



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# A TOMADA DE DECISÃO AUTÓNOMA EM ENFERMAGEM

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

Por Ana Sofia Lopes Dias

Sob orientação de Filipa Veludo

LISBOA, maio de 2012

## RESUMO

O presente Relatório de Atividades descreve, analisa criticamente e reflete o percurso realizado ao nível do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de 2011/2012, no Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP). O plano curricular assenta na base de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, sendo estas descritas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. Para o desenvolvimento de competências realizei dois módulos no Serviço de Urgência (SU) e Comissão de Controlo de Infeção (CCI). O módulo de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) foi creditado pela minha experiência profissional nesta área de cinco anos à data de entrega do relatório.

A área transversal do meu percurso é a Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem e foi meu objetivo mobilizar esta área nos estágios realizados. A autonomia em Enfermagem considera-se fulcral para a profissionalização da Enfermagem, que se destaca das outras profissões da área da saúde, com um corpo de conhecimentos específico. Mas será que os enfermeiros contribuem para dar visibilidade às suas intervenções e de que forma demonstram os *outcomes* no processo saúde/doença do cliente à instituição e à sociedade?

Ao longo dos estágios foi possível mobilizar esta área transversal através de estudos de conformidade de registos de enfermagem e de auditorias às práticas, tendo presente a necessidade de sensibilizar os profissionais para darem visibilidade à sua prática, não só como precursor da sua identidade profissional, mas também como desenvolvimento para a excelência do cuidar.

No SU realizei um poster com o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV), formação sobre os cuidados de enfermagem ao cliente com Ventilação Não Invasiva (VNI) e sessões de sensibilização com os resultados do estudo de conformidade dos registos de enfermagem. Na CCI realizei uma auditoria à prática dos isolamentos por via de transmissão, um relatório com os dados estatísticos desta auditoria, um procedimento sobre a prevenção de ITU (infecção do tracto urinário) associada à inserção e manutenção de dispositivos urinários, sessões de formação sobre a Campanha da Lavagem das Mãos e realização de posters em todos os serviços da instituição com os resultados desta campanha.

No desenvolvimento do Relatório, descreve-se os objetivos traçados e concretizados, através de atividades que permitiram o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista.

**PALAVRAS – CHAVE:** Enfermagem; Enfermeira Especialista; Tomada de Decisão; Autonomia; IACS; Competências.

## **ABSTRACT**

This report describes activities, critically analyzes and reflects the route taken at the Masters in Nursing specialization in Medical-Surgical Nursing in 2011/2012, the Institute of Health Sciences - Catholic University of Portugal (UCP-ICS). The curriculum builds on basic skill development of specialist nurse, and these are described in the General Regulations of the Master of Nursing of a professional nature. For the development of skills performed two modules in the emergency department (ED) and Infection Control Committee (ICC). The module Intensive Care Unit (ICU) has been credited for my work experience in this area five years from the date of delivery of the report.

The cross-sectional area of my journey is Autonomous Decision Making in Nursing and my goal was to mobilize this area carried out in stages. Autonomy in Nursing is considered central to the professionalization of nursing, which stands out from other professions in the health area, with a specific body of knowledge. But is that nurses contribute to give visibility to their activities and demonstrate how the outcomes in the health / disease of the customer to the institution and society?

Throughout the stages it was possible to mobilize this cross-sectional area through studies of nursing records of compliance and auditing practices, bearing in mind the need to sensitize professionals to give visibility to your practice, not only as a precursor to their professional identity, but well as development for the excellence of care.

In the ED realized a poster with the algorithm of Advanced Life Support (ALS), training on nursing care to the client with Noninvasive Ventilation (NIV) and awareness sessions with the results of the compliance of registered nursing. In the CCI performed an audit of the practice of isolation by transmitting, a report with the statistics of this audit, a procedure for the prevention of UTI (urinary tract infection) associated with the insertion and maintenance of urinary devices, training sessions on Handwashing Campaign and holding posters in all the institution with the results of this campaign.

In developing this report, we describe the goals set and achieved through activities that allowed the development of skills as a nurse specialist.

**Key-words:** Nursing; Nurse Specialist; Decision Making; Autonomy; HCAI; Skills.

*“...enfermeiras e enfermeiros têm a possibilidade,  
mais do que outros, de ficarem na  
memória das pessoas”*

**Isabel Renaud**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, aos meus pais pelo amor incondicional e único.

À Cristina e à Tânia, por serem os pilares de todos os bons e maus momentos.

À Professora Filipa Veludo, pelo apoio e empenho constante.

Às Enfermeiras Orientadoras, pela dedicação e acreditarem que era possível fazer tudo o que pretendíamos.

À minha equipa da UCI por me permitirem crescer mesmo debaixo dos seus olhos.

E por fim, a mim... por nunca desistir!

## **LISTA DE SIGLAS**

AO – Assistentes Operacionais  
BO – Bloco Operatório  
CDC – Center of Disease Control  
CCI – Comissão de Controlo de Infeção  
DGS – Direcção Geral da Saúde  
ECDC – European Center for Disease and Prevention Control  
ECG - Electrocardiograma  
EPI – Equipamentos de proteção individual  
FC – Frequência Cardíaca  
HL – Hospital da Luz  
IACS – Infeção associada aos Cuidados de Saúde  
ICS-UCP - Instituto Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa  
INCS – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea  
MES – Microrganismos epidemiologicamente significativos  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infeção associada aos Cuidados de Saúde  
POPCI – Plano Operacional de Programa de Controlo de Infeção  
UCP – Universidade Católica Portuguesa  
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
SO – Sala de Observação  
SU – Serviço de Urgência  
TA – Tensão Arterial  
VE – Vigilância Epidemiológica  
VNI – Ventilação Não Invasiva  
VRE – Vancomycin-resistant Enterococcus  
WHO – World Health Organization

## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

ACEM - Australian College for Emergency Medicine  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
IDSA - Infectious Disease Society of America  
MRSA - Staphylococcus aureus metilina-resistente  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SARS - Síndrome respiratória aguda grave

## **LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS**

bpm – Batimentos por minuto

h.- hora

p. – página

SatO2 – Saturações periféricas de oxigênio

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

Sr.<sup>o</sup> - Senhor

# ÍNDICE

	p.
<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1. DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>15</b>
1.1. MÓDULO II – UCI – MÓDULO CREDITADO .....	15
1.2. MÓDULO I – SU .....	22
1.3. MÓDULO III – OPCIONAL - CCI .....	37
<b>2. CONCLUSÃO</b> .....	<b>51</b>
<b>3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>54</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>60</b>
APÊNDICE I - REFLEXÕES CRÍTICAS NO SU .....	61
APÊNDICE II – GUIÃO DE COMUNICAÇÃO .....	66
APÊNDICE III – GRELHA DE CONFORMIDADE REGISTOS DE ENF. ....	70
APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE AUDITORIA.....	75
APÊNDICE V – AUDITORIA À CONFORMIDADE DOS REGISTOS DE ENF. ....	79
APÊNDICE VI – PLANO DE SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO .....	92
APÊNDICE VII – APRESENTAÇÃO DE SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO.....	95
APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO .....	103
APÊNDICE IX – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO .....	105
APÊNDICE X – PLANO DE SESSÃO VNI .....	109
APÊNDICE XI – APRESENTAÇÃO SESSÃO VNI.....	112
APÊNDICE XII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO .....	123
APÊNDICE XIII – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO .....	125
APÊNDICE XIV – PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE URGÊNCIA.....	129
APÊNDICE XV – POSTER SAV .....	131
APÊNDICE XVI – PAPEL DO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA.....	133
APÊNDICE XVII – PLANO DE SESSÃO CAMPANHA HIGIENE DAS MÃOS .....	142
APÊNDICE XVIII – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO .....	145
APÊNDICE XIX – PLANO DE SESSÃO FORMAÇÃO ENFERMEIROS .....	150
APÊNDICE XX – PLANO DE SESSÃO FORMAÇÃO AO .....	155
APÊNDICE XXI – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO PARA ENF. E AO .....	160
APÊNDICE XXII – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO ENF. ....	169
APÊNDICE XXIII – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO AO.....	174
APÊNDICE XXIV – POSTER CAMPANHA HIGIENE DAS MÃOS .....	179
APÊNDICE XXV – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE ESTUDO .....	181

APÊNDICE XXVI – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EPI .....	185
APÊNDICE XXVII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO NÃO CONFORMIDADE .....	188
APÊNDICE XXVIII – PROJECTO PARA ESTUDO DE CONFORMIDADE .....	190
APÊNDICE XXIX – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À CCI .....	193
APÊNDICE XXX – ARTIGO PREVENÇÃO DE ITU .....	195
ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO ENF. E AO .....	204
ANEXO II – CERTIFICAÇÃO 3º CURSO DE ANTIBIOTERAPIA.....	207

## 0. INTRODUÇÃO

A elaboração do Relatório de Atividades pretende dar resposta à Unidade Curricular Relatório, incluída no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O relatório é um documento de grande importância pela informação atual, de consulta fácil e que pretende enunciar quais as atividades desenvolvidas, os dados recolhidos ao longo do estágio segundo uma metodologia, criando novos conhecimentos com base num projeto de estágio previamente elaborado (Azevedo, 2008).

O plano de estudo do Mestrado em Enfermagem contempla a realização de três módulos SU, UCI e um estágio opcional. A minha opção recaiu no estágio na CCI. No meu percurso, foram-me creditadas competências na área de Cuidados Intensivos, por trabalhar desde 2007 na UCI do HL.

Enquanto profissional perita na área de Cuidados Intensivos, foi meu objetivo a reconstrução de saberes e a procura de uma prática mais reflexiva e fundamentada. Exercer uma prática baseada na evidência na melhoria qualidade dos cuidados, e contribuir enquanto profissional para *outcomes* positivos na instituição, foram fatores determinantes no meu percurso no Mestrado em Enfermagem, caminhando para o autodesenvolvimento profissional e pessoal. No fundo, a articulação da formação entre a escola e os contextos da prática, em que a formação académica assume um papel promotor de reflexão (Amendoeira, 2004).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a especialidade em Enfermagem “envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (PORTUGAL, 2010, p.1739).

Profetto-Mcgrath et al (2010) refere que os enfermeiros especialistas têm de ser vistos como agentes promotores de mudança nos serviços. A prática baseada na evidência passou a ser uma meta desejada em todas as profissões de saúde, na medida em que a integração dos resultados da investigação mais atual, conduz à otimização de *outcomes* nos cuidados aos clientes.

Existem barreiras para a integração da evidência na praxis, nomeadamente, o tempo, as características pessoais do enfermeiro, a falta de confiança nas suas capacidades, limitação de recursos e suporte inadequado da instituição. Uma estratégia facilitadora é a presença de um agente que influencie positivamente a equipa para a inovação e tomada de decisão sustentada. Os enfermeiros especialistas estão na sua posição ideal para realizarem este papel pois estão munidos das competências apropriadas e preparados para transmitir os resultados da

investigação para promover o cuidado ao cliente com excelência (Profetto-Macgrath et al, 2010)

Dada a importância do desenvolvimento das competências de acordo com o plano de estudo da UCP torna-se premente, o delinear de objetivos e atividades que permitam o desenvolvimento das competências pretendidas. Ambiciono, com este relatório, demonstrar as várias experiências nos respetivos campos de estágio, contribuindo para a minha evolução enquanto enfermeira especialista e enquanto pessoa.

A área de especialidade que abracei, direcionada para a assistência à pessoa crítica é um marco importante na minha evolução profissional, pois trabalho numa UCI e após a conclusão desta jornada, espero contribuir de forma especializada com conhecimentos e competências adquiridas no Mestrado em Enfermagem para melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem e que a equipa multidisciplinar da UCI presta no quotidiano.

A Enfermagem visa promover o bem-estar do cliente/família. Orem refere que o cliente/família pode gerir os cuidados a si próprio sendo o enfermeiro um profissional que ajuda nesta gestão, proporcionando-lhes um ambiente para o desenvolvimento pessoal. O ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, bastando ao enfermeiro, tendo em conta os 5 métodos de ajuda ao cliente/família, agir, apoiar, ensinar e guiar, proporcionando um ambiente que promove o desenvolvimento, tornando-se o cliente e a família capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais (Aligood, Tomey, 2004). Meleis visa o cuidar de clientes/família, que experimentam transições, e como profissional, antecipa essas mesmas transições ou completa o ato da transição. A transição implica uma mudança no estado de saúde do cliente/família, nas relações, nas expectativas e competências. O enfermeiro apoia o cliente na passagem pela transição, principalmente as associadas aos problemas de saúde (patologias agudas e crónicas) e a abordagem ao cliente que necessita de se adaptar a um novo ambiente (Meleis, 2005). Como enfermeira especialista, apoiei-me nestas duas teorias para fundamentar os cuidados de enfermagem prestados ao longo dos estágios e minha atividade profissional.

A visibilidade da profissão de Enfermagem, o seu papel social e a criação de uma identidade pessoal enquanto profissão autónoma, com corpo de conhecimento próprios, distinto e ao mesmo tempo, interdependente de outras profissões de saúde, são áreas com que me debruço enquanto enfermeira, sendo premente a escolha desta área transversal para o meu percurso.

Com as alterações sócio-económicas que vivemos atualmente, é cada vez mais importante a visibilidade da profissão pela necessidade do estudo da contribuição resultante do empenhamento dos profissionais em comportamentos e ações positivas na sua produtividade, principalmente aos olhos da gestão. É necessário demonstrar a contribuição da enfermagem no bem-estar de cliente/família (Araújo, 2008).

A tomada de decisão autónoma do enfermeiro é uma área que se desenvolveu ao longo dos tempos, assim como a própria profissão. Como se encontra nos postulados de Florence Nightingale, o conhecimento do enfermeiro não passa de geração a geração e que não só as

competências técnicas permitem que o cliente sobreviva, mas sim um saber mais abrangente. O controlo das condições ambientais, é da responsabilidade da Enfermagem e permite um processo reparador da doença (Couto, Ferraz, 2005).

O enquadramento legal nacional referente à Enfermagem foi um marco importante na definição e aplicação de responsabilidade jurídica perante as intervenções prestadas pelo enfermeiro. A criação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) procurou a definição da profissão, criando responsabilidade jurídica perante os direitos e deveres dos enfermeiros. No Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) onde se insere o Código Deontológico da profissão veio definir e atestar a importância e dever do enfermeiro responsabilizar-se pela sua tomada de decisão assim como pelas suas intervenções, sempre como objetivo proteger e defender o cliente/família (Portugal, 2009).

As intervenções do enfermeiro são de dois tipos, autónomas e interdependentes (OE, 2009). A diferença entre ambas está no prescritor, de quem tem a iniciativa para a intervenção. E com isto não significa que as interdependentes não sejam importantes, na medida em que o enfermeiro tem o dever de corresponsabilizar-se, trabalhando em articulação com os outros profissionais da equipa multidisciplinar, sendo o fim único o bem-estar do cliente. A autonomia deve estar presente na tomada de decisão, como profissionais com deveres legais e profissionais perante os clientes (Nunes, 2006).

Banning (2007) define tomada de decisão como um processo que os enfermeiros realizam diariamente quando tiram considerações acerca dos cuidados prestados, fazendo a gestão das dificuldades sentidas.

Os modelos de tomada de decisão em enfermagem desenvolveram-se lado a lado com a evolução da profissão e dos paradigmas: da categorização à transformação. Vários autores falam da tomada de decisão, podendo-se agrupar todas as teorias existentes em três modelos, ou linhas de pensamento, como refere Banning (2007).

Este autor faz referência a três modelos distintos à tomada de decisão: o modelo de processamento de informação, o modelo intuitivo-humanista e o modelo de tomada de decisão de O'Neill.

O modelo de processamento de informação é o um modelo essencialmente biomédico, hipotético-dedutivo, em que o enfermeiro toma a decisão após várias etapas: o reconhecimento da situação, geração de hipóteses, interpretação e avaliação das hipóteses geradas. Neste modelo, ter um conhecimento profundo da história do cliente é fundamental, sendo um processo completamente racional e dedutivo. As limitações deste modelo é que nem sempre é possível ter um conhecimento profundo do cliente, como em situações de urgência e não têm em conta a experiência do enfermeiro.

O modelo intuitivo-humanista tem como foco a intuição e a sua relação com a experiência do enfermeiro, os conhecimentos ganhos através dessa experiência e de que forma enriquece as decisões tomadas pelos enfermeiros ao longo da sua prática. É um modelo que aceita o modelo científico – o processo de enfermagem, mas também considera que as decisões têm por base a intuição dos profissionais. Uma das precursoras deste modelo é Benner que refere

enfermeiros iniciados necessitam de procedimentos e *guidelines* para tomar decisões mas à medida que ganham experiência e chegam a peritos, as decisões têm por base a intuição.

O modelo de tomada de decisão de O'Neill incorpora as conclusões dos dois modelos anteriores. Apresenta uma componente racional, em que o enfermeiro deve investigar, quando possível, a história do cliente, antecipando e controlando possíveis riscos, providenciar os cuidados de enfermagem e gerar hipóteses sobre qualquer modificação ou alteração do estado do cliente, seguido da respetiva intervenção. O conhecimento profundo do cliente funciona como forma de prevenir potenciais riscos. No entanto, e ao longo da experiência o enfermeiro vai ganhando uma certa sensibilidade para compreender qual a probabilidade do cliente deteriorar o seu estado de saúde, baseado na sua intuição. Desta forma, este modelo consegue cumprir o melhor dos anteriores modelos, sendo também o mais recente (Banning, 2007).

Tendo em conta, o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, tracei objetivos para os dois estágios a realizar. A escolha, para colocar em prática os objetivos pretendidos, foi o Hospital da Luz (HL) para o estágio de CCI, sendo esta a instituição onde exerço a minha atividade profissional em UCI. Relativamente ao SU, não será revelado a instituição por questões de confidencialidade e autorização de publicação de resultados de investigação no presente relatório. Desta forma, a descrição física do SU será sumária com o objetivo de manter o anonimato da instituição.

O HL é uma unidade hospitalar do Grupo Espírito Santo Saúde, sendo o maior e mais moderno hospital privado. Tem como objetivo diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura, através da prática de uma medicina de excelência e inovação. “O objetivo do Hospital da Luz é cumprir o seu nome e fazer luz na vida de quem o procura.” (in [www.hospitaldaluz.pt](http://www.hospitaldaluz.pt))

Foram vários os motivos que levaram à minha escolha, sendo que o primeiro a considerar foi a necessidade e gosto em conhecer a organização e funcionamento da CCI de uma instituição privada. O serviço em questão é escolhido como local de estágio por muitos alunos da UCP, nomeadamente do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo esta uma mais-valia importante no desenvolvimento do estágio. A CCI conta a presença de uma enfermeira especialista na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo uma mais-valia no acompanhamento dos estágios de especialidade.

Como enfermeira da instituição, faço parte da cultura organizacional o que permite uma identificação com a missão e valores do hospital. A cultura organizacional de uma instituição compreende um padrão de crenças e valores, fazendo com os seus membros sintam uma maior identificação com a instituição, permitindo uma noção de grupo e melhor adaptação. No entanto, dentro da mesma instituição podem existir vários climas organizacionais, determinados principalmente pelos contextos dos serviços, mas principalmente, pelos recursos humanos (Estrada et al, 2009). A razão para a escolha do local de estágio na minha instituição permitiu-me não só uma integração interna facilitada mas também, o conhecimento de climas

organizacionais diferentes permitindo da mesma forma, um desenvolvimento profissional reflexivo.

O HL é uma instituição recente, aberta ao público desde 2007, que neste momento se encontra em processo de acreditação pela Joint Commission estando esta prevista para 2013. Os profissionais de saúde encontram-se a trabalhar em projetos para que esta acreditação seja uma realidade. A Joint Commission é uma organização internacional que tem como missão “a melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional.” (in [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)) O hospital é uma instituição que se encontra muito receptiva a novos projetos, com grande vontade de atualização e mudança, e foi esta, mais uma das razões que me levaram a escolher o HL.

O presente relatório foi realizado com base nas normas e orientações do livro Metodologia Científica de Carlos Azevedo e Ana de Azevedo (2008). O relatório apresenta os seguintes objetivos:

- Fundamentar a área problemática;
- Explicitar os objetivos atingidos ao longo dos dois módulos;
- Demonstrar as competências desenvolvidas nos dois módulos;
- Demonstrar as competências ao nível do estágio creditado.

A metodologia utilizada na sua construção foi descritiva e analítica. Foi indispensável a pesquisa bibliográfica, não só ao nível das grandes obras, mas essencialmente de artigos científicos recentes, que contribuíram para a intensa reflexão da prática e análise crítica da minha prestação.

No desenvolvimento apresentam-se os módulos de estágio com a operacionalização dos objetivos definidos anteriormente no projeto de estágio. Descrevem-se as atividades desenvolvidas e reflexão para o desenvolvimento de competências de enfermagem especialista de acordo com o regulamento geral do Mestrado em Enfermagem Profissional da UCP. Opta-se por iniciar o desenvolvimento pela análise de competências creditadas pela UCP no módulo II, como forma de dar a conhecer ao leitor o meu percurso / desenvolvimento de competências profissionais. Segue-se os dois estágios realizados por ordem cronológica de realização. Na conclusão, encontra-se considerações finais do relatório, com a resposta aos objetivos traçados, as dificuldades sentidas e a forma como foram ultrapassadas. Por fim, encontram-se os apêndices e anexos que demonstram e suportam o trabalho desenvolvido e concretizado ao longo dos estágios.

## 1. DESENVOLVIMENTO

### 1.1. MÓDULO II – UCI – MÓDULO CREDITADO

O capítulo apresenta as competências desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional. Não realizei o estágio com base nas competências creditadas pela UCP, tendo em conta a minha prática na UCI do HL desde 2007.

As UCI são consideradas locais de tratamento de patologias graves, instrumentalizadas com tecnologia de ponta, em que o prognóstico do cliente é quase sempre reservado, e para a família, significado de más notícias e de sofrimento. A pessoa crítica é definida pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) como aquela em que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (SPCI, 2008, p.9). A experiência vivida pelo cliente é muitas vezes, de sofrimento e medo da morte, associados à incapacidade de orientação temporal, de localizar a família e dificuldade em comunicar. Relativamente ao ambiente, refere-se a quantidade de equipamentos perto do cliente e o ruído inerente ao funcionamento dos mesmos como fonte de stress. A família refere todos estes sentimentos e experiências. Mas também são apontados sentimentos positivos como a prestação dos enfermeiros, a amabilidade, empatia e a segurança na prestação dos cuidados (Castro et al, 2011).

Da equipa de enfermagem de UCI é esperado o domínio do mundo tecnológico, dos meios avançados de suporte de vida, a mobilização dos conhecimentos inerentes às diversas patologias e áreas de especialidade recebidas pelo serviço, mas também uma componente comunicacional, humana e holística inquestionável face às necessidades do cliente/famílias apresentadas anteriormente. Diariamente, eu experimento uma dualidade de sentimentos aquando da minha prática: de prazer e sofrimento. Um dos fatores que determinam momentos de realização pessoal é a liberdade de expressão que permite uma prática individual e em equipa satisfatória. No entanto, existem momentos de exaustão emocional face às situações que se vivem, com sentimentos de insatisfação com a prática de enfermagem (Shimizu et al, 2011).

Muitas destas situações de exaustão emocional estão relacionadas com as situações de fim de vida na UCI, geradoras de stress para os profissionais e com que me deparo muitas vezes na minha atividade profissional. O conceito de burnout dos profissionais inclui esta exaustão emocional, assim como uma despersonalização e baixa realização pessoal. As estratégias que

a minha equipa encontra para lidar com estas situações tão difíceis são as reuniões que ocorrem de forma informal nas passagens de turno, discutindo qual a melhor forma de cuidar daquele cliente/família, o que significa que o profissional sente que toda a equipa se preocupa e angustia com a situação, assim como a partilha e o companheirismo entre todos os elementos (Barbosa, Neto, 2010).

Desenvolvo a minha atividade na UCI do HL, desde 2007. É uma UCI com clientes do foro médico e cirúrgico. As áreas de especialidades cirúrgicas são vastas desde Cirurgia Cardio-Torácica, Vascular, Geral, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Plástica, Ortopédica, Urológica, entre outras. É composta por oito camas, todas elas em quarto individual, munidos de monitorização contínua, ventilador mecânico invasivo e aparelhos de infusão e perfusão contínua. Existem dois quartos com possibilidade de realização de técnicas dialíticas e um dos quartos está preparado para isolamento, com a respetiva adufa.

A UCI apresenta condições raras para os clientes e família, com a possibilidade de luz natural em todo o serviço com uma claraboia existente no centro da unidade.

Ao nível da prestação de cuidados de enfermagem, o serviço conta com 5 equipas de enfermagem, composta no total por 11 enfermeiros de contrato a tempo indeterminado e 20 enfermeiros de contrato prestação de serviços. A existência de uma percentagem tão elevada de enfermeiros a tempo parcial imprime na equipa uma grande rotatividade de profissionais.

O método de trabalho é o método de trabalho individual, em que todos os cuidados prestados aquele cliente é da responsabilidade apenas de um enfermeiro (Costa, 2004). O rácio do serviço é um enfermeiro para dois clientes/família.

É uma equipa que se interajuda nos cuidados de enfermagem, onde as passagens de turno são momentos informais de discussão sobre o cuidar dos clientes/famílias. A equipa de enfermagem trabalha em sintonia com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, sendo a sua opinião respeitada no seio da restante equipa. A importância do trabalho em equipa na UCI é fundamental, pois promover uma comunicação eficaz promove a qualidade dos cuidados ao cliente/família, aumenta os *outcomes* e incrementa a segurança do cliente (Rose, 2011).

Na prestação de cuidados de enfermagem, é um serviço que permite o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, sendo um serviço que recebe anualmente vários alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem e do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A equipa apresenta um enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica e um enfermeiro especialista em Reabilitação. O desenvolvimento de competências determina a capacidade de integrar os vários saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais, inserida num contexto próprio numa perspetiva ecológica, baseada na ação, na interação e sobretudo, na reflexão contínua (Alarcão, Rua, 2005).

Ao longo dos anos, o pensamento e uma prática reflexiva ajudaram-me a encontrar uma identidade profissional própria, num caminho para o desenvolvimento. Os momentos de supervisão clínica como supervisada, na integração inicial ao serviço, e posteriormente, nos momentos de discussão em equipa, subsidiaram a minha prestação com a aquisição de competências técnicas, comunicacionais, educacionais e humanas.

O apoio e acompanhamento dos clientes e suas famílias são fundamentais na prestação de cuidados. A UCI apresenta um horário de visitas alargado, das 11h00 às 21h00, o que permite um contacto com os familiares bastante importante. Posso acompanhar a família nos seus momentos de dor e sofrimento, dissipar as incertezas, dar esperança e conforto, assim como, por vezes, preparar para um desfecho triste e penoso. A comunicação com o cliente ventilado é outra das áreas que desenvolvi, em que é possível ajudar a família na compreensão do cliente e integrá-la nos cuidados. Nesta área, recordo clientes que chegam do BO, com cirurgias complexas, ainda ventilados e as famílias precisam de um apoio enorme nesta fase, em que é um choque a visualização do seu ente querido, com uma imagem corporal alterada, devido ao tubo endotraqueal, os edemas generalizados, com todos os equipamentos em redor. Como profissional de saúde, sei que é apenas uma questão de horas, e o cliente vai acordar da sedação, em que o desmame ventilatório se prevê sem complicações. Mas não posso subestimar o sofrimento e a ansiedade daquela família, que vai para a sua casa com medo do dia seguinte, do que poderão encontrar. Acompanho sempre a família até ao quarto, explico como vão encontrar o cliente, o que esperar, diminuindo a ansiedade e fico com a família no primeiro impacto. Dou também o cartão com o contacto telefónico e um guia de acolhimento aos familiares na sua primeira visita à UCI. Penso que tanto eu como toda a equipa cumpre o seu dever como responsável pela humanização dos cuidados, respeitando o cliente e família na sua totalidade (Portugal, 2009).

A UCI apresenta dois instrumentos de comunicação com o cliente ventilado, realizados por enfermeiros em estágio na área de especialização em Médico-Cirúrgica e que auxiliam os profissionais e família nesta comunicação. A experiência com a utilização deste instrumento tem sido muito gratificante na prática, recordando uma senhora que se encontrava traqueostomizada que utilizava estes instrumentos para comunicar com a família e com a equipa, e sentiu um suporte tão grande naquela forma de comunicação, que mesmo depois da cliente ter sido transferida para o quarto não quis deixar o instrumento e levou-o consigo para o quarto. Pude comprovar e sentir a importância do que é ajudar as pessoas nas suas limitações e na importância para a sua qualidade de vida, e na segurança que dá à pessoa e aos familiares. Ao longo da experiência profissional penso demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação com o cliente/família, e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças (UCP, 2010).

Ao nível técnico, os cuidados de enfermagem que presto de maior complexidade são ao nível dos cuidados ao cliente com ventilação mecânica invasiva/não invasiva; técnicas de substituição renal contínuas e descontínuas, e colaboração em técnicas tais como: entubação endotraqueal, traqueostomia, broncofibroscopia, toracocentese, colocação de drenos torácicos e pleurais, colocação de cateteres venosos centrais e de hemodiálise, linhas arteriais, endoscopia, avaliação de pressão intra abdominal, colonoscopia, entre outros. Ao longo da minha experiência foi necessária a aquisição de conhecimentos aprofundados nestas áreas de cuidados e desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente (UCP,

2010), assim como as muitas formações extra hospitalares que realizei para dar resposta à mobilização de conhecimentos que me é pedida na UCI.

O transporte do cliente em situação crítica é outra área da minha prática, que desenvolvi. Segundo a SPCI, o transporte do doente envolve alguns riscos e que o risco/benefício deve ser medido pela equipa. No entanto, os benefícios de um exame auxiliar ao nível do diagnóstico e tratamento pode ser crucial para o cliente. Para que o transporte decorra com o mínimo de risco para o cliente, a SPCI apresenta uma guideline de atuação que permite os profissionais e os serviços apresentarem os materiais e requisitos mínimos para um transporte sem intercorrências (SPCI, 2008). Habitualmente, o transporte do cliente na UCI é para a realização de exames auxiliares de diagnóstico (Tomografia computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética) ou ida ao BO, pois os restantes exames são todos realizados no serviço. Esta experiência de transporte do cliente em situação crítica é uma constante na minha prática, já tendo efetuado inúmeros transportes. E as principais competências é gestão de situações imprevistas, em que o planeamento rigoroso é essencial, prevenindo as complicações e compreender que a atuação tem de ser feita com menos recursos, pois estamos fora do ambiente da UCI.

A formação realizada em Suporte Básico de Vida e Avançado de Vida são duas formações essenciais a quem trabalha em UCI, pois a colaboração nas manobras de reanimação cardio pulmonar são frequentes neste ambiente. Realizei no início da minha atividade profissional o curso de Suporte Básico de Vida, proporcionado pela instituição e frequentei o SAV para treinar e desenvolver mais competências a este nível, sendo que o Avançado de Vida já se encontrava atualizado com as novas *guidelines* de 2010 da European Resuscitation Council. Aqui mais para além da competência técnica, a necessidade de atualização constante, com uma prática baseada na evidência, em virtude da qualidade dos cuidados, incorporando na prática resultados da investigação válidos e relevantes, demonstrando a capacidade de reagir em situações imprevistas e complexas, tomando decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas (UCP, 2010).

As situações imprevistas e complexas em UCI são muito frequentes na minha prática. Os cuidados intensivos são locais onde sou obrigada a tomar decisões, dificultadas por diversos fatores tais como a grande instabilidade do cliente e pelo pouco tempo de ação, pois as mudanças são rápidas. Existe uma necessidade premente de agir precoce e eficazmente num local onde as situações de doença são difíceis.

Ramezani-Badr et al (2009) refere que os enfermeiros que trabalham em UCI apresentam várias estratégias para a tomada de decisão: as estratégias de raciocínio e estratégias baseadas em critérios.

Nas estratégias de raciocínio podemos encontrar a intuição, o reconhecimento de situações similares, atuando de acordo com as suas experiências anteriores e o teste de hipóteses, em que o enfermeiro tenta compreender melhor a situação e vai testando hipótese de forma a reduzir o seu campo de intervenções possíveis.

As estratégias de tomada de decisão baseada em critérios nomeadamente o equilíbrio entre o benefício/risco para o cliente das hipóteses encontradas, por necessidades organizacionais, como por exemplo, apesar do enfermeiro saber o que é melhor para o cliente, não realiza se for uma intervenção médica e não de enfermagem, pois reconhecem a importância das suas intervenções autónomas e alertam o médico para tomar a decisão. Por fim, os enfermeiros referem que em diversas situações, é fundamental complementar a prática com a teoria, com novas referências na área dos cuidados intensivos. Referem também que para além da procura de evidência ser uma prática comum em cuidados intensivos, que a partilha de informação com médicos e com os outros elementos da equipa multidisciplinar é essencial para uma tomada de decisão eficaz (Ramezani-Badr et al, 2009).

Na minha prática de cuidados, reconheço as estratégias referidas neste estudo. Em UCI, a importância da equipa multidisciplinar é fundamental, e a procura de evidência é uma constante. Penso que para tomar uma decisão consciente, fundamentada e responsável, devo assegurar a aquisição de conhecimentos, mobilizá-los e aprender a detetar precocemente a instabilidade do cliente, quando possível. E para isso a experiência é também um fator essencial.

A elaboração dos registos de enfermagem é realizada ao nível dos sistemas de informação do HL, segundo os focos de atenção da CIPE. O facto de serem registos informatizados, com uma linguagem que é uniformizada para todos os profissionais facilita no processo de registo e de continuidade de cuidados. Realizo notas de turnos e prescrição de intervenções autónomas de enfermagem para o cliente/família num sumário de enfermagem. Em todos os turnos, preencho o sumário de enfermagem com as intervenções que realizei, e atualizo as prescrições caso seja necessária. A forma de registar na UCI penso ser uma mais-valia na realização de investigação no serviço, pois é possível quantificar as intervenções realizadas, segundo os focos de atenção da CIPE. Uma das questões que gostaria de melhorar no meu serviço será a realização de mais estudos de investigação aos registos, sensibilizando assim os profissionais para a sua prática e para a necessidade de dar visibilidade às nossas intervenções autónomas.

A transmissão oral e escrita de ocorrências pode ser uma atividade complexa em UCI, pela vasta informação que é necessário sistematizar para que a continuidade seja assegurada.

Na gestão de cuidados de enfermagem, exerço cuidados ao nível da liderança de equipas, gestão e supervisão de cuidados em alguns turnos. Sendo uma atividade que exerço recentemente, encontro-me no papel de chefe de equipa no turno, colaboro com a distribuição da equipa pelos clientes da UCI, oriento e coordeno a equipa de enfermagem e assistentes operacionais na prestação de cuidados, apoio à equipa na prestação de cuidados sendo que fico também responsável por, no máximo, dois clientes. Como chefe de equipa sou responsável em encontrar alternativas para situações imprevistas assumindo total responsabilidade pelas decisões tomadas.

Colaboro na integração de novos profissionais na UCI, promovendo a qualidade dos cuidados prestados com supervisão clínica adequada, facilitadora de aquisição de competências.

A transmissão de ocorrências referentes a todos os clientes da UCI, ao enfermeiro chefe do serviço é também uma das funções do chefe de equipa, em que é necessário sistematizar e sintetizar a informação mais pertinente, quer em relação aos clientes, quer aos aspetos funcionais do serviço.

Na ausência do enfermeiro chefe, sou responsável por providenciar e gerir os recursos materiais, consumo clínico, farmacológico e cirúrgico, nomeadamente, nos turnos da tarde e da noite.

Ao nível da gestão para além das competências desenvolvidas já referidas, penso zelar pela qualidade dos cuidados prestados e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (UCP, 2010).

“A formação é um elemento determinante da qualidade, sendo a sua função essencial a abertura dos profissionais com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e portadora de sentido” (Hesbeen, 2001,p.67).

Realizo formação em serviço e formação extra hospitalar, desde a minha entrada para a UCI. As ações de formação que já realizei estão diretamente relacionadas com os cuidados de enfermagem ao cliente em situação crítica nomeadamente com balão intra-aórtico e com VNI. Realizei em 2008, em parceria com uma enfermeira e um médico intensivista da UCI, o protocolo de abordagem ao cliente com VNI em Insuficiência Respiratória Aguda. Este protocolo foi apresentado e aprovado pela equipa médica e enfermagem da UCI, assim como a equipa médica da Medicina Interna do HL. Foi apresentado em duas sessões de formação no auditório do HL, em 2008.

Participo também na orientação de alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na UCP, área que me realiza pois considero os momentos de orientação de alunos, de profunda reflexão da minha prática e da minha equipa, enquanto desenvolvo competências ao nível da supervisão clínica.

Através da reflexão da prática e da experiência em formação, penso ter desenvolvido a capacidade de formular/analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; produzir um discurso pessoal fundamentado, demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação válidos e relevantes e incorporar na prática os resultados da investigação em serviço, promovendo a formação em serviço (UCP, 2010).

Considero que a reflexão da minha prática na UCI é, já por si, uma mais-valia para a melhoria dos cuidados que presto e da forma como posso motivar a equipa a atingirmos cada vez mais, cuidados de enfermagem de excelência. Penso agir como agente de mudança na equipa, proporcionando discussões no tempo da passagem de turno, acerca de questões da

prática, incluindo resultados de investigação atuais, de forma a fundamentar e melhorar a nossa atuação. A realização de mais estudos de investigação através dos nossos registos e das prescrições das intervenções autónomas, é um objetivo como enfermeira na UCI como forma de demonstrar o nosso trabalho e sensibilizar para áreas que podemos desenvolver.

## 1.2 MÓDULO I – SU

Neste capítulo, são apresentados os objetivos traçados para o estágio de SU, que decorreu de 27-04-2011 a 24-06-2011. Para além dos objetivos traçados, são relatadas as atividades e experiências no SU, tendo em conta o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista. Realiza-se uma breve apresentação do serviço, da sua dinâmica e circuito do cliente/família, posteriormente os objetivos e competências desenvolvidas.

Nos cuidados de enfermagem em serviço de Urgência, a única constante no quotidiano dos enfermeiros é a mudança, normalmente rápida e inesperada (Sheehy's, 2001). Sendo um serviço tão exigente à equipa multidisciplinar, torna-se fundamental a realização de estágio ao nível do Mestrado em Enfermagem, para o desenvolvimento de competências especializadas em SU. A instituição onde se realizou o estágio não será referida, não se apresentando a descrição física do serviço para manter o anonimato como já referido anteriormente.

O SU é composto pela Sala de Observação, a Sala de Triagem, Sala de Tratamentos, Sala de Reanimação, salas distintas para adulto e pediátrico.

A equipa de enfermagem é composta por 43 enfermeiros, apresentando-se 3 em licença de maternidade, 13 em Contrato Individual de Trabalho, 27 em regime de prestação de serviços e 14 AO. A equipa de enfermagem apresenta-se dividida em 6 equipas, cada uma delas apresenta um chefe de equipa, perito em SU. Em relação aos diferentes turnos, no turno da manhã, encontram-se cerca de cinco a seis enfermeiros pelas várias valências, no turno da tarde cinco a seis enfermeiros e na noite quatro a cinco enfermeiros. O método de trabalho utilizado na Sala de Tratamentos prende-se com cuidados de enfermagem funcionais, baseados essencialmente em ações interdependentes, puramente técnicas, simples e de rápida execução. Na Sala de Reanimação encontra-se um método de trabalho por equipa e no SO é o método de trabalho individual pois o enfermeiro é responsável pelos clientes/família que se encontrem no SO, podendo ir até seis no máximo. O enfermeiro é responsável por todos os cuidados prestados aquele número de clientes/família (Costa, 2004). O chefe de equipa fica no SO por ser o local onde existem cuidados de enfermagem de maior vigilância, assim como na Sala de Reanimação.

A supervisão realizada pelos Chefes de Equipa à equipa que se encontra no turno, é dificultada pela divisão dos enfermeiros pelas várias valências, sendo que o chefe de equipa encontra-se quase sempre no SO. Desta forma, e sendo o único enfermeiro que fica nesta sala, por vezes, torna-se difícil supervisionar e apoiar os restantes membros da equipa.

**Objetivo 1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente e sua família de médio a alto risco, em contexto de SU.**

A prestação de cuidados de enfermagem foi muito enriquecedora e penso ter desenvolvido as competências a que me propus no meu projeto de estágio, como futura enfermeira especialista.

Foi possível realizar pesquisa bibliográfica orientada para o cliente e sua família em SU, nomeadamente na área da VNI em que pesquisei artigos científicos recentes (2009/2010) para trabalhar uma das atividades que realizei no terceiro objetivo onde falarei mais adiante.

Procedi à consulta das políticas e procedimentos do serviço que são no total onze, e são referentes aos seguintes temas: o circuito do cliente; oxigenoterapia; administração e compatibilidades farmacológicas; manutenção dos ventiladores da sala de reanimação; administração de carvão ativado; enema de limpeza; lavagem gástrica; avaliação da glicemia capilar; reanimação cardiorrespiratória; atuação na convulsão; cuidados de enfermagem ao cliente com drenagens torácicas.

Todos os procedimentos foram extremamente válidos para a minha integração no serviço e para a prestação de cuidados de enfermagem, sendo que aquele que mais me ajudou numa fase inicial foi o circuito do cliente, pois deu-me uma ideia global do percurso do cliente no serviço de acordo com o grau de gravidade da situação de saúde e das valências do próprio serviço.

Foi possível observar e colaborar nos cuidados de enfermagem prestados ao nível da Triagem tendo sido uma mais-valia para mim enquanto enfermeira. No SU é utilizado um sistema de triagem próprio, que difere em estrutura da Escala de Manchester mas tem o mesmo objetivo de avaliação do grau de gravidade do cliente.

A experiência na Triagem foi completamente nova na medida que é uma função muito específica do SU e que nunca vivenciei. A triagem é um processo que determina a gravidade da patologia e situação de doença dos clientes que dão entrada no SU, para que o cliente receba os cuidados adequados à sua situação. São vários os fatores que interferem que uma triagem eficiente, nomeadamente, ter um espaço próprio, ser posto em prática por um enfermeiro experiente, com sistema de informação e de comunicação adequados, com ligação à área de prestação cuidados direta e com apoio da restante equipa multidisciplinar (Sheehy's, 2001)

É um local de muita responsabilidade para o enfermeiro (não descurando todos os outros postos no serviço), mas considero ser mais do que na realidade observamos.

A perícia necessária a um enfermeiro para assumir a responsabilidade de “categorizar” o cliente em relação ao risco, é muito mais do que a aplicação do instrumento. A experiência e a intuição que Benner fala relativamente aos cuidados de enfermagem do enfermeiro perito são visíveis nesta situação em que o enfermeiro consegue perceber alterações fisiológicas subtis; pode reconhecer sinais de choque antes mesmo das alterações nos sinais vitais, resultado de

muitas experiências em situações semelhantes (Benner, 2001). Assim, entende-se que seja um dos locais que o enfermeiro, que esteja a ser integrado no SU atua mais tardiamente. Apesar de Benner (2001) referir que, pelo menos, é necessário cinco anos de experiência para perita, isso não se verifica no serviço. No SU, por vezes, esta integração poderá ser de menos tempo, principalmente pela elevada rotatividade dos profissionais de enfermagem. No entanto, ao refletir criticamente sobre a experiência na sala de Triagem, o enfermeiro que se encontra na Triagem tem sempre alguma experiência anterior noutros serviços ou mesmo em outro SU, apesar da integração neste serviço ser bastante reduzida, 2 a 3 meses. Assim, o enfermeiro consegue integrar alguma experiência anterior na resolução de situações inesperadas. Pois também não podemos afirmar que os enfermeiros peritos não recorram a instrumentos analíticos para resolver questões, como é a aplicação de escalas de Triagem. Numa situação prática, um cliente que apresenta um nível de urgência baixa na escala de Triagem, apesar de no momento não apresentar sinais vitais instáveis, assisti por diversas vezes o enfermeiro da Triagem falar com o enfermeiro que se encontra na Sala de Tratamentos ou no SO, informando de que aquele cliente pode vir a deteriorar a sua situação clínica, e é preciso mais vigilância do que seria de esperar. Eu própria, muitas vezes, concordei com essa análise devido à minha experiência como perita em UCI. Refletindo criticamente sobre a experiência curta na triagem compreendo que a minha experiência profissional e as competências adquiridas em UCI, ajudam na compreensão não só da importância e da responsabilidade necessária para quem se apresenta nesta função, mas também, como as competências comunicacionais e o conhecimento dos sinais menos evidentes, que não se encontram na escala de Triagem, mas que permitem que a intuição profissional atue. A gestão dos conhecimentos adquiridos anteriormente pela experiência e pela formação académica esteve presente nesta etapa do estágio, assim como a capacidade de pensamento crítico foram competências desenvolvidas nesta experiência (UCP, 2010).

Na Sala de Tratamentos, fiz uma breve passagem, apenas para compreender o circuito do cliente e penso que é um local onde o enfermeiro presta cuidados de enfermagem funcionais em que as intervenções são bastantes restritas como puncionar acesso venoso periférico, administrar terapêutica, realização de pensos, colheitas de sangue para análise e receção de colheitas de urina para análise. É um local de tratamentos que se torna bastante rotineiro, as intervenções de enfermagem são quase na totalidade interdependentes e técnicas. Penso ser um local em que o enfermeiro poderia atuar ao nível da comunicação com o cliente/família, pois muitos clientes, para além dos cuidados técnicos, necessitam por vezes de esclarecimentos acerca da sua situação de saúde e/ ou familiar. O ritmo alucinante que se vive nesta sala, não permite que estas situações ocorram com muita frequência, a não ser em turno com menor afluência. Na minha curta experiência na sala não pude observar nenhuma situação deste tipo.

O SO foi o local onde realizei mais turnos, e em que a prestação de cuidados é possível com clientes com situação de médio e alto risco, que necessitam de maior vigilância, acompanhados da sua família, onde é possível desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais avançadas. O estágio clínico permite uma mobilização de saberes, integrada e dentro de um determinado contexto, o contacto com situações práticas, desenvolvendo o aluno uma identidade profissional (Alarcão, Rua, 2005). No SO consegui contactar com experiências muito ricas, que me permitiram mobilizar saberes, que adquiri ao longo do plano curricular do Mestrado em Enfermagem, e na experiência profissional, existindo assim uma simbiose entre os saberes do contexto da prática e do contexto académico. Relativamente a situações reais decorrentes no estágio, irei referir a Sr<sup>a</sup> M. que deu entrada no SU com taquicardia supra ventricular com frequência cardíaca (FC) entre 189-195 batimentos por minuto (bpm), com restantes sinais vitais habituais para a cliente, mas que se apresentava ansiosa, chorosa, muito preocupada com a sua situação, pois já tinha ocorrido anteriormente e a Sr.<sup>a</sup> sabia qual o tratamento utilizado. Aqui foi possível articular todo o tipo de competências técnicas, cognitivas e comunicacionais. Foi possível após monitorização hemodinâmica, realização de eletrocardiograma (ECG) pelo técnico de Cardiopneumologia, puncionar acesso venoso periférico, administrar adenosina com monitorização de desfibrilhador, reverter a taquicardia supra ventricular a ritmo sinusal com FC entre 89-90 bpm, possibilitar a entrada da família e em todo este processo, comunicar eficazmente com a cliente/família, e mantendo um bom trabalho de equipa com médicos e enfermeira orientadora (APÊNDICE I). As reflexões críticas que realizei ao longo do estágio acerca de situações reais, permitiram demonstrar o nível de conhecimento na área de especialização, a abordagem a situações complexas de modo sistemático e capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, tomando decisões fundamentadas, tomar iniciativa na interpretação e resolução de problemas, desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, demonstrar a capacidade de trabalhar em equipa (UCP, 2010). Fica patente nestas reflexões a importância das transições pelas quais um cliente/família experimenta num SU e o papel fundamental do enfermeiro como profissional facilitador para ultrapassar estas transições como experiências enriquecedoras para a pessoa (Meleis, 2005).

Uma das áreas que pretendi desenvolver foi demonstrar conhecimento de técnicas de comunicação, tendo para isso construído um guia de comunicação baseado na obra de Phanneuf (2005), que me ajudou a sistematizar e a demonstrar o quanto evolui neste aspeto. Na minha experiência profissional, a área de cuidados é o cliente em situação crítica, e como tal, foram desenvolvidas competências ao nível da comunicação com o cliente em ventilação mecânica invasiva e família, na comunicação de más notícias e no sofrimento, mas essencialmente da família. As situações que vivencio na UCI são difíceis, com prognósticos sempre reservados e o final, por vezes, são a morte do cliente e lidar /apoiar o sofrimento da família que é imensurável. O nosso papel é essencial a este nível, no acompanhamento individualizado que cada cliente/família necessita, de acordo com as suas crenças e valores

(Portugal, 2009). Em Urgência a percepção e as necessidades dos clientes são diferentes da área na qual sou perita, apesar de serem situações igualmente difíceis, há outras de menor gravidade. Justifica-se assim um pouco a minha necessidade de evoluir a este nível, optando por uma autora para sistematizar as minhas competências comunicacionais em Urgência.

Apliquei o guia em três situações distintas, em diferentes estádios do estágio, sempre em SO. Considero que nas três reflexões fui evoluindo, o que me ajudou a melhorar a minha prática, tomando decisões fundamentadas com uma autora de referência. As situações com que me deparei são de comunicação com clientes/família que se encontravam no SO. Ao longo do registo destas experiências, compreendi que existiu uma evolução, entre a primeira experiência em que ainda me encontrava no início do estágio, em que a minha falta de conhecimentos sobre a dinâmica do serviço e do circuito, comprometia uma comunicação eficaz. Como refiro, havia muitas questões que o cliente colocava que eu tinha de perguntar à orientadora e isso perturba uma comunicação eficaz. Após esta primeira experiência, fui tentando sistematizar a minha comunicação com os clientes/família, assim como a Sr.<sup>a</sup> P. de 17 anos, que referia ter “receio de agulhas”(sic) e apresentava uma comunicação verbal de pânico aos profissionais de saúde e hospitais. Nesta situação compreendi que a informação tinha de ser dada de forma gradual, e o apoio da mãe e a sua inclusão nos cuidados foi essencial. Também com a Sr.<sup>a</sup> T. de 50 anos, em que considero ter sido uma experiência muito eficaz, pois foi possível compreender as necessidades da cliente, ser precisa e concisa na comunicação, com a integração da família que foi algo que a cliente sempre revelou como uma necessidade importante (APÊNDICE II). Desenvolvi conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, respeitando as suas crenças e a sua cultura, assim com demonstrei uma evolução, aplicando a evidência na minha prática (UCP, 2010).

Segundo Peplau, a base do trabalho do enfermeiro é a relação, e o cliente é visto como um parceiro de cuidados. A pessoa que o enfermeiro se torna faz diferença naquilo que o cliente vai aprender (Aligood, Tomey 2004). Foi esta vertente humana e relacional que pretendi desenvolver, na procura de um caminho de auto desenvolvimento não só profissional como pessoal.

Na resposta a este objetivo, o pensamento crítico foi um importante instrumento no desenvolvimento no meu processo ensino-aprendizagem. As reflexões críticas realizadas espelham a minha passagem pelo SU, e o meu empenho em adquirir as competências a que me propus.

## **Objetivo II – Desenvolver competências na área de sensibilização na Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem no SU.**

Este objetivo dá conta da área transversal em que me apoiei para a realização deste relatório, ou seja, a decisão autónoma em Enfermagem. Numa primeira abordagem, foi

importante a realização de pesquisa bibliográfica de vários artigos científicos nesta área. A tomada de decisão autónoma em SU é influenciada por diversos fatores, nomeadamente o ritmo de trabalho e por vezes a dificuldade das relações interpessoais e comunicacionais com o cliente e família (Martins, 2010). O SU caracteriza-se pela rapidez, a falta de tempo para uma colheita de dados completa e rigorosa, os rácios enfermeiros/cliente por vezes menor do que seria desejável, situações complexas de saúde que necessitam de uma intervenção rápida e eficaz. Estes fatores contribuem para dificultar a tomada de decisão, não se sabendo muitas das vezes, se os resultados das nossas intervenções terão sucesso ou não (Nunes, 2007). E tudo isto, como referi anteriormente, faz com que a comunicação com o cliente e as próprias relações interpessoais estejam comprometidas. A abordagem biomédica, virada para a tarefa e para uma visão cada vez mais tecnicista da saúde, muito provocada pelos avanços tecnológicos, distancia a Enfermagem da visão holística e integrada que deveria apresentar, com uma abordagem mais sistematizada e sistémica do cliente, e com os outros elementos da equipa multidisciplinar (Martins, 2010). A autonomia e a visibilidade do corpo de conhecimentos próprios de enfermagem e as intervenções autónomas essenciais no cuidar do cliente, são aspetos fundamentais e é a minha perspetiva de desenvolvimento neste estágio.

A forma de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, poderá ser através da consulta e estudos dos registos de enfermagem. Um dos instrumentos essenciais para a avaliação é o registo de enfermagem. Os registos de enfermagem são um fundamento crítico e uma forma de comunicação do estado do cliente, das suas necessidades e das respostas do cliente aos cuidados de enfermagem (Kelley et al, 2011). Sendo uma prova documental, proporcionam a apreciação da qualidade dos cuidados e fornecem dados para a investigação em enfermagem, sendo uma mais-valia na sensibilização dos profissionais.

Esta situação-problema detetada é reforçada por conclusões de um estudo realizado através de estudo observacional, com observador não participante das intervenções de enfermagem efetuadas, e depois uma auditoria retrospectiva dos registos de enfermagem sobre os mesmos clientes e os mesmos profissionais. Conclui-se que apenas 40% das intervenções de enfermagem efetuadas, são registadas pelos enfermeiros (Marinis et al, 2010). Depreende-se que os registos não são os instrumentos mais adequados para compreender a globalidade das intervenções de enfermagem. No entanto poderão servir-nos como ponto de partida para perceber quais as intervenções registadas pelos enfermeiros. Assim, se se verifica que registam pouco deverão ser sensibilizados para o fazer o máximo possível, tornando-o parte significativa da sua prática dando visibilidade às suas intervenções autónomas.

A criação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como linguagem classificada assim como a introdução de sistemas de informação, permitem a utilização de uma linguagem universal, diminuindo as perspetivas individuais de cada enfermeiro, tornando os registos pouco claros e de difícil compreensão. Os registos de enfermagem deverão ser claros, concisos, representativos da prática, pois constituem-se como a única prova documental da ação do enfermeiro, e por isso deve ser respeitada assim como a própria profissão (Rodrigues, Cordeiro, 2007).

Na instituição, existe um sistema de informação informático assim como catálogos de CIPE próprios que facilitam os registos de enfermagem. Foi necessária uma entrevista inicial com a Enfermeira Chefe do serviço onde demonstrei a minha vontade de realizar um estudo na área das intervenções autónomas e interdependentes, fundamentando a minha proposta com dados científicos. Aceitei a proposta da Enfermeira Chefe no sentido de realizar uma grelha de conformidades de registos de enfermagem, na medida em que o serviço encontrava-se a iniciar um projeto de auditoria nesta área, no sentido de uniformizar os registos. Realizei esta grelha, em parceria com a orientadora, sendo ela a responsável pela formação e pela área dos registos de enfermagem do serviço.

Para a realização da grelha de conformidades dos registos de enfermagem baseei-me no catálogo de intervenções de enfermagem da instituição, construída pelos enfermeiros do serviço, baseados no catálogo da CIPE versão 1 (CIE, 2005). Os registos de enfermagem informáticos são divididos pelo eixo do Foco de Enfermagem, nomeadamente a Entidade - Processos Corporais: Respiração, Circulação/temperatura, Nutrição/ digestão, Volume de líquidos, Eliminação, Tegumentos, Atividade Motora, Sensação/repouso; e ainda relacionada com a Entidade, ou seja, Avaliação da pessoa. Para facilitar a leitura, denominam-se focos dos registos de enfermagem.

Para a construção da grelha foi crucial um documento que pertence ao quadro conceptual da instituição que descreve os cuidados de enfermagem que devem ser registados nos respetivos focos. Foi este o principal documento que fundamentou a escolha das intervenções de enfermagem de acordo com cada foco, pois a CIPE não nos dá essa informação. Assim, foi possível construir uma grelha que vá de encontro com a filosofia da instituição e do serviço.

Com a construção da grelha de conformidades, foi possível, com a devida autorização da Enfermeira Chefe, dividir as intervenções de enfermagem em autónomas e interdependentes, ficando as intervenções autónomas a azul e as interdependentes a vermelho e desta forma, cumprir o meu objetivo inicial: concluir com que percentagem os enfermeiros registam as intervenções autónomas, as interdependentes, e dentro das autónomas quais são as mais registadas permitindo assim compreender e dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros do SU, no SO (APÊNDICE III).

As definições de intervenções autónomas e interdependentes do REPE foram um guia contínuo na criação da grelha na medida em que não só as intervenções tinham de ser divididas segundo as definições mas de acordo com as especificidades do serviço (a mesma intervenção de enfermagem pode ser autónoma num serviço e interdependente noutro).

Procedi a uma auditoria operacional, ou seja, realizada enquanto o cliente se encontra internado ou em ambulatório (Innocenzo, Setz, 2009). Neste caso, o cliente pode estar internado à espera de vaga, ou então apenas com episódio de SO, tendo no próprio dia alta para o domicílio. O período da colheita de dados em relação aos registos de enfermagem decorreu de 30-05-2011 a 07-06-2011, com a respetiva autorização da Direção de Enfermagem para recolha, tratamento e colocação em Relatório, mantendo o anonimato de clientes, profissionais e instituição (APÊNDICE IV). Foram auditados 30 registos de

enfermagem contendo 51 intervenções de enfermagem, registadas cerca de 401 vezes em todos os registos auditados.

Foram registados 83% de intervenções autónomas e 17% de intervenções interdependentes. Das intervenções autónomas registadas, 66% das intervenções são relacionadas com a avaliação do cliente, compostas por necessidades físicas na sua totalidade. As restantes 34% são relacionadas com intervenções técnicas. Do conjunto de todas as intervenções autónomas, apenas 3% são de âmbito relacional e 3% de âmbito educacional. Em comparação com o estudo de Marinis et al (2010) já referido anteriormente, do total das intervenções 37% são ligadas à avaliação e 45% relacionadas com a técnica. Apesar de serem contraditórios, pois no SU as intervenções ligadas à avaliação prevalecem, os valores são muito semelhantes, havendo a limitação na medida em que seria necessário um maior número de registos na auditoria realizada. As intervenções educacionais vão de encontro com o estudo, não sendo referidas as relacionais (Marinis et al, 2010).

Estes dados são bastante relevantes na sensibilização dos profissionais não só para darem mais ênfase aos registos de enfermagem, mas principalmente, com a visibilidade que é dada da sua prática. Apesar de, ao contrário do estudo de Marinis et al, não se ter realizado uma observação não participante no sentido de compreender a percentagem de intervenções registadas e as realmente realizadas, da minha prática ao longo do estágio, a intervenção dos enfermeiros no SO em relação ao contacto e comunicação com o cliente e família, é muito frequente na prática. No entanto, a intervenção “estabelecer ligação com o prestador de cuidados, família”, nos 30 registos de enfermagem auditados, foi apenas registada 2 vezes. Não se podendo retirar conclusões sobre estes dados, pois são limitados em número, poderá ser um indicador da pouca visibilidade que é dada, às intervenções que são efetivamente realizadas pela equipa de enfermagem.

Os focos onde se registaram maior número de intervenções foram a Sensação/ Repouso, Circulação/Temperatura, Respiração e Eliminação. Sendo também esta auditoria uma avaliação à conformidade dos registados de enfermagem, ou seja, se as intervenções de enfermagem são registadas nos focos de atenção corretos, na totalidade dos registos, encontra-se 74% de conformidade e 26% de não conformidade. Do número de vezes que foram registadas a totalidade das intervenções, 297 vezes foi em conformidade e 104 vezes em não conformidade. Os focos de atenção com maior percentagem de não conformidade foram a Sensação/Repouso (71%) e Circulação/Temperatura (49%). Tendo em conta estes valores, uma mudança de registos face a estes dois focos e o serviço passaria a ter quase 100% de conformidade nos registos de enfermagem.

Realizei um relatório com todos os dados colhidos, tratamento estatístico, conclusões e sugestões, que posteriormente entreguei à Enfermeira Chefe do serviço e orientadora (APÊNDICE V).

Com esta atividade desenvolvi as competências de participação e promoção da investigação em serviço, demonstrar compreensão relativamente às implicações da

investigação na prática baseada na evidência, avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada (UCP, 2010).

Para dar resposta ao objetivo a que me propus, de desenvolver competências de sensibilização ao nível da tomada de decisão, considerei várias hipóteses de sensibilização. O serviço apresenta taxas de adesão às sessões de formação baixas (informação dada pela Enfermeira Chefe e Orientadora). Este facto prende-se com a substituição dos profissionais nos seus postos de trabalho quando se inicia um novo turno, sendo que fica um profissional por valência, e também pelo facto de haver muitos profissionais em prestação de serviços, o que muitas vezes impossibilita a presença nas sessões. A estratégia utilizada para aumentar a taxa de adesão às sessões de sensibilização foi realizar várias sessões em vez de uma, com menor duração de forma a poder realizar-se entre o turno da manhã e da tarde, para implicar a presença de maior número de profissionais.

Após o tratamento estatístico dos dados da auditoria e após a entrega destes à Enfermeira Chefe e Orientadora, realizei um plano de sessão para as sessões de sensibilização (APÊNDICE XVI), os diapositivos da apresentação com os gráficos e dados estatísticos de maior impacto que ajudasse os profissionais a compreenderem os objetivos da auditoria e os resultados que permitem a visibilidade da sua própria prática diária com os clientes (APÊNDICE XVII). Esta é uma forma de sensibilizar os profissionais a incrementar a qualidade dos registos de enfermagem pois são estes que espelham o trabalho do enfermeiro. Os registos de enfermagem definem a natureza da enfermagem em si, documentando os *outcomes* dos cuidados. Não só os registos são um repositório de conhecimento sobre o cliente, como demonstram as decisões e os resultados dessas mesmas decisões sobre o cliente (Griffiths et al, 2010). A tomada de consciência, com trabalhos executados sobre a própria equipa, mobilizados em momentos pertinentes, pode incrementar a mudança no *habitus*, desenvolvendo novas formas de atuação, podendo desenvolver tanto o profissional com o seu próprio contexto (Serrano et al, 2011)

Para avaliar as ações de sensibilização, dando resposta ao objetivo proposto, construí um questionário de avaliação com 3 grupos de parâmetros fundamentais, apoiada numa escala de Lickert com 5 níveis de resposta (APÊNDICE XVIII).

Realizei cinco ações de sensibilização, de cerca de 10 minutos cada, nas passagens de turno da manhã e da tarde, no período de uma semana.

As ações de sensibilização realizadas ocorreram na sala de trabalho do SO Pediatria, pela proximidade do SO adultos e por ser mais espaçoso para a apresentação. Assistiram às ações cerca de 29 enfermeiros correspondendo a uma taxa de adesão de 72,5%. Considero que foi uma taxa muito significativa, e as respostas ao nível do questionário de avaliação no final da ação de sensibilização foram muito positivas. Assim, relativamente à ação, 93% dos enfermeiros consideraram que foi pertinente para a prática de enfermagem, 89% afirmaram que se sentiram motivados para melhorar os registos de enfermagem e 96% pensam ter contribuído para melhorar a visibilidade dos cuidados da equipa de enfermagem do SU. Desta

forma, os resultados foram significativos e cumpriram o objetivo a que me tinha proposto neste local de estágio.

O desempenho enquanto formadora foi positivo ao nível dos resultados obtidos nos questionários pois a grande maioria dos formandos classificou-o em nível totalmente adequado e parcialmente adequado (APÊNDICE IX). Desenvolvi competências na comunicação de aspetos de âmbito profissional e académico para enfermeiros, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimento na área de especialização, a formulação e análise de questões complexas relacionadas com a formação, produzindo um discurso fundamentado com evidências científicas e contribuição para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem no SU (UCP, 2010).

A metodologia utilizada permitiu a presença como formadora e uma sensibilização mais pessoal e mais real. Foi também enriquecedora pelas sugestões da própria equipa de enfermagem tais como intervenções de enfermagem que de facto executam mas que nunca registam, o que no fundo, faz perder o registo da atuação e os resultados dessa mesma atuação no cliente.

O estudo de conformidade é um projeto que penso ser de grande importância e interesse para o serviço. É inovador, pois nunca tinha sido realizado na instituição. Os maiores contributos para o serviço foi a visibilidade dos cuidados prestados, a sensibilização da equipa de enfermagem para esta temática, pertinente para a sua prática como resultou em termos de avaliação das sessões e permite que seja um estudo que continue a demonstrar à instituição o papel do enfermeiro no SU, como profissional importante no processo saúde-doença do cliente. Poderá ser esta a via para demonstrar a importância dos enfermeiros na instituição com a procura de *outcomes* e de resultados positivos, Este estudo de conformidade será continuado no serviço, com o projeto de realização de um novo estudo daqui a um ano, para não só avaliar novamente a atuação dos enfermeiros e a conformidade dos registos, mas igualmente para compreender se a sensibilização realizada agora foi eficaz ou não no aumento do número de registo, se são representativos do trabalho de enfermagem e são registados em conformidade, sendo um precursor de mudança das práticas.

A colega que irá realizar o estágio do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica que irá decorrer no próximo período de estágio irá desenvolver um catálogo de intervenções autónomas atualizada e adequadas ao SU, tendo por base a grelha de conformidades que construí e as sugestões de integração de novas intervenções no catálogo da instituição, para facilitar os registos de enfermagem ao nível dos sistemas de informação. Penso ter contribuído para o desenvolvimento profissional da equipa e realizado um estudo numa área com que de facto o serviço também se identifica e preocupa em melhorar cada vez mais. A parceria estabelecida no estágio com a enfermeira chefe, orientadora e professora tutora foi muito gratificante e eficaz.

Relativamente às competências que me propus desenvolver, penso ter tomado a iniciativa numa área inovadora neste âmbito, de maior complexidade e abordando estas questões de uma forma criativa. Foi possível promover e desenvolver um estudo pertinente no serviço o que

me realiza enquanto profissional e futura enfermeira especialista. Com estas atividades contribuí para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, comunicando os dados do estudo, com um discurso reflexivo e incrementando a qualidade na prática (UCP, 2010).

**Objetivo III - Promover a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e sua família de médio e alto risco em contexto de SU através de formação em serviço em VNI e SAV.**

As competências comuns do enfermeiro especialista definem que este teve ter como domínio a melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, ter um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas e projetos que promovam a excelência dos cuidados (Portugal, 2011 a).

No estágio de SU pretende-se incrementar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e família de médio e alto risco, através da formação contínua em serviço, beneficiando das competências adquiridas como enfermeira perita em UCI.

Numa fase de projeto, houve contacto com a Enfermeira Chefe do serviço em que expus o objetivo para o estágio e para o serviço, fundamentando as diferentes perspetivas com evidências. Após a especificação das competências em UCI, a Enfermeira Chefe detetou uma necessidade formativa na equipa relativa aos cuidados de enfermagem ao cliente com VNI, e sendo que fui uma das autoras do protocolo de atuação na abordagem da insuficiência respiratória aguda com VNI na UCI onde exerço, compreendeu-se que seria o caminho a seguir. Foi possível gerir e interpretar, de forma adequado, a informação proveniente do nível académico como da experiência profissional anterior (UCP, 2010).

Foi uma parceria não só com a Enfermeira Chefe do serviço como com a Orientadora que é também a responsável de formação, e que teria determinado a necessidade de realizar formação nesta área, pois os elementos da equipa demonstravam poucos conhecimentos de forma à técnica ser implementada eficazmente. Teria existido uma formação sobre Ventilação Invasiva pela Orientadora há cerca de um ano, e que na altura considerava ter sido importante complementar com outra formação em VNI, por sugestão da própria equipa mas que acabou por não ser realizada.

A VNI é uma técnica não invasiva de ventilação mecânica através de interface, em alternativa ao uso de tubo endotraqueal. Os dois diagnósticos clínicos onde existe maior evidência de tratamento com a utilização precoce de VNI, diminuindo a mortalidade dos clientes, são a exacerbação de DPOC e edema agudo do pulmão de causa cardiogénica (Rose, Gerdtz, 2009).

Mc Brien, Whyne e Reilly (2009), após a realização de uma auditoria concluíram que dos 51 clientes que deram entrada no SU com diagnóstico de insuficiência respiratória por várias etiologias, cerca de 80% dos clientes melhorou com a aplicação de VNI e 20% precisaram de

ventilação invasiva, tratamento de broncodilatadores, corticoides e antibióticos. 40% dos clientes melhoraram após quatro horas de tratamento com VNI, o que indicia uma rápida resposta ao tratamento.

Tendo em conta estes dados, a equipa de enfermagem da Urgência tem um papel fundamental na sua aplicação, pois a adesão do cliente, o seu conforto e compreensão da técnica são fundamentais para o sucesso do tratamento. É necessária uma equipa de profissionais de enfermagem com experiência, com conhecimentos atualizados e os recursos necessários para a sua aplicação (Rose, Gertz, 2009).

A construção desta sessão foi baseada num protocolo de atuação em Insuficiência Respiratória Aguda da UCI, que realizei em colaboração com um Médico intensivista e uma colega enfermeira da UCI, em que se define um protocolo orientador para médicos e enfermeiros no uso da VNI, incluindo um fluxograma de atuação de fácil leitura para os profissionais.

Para informar os enfermeiros das datas das sessões enviei um email. Alguns enfermeiros que não podiam comparecer nas datas marcadas questionaram a enfermeira orientadora sobre a possibilidade de se marcarem novas datas de modo a poderem assistir, o que demonstra, por parte da equipa, interesse na formação.

Foi elaborado o plano de sessão de formação (APÊNDICE X) e os diapositivos da apresentação (APÊNDICE XI) como apoio e suporte metodológico.

Realizou-se três sessões de formação acerca do tema “Cuidados de Enfermagem ao cliente com VNI”. Foi necessário mais do que uma sessão pelas taxas de adesão baixas à formação em serviço, pelos fatores que já referi anteriormente. Uma das estratégias propostas pela enfermeira chefe para colmatar esta situação foi a realização das sessões em 15-20 minutos nas passagens de turno, pelas mesmas razões que apresentei nas ações de sensibilização do estudo de conformidade dos registos de enfermagem no objetivo anterior.

Aderiram à formação 13 enfermeiros da equipa de enfermagem. O objetivo principal para esta sessão era a formação dos 13 enfermeiros de contrato individual de trabalho da equipa de enfermagem. Este objetivo deve-se ao facto do serviço apresentar uma grande percentagem de enfermeiros em prestação de serviços, em que a rotatividade de profissionais é elevada. Em todos os turnos, existe sempre um ou dois enfermeiros de contrato individual de trabalho, geralmente é o Chefe de Equipa que fica sempre em SO, local onde se realiza esta técnica.

Desta forma, assistiram à sessão 10 enfermeiros de contrato individual de trabalho, sendo que 3 deles se encontram em licença de maternidade mas foram contactados para os dias da formação. Assim sendo, a taxa de adesão à formação foi de 77%. Assistiram à formação 3 enfermeiros em regime de prestação de serviços.

Houve necessidade de um pedido de autorização informal ao Enfermeiro Chefe da UCI desta instituição para requisitar os materiais existentes para a realização da técnica, sendo este o serviço depositário do mesmo material. A demonstração da técnica foi uma mais-valia na medida em que, em todas as sessões, os momentos mais ricos e que os colegas se

mostraram mais interessados, foi na demonstração de utilização dos materiais necessários, tirando dúvidas pertinentes para a sua prática.

Foi possível, como atividade complementar, deixar na pasta partilhada do serviço, o protocolo de atuação de VNI, um trabalho escrito mais extenso sobre este protocolo, artigos científicos de 2009 e 2010 relacionados com a prática de enfermagem em VNI que pesquisei exclusivamente para esta sessão, no sentido de atualizar alguma informação que pudesse estar no protocolo que tivesse já sido atualizada com novas evidências. Não existiam novas evidência face ao que estava no protocolo, o que se compreende sendo um trabalho realizado em 2008, ou seja, muito recente. Foi uma situação interessante que mesmo depois de já ter proposto a realização desta pasta, houve alguns colegas que requisitaram o mesmo nas sessões como sendo algo de grande interesse para o serviço. Com esta atividade integrei a evidência na prática dos profissionais, compreendendo assim a importância de incorporar resultados de investigação válidos e relevantes na prática diária (UCP, 2010).

Para avaliar a sessão de formação, utilizei o instrumento de avaliação que construí para as sessões de sensibilização, adaptado para esta formação, com avaliação através de uma escala de Lickert com 5 níveis (APÊNDICE XII).

Os resultados relativamente aos conteúdos, às competências enquanto formadora e pertinência do tema para os profissionais e para a prática de enfermagem foram muito gratificantes enquanto futura enfermeira especialista. Alguns parâmetros tais como a clareza dos conteúdos e o domínio dos mesmos, os enfermeiros que assistiram foram unânimes em dizer que foi totalmente adequado o que é bastante positivo, e permite reconhecer o desenvolvimento da competência de comunicar aspetos de âmbito profissional e académico para enfermeiros, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização (UCP, 2010).

A avaliação geral da sessão de formação, compõe-se de parâmetros de avaliação muito importantes na resposta a este objetivo. Foi com muito agrado que 100% dos formandos consideraram totalmente adequado para melhorar os seus conhecimentos na área temática, 90% consideraram que foi totalmente adequado na motivação da equipa para a técnica. Relativamente à pertinência da sessão para a prática diária da equipa do SU, 80% avaliaram a sessão como totalmente adequado e 20% parcialmente adequado (APÊNDICE XIII).

A VNI é uma técnica que se utiliza com alguma frequência no SU, mas que na maioria das vezes, é instituído pelo chefe de equipa que se encontra no SO. Por isso, muitas vezes, os outros enfermeiros demonstram pouca experiência nesta área. Refletindo sobre esta questão, e corroborada pela Orientadora, foi de extrema importância não só a sensibilização para os Chefes de equipa como para os restantes elementos fixos, principalmente pela componente prática que a sessão tinha, com a apresentação dos materiais, da montagem dos circuitos de forma correta, para seja completamente virado para a prática e para as dúvidas reais dos colegas. Um dos exemplos, foi a possibilidade de sensibilizar a equipa para a utilização de uns conectores de administração de aerossóis próprios para os ventiladores não invasivos e invasivos, e que os enfermeiros do serviço, na sua maioria, não sabiam que existiam, pois são

materiais que se encontram na UCI, mas que os colegas podem requisitar sempre que necessitarem.

Neste aspeto, e tendo em conta os resultados dos questionários, considero que foi um objetivo cumprido, que deu muita satisfação e que, espero ter sido de grande importância para a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço.

A importância da formação ao longo da vida nos serviços de saúde, aparece como uma necessidade dos profissionais face às evoluções e às mutações existentes na prática. A formação em contexto de trabalho necessita de, para além de bases científicas sólidas, estar inteiramente ligada com a experiência dos profissionais e com a cultura organizacional (Serrano et al, 2011). A presença de materiais da instituição, num método demonstrativo, tendo por base um protocolo já existente e aceite pelos profissionais, é uma forma de motivar a aprendizagem e da aquisição de competências dos profissionais do SU.

Foi possível desenvolver competências na promoção da formação na área de especialização e contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem no SU (UCP, 2010).

As *guidelines* em SU apresentam uma importância crucial na tomada de decisão dos profissionais. Em situação de *life saving*, os algoritmos ou *guidelines* são guias orientadores, referências construídas por peritos na área, que sistematizam a intervenção multidisciplinar em que a gravidade da patologia e o tempo são cruciais para um tratamento eficaz. O serviço de Urgência é o local de excelência de utilização destas referências, como é o caso do Suporte Básico, Imediato e Avançado de Vida. Para que exista um cumprimento destas referências no tratamento dos clientes que se dirigem ao serviço, é presumível que a equipa esteja formada e apresente experiência nesta área, para uma intervenção precoce e eficaz (Nunes, 2007).

O enfermeiro tem o dever deontológico de se manter atualizado de forma contínua, utilizando-as na sua prática diária, com vista a um cuidado de excelência, através de uma formação contínua e aprofundada na sua área (Portugal, 2009)

Tendo em vista o objetivo de formação e de promover a qualidade dos cuidados, detetei uma situação relativa ao algoritmo de SAV, que se encontra no serviço em forma de poster, não se encontrava atualizado para as novas orientações do European Resuscitation Council (ERC, 2010). Após detetar esta situação-problema, e de acordo com a Orientadora, todos os profissionais têm conhecimento destas novas *guidelines* tendo sido colocado há uns meses o documento na pasta partilhada do serviço para consulta, com conhecimento de toda a equipa. Não seria uma mais-valia uma sessão de formação nesta área, mas de alguma forma seria importante manter a conformidade dos posters afixados na Sala de Reanimação e no SO, para não surgirem dúvidas. A atualização destes posters havia sido discutida na equipa em conversas informais como uma atividade a realizar mas ainda não tinha sido atualizado, e desta forma, contribui para um projeto do serviço, demonstrando compreender a importância da implicação da investigação na prática.

Foi necessária uma parceria com a Comissão de Emergência Médica e Urgência da instituição, pois é a entidade que regula toda a documentação relativa às normas de emergência do hospital, tais como a documentação e material em todos os carros de urgência, a notificação de paragem cardiorrespiratória, entre outras. Foi muito gratificante esta parceria porque foi-me facultado todo o material necessário para a atualização destes posters. Realizei um pedido de parecer à Comissão para poder atualizar os posters de acordo com as normas da Comissão (APÊNDICE XIV).

O poster foi construído tendo por base os posters do *European Resuscitation Council*, como pedido pela Comissão de Emergência Médica e Urgência (APÊNDICE XV).

Foi também possível enviar um email a comunicar a presença dos novos posters afixados e respetivos locais.

Relativamente a esta atividade, considero que ao nível do SU, o uso de algoritmos ou *guidelines* ajuda e apoia os enfermeiros na sua tomada de decisão. No entanto, os algoritmos não devem ser vistos como “tábuas rasas” de conhecimento, mas sim referências para a prestação de cuidados no âmbito da formação dos enfermeiros, devendo-se ter em conta a experiência dos enfermeiros, o conhecimento da situação e do cliente (Jesus, 2004). A construção de normas/procedimentos são elementos facilitadores e orientadores das boas práticas, pois, segundo Nunes (2007, p.10) são fontes de informação que “pressupõe o seguimento de uma linha de raciocínio que conduz a decisões e respetivas ações que se pretendem rápidas”. Tendo em conta esta premissa, esta atividade dá também resposta à área transversal do relatório, como agentes facilitadores da tomada de decisão do enfermeiro, num ambiente tão complexo como é a urgência.

Como enfermeira especialista, e tendo em conta a aquisição de competências, penso que consegui comunicar atos complexos de âmbito profissional à equipa de enfermagem, produzindo um discurso fundamentado não só com o trabalho que realizei, mas também na pesquisa de artigos científicos recentes sobre a temática. Penso ter contribuído desta forma para o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, desenvolvendo competências de formação, e incorporando os conhecimentos de perita em UCI e futura enfermeira especialista, na prática da equipa de enfermagem do SU (UCP, 2010).

### 1.3 MÓDULO III – OPCIONAL - CCI

Neste capítulo, são apresentados os objetivos traçados para o estágio na CCI, que decorreu no HL de 26-09-2011 a 18-11-2011. Estão descritas as atividades e experiências ao nível da CCI, tendo em conta o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista. Realiza-se uma breve fundamentação teórica do estágio tendo em conta a área transversal, apresentação do serviço, e seguidamente os objetivos e atividades realizadas, desenvolvendo as competências pretendidas.

O Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla a realização de um estágio opcional, numa área escolhida pelo formando. A escolha pelo estágio em CCI deveu-se ao facto das Infecções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) serem uma realidade no quotidiano nas unidades de saúde. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) define IACS como “infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007,p.6). Os profissionais de saúde têm um papel fundamental no controlo das IACS sendo a transmissão cruzada e colonização por microrganismos é essencialmente feita pelas mãos dos profissionais de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que “um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos” (DGS, 2007,p.6) Como enfermeira em UCI, um local onde existe uma enorme taxa de colocação de dispositivos médicos nos clientes que se encontram em situação crítica (ex. cateteres venosos centrais, ventilação mecânica e cateteres urinários) o Controlo de Infecção toma um papel primordial nos cuidados de enfermagem. A evolução nesta área era premente para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, com o intuito de promover cuidados de enfermagem de excelência na minha área de atuação.

O Controlo de Infecção evoluiu ao longo dos tempos, em paralelo com as grandes descobertas e avanços tecnológicos. Ignaz Semmelweis (1847) foi o grande precursor do Controlo de Infecção quando provou a importância da lavagem das mãos na prevenção de doenças transmissíveis (Wilson, 2004). Muito próximo de Semmelweis, Nightingale fala da importância do controlo do ambiente no controlo e transmissão de microrganismos entre os soldados na Guerra da Crimeia, e demonstrou a importância de uma ventilação adequada, condições sanitárias adequadas, camas e roupas de cama, limpeza das superfícies e a higiene pessoal, com fatores determinantes no processo reparador para a saúde da pessoa (Couto, Ferraz, 2005).

A CCI do HL tem um espaço físico próprio num gabinete do edifício das Casas da Cidade, dentro do recinto do HL. É composto pelo Núcleo Executivo: o Coordenador, uma Médica Assistente, a Enfermeira da CCI e a Administrativa. Apresenta um Núcleo Consultivo com 14

profissionais das várias áreas hospitalares e o Núcleo de Membros Dinamizadores com médicos, enfermeiros e AO dinamizadores da CCI nos diversos serviços de saúde do hospital. Tal como todas as CCI, apresenta um Plano Operacional de Prevenção de Controlo de Infeção (POPCI) realizado com base no Manual de Operacionalização do PNCI de 2008. Tem como responsabilidade implementar uma cultura de segurança no HL, de modo a que a prevenção e controlo das IACS, seja vista como parte integrantes dos cuidados de saúde dos profissionais, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados ao cliente (HL, 2009). E é desta forma, que se pretende uma contribuição para a qualidade dos cuidados, através da implementação de projetos pertinentes e eficazes, desenvolvendo competências como enfermeira especialista e sobretudo, como enfermeira da instituição, contribuindo ativamente para a qualidade dos cuidados na instituição, como parte integrante da sua cultura organizacional.

**Objetivo I – Desenvolver competências no âmbito de controlo de infeção hospitalar para a melhoria da qualidade dos cuidados, integrando a equipa e os programas da CCI do HL.**

A realização de estágios por parte do enfermeiro constitui-se como momentos de contacto com a realidade profissional, a intervenção em contextos novos, desenvolvendo capacidades, atitudes e competências. O desenvolvimento profissional resulta da interação mútua entre o formando/profissional com os contextos onde intervém, que também se encontram em constante transformação. Influenciado pelas relações interpessoais nestes contextos e noutros mais vastos, como a cultura da própria instituição (Alarcão, Rua, 2005).

As áreas de responsabilidade das CCI estão explanadas na Circular Normativa N.º 18/DSQC/DSC de 2007 e foi esta circular que guiou a minha intervenção na CCI, como objetivo geral de participar ativamente em todas estas áreas. De acordo com a Circular Normativa referida anteriormente, as quatro principais áreas são a vigilância epidemiológica, elaboração de normas e procedimentos, formação dos profissionais de saúde, clientes e visitas, consultadoria e apoio.

A pesquisa bibliográfica é uma ferramenta essencial à concretização deste estágio. A consulta de bases de dados e procura de evidência é uma constante ao longo do estágio e útil para todas as áreas de intervenção. Após a consulta geral da documentação presente no gabinete da CCI, consultei o plano operacional da CCI do HL e todas as normas/procedimentos existentes na intranet para consulta de todos os profissionais do HL. Esta atividade de pesquisa estende-se às bases de dados científicas na procura de artigos científicos, a consulta de sites e organizações internacionais de referência como o Center of Disease Control (CDC) ou a Infectious Diseases Society of America (IDSA), como exemplos. Considero que é um estágio rico em evidências, na busca de investigação, assegurando uma prática baseada em

evidência. Esta procura de evidências, em vários estudos de investigação foi diária, comprova que o uso do conhecimento por si só não chega, mas a contextualização da investigação existente, em todas as áreas de responsabilidade da CCI é fundamental. O uso do conhecimento é a chave para a tomada de decisão fundamentada por parte dos profissionais (Profetto-McGrafth et al, 2010).

A vigilância epidemiológica é uma das áreas fundamentais na CCI. Consiste numa recolha de dados, registo e posterior análise sistemática de informação acerca dos clientes e infeções, com o propósito de implementar medidas de prevenção e controlo de infeção (DGS, 2008). O registo da infeção pode ser contínuo, ativo, sistemático, processo que se inicia com a positividade dos produtos ao nível laboratorial e respetiva identificação do agente, análise epidemiológica, introdução dos dados para estatística e intervenção em tempo real ao nível hospitalar com as seguintes medidas: colocação de clientes em isolamento, identificação de clientes que se enquadram no protocolo de descolonização, aferição da antibioterapia instituída e outros aspetos de intervenção da CCI. Estuda-se de forma sistemática a infeção nosocomial da corrente sanguínea segundo o Protocolo Nacional de Vigilância de Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS), no PNCI e também de infeções/colonizações por microrganismos epidemiologicamente significativos (MES). Houve uma participação em todas estas atividades acompanhada pela orientadora, e um sentimento de evolução na verificação de todos os dados, integração destes dados e decisão se o doente necessita de isolamento ou não. Considera-se que existiu uma evolução notória nesta área, sendo que todos os dados recolhidos eram confirmados pela Orientadora. Nesta atividade de vigilância epidemiológica é necessário, para além de um conhecimento aprofundado em Controlo de Infeção, uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar. Quando se deteta uma não conformidade, como por exemplo, processos de descolonização quando não se encontra indicado ou antibioterapia que não se encontra bem dirigida, é necessário a equipa da CCI contactar o médico assistente e aconselhá-lo para prescrições mais eficazes. Assim como são várias as situações em que os membros dinamizadores dos diferentes serviços contactam a CCI no sentido de alertar para alguma não conformidade, como por exemplo, clientes que deveriam ter iniciado medidas de isolamento e não apresentam. Desta forma, a comunicação da CCI com os profissionais de saúde da instituição é fundamental para uma atuação eficaz assim como o reconhecimento da sua importância para cuidados de saúde de excelência. Quando a cultura organizacional apoia esta máxima, torna-se mais fácil a intervenção nos dois lados. Os membros dinamizadores são profissionais de ligação essenciais porque estão sensibilizados para esta temática e ajudam a CCI na sua intervenção, pois conhecem as dificuldades da prática diária. O facto de exercer na mesma instituição, a experiência na CCI foi essencial para compreender os vários climas organizacionais dentro da cultura organizacional com que me identifiquei diariamente na minha praxis. Sendo a CCI, uma comissão que trabalha em estreita parceria com todos os serviços do HL, foi possível compreender não só a importância do seu trabalho, mas também a forma como os serviços se articulam e empreendem mudanças no sentido da melhoria dos cuidados. Através de todas as atividades e intervenções que realizei

na CCI, compreendi que o sentimento geral da instituição é uma preocupação com a qualidade e com a eficácia dos cuidados prestados ao cliente, tendo na CCI um apoio incondicional. Penso ter desenvolvido a competência de zelar pela qualidade dos cuidados prestados, apostando num trabalho em equipa eficaz, desenvolvendo-se uma metodologia eficaz na assistência ao cliente (UCP, 2010).

Nas três primeiras semanas de estágio foi pedido um parecer, em reunião, pela Enfermeira Coordenadora acerca da mudança de material para lavagem e desinfeção das salas do Bloco Operatório: panos reutilizáveis ou toalhetes descartáveis. Participei na reunião e considerei vários aspetos importantes. Uma comunicação eficaz entre os vários elementos da equipa da CCI é essencial no desfecho destes pareceres, assim um conhecimento profundo na área com evidências, que justifiquem as decisões finais. A articulação com as chefias e com os colegas do serviços é também essencial na procura de respostas e barreiras encontradas no dia a dia da prática, considerando vários aspetos além dos estudos. As questões monetárias, as barreiras estruturais, a formação dos profissionais foram aspetos abordados e foram considerados na decisão final. Após esta reunião, foi realizado uma demonstração destes novos materiais (panos reutilizáveis) numa sala de BO em que foi possível compreender a sua utilização na prática, desmitificando todas as dúvidas que restavam na utilização deste material. E a comunicação pareceu-me ser novamente uma ferramenta importantíssima nestes processos, pois a visita contou com a presença da enfermeira da CCI, o Enfermeiro Chefe do BO, uma Assistente Operacional do BO, os representantes dos materiais, e num contexto real. Ou seja, a CCI está em constante articulação com todos os profissionais e técnicos, numa área em que considero a gestão de conflitos e o trabalho em equipa essencial, pois corresponde a todos os aspetos que constituem uma equipa e necessita destas características para haver sucesso nas suas decisões. A equipa da CCI precisa de ser muito mais do que um grupo de pessoas. E o que caracteriza as equipas é exatamente a “implicação dos membros num objetivo comum, num desempenho comum e em que o resultado final supera a simples adição aritmética das partes” (Neves et al, 2008, p. 237).

Considero que das reuniões informais que presenciei, todos os elementos se coordenam e articulam muito bem entre si, o que não significa que todos concordem com todas as variáveis colocadas em cima da mesa, mas existe sempre um consenso, indicando muitas vezes, um respeito profissional que é notório em todos os elementos.

Foi pedido outro parecer pela descontinuação por parte da empresa, de um saco de drenagem para clientes que têm alta, algaliados para o domicílio. Nestes dois momentos foi possível uma participação como observadora. Observou-se a elaboração de um texto demonstrando as evidências que comprovavam a importância destes sacos de drenagem estéreis após a consulta das *guidelines* de referência nesta área, compreendendo as implicações da investigação na prática baseada na evidência.

A visita ao laboratório de Microbiologia que decorreu nas primeiras três semanas do estágio foi proposto pela enfermeira orientadora no sentido de demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização, relativamente à visualização e compreensão dos

exames laboratoriais realizados, até à deteção do microrganismo. O serviço de Patologia Clínica, de acordo com o Manual de Operacionalização do PNCI (DGS, 2008), tem como responsabilidades na sua articulação com a CCI integrar o seu núcleo consultivo, alertar com os relatórios microbiológicos diários que permitam as atividades de VE, fornecer alertas precoces à CCI em caso de isolamento de MES (quer sejam de colonização, quer de infeção); colaborar na investigação de surtos de infeção e participar como formador na área da prevenção e controlo da infeção, sobretudo no que se refere ao papel do Laboratório na implementação do PNCI e à colheita, transporte e processamento de produtos biológicos ao Laboratório; participar na elaboração das normas e na realização de auditorias internas no que se refere à colheita, transporte, acondicionamento e processamento de produtos biológicos para o Laboratório (DGS, 2008) (APÊNDICE XVI). Todas estas atividades foram observadas durante o período de estágio, exceto o acompanhamento nos surtos (não ocorreu na instituição) e na realização de auditorias internas. De resto, foi possível receber os relatórios diários e os alertas precoces mas compreendo que esta articulação ainda deve ser mais trabalhada ao nível da disponibilização de dados, por exemplo, relativamente à taxa de hemoculturas inquinadas, onde tem sido difícil a articulação dos dois serviços. No entanto, existe uma vontade de ambas as partes em melhorar esta articulação, patente na reunião do núcleo consultivo na qual tive a oportunidade de estar presente, no início do estágio.

A visita ao laboratório de microbiologia foi uma oportunidade única de compreender melhor esta articulação, bem como para a aquisição de conhecimentos aprofundados na colheita e transporte de amostras, funções em que os enfermeiros são fundamentais. Esta atividade foi também uma mais-valia na prática na UCI, resultando em várias conversas informais com a equipa, nomeadamente com o membro dinamizador, no sentido de sensibilizar os colegas para a importância de conhecer os princípios e cumprir as regras de colheita e transporte como fundamental na correta deteção do microrganismo do cliente. Foi possível gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da formação inicial e da minha experiência profissional, avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada e demonstrar um nível de conhecimento aprofundado na minha área de especialização (UCP, 2010).

A formação é uma ferramenta essencial em todos os aspetos de sensibilização e precursor de mudança em Controlo de Infeção. Como afirma a Circular Normativa da DGS, as CCI devem participar no desenvolvimento e monitorização de programas de formação, campanhas e outras ações e estratégias de sensibilização (Portugal, 2007).

O objetivo traçado para o estágio em CCI, compreendia a participação ativa e intervenção na Campanha de Higiene das Mãos. A formação é fundamental para o sucesso e é umas áreas que melhora significativamente a adesão à correta higiene das mãos (WHO, 2009). Tendo em conta a problemática da adesão dos profissionais de saúde a esta técnica, tal como a importância comprovada de que uma correta higiene das mãos diminui significativamente a transmissão cruzada de microrganismos, ocorreu a participação em várias formações nesta área. Nestas formações introduziu se uma área pouco abordada até então nas formações da

instituição e que se prende com o uso de unhas artificiais por parte dos profissionais de saúde que tem vindo a aumentar e que influencia a correta e eficaz higiene das mãos. Esta problemática evoluiu ao longo dos últimos anos nas instituições de saúde a nível internacional, com um aumento significativo de profissionais de saúde com unhas artificiais, apesar da evidência demonstrar que o seu uso é nocivo para uma eficaz descontaminação das mãos (McNeil et al, 2001). Para além de prejudicar a técnica, existem outras complicações do uso deste tipo de unhas como as infeções bacterianas e fúngicas nas unhas dos próprios profissionais, o que promove ainda mais a infeção e a sua transmissão (Shemer et al, 2008).

Segundo McNeil et al (2001) e McGinley et al (1988) na rotina de higiene das mãos dos profissionais, a região subungueal é a mais negligenciada e é que apresenta maior número de microrganismos de todas as zonas da mão.

Conclui-se que após a lavagem das mãos de profissionais de saúde com e sem unhas artificiais, que as mãos dos profissionais com unhas artificiais, apresentavam um aumento do número de microrganismos, assim como a presença de Gram negativos que não fazem parte da flora residual da pele (McNeil et al, 2001).

Deparando-me com a situação-problema detetada pela enfermeira orientadora, e também fazendo parte da instituição em que observo diretamente o número crescente de profissionais com uso de unhas artificiais, participei em várias ações de formação, incorporando esta temática na técnica da lavagem das mãos, com base nestes estudos apresentados anteriormente.

A primeira sessão de formação decorreu no dia 30 de setembro de 2011 para membros dinamizadores relativa à Campanha de Higiene das Mãos. A formação tinha como população alvo os membros dinamizadores dos serviços (médicos e enfermeiros) e consistia numa primeira abordagem às IACS, aos passos para a correta lavagem das mãos, a implementação da campanha no HL e os resultados obtidos nas fases anteriores da campanha. Participei com a apresentação de três estudos relacionados com a utilização de unhas artificiais pelos profissionais de saúde e na sua influência para o controlo de infeção. Foi possível realizar plano de sessão mas não o questionário de avaliação devido ao pouco tempo entre o início do estágio e o dia da formação (APÊNDICE XVII). Os diapositivos da apresentação foram realizados baseados nos artigos científicos referidos, encontrados nas referências bibliográficas das *guidelines* da OMS para a lavagem das mãos (WHO, 2009) (APÊNDICE XVIII).

A utilização de estudos científicos que comprovassem o prejuízo para o controlo de infeção das unhas artificiais, contribuíram não só para sustentar a apresentação, sensibilizar os membros dinamizadores para a problemática, assim como muni-los de evidências científicas quando necessitarem de abordar algum colega dos seus serviços, justificando a sua intervenção. Foram impressos os três artigos e entregues a todos os formandos após a apresentação.

A resposta foi muito favorável e houve várias dúvidas por parte dos membros, que demonstraram a sua preocupação e sentimento de impotência face a esta temática. As

dúvidas, tais como a diferença da utilização de verniz ou unhas de gel, se os estudos integravam estas duas situações e o que diziam as *guidelines* acerca do uso de verniz, foram todas esclarecidas por mim e pela enfermeira orientadora, e contribuiu para o desenvolvimento de competências comunicacionais, com um discurso fundamentado para audiências especializadas (UCP, 2010).

Após esta participação, foi possível colaborar na banca prática da técnica correta de lavagem das mãos, ficando com um grupo de quatro colegas em que era necessário demonstrar a técnica correta, sem ajudas. Foi utilizada o método demonstrativo, cumprindo todos os passos necessários, finalizando com a banca. De acordo com a *guidelines* da higiene das mãos da OMS, são vários os métodos que devem ser utilizados quando se fala em formação para a higiene das mãos. Considera-se que devem-se utilizar mais que um método, não se podendo ficar apenas pelo expositivo. Devem ser utilizados vários métodos, tais como o demonstrativo permitindo o treino dos passos corretos, assim como o ativo em que existe espaço para dúvidas e sugestões, incluindo os formandos na sua própria formação. Quanto mais métodos forem utilizados, é possível dar resposta a várias necessidades dos formandos e melhora o desenvolvimento de competências (WHO, 2009).

Através de conversas informais, considero que a formação foi apelativa e que a apresentação acerca da temática foi bastante proveitosa para todos os formandos. Foi a temática de toda a formação em que surgiram mais dúvidas e em que os membros dinamizadores mais constataram a importância de se encontrar estratégias para atuar nesta área. Por isso, considera-se que foi um tema com pertinência para a prática, apesar desta avaliação ser informal.

Foram realizadas duas formações para Enfermeiros Chefes de Equipa e Assistentes Operacionais (AO). Contribuí com a realização de dois planos de sessão que a CCI não apresentava para estas duas formações (APÊNDICE XIX E XX).

No dia 26 de outubro de 2011, decorreu a formação para Enfermeiros Chefes de Equipa entre as 8h20 e as 20h00. Foram convidados pela CCI vários formadores para abordar a importância do controlo das IACS em vários âmbitos, nomeadamente, precauções básicas; resíduos, roupa e alimentação hospitalar; limpeza e desinfeção do ambiente hospitalar; princípios gerais de antibioterapia; boas práticas em microbiologia; infeções da corrente sanguínea e infeções do trato urinários; técnicas de comunicação e coaching.

Particpei como formadora nas precauções básicas, principalmente na higienização das mãos incluindo a apresentação de estudos acerca do uso de unhas artificiais pelos profissionais de saúde (APÊNDICE XXI). Particpei também com a enfermeira orientadora na banca prática de higienização das mãos. Os diapositivos utilizados para a apresentação foram os mesmos que utilizados na primeira formação.

No final da formação entregou-se um questionário de avaliação já realizado pela CCI e que não passível de ser alterado. É um questionário com escala de Likert com 5 níveis de avaliação de muito baixo a muito elevado. O instrumento apresentava todas as vertentes que precisava

para compreender a pertinência da formação e as competências como formadora que necessitava como avaliação da aquisição das respetivas competências (ANEXO I).

Dos resultados obtidos destaca-se a capacidade de transmissão de conhecimentos da formadora com 52% com nível elevado e 39% como muito elevado; os métodos pedagógicos utilizados com 57% dos formandos classificaram com nível elevado e 43% com nível muito elevado. A avaliação dos conteúdos apresentados dirige-se a todos os conteúdos e não só a minha participação, sendo que os resultados de mais destaque são os conteúdos e a aplicação na prática profissional com 22% dos formandos consideraram que tinha nível elevado e 78% consideraram que era muito elevado; o interesse nos conteúdos apresentaram 70% num nível muito elevado e 26% consideraram um interesse elevado. Estes resultados explanam a boa avaliação em geral da formação e as competências como formadora, na área específica que apresentei (APÊNDICE XXII).

Na formação de Prevenção e Controlo de IACS direcionado para as AO que decorreu no dia 27 de outubro de 2011, das 9h00 às 16h00, foi possível construir o plano de sessão com guião de sessão, utilizando os diapositivos das outras formações. Fui formadora mais uma vez da higienização das mãos e da apresentação dos estudos sobre o uso de unhas artificiais pelos profissionais de saúde. Foi também possível esclarecer dúvidas e participar de forma autónoma na banca prática da higienização das mãos.

A avaliação da sessão fez-se de acordo com o questionário também utilizado na formação da higiene das mãos, com escala de avaliação de Likert e os resultados que se destacam são: a capacidade de transmissão de conhecimentos da formadora com 43% com nível elevado e 53% como muito elevado; os métodos pedagógicos utilizados com 47,5% dos formandos classificaram com nível elevado e 47,5% com nível muito elevado. A avaliação dos conteúdos apresentados dirige-se a todos os conteúdos e não só a minha participação, sendo que os resultados de mais destaque são os conteúdos e a aplicação na prática profissional com 29% dos formandos consideraram que tinha nível elevado e 71% consideraram que era muito elevado; o interesse nos conteúdos apresentaram 76% num nível muito elevado e 24% consideraram um interesse elevado. Estes resultados explanam a boa avaliação em geral da formação e as competências como formadora, na área específica que apresentei, o uso de unhas artificiais e a correta lavagem das mãos (APÊNDICE XXIII).

Foi possível formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, promover formação a elementos de vários serviços e de diferentes categorias profissionais, demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos e comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico foram comprovadas pela avaliação das duas sessões de formação, com os respetivos resultados (UCP, 2010).

As participações nestas formações foram momentos muito importantes no percurso do estágio. É possível contactar diretamente com os profissionais, compreender as suas dificuldades e aspetos em que existem dúvidas. Na formação dos enfermeiros, existiram mais dúvidas durante a apresentação de conteúdos do que nas assistentes operacionais. Foi

sempre uma meta a concretização de método ativo de formação, permitindo aos profissionais interromper e retirar as suas dúvidas, pois eu e a enfermeira orientadora consideramos ser esse o aspeto fundamental destas formações. Esteve sempre presente a capacidade de esclarecer dúvidas e responder de forma clara e concisa. Compreendo que houve uma evolução ao longo das três sessões, ficando cada vez mais autónoma e mais clara tanto na transmissão de conteúdos como nas bancas práticas, em que é necessário um contacto mais direto, mas também organizado para que todos tenham as mesmas oportunidades de treino.

Ainda dentro da atividade da CCI na promoção da formação e participação em campanhas e estratégias de sensibilização, foi possível a construção de vários posters para a divulgação em todos os serviços dos resultados obtidos nas diferentes fases da Campanha de Higiene das Mãos. Sendo não só uma atividade programada no projeto de estágio, a participação na Campanha de Higiene das Mãos, implica também uma necessidade de divulgação dos resultados obtidos na Campanha como forma de sensibilização dos profissionais. E assim tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área de especialização, zelar pela qualidade dos cuidados na área de especialização. A construção destes posters foi não só uma forma de encontrar novos métodos de divulgação dos resultados da Campanha como também um apoio aos membros dinamizadores na sensibilização da sua equipa para esta temática. Como enfermeira da UCI, deparei-me com a inexistência de dados da Campanha em todas as fases, o que compreendi não ser motivador para a mudança das práticas. O feedback dos resultados obtidos na Campanha de Higiene das Mãos é um elemento essencial de estratégia para melhorar a adesão à prática da higiene das mãos (WHO, 2009). A apresentação dos resultados por momentos e por categoria profissional permite detetar as reais necessidades de formação e sensibilização de cada serviço e a sua divulgação auto motiva a equipa a evoluir nos momentos em que a adesão é mais baixa.

Através de conversas informais, o feedback da equipa de enfermagem da UCI (onde trabalho) foi muito positivo à divulgação dos resultados em forma de poster. O que dá uma boa avaliação da atividade, apesar de informal, reforçada com a evidência da importância do feedback nesta campanha.

Foi possível desenvolver, com esta atividade, a capacidade de incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da importância da correta higiene das mãos pelos profissionais de saúde, promover o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros, abordar questões complexas de modo sistemático (UCP, 2010).

O poster apresentado neste relatório é o poster modelo de todos os serviços, apenas alterando os dados específicos para cada serviço. Na impossibilidade de divulgar os dados da Campanha em relatório, o poster não irá conter nenhum resultado, sendo substituídos por símbolos (APÊNDICE XXIV).

A participação como formanda no 3º Curso de Antibioterapia promovido pelo HL que decorreu nos dias 16 e 17 de novembro de 2011 não foi programada ao nível do projeto, mas foi uma atividade importante no meu percurso. Realizei este curso no sentido de aprofundar os meus conhecimentos nesta área que está tão diretamente direcionada com o controlo de

infecção e vice-versa. A sensibilização dos profissionais de saúde para as resistências aos antimicrobianos é uma meta da DGS, contemplada no Programa Nacional de Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos de 2009. A Orientação da DGS n.º 028/2011 de 15/07/2011 refere que as Comissões de Antimicrobianos devem existir em serviços prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, agrupamentos de centros de saúde e unidades de cuidados continuados, como acontece no HL. Estas Comissões de Consultoria devem trabalhar em estreita interação com a CCI, como referido na mesma orientação (Portugal, 2011 b). Com este curso, para a resistência aos antimicrobianos, sendo um assunto muito abordado durante os dois dias, e como enfermeira, enquanto membro da equipa multidisciplinar da UCI, conto sensibilizar a equipa para esta temática, porque apesar de os enfermeiros não serem prescritores de antibioterapia, somos o profissional que assume a responsabilidade na administração pelo que, conhecimentos aprofundados de terapêutica são fundamentais na profissão de Enfermagem (ANEXO II). Com esta atividade, foi possível desenvolver um nível aprofundado de conhecimentos na área da antibioterapia, contribuindo para o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e zelar pela qualidade dos cuidados prestados (UCP, 2010).

#### **Objetivo II – Desenvolver competências para a Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem em contexto de CCI do HL.**

A Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem está presente em todas as áreas da profissão. Vários modelos têm sido propostos ao longo dos anos, no sentido de compreender como tomam os enfermeiros as decisões na prática. Todos os modelos apresentam limitações e mesmo os mais recentes, como o Modelo de O'Neill, foram estudados em poucas áreas da Enfermagem (Banning, 2006).

A prática baseada na evidência tem um papel importante na integração da melhor evidência para otimizar os *outcomes* da intervenção dos profissionais de saúde (Profetto-McGrath, 2010). E na CCI, como já referi anteriormente, a pesquisa bibliográfica é uma ferramenta fundamental, pela necessidade constante de atualização por novas normas e referenciais.

O enfermeiro tem um importante papel ao nível do Controlo de Infeção. A necessidade de incorporar as normas e procedimentos da instituição, baseados nas *guidelines* internacionais, está em todas as intervenções do enfermeiro, em todas as áreas, autónomas e interdependentes. Nunes (2007) refere que as *guidelines* e algoritmos de decisão são facilitadores da tomada de decisão do enfermeiro. O controlo de infeção não é diferente, pois a decisão de não cumprir as normas de referência constitui uma não adesão às boas práticas, o que põe em causa a segurança do cliente. E quanto às suas intervenções autónomas, o enfermeiro assume toda a responsabilidade da sua implementação (OE, 2001).

O enfermeiro deve incluir os resultados da investigação na prática, compreendendo que a realização de boas práticas baseadas em evidência científica serve de base para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). E assim, a necessidade de formação e atualização deve ser uma constante na prática.

O *staphylococcus aureus meticilina-resistente* (MRSA) é um microrganismo multiresistente que se transmite através da via de contacto, que tem vindo a crescer a nível internacional, aumentando também a preocupação com melhores medidas para a sua contenção. Infeções resistentes aos antibióticos “aumentam dias de internamento, piores resultados e elevados custos económicos na saúde” (Halcomb et al, 2008, p. 207). De acordo com o European Antimicrobial Resistance Surveillance System do European Center for Disease Prevention Control (ECDC), em 2010, Portugal tem a mais alta taxa de resistência da Europa com 53% dos casos, ou seja, 53% dos *staphylococcus aureus* detetados são metilicina-resistentes (ECDC, 2010).

A denominação de microrganismos multiresistente foi abandonada nas *guidelines* de 2007, passando a MES, pois passa a incluir o *clostridium difficile*. Assim como o *clostridium difficile*, alguns microrganismos preocupam as autoridades internacionais pela sua disseminação como o norovirus, SARS, entre outros (CDC, 2007). Desta forma, torna-se fundamental a aposta nas precauções básicas de isolamento nas três vias de transmissão: contacto, gotícula e aerossol.

A importância da formação dos profissionais de saúde, com auditorias regulares e um feedback construtivo são estratégias fundamentais para a implementação de boas práticas de enfermagem, tais como uma das áreas de responsabilidade da CCI (Portugal, 2007).

A CCI do HL apresenta as normas realizadas referentes aos três tipos de isolamento há cerca de um ano. Podem encontrar-se na intranet do HL, disponíveis a todos os profissionais. Mas ainda não tinha sido realizada nenhuma auditoria de práticas e foi com esta problemática, na perspetiva de iniciar um projeto importante para o HL, e adquirindo as competências de enfermeira especialista, que se implementou uma auditoria às práticas de isolamento na instituição.

Realizou-se os instrumentos de avaliação da auditoria para os três tipos de isolamento, tendo como base as normas da instituição já realizadas e que diziam respeito principalmente ao ambiente do quarto do cliente em isolamento, a disponibilização de materiais, o conhecimento dos profissionais de saúde de qual o tipo de isolamento, e o conhecimento dos familiares face aos cuidados a ter nas visitas (APÊNDICE XXV).

Outro instrumento de avaliação realizado foi da correta utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais de saúde. Este instrumento de avaliação foi baseado no instrumento da Campanha de Higiene das Mãos, sendo que a sua estrutura facilitou muito na recolha e no tratamento estatístico dos dados (APÊNDICE XXVI).

Dando resposta à minha área transversal, em Controlo de Infeção, a importância da tomada de decisão reside no facto do profissional não agir em conformidade com as normas, pondo em causa a segurança do cliente. Foi construído um pequeno questionário com uma pergunta e várias opções de resposta (escolha múltipla). A questão baseava-se em perguntar ao

profissional quais as razões que o teriam levado a não agir em conformidade com as normas vigentes, após a explicação ao profissional da respetiva não conformidade. As opções de resposta têm por base as *guidelines* da OMS de 2009, da correta lavagem das mãos, pelas razões de não adesão dos profissionais à não lavagem das mãos (APÊNDICE XXVII).

Com todos estes documentos construídos, produzi um documento com a descrição da auditoria, os materiais e métodos, os critérios de inclusão e exclusão, explicando o objetivo da auditoria. Este documento foi entregue ao Coordenador da CCI, à Médica Assistente da CCI, à Direção de Enfermagem, Direção Clínica e aos respetivos Enfermeiros Chefes dos serviços (APÊNDICE XXVIII).

Foi feito um pedido de autorização ao Coordenador da CCI, para a realização da auditoria e autorização para recolha de dados, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Médico-Cirúrgica, que foi concedido (APÊNDICE XXIX).

O tipo de auditoria foi operacional, ou seja, enquanto o cliente se encontra internado (Innocenzo, Setz, 2009).

A auditoria foi realizada em dois serviços distintos do HL entre os dias 2 de novembro de 2011 e 11 de novembro de 2011. Foram realizadas no total cerca de 141 observações em ambos os serviços ao nível do uso de EPI, divididas em 69 observações num serviço e 72 observações no outro, para que auditoria fosse equiparada. Foram aplicadas 7 formulários referentes ao tipo de isolamento, referentes a sete doentes, nos dois serviços em questão.

As aplicações destas grelhas, nas primeiras observações, levaram a uma pequena alteração na grelha de observação de utilização de EPI o que demonstra a importância do pré-teste. Aquando da alteração realizada, tinham sido realizadas cerca de 5 observações. O papel enquanto observadora numa auditoria foi uma experiência totalmente nova. Nunca tinha participado neste tipo de auditorias e foi um papel ao qual tive de me adaptar. Não é fácil observar profissionais de saúde, principalmente, colegas que conhecemos (pois sou profissional da instituição). Adaptei-me e graças a uma comunicação eficaz com os profissionais. Demonstrar uma atitude de não crítica, mas apenas de estudar e ajudar a melhorar o cumprimento das normas, faz toda a diferença nos resultados e na disponibilidade dos observados. Considero que este estudo também funcionou, em ambos os serviços, como pequenos momentos de formação, em situação real e aplicação muito prática para os profissionais que por vezes não cumprem por desconhecimento das normas. E este estudo para além da sua importância de monitorização, foi também importante nestes pequenos momentos de formação, tanto para os profissionais que se demonstraram agradados, como para mim, como formadora e na clareza de transmissão de conteúdos. Com esta atividade, compreendi também que é necessário um grande conhecimento e boa preparação teórica para a sua aplicação, na medida em que, quando referimos ao profissional que agiu em não conformidade, obrigatoriamente temos de explicar o porquê e quais as evidências que suportam estas normas e isso faz com que seja necessário pesquisar e articular os conhecimentos obtidos.

Os resultados da auditoria não são passíveis de colocar em Relatório por serem dados confidenciais do HL. Desta forma, os resultados foram mobilizados com a entrega de um relatório com toda a estatística e com sugestões à CCI de alterações para a mudança de situações práticas e com formações direcionadas às dificuldades sentidas pelos profissionais, assim como as áreas de maior não conformidade. Constitui-se um instrumento bastante importante e fundamental para CCI, numa perspetiva de mudança de práticas e de reforço positivo aos profissionais que cumprem as normas, como também material de continuidade de melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, penso ter adquirido várias competências como a comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional aos profissionais de todas as categorias profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), participar e promover a investigação em serviço, demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros; demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização e formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, em formação autónoma, sistemática e crítica (UCP, 2010).

Como enfermeira perita em UCI, esta atividade permitiu uma melhoria na minha prestação de cuidados e na sensibilização da minha equipa, para esta temática. Foram várias as situações em que detetei não conformidades e que sensibilizei os meus colegas para que se alterassem as práticas, remetendo muitas vezes para a consulta das normas na intranet. Portanto, este estágio é já um precursor de mudança na minha prática como enfermeira em UCI, tendo construído um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparo.

A elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas é uma das áreas de responsabilidade da CCI em que pude participar ativamente (Portugal, 2007). Considero que a elaboração dos procedimentos relativos à prevenção de infeção urinária associada a dispositivos urinários foi uma atividade muito interessante e fundamental na prática de enfermagem na CCI. Em Inglaterra foi conduzida uma auditoria com uma população de 400 clientes apenas com cateter vesical não incluindo outro tipo de dispositivo urinário demonstraram que existia algumas áreas que existiam não conformidades tais como a limpeza do meato urinário com clorexidina; não utilizar lubrificante na cateterização vesical da mulher; e quebra do circuito fechado com mudanças de saco coletor; não uso de avental pelo profissional e não existirem registos de limpeza do meato urinário diário (Dailly, 2012). Não sendo um estudo nacional, poderá refletir as necessidades de formação dos profissionais na prática, em controlo de infeção. O HL não apresentava procedimentos de prevenção e controlo de infeção em dispositivos urinários. Perante esta problemática, a realização de procedimentos nesta área tornou-se importante como projeto necessário ao HL e na aquisição de competências de enfermeira especialista.

A pesquisa bibliográfica foi essencial, tendo tido a necessidade de colocar uma lista de todas as *guidelines* em portfólio pela enorme quantidade de referências consultadas. A necessidade de realizar procedimentos atualizados, com os últimos estudos é uma

preocupação constante e é por isso que a DGS refere que a atualização das normas deve ter periodicidade trienal ou sempre que haja níveis de evidências que o justifiquem, pela necessidade constante de novas informações disponíveis para cada área de intervenção na prática (Portugal, 2007). Este procedimento permitiu-me adquirir várias competências como gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial e da formação pós-graduada, demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e zelar pela qualidade dos cuidados na área de controlo de infeção (UCP, 2010).

A norma realizada, à data da entrega do Relatório, ainda se encontra para aprovação do Conselho de Administração do HL, assim como do Coordenador da CCI.

A norma não se encontra disponível para ser divulgada em Relatório por ser um documento oficial do HL, no entanto, e dando continuidade ao método científico, realizei um artigo científico sobre o estado da arte sobre os cuidados de enfermagem associado à prevenção e controlo da infeção urinária associada a dispositivos urinários para publicação (APÊNDICE XXX)

Considero ter dado resposta aos objetivos deste módulo com as atividades desenvolvidas. “A aquisição de competências necessita de um contacto permanente com a prática, a mobilização, integrada e contextualizada de diferentes saberes de encontro à construção da identidade profissional” (Alarcão, Rua, 2005, p.376). O contexto da CCI foi inovador para a prática, mas a mobilização dos saberes já adquiridos, adaptados a um novo contexto, permitiu-me um crescimento enquanto profissional.

## 2. CONCLUSÃO

A autonomia encontra-se em todas as áreas da enfermagem e em todas as intervenções, quer sejam autónomas ou interdependentes. Isto porque o enfermeiro deve responsabilizar-se pelos seus atos, quer tenha sido o prescritor inicial ou outro profissional de saúde (Nunes, 2006).

Ao longo deste relatório fica patente a importância e a presença da tomada de decisão autónoma do enfermeiro, em todas as áreas desenvolvidas: a prestação de cuidados, a gestão, formação e investigação.

A prestação diária de cuidados de enfermagem, em que a centralidade dos cuidados é o cliente, a autonomia na decisão prende-se com os cuidados diretos ao cliente, segundo as suas necessidades, quer em situações já previstas ou situações imprevistas e difícil decisão, como no caso da UCI ou SU.

Na gestão de cuidados em que a liderança da equipa é um promotor de desenvolvimento dos outros profissionais, o enfermeiro decide sobre o desenvolvimento das áreas necessárias para atingir a qualidade dos cuidados, ou seja, no apoio aos cuidados prestados, à gestão dos recursos e a promoção do desenvolvimento das competências. Estes aspetos são referenciados, principalmente na UCI, nos turnos em que realizo chefia de equipa.

Na formação, direcionada para a autonomia de acordo com as necessidades formativas da equipa, desenvolvendo competências para a qualidade e segurança do cliente. Como refiro anteriormente, a aquisição do conhecimento é uma estratégia que facilita a tomada de decisão. Ao longo dos estágios, as formações e sessões de sensibilização realizadas foram comprovadamente pertinentes para a prática, através dos resultados dos questionários de avaliação, validando assim competências desenvolvidas nesta área da formação através da área transversal escolhida. A demonstração da importância de algoritmos e *guidelines* como facilitadores da decisão, em situações imprevistas e inesperadas. A construção de posters em conformidade com as evidências mais recentes ou a realização de normas e procedimentos dirigidos para as necessidades dos profissionais são mais exemplos de como podemos facilitar a tomada de decisão com a aquisição de conhecimentos e *guidelines*.

A investigação direcionada para a realidade dos serviços, deu visibilidade aos cuidados prestados, apresentando-se resultados aos profissionais e à instituição. Funcionou não só como reforço positivo mas também demonstrou as intervenções autónomas (SU) ou os fatores que levam os profissionais à decisão de não cumprimento de normas (CCI). Apesar de intimamente ligada à prática, a investigação tem como objetivo estudar a centralidade dos cuidados, com o desenvolvimento da enfermagem, como ciência com corpo de conhecimentos próprios (Nunes, 2006).

Amendoeira (2004, p.24) refere que a “Enfermagem tenta construir a sua autonomia a partir de lógicas e linguagens posteriormente legitimadas científica e socialmente.” Considero que foi com este objetivo que construí o projeto de estágio, e por fim o relatório, onde se demonstra a necessidade de desenvolver competências de enfermeira especialista, procurando não só um

autodesenvolvimento, mas também um desenvolvimento dos profissionais da minha instituição, num caminho de excelência.

Demonstrar aos profissionais a sua autonomia, é dar visibilