desempenho do formador

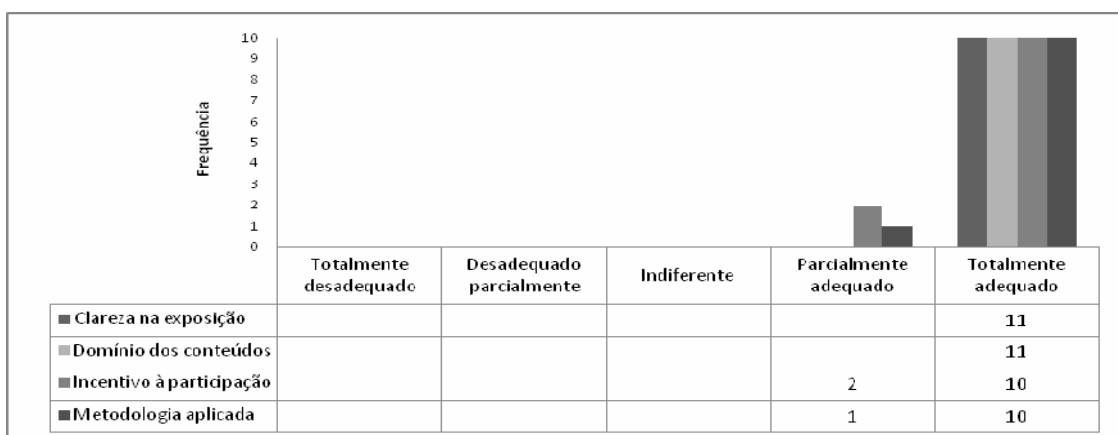


Gráfico 3 - À sessão de forma global

APENDICE I

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Prevenção da infecção urinária associada à algaliação		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

1. OBJETIVOS

- Salientar as medidas de prevenção e controlo da infecção do trato urinário associada à algaliação e reduzir a sua incidência.
- Contribuir para a segurança do doente.

2. ÂMBITO

Intervenções de Enfermagem associada à algaliação em doentes admitidos no Bloco Operatório.

3. DESCRIÇÃO

O uso de algália constitui hoje uma componente essencial dos cuidados de saúde. As Infecções do trato urinário (ITU) são o segundo maior grupo de infecções nosocomiais no Reino Unido, e representam 19,7% de todas as infecções adquiridas no hospital ¹.

A frequência com que os doentes são algaliados e o tempo da permanência da algália determinam o risco de infecção. As práticas de algaliação, manutenção e remoção também são relevantes do ponto de vista da prevenção e controlo da ITU., que constitui também uma causa importante de bacteriémia nosocomial podendo contribuir para um aumento da mortalidade ².

Com base nas definições do *Centers for Disease Control (CDC)*, a algaliação pode ser considerada de curta duração quando dura entre 7-10 dias, de média duração quando dura até cerca de 28-30 dias e de longa duração quando dura mais de 28-30 dias.

Para prevenir a infecção urinária é preciso que sejam cumpridos todos os pressupostos,

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Prevenção da infecção urinária associada à algaliação		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

quer estes sejam baseados em evidência científica, quer em evidência clínica e que são os seguintes: avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação de risco individual do doente); selecção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação); inserção e manutenção asséptica da algália e sistema e remoção correcta da mesma^{3, 4}.

As recomendações descritas foram classificadas quanto à evidência tendo por base o sistema de categorização pelo CDC⁵.

4. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade pela segurança do doente é de todos os membros da equipa de saúde. O Enfermeiro tem um papel relevante na prevenção da infecção do trato urinário.

5. ATIVIDADES

INSERÇÃO DA ALGÁLIA

- O equipamento de protecção individual (luvas, máscara) deve ser usado, para protecção contra sangue e fluidos orgânicos.
- A algália deve ser seleccionada de acordo com a duração prevista da algaliação e a avaliação clínica do doente. Na escolha do tipo de algália, é necessário inquirir o doente e/ou pessoas significativas, acerca de alergia ao látex.
- Se é previsível uma irrigação contínua ou regular deve ser seleccionada uma algália de três vias.
- Deve utilizar-se o calibre mais pequeno que permita uma boa drenagem. O calibre recomendado é de 12-14 Ch na mulher e de 14-16 Ch no homem. O comprimento da algália depende do sexo do doente.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Prevenção da infecção urinária associada à algaliação		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

- A algália deve ser inserida com técnica asséptica e equipamento estéril.
- O uso de “kits” urinários específicos pode facilitar a manutenção de esterilidade durante a inserção.
- O profissional que vai inserir a algália, deve proceder à higienização das mãos, antes de calçar as luvas estéreis a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção.
- Deve adoptar-se um sistema que assegure a manutenção de um campo estéril sem receio de contaminação. Se a algália se contaminar durante a inserção deve ser substituída.
- A área genital deve ser bem lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas limpas (de procedimento).
- **O meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico. Não há vantagem em usar soluções anti-sépticas para limpeza do meato uretral, prévia à inserção da algália, como forma de prevenir a infecção urinária em doente algaliado.**
- A algália e a uretra devem ser lubrificadas com um gel anestésico estéril, em embalagem individual.
- O balão deve ser dilatado com a quantidade correcta de água estéril (*volume mais pequeno necessário – 5 – 10 ml no adulto*) a não ser que haja indicação específica do Médico (ex: em doentes do foro urológico) .
- No homem a algália deve ser fixa na parte superior da perna e na mulher, na face interna da coxa, para prevenir os movimentos da algália e pontos de fricção na uretra assegurando uma boa drenagem.

		SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
		BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX		Prevenção da infecção urinária associada à algaliação	
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica		Revisto por:	
		Aprovado em:	
		Revisão em:	

7. BIBLIOGRAFIA

1. Smyth ETM. (2006). Healthcare acquired infection prevalence survey . Presented at 6th international conference of the Hospital Infection Society Amsterdam, 2006. Preliminary data available in Hospital Infection Society: The third prevalence survey of healthcare associated infections in acute hospitals 2006, consultado em <http://www.his.org.uk> a 2 Novembro 2011.

2. Tambyah, P. A. et al (1999). A prospective study of Pathogenesis of catheter-associated urinary tract infections, *Mayo Clin Proc*, 74:131-136.

3. Department of Health, EPIC Guidelines (2001). Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of short-term indwelling urethral catheters in acute care. *Journal of Hospital Infection*, 47 (supplement): S39-S46 e S5-S9.

4. National Institute for Clinical Excellence, with collaboration from Thames Valley University under the auspices of the National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. (2003). Prevention of Healthcare-Associated Infection in Primary and Community Care. *Clinical Guideline 2*, p.1-46.

5. Center for Disease Control. Catheter-Associated Urinary Tract Infection <http://www.cdc.gov/search.do?q=hospital+infection+control+and+urine+catheter&spell=1&ie=UTF-8>, consultado a 10 Novembro 2011.

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.

APENDICE J

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

1. OBJETIVOS

- ✓ Reforçar a aceitação de práticas de segurança.
- ✓ Encorajar a melhoria da comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os doentes admitidos para procedimentos cirúrgicos no Bloco Operatório de Urgência.

3. DESCRIÇÃO

O programa “*Cirurgia Segura Salva Vidas*” foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo. Demonstrou-se que estes problemas são comuns, fatais e evitáveis, em todos os países e todas as organizações (*World Alliance for Patient Safety*, 2009).

A lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS é uma ferramenta para ser utilizada por profissionais interessados em melhorar a segurança cirúrgica e em reduzir mortes e complicações cirúrgicas evitáveis. A sua utilização demonstrou associação com reduções significativas de complicações e taxas de mortalidade em diversos hospitais e contextos e com melhorias na observância dos padrões de boa prática de cuidados (WAPS, p.2).

Para apoiar as equipas cirúrgicas na redução do número desses eventos, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS – consultou cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, especialistas em segurança do doente e doentes em todo o mundo.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

A “equipa cirúrgica” deve entender-se como integrando os cirurgiões, anestesistas, os enfermeiros e outras pessoas envolvidas na cirurgia. A equipa cirúrgica referida neste manual da OMS, é composta por todos os membros que desempenham um papel na garantia da segurança e do sucesso de cada operação.

Cada item de verificação de segurança foi incluído com base na evidência clínica ou na opinião de especialistas assegurando que a sua inclusão irá reduzir a probabilidade de graves danos cirúrgicos evitáveis e que é improvável que a adesão à verificação apresente prejuízo ou custo incontrollável. A lista de verificação também foi projectada para ser simples e curta. Muitos dos passos individuais já são aceites como prática de rotina em serviços em todo o mundo, embora raramente seja seguida na sua totalidade.

A Lista de Verificação guia a interacção da equipa, com base na comunicação verbal, a fim de confirmar que os padrões de boa prática clínica são assegurados em todos os doentes. O objectivo não é memorizar a recitação nem frustrar o fluxo de trabalho. A lista de verificação destina-se a dar às equipas um instrumento simples e eficiente de verificações prioritárias para a melhoria efectiva do trabalho em equipa e da comunicação e para incentivar o respeito pela segurança dos doentes em todas as operações realizadas.

4. RESPONSABILIDADE

A equipa multidisciplinar deve assumir que a segurança do doente é uma prioridade.

		SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
		BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:	
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:		Revisão em:

5. ATIVIDADES

5.1 COMO EXECUTAR A VERIFICAÇÃO

A fim de implementar a lista de verificação durante a cirurgia, uma única pessoa deve ser responsável pela verificação da lista. Esta é designada coordenador da lista de verificação. Habitualmente é o enfermeiro circulante, mas poderá ser qualquer elemento da equipa que participa na operação.

A lista de verificação cirúrgica divide a operação em três fases, cada uma correspondente a um período específico de tempo no decurso normal da operação:

1. Antes da indução anestésica - SIGN IN

2. Antes da incisão da pele - TIME OUT

3. Antes do doente sair da sala operações - SIGN OUT

Em cada fase, o coordenador da lista deve ter oportunidade de confirmar que a equipa completou as suas tarefas, antes de prosseguir. À medida que as equipas cirúrgicas se familiarizam com as etapas da lista de verificação, é possível integrar as verificações nos seus padrões de trabalho de rotina e verbalizar a conclusão de cada etapa, sem a intervenção explícita do coordenador da lista de verificação.

Todas as etapas devem ser verificadas verbalmente com o membro da equipa adequado para garantir que as acções chave foram realizadas. Assim, antes da indução anestésica, a pessoa que coordena a lista de verificação vai rever verbalmente com o anestesista e o doente (quando

	SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
	BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

possível) que a identidade do doente foi confirmada, que o procedimento e o local estão correctos e que o consentimento para a cirurgia foi dado. O coordenador confirmará visual e verbalmente que o local da cirurgia foi marcado (se aplicável) e fará a revisão, com o anestesista, sobre o risco do doente sangrar, de haver dificuldades no estabelecimento duma via aérea eficaz e reacção alérgica e se a lista de verificação de segurança do equipamento de

anestesia e medicação foi concluída. Idealmente, o cirurgião estará presente nesta fase, pois o cirurgião pode ter uma ideia mais clara do esperado no que respeita a perda de sangue, alergias ou outros factores de risco de complicações do doente. No entanto, a presença do cirurgião não é essencial para completar esta parte da lista de verificação.

Antes de iniciar a incisão da pele, cada membro da equipa irá apresentar-se indicando o seu nome e função. Se já têm trabalhado em conjunto, os elementos da equipa podem apenas confirmar que todos estão na sala e se conhecem uns aos outros. A equipa irá fazer uma pausa imediatamente antes de iniciar a incisão da pele para confirmar, em voz alta, que se está a realizar a operação correcta, no doente e local correctos e rever, verbalmente, partilhando, cada um na sua vez, os elementos críticos dos seus planos para a operação, utilizando como orientação a Lista de Verificação. Também confirmam que os antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos e que os exames imagiológicos ou outros essenciais estão visíveis, de acordo com o caso.

Antes de sair da sala de operações, a equipa irá rever, em conjunto, a operação que foi realizada, a conclusão da contagem das compressas e dos dispositivos e a rotulagem dos produtos biológicos ou outros obtidos na cirurgia. Serão também revistas todas as avarias ou problemas de equipamento que precisam de ser reportadas. Finalmente, a equipa procede à revisão da informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/ necessidades do doente, antes de o retirar da sala de operações.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Ter uma única pessoa a conduzir o processo da lista de verificação é essencial para o seu sucesso. Como mencionado, em muitas instituições é o enfermeiro circulante, mas qualquer clínico pode coordenar o processo da lista de verificação.

Os detalhes de cada uma das etapas de segurança, são os seguintes:

✓ **Antes da indução anestésica (SIGN-IN)**

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ? Sim

O local está marcado? Sim

Não aplicável

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída ? Sim

O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento. Sim

O doente possui:

Alergia conhecida? Não Sim

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

Não

Sim e equipamento/assistência acessível

Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?

Não

Sim e : 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada, tipagem e sangue disponível

Embora possa parecer repetitivo, este passo é essencial para garantir que a equipa não opera o doente errado no local errado, ou efectua o procedimento errado. Quando a confirmação por parte do doente é impossível, como no caso de crianças ou de doentes incapazes, um tutor ou membro da família pode assumir este papel. Se um tutor ou membro da família não está disponível e este passo é saltado, como em caso de emergência, a equipa deve compreender porquê e todos os elementos devem estar de acordo antes de dar início ao procedimento.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Confirmar que o cirurgião que realiza a operação marcou o local da cirurgia (geralmente com um marcador de feltro permanente) em casos que envolvam lateralidade (uma distinção para a esquerda ou direita) ou em múltiplas estruturas ou níveis (por exemplo, um dedo particular, dedo do pé, lesão cutânea, vértebra). A marcação do local para estruturas da linha média (por exemplo, tiróide) ou de estruturas singulares (por exemplo, baço) seguirá a prática local. Alguns hospitais não exigem a marcação do local dada a extrema raridade da cirurgia do local errado, nesses locais. A marcação consistente do local em todos os casos, no entanto, fornece a possibilidade de verificação retroactiva, confirmando o local e o procedimento correcto.

Uma mnemónica útil que, para além de confirmar que o doente está apto para a cirurgia, a equipa de anestesia deverá concluir é a das vias aéreas (**A**irway), do sistema de ventilação (**B**reathing) (incluindo oxigénio e agentes inalatórios), de aspiração (**s**u**C**tion), Medicamentos e dispositivos (**D**rugs) e medicamentos de emergência (**E**mergency), equipamentos e ajuda disponível para confirmar a sua disponibilidade e funcionamento.

Verificar a oximetria de pulso no doente e o funcionamento correcto, antes da indução anestésica. A leitura do oxímetro de pulso deve estar visível para a equipa cirúrgica. Um sistema de alarme sonoro deve ser usado, para alertar a equipa para a frequência cardíaca e a saturação de oxigénio do doente.

Perguntar se o doente tem alguma alergia conhecida, e, em caso afirmativo, qual. Se o coordenador sabe de alguma alergia de que o anestesista não tem conhecimento, esta informação deve ser comunicada.

Deve ser confirmada verbalmente que a equipa de anestesia avaliou objectivamente se o doente tem uma via aérea difícil. Para um doente reconhecido como tendo uma via aérea difícil ou em situação de risco de aspiração, a indução da anestesia só deve iniciar-se quando o anestesista confirmar que tem o equipamento adequado e ajuda à cabeceira do doente.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Ainda nesta etapa de segurança, o coordenador pergunta à equipa de anestesia se há risco de o doente perder mais de meio litro de sangue durante a cirurgia, a fim de assegurar o reconhecimento e a preparação para este evento crítico. Se houver um risco significativo de uma perda de sangue superior a 500 ml, é altamente recomendável que, pelo menos, duas grandes vias intravenosas estejam asseguradas ou um cateter venoso central seja colocado, antes de iniciar a incisão da pele. Além disso, a equipa deve confirmar a disponibilidade de componentes sanguíneos.

Esta fase está concluída e a equipa pode proceder à indução anestésica.

✓ **Antes da incisão da pele (TIME-OUT)**

(Na presença do enfermeiro, anestesista e cirurgião)

Confirmar que todos os elementos da **equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções.**

Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos? Sim

Não aplicável

A profilaxia tromboembólica foi administrada? Sim

Não aplicável

Antecipação de eventos críticos

O cirurgião

Quais são os passos críticos ou fora da rotina?

Tempo planeado para o caso?

Qual a perda de sangue prevista?

O Anestesista

Há alguma preocupação específica com o doente?

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

A equipa de enfermagem

- A esterilização (incluindo os indicadores de resultado) foi confirmada?
- Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros? Sim

Não Aplicável

Os membros da equipa cirúrgica podem mudar com frequência. Uma gestão eficaz de situações de alto risco exige que todos os membros da equipa compreendam quem é cada elemento e quais as suas funções e competências. A simples apresentação permite alcançar este objectivo. O coordenador pedirá a cada pessoa, na sala, para se apresentar a si próprio indicando o nome e função. As equipas que já estão familiarizadas, podem confirmar que todos se conhecem, mas, os novos membros ou profissionais que tenham sido substituídos na sala de operações, desde a última intervenção, devem apresentar-se, incluindo os estudantes e outros colaboradores.

O profissional que coordena a lista de verificação ou outro membro da equipa, irá pedir a todos os presentes na sala de operações para pararem e confirmarem, verbalmente, o nome do doente, a cirurgia a ser realizada, o local da cirurgia e, se apropriado, o posicionamento do doente, a fim de evitar operar o doente errado ou o local errado. Por exemplo, o enfermeiro circulante pode anunciar: "Antes de iniciar a incisão da pele", e, em seguida, continuar: "Este é o doente X, a submeter a uma correcção de hérnia inguinal direita?" O anestesista, o cirurgião e o enfermeiro instrumentista explícita e individualmente confirmam a concordância. Se o doente estiver consciente, é útil que este também confirme o mesmo.

Para reduzir o risco de infecção do local cirúrgico, é perguntado, se os antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos. Se os antibióticos profiláticos não foram administrados, devem ser administrados agora, antes da incisão. Se os antibióticos profiláticos foram administrados há mais de 60 minutos, a equipa deve considerar a administração de uma

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

nova dose ao doente; a caixa deve ser deixada em branco se nenhuma dose adicional é dada. Se os antibióticos profiláticos não são considerados adequados (por exemplo, casos sem incisão da pele, casos de contaminação em que os antibióticos são administrados para tratamento), o campo "não aplicável" da lista deve ser assinalado, uma vez que a equipa o confirme verbalmente. Optou-se, em Portugal, por fazer constar na lista de verificação de segurança cirúrgica, a profilaxia tromboembólica, quando aplicável.

A comunicação eficaz da equipa é um componente crítico da cirurgia segura, do trabalho em equipa eficiente e da prevenção de complicações graves. Para garantir a comunicação sobre questões críticas do doente, durante o "*Time Out*", o responsável pela verificação promove uma rápida partilha de informação, entre o cirurgião, o anestesista e a equipa de enfermagem, sobre os perigos críticos e os planos operacionais.

A discussão de "passos críticos ou inesperados" destina-se, no mínimo, a informar todos os membros da equipa sobre quaisquer medidas que colocam o doente em risco de perda rápida de sangue, dano ou outra morbidade maior. Esta é também uma oportunidade para rever as etapas que podem exigir equipamento especial, implantes ou preparações.

O enfermeiro instrumentista que prepara as mesas cirúrgicas, deve confirmar, verbalmente, que a esterilização foi realizada e que, para os instrumentos esterilizados a vapor, um indicador de esterilização confirma o sucesso da esterilização. Qualquer discrepância entre o resultado esperado e os indicadores verificados deve ser comunicada a todos os membros da equipa e reportada, antes da incisão.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Os exames imagiológicos são fundamentais para garantir um bom planeamento e a realização de muitas operações, incluindo os procedimentos de ortopedia, coluna e tórax e muitas disseções tumorais. Durante a pausa cirúrgica (TIME-OUT) o coordenador deve perguntar ao cirurgião se são necessários exames complementares para o caso.

Neste momento, esta etapa está concluída e a equipa pode proceder à operação.

✓ **Antes do doente sair da sala operatória (SIGN-OUT)**

(Na presença do enfermeiro, anestesista e cirurgião)

O enfermeiro confirma verbalmente:

- O nome do procedimento

- As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes

- A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
- Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam

- Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e principais preocupações/necessidades do doente ?

Estas verificações de segurança devem ser completadas antes do doente sair da sala. O objectivo é facilitar a transferência de informação relevante para a equipa responsável pelo doente após a cirurgia. As

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

verificações podem ser iniciadas pelo enfermeiro circulante, o cirurgião ou o anestesista e devem estar concluídas antes de o cirurgião sair da sala. Pode coincidir, por exemplo, com o encerramento da ferida.

Dado que o procedimento pode ter sido mudado ou expandido durante o curso da operação, deve ser confirmado com o cirurgião e a equipa que procedimento foi feito.

A retenção de instrumentos, compressas e agulhas é incomum, mas um erro persistente, potencialmente calamitoso. O enfermeiro instrumentista, ou o circulante, deve confirmar verbalmente a integridade da contagem final de compressas e agulhas. Em casos com uma cavidade aberta, também deve ser confirmada a contagem de instrumentos cirúrgicos, como correcta. Se as contagens não são devidamente coincidentes, a equipa deve ser alertada para que possam ser tomadas medidas adequadas (tais como examinar os campos cirúrgicos, lixo e a ferida cirúrgica ou, se necessário, obter imagens radiográficas).

O enfermeiro circulante deve confirmar a rotulagem correcta dos produtos colhidos e de qualquer material obtido durante o procedimento de leitura, em voz alta, do nome do doente, da descrição da amostra e quaisquer marcas de orientação.

Os problemas com o equipamento são universais em salas de operações. A identificação precisa das fontes de falhas e de dispositivos ou equipamentos que têm avarias é importante na prevenção da reutilização dos mesmos antes que o problema seja resolvido. Deve garantir-se que os problemas ocorridos com o equipamento, são identificados pela equipa.

O cirurgião, o anestesista e o enfermeiro devem rever o plano de recobro e de gestão pós-operatório, com especial ênfase para problemas intra-operatórios ou anestésicos que podem afectar o doente. Eventos que apresentam um risco específico para o doente durante o recobro e que podem não ser evidentes para todos os envolvidos são especialmente pertinentes.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança do doente: verificação da segurança cirúrgica		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Com este momento final, a lista de verificação de segurança da OMS está completa. Se desejável, a lista de verificação pode ser colocada no processo do doente ou retida para revisão da garantia de qualidade.

6. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. (2009). *Manual de implementação Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS: Cirurgia Segura Salva Vidas*. 1ª Edição OMS, em <http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/index.htm>.

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.

APENDICE K

	SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
	BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX – Segurança transfusional:		Aprovado em:
Administração de componentes sanguíneos		
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

1. OBJETIVOS

- Definir e sistematizar os aspetos importantes na administração segura de componentes sanguíneos.
- Contribuir para a segurança do doente no B.O.U.
- Facilitar a integração de novos elementos.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os procedimentos efetuados no B.O.U que envolvam o pedido e administração de componentes sanguíneos.

3. DESCRIÇÃO

A transfusão de componentes sanguíneos, embora evidencie níveis de segurança elevados, apresenta como muitas terapêuticas, riscos potenciais que só podem ser minimizados se todas as atividades relacionadas com a colheita, preparação e transfusão dos componentes sanguíneos forem o resultado de processos definidos e sistematicamente controlados.

A possibilidade de estabelecer rapidamente a ligação entre o componente sanguíneo recebido e administrado ao doente e dador, designado por rastreabilidade, é atualmente um dos pilares do sistema de hemovigilância, que permite recolher e analisar toda a informação relativa aos efeitos indesejáveis ou inesperados da transfusão de componentes sanguíneos¹.

Para garantir a segurança dos doentes e prevenir os eventos adversos evitáveis, os enfermeiros desempenham um papel de extrema relevância na administração e monitorização do doente transfundido.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX – Segurança transfusional: Administração de componentes sanguíneos	Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisão em:
	Revisto por:

A transfusão de concentrado eritrocitário (CE) tem como finalidade aumentar a capacidade de transporte de oxigénio e restabelecer o volume sanguíneo. No período pré-operatório a transfusão sanguínea quase sempre é recomendada quando o valor da hemoglobina se encontra abaixo de 7g/dL. No peri-operatório a administração de CE está associada a perdas sanguíneas, durante o ato cirúrgico, superiores a 500 ml de sangue ou quando há sinais de hipoxia decorrente das perdas hemáticas².

Nas situações de emergência o médico deve contactar de imediato o Serviço de Imuno-hemoterapia, sendo considerada a necessidade de envio de CE sem provas de compatibilidade, apenas sangue controlado.

4. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade pela segurança do doente é de todos os membros da equipa de saúde. O Enfermeiro tem um papel relevante na administração de componentes sanguíneos, contribuindo para a segurança transfusional.

5. ATIVIDADES

Intervenções de enfermagem em doentes com necessidade de hemotransfusão

No início do procedimento

- Confirmar que a transfusão foi prescrita.
- Verificar se o doente assinou o consentimento informado (quando aplicável) de acordo com a política da instituição.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança transfusional:		Aprovado em:
Administração de componentes sanguíneos		
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

- Verificar que a requisição médica tem a identificação do serviço e do recetor, tipo e quantidade de componentes sanguíneos, data, hora e caráter do pedido (emergente, urgente ou programado) e identificação do médico prescritor.
- A amostra de sangue para realização de provas de compatibilidade deve ser corretamente identificada com o nome e apelidos do recetor, data de nascimento, n.º processo clínico, assim como a identificação do profissional que efetuou a colheita, bem como a data e hora da mesma.
- Verificar a conformidade entre os componentes sanguíneos recebidos e os requisitados.
- **Identificar o recetor pedindo que diga o seu nome e apelidos.** Quando não for possível (ex: intraoperatório) procurar fonte de informação fidedigna (pulseira de identificação, processo clínico).
- **Controlar os componentes sanguíneos.** Inspeccionar visualmente a bolsa (sem agregados ou hemólise no CE, e no caso do plasma, que esteja completamente descongelado). Em nenhum dos componentes pode existir alteração de cor.
- Verificar a integridade e o prazo de validade, assim como o número e a sua coerência com o numero registado na folha de controlo transfusional.
- **Verificar que o componente sanguíneo indicado vai ser administrado ao recetor correto.** A concordância entre o componente a administrar e o recetor devem coincidir e serem corretos. Sempre que se detetam quaisquer inconformidades, não se deve prosseguir com o ato transfusional sem que estejam esclarecidas.
- **Na transfusão de CE comprovar o grupo ABO** tanto do recetor como o do componente, à cabeceira do doente.
- A administração dos componentes sanguíneos deve respeitar as normas gerais de utilização dos mesmos (Quadro 1).
 - verificar a rotulagem dos produtos fornecidos e a identidade do doente.
 - A rotulagem do componente deve ter:
 - o tipo de componente sanguíneo
 - n.º de colheita e de dador
 - data de validade

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX – Segurança transfusional: Administração de componentes sanguíneos	Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisão em:
Revisto por:	

- grupo sanguíneo
- identificação do doente.

Quadro 1 - Normais gerais de utilização dos componentes sanguíneos

Utilização	Concentrado Eritrocitário	Plasma Fresco Congelado / Crioprecipitado	Plaquetas
Imediato	SIM	SIM	SIM
Até 2 horas	SIM	SIM	NÃO

- Seleccionar o acesso venoso.
 - se já existe uma via periférica ou central, verificar o seu correto funcionamento e permeabilidade , sinais de possível infeção e da compatibilidade da transfusão com outros fluidos.
 - No caso das vias periféricas são preferíveis os membros superiores e utilizar um cateter de calibre 18G. Em pediatria deve colocar-se vias de menor calibre (24G).
- Não administrar fármacos ou soluções simultaneamente na mesma via:
 - A única exceção é para o Cloreto de Sódio Isotónico;
 - **Nunca** administrar Lactato de Ringer ou outros fluidos que contenham na sua composição cálcio;
 - No caso de vias centrais com vários acessos, a transfusão pode administrar-se depois da limpeza do lúmen com 10 ml de cloreto de sódio 0,9%.
- Verificar a temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial do doente estabelecendo uma referencia para comparar os sinais vitais durante a transfusão e registar na folha de controlo de transfusão.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança transfusional:		Aprovado em:
Administração de componentes sanguíneos		
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Em situações emergentes, após contacto médico, o Serviço de Imuno-hemoterapia, pode proceder ao envio de 1 unidade de CE, ORh⁻, fenotipo ccDee K⁻, rotulado com informação de "sangue sem provas de compatibilidade".

Mas, é imprescindível enviar a amostra de sangue do doente com 3 dados de identificação (nome completo; data nascimento; n.º processo clínico), para rápida grupagem ABO e fenotipagem Rh.

Durante o procedimento

- Registrar, na folha de controlo transfusional:
 - o serviço onde tem lugar a transfusão;
 - colocar etiqueta do recetor no local correspondente **depois de ter controlado a sua identidade e o tipo de componente a administrar.**
 - data e hora do inicio da transfusão;
 - A identificação do profissional responsável pela administração e controlo da transfusão;
- Controlar a concordância dos dados imunohematológicos (grupo e tipo de componente) nos documentos com os dados que se encontram no rótulo do componente a transfundir.
- O sangue e os seus componentes devem ser administrados através de um sistema com filtro apropriado, de 170 a 200 µm, para reter coágulos ou restos celulares e um doseador de fluxo. Para um funcionamento correto é conveniente não encher a câmara de gotejamento além de metade.
- A frequência da mudança dos sistemas com filtro deve ser realizada de acordo com o tipo de componente (Quadro 2). No entanto os sistemas não deverão estar em utilização mais de 6 horas, com a finalidade de reduzir o risco de contaminação bacteriana.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança transfusional:		Aprovado em:
Administração de componentes sanguíneos		
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Quadro 2 - Utilização sistemas de infusão

Produto	Utilização de sistema com filtro
Concentrado de Eritrócitos	1 para cada unidade
Plasma	1 para cada 2 unidades
Concentrado de Plaquetas e Criopecipitado	1 para cada 5 a 7 unidades

- Os sistemas utilizados para acelerar o ritmo de transfusão, assim como os dispositivos de aquecimento não são desejáveis na utilização por rotina, pois podem provocar hemólise.
- Em doentes pediátricos é aconselhável a utilização de bombas infusoras com sistemas específicos para a administração de componentes sanguíneos e que controlam o ritmo de infusão.
- Assegurar que a transfusão é iniciada até 30 minutos após a sua receção. Caso não seja possível deve ser devolvida ao Serviço de Imuno-hemoterapia.
- Utilizar luvas na colocação da transfusão em curso e cumprir a técnica asséptica na sua manipulação. Em seguida retirar luvas e proceder à higienização das mãos.
- **Velocidade de infusão:** Os primeiros minutos de qualquer transfusão de componentes sanguíneos deve ser iniciada a uma velocidade lenta, garantindo um débito lento nos primeiros 15 minutos de transfusão. A velocidade de infusão deve ter em conta as características do doente (adulto ou Pediatria) o produto, o volume, a sua duração e ritmo de infusão (Quadro 3 e 4).

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança transfusional:		Aprovado em:
Administração de componentes sanguíneos		
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Quadro 3 - Componentes sanguíneos: duração e ritmos de transfusão no adulto

Produto	Volume	Duração da transfusão	Ritmo da infusão
Concentrado de Eritrócitos	200-300 ml	60-120 minutos(*)	30-60 gotas/m
Plasma	200-300 ml	20-30 minutos	125-175 gotas/m
Concentrado de Plaquetas e Crioprecitado	200-300 ml	20-30 minutos	125-225 gotas/m

(*) podendo ir até ao máximo de 4 horas, dependendo do estado clínico do doente.

Quadro 4 - Componentes sanguíneos: doses e ritmos de transfusão em Pediatria

Produto	Dose	Duração da transfusão
Concentrado de Eritrócitos	10 a 20 ml/Kg	2 - 4 horas
Plasma	10 a 20 ml/Kg	30 -60 minutos
Concentrado de Plaquetas	10 a 20 ml/Kg	30 minutos
Crioprecitado	5 - 10 ml/Kg	30 minutos

- Verificar a temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial, nos 15 minutos após o início da transfusão e realizar este controlo para cada componente a transfundir. Fazer registo na folha de controlo de transfusão.

Pós - procedimento

- No final da transfusão, verificar a temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e registar na folha de controlo de transfusão.

	SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
	BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX – Segurança transfusional:		Aprovado em:
Administração de componentes sanguíneos		Revisão em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	

- Conservar os sacos vazios com o sistema de administração fechado até 2 horas após a transfusão, no frigorífico, e dentro de um saco plástico com a folha de controlo transfusional e só depois rejeitar os sacos.
- Fazer registos em Notas de Enfermagem.
- Enviar para o serviço de Imuno-hemoterapial a Folha de controlo de transfusão (no máximo até 24 Horas após a transfusão).

Componentes sanguíneos prescritos mas não infundidos

- Todos os componentes não utilizados deverão ser devolvidos ao Serviço de Imuno-hemoterapial de imediato ou o mais rápido possível, pois a cadeia que garante as boas condições de armazenamento não deve ser quebrada.
 - A folha de controlo transfusional deve ser devolvida com a indicação de "não utilizado" e o motivo;
 - Se a razão for a suspeita de não conformidade do componente sanguíneo, deve ser devolvido ao Serviço de Imuno-hemoterapial imediatamente com a descrição do motivo.

Manifestações clínicas mais comuns de reação transfusional

As reações transfusionais agudas ou imediatas (quadro 4) são aquelas que ocorre durante a transfusão ou até 24 horas após. Os incidentes transfusionais imediatos são obrigatoriamente notificados e são: reação hemolítica aguda, reação febril não hemolítica, reações alérgicas (leve, moderada, grave), sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, edema pulmonar não cardiogênico (TRALI), reação hipotensiva³.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX – Segurança transfusional: Administração de componentes sanguíneos	Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisão em:
	Revisto por:

Quadro 4 - Reações transfusionais agudas

	Tipos de Reação	Causa Principal
Imunológicas	Hemolítica <i>Dor torácica; Dor abdominal; Dor lombar; Náuseas e vômitos;</i> <i>Síndrome hemorrágico difuso: equimoses; petéquias; hemoglobinúria; icterícia³</i>	Incompatibilidade ABO
	Anafilática	Anticorpo do doente contra IgA do plasma do doador
	Febril não hemolítica <i>(> 38°C durante ou até 2 horas após o seu fim); arrepios e tremores</i>	Anticorpo do doente contra antígenos leucocitários do doador
	Urticariforme <i>Erupção cutânea; prurido</i>	Anticorpo do doente contra proteínas plasmáticas do doador
	TRALI (Transfusion Related Acute Lung Injury) <i>SDR acentuada, dispneia, com ou sem cianose, edema pulmonar bilateral com hipoxémia grave.</i> <i>FC alterada; Hipotensão</i> <i>Hipertensão (15% dos casos⁴).</i> <i>Febre ligeira.</i>	Anticorpos do doador contra leucócitos do doente
	Aloimunização com destruição plaquetária imediata	Anticorpos anti-HLA do doente ou contra antígenos plaquetários específicos devido a transfusões ou gravidezes anteriores.
Não imunológicas	Sobrecarga de volume	Volume excessivo em doentes com ICC
	Contaminação bacteriana	Contaminação do hemocomponente por bactérias
	Embolia gasosa	Infusão endovenosa de ar
	Hipotermia	Infusão rápida de hemocomponente frio
	Hipercalemia	Infusão rápida de várias unidades de sangue guardado
	Hipocalcemia	Transfusão maciça de sangue citratado

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança transfusional:		Aprovado em:
Administração de componentes sanguíneos		
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

Intervenções de Enfermagem perante uma reação transfusional imediata

- Interromper de imediato a transfusão, para limitar a quantidade de componente infundido.
- Manter o acesso venoso permeável, infundindo Cloreto de Sódio Isotónico.
- Avisar o médico (no BO deve chamar-se o Anestesista responsável pelo doente).
- Controlo e monitorização da temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória (cada 15 minutos, durante 1 hora) e a diurese (manter superior a 100 ml/hora).
- Verificar todos os registos, as etiquetas e identificação do produto transfundido e do doente, para determinar se este recebeu o componente previsto.
- Recolher uma amostra de urina do doente.
- Comunicar de imediato ao Serviço de Imunohemoterapia a suspeita de reação transfusional e seguir as suas instruções.
- Enviar ao Serviço de Serviço de Imunohemoterapia o componente ou saco de transfusão que causou a reação, o sistema e a folha de registo de controlo de transfusão juntamente com amostra de sangue.
- Após o estabelecimento da etiologia da reação, tomar as medidas específicas.
- Avaliar a permeabilidade das Vias Aéreas Superiores, e administrar oxigénio e terapêutica (anti-histamínicos; corticosteroides) prescritos pelo médico.
- Registrar, no processo clínico, em Notas de Enfermagem, o tipo de reação adversa, os parâmetros vitais avaliados e monitorizados, e as medidas tomadas.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
BLOCO OPERATÓRIO	
NORMA Nº XX – Segurança transfusional: Administração de componentes sanguíneos	Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisão em:
	Revisto por:

6. REGISTOS/RASTREABILIDADE

Existe um conjunto de registos inerentes a todos os atos transfusionais. Nesta lógica, o sistema de registo de dados garante, a cada momento, a continuidade da documentação de cada processo, desde o dador ao recetor, de forma a assegurar a rastreabilidade desde a 1ª etapa até à última.

No processo clínico do doente deve constar:

- consentimento informado da transfusão ou do ato cirúrgico que antevê o recurso a utilização de componentes sanguíneos (quando aplicável);
- os profissionais de saúde intervenientes, tanto na prescrição como na administração e possíveis problemas associados;
- cópia da requisição dos componentes sanguíneos;
- folha de controlo de transfusão e de reação transfusional, quando aplicável;

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL		
BLOCO OPERATÓRIO		
NORMA Nº XX – Segurança transfusional: Administração de componentes sanguíneos		Aprovado em:
Elaborado por: Ana Santos Pereira - Aluna do Mestrado EMC da Universidade Católica	Revisto por:	Revisão em:

7. BIBLIOGRAFIA

1. Azevedo Silva, F. (2011). *Manual de condutas em Hemoterapia*. 2ª edição, Editora Rubio. Rio de Janeiro. <http://issuu.com/editorarubio/docs/hemoterapiasegundaed>, a 11 outubro 2011.
2. Maia, S. (2009). Guia para a administração de componentes sanguíneos. IPS-CRSP. Porto, consultado em http://www.google.pt/#sclient=psy-ab&hl=pt-PT&source=hp&q=Guia%20para%20admintrs%C3%A7%C3%A3o%20de%20omponenetes%20sang&pbx=1&oq=&aq=&aqi=&aql=&qs_sm=&gs_upl=&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.o_sb&fp=a232a7f1f104a312&biw=1249&bih=573&pf=p&pdl=3000, a 18 outubro 2011.
3. Ludwig, L., Zilly, A. (2007). Reações Transfusionalis Ligadas ao Sistema ABO. *NewsLab*. Edição 84, consultado em http://scholar.google.pt/scholar?q=rea%C3%A7%C3%B5es+transfusionalis&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar, a 4 novembro 2011.
4. Oliveira, L., Cozac, A.P. (2003). Reações transfusionais: diagnóstico e tratamento. *Medicina, Ribeirão Preto*, 36: 431-438, Abr./Dez. consultado em http://scholar.google.pt/scholar?q=rea%C3%A7%C3%B5es+transfusionalis&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar a 4 novembro 2011.

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.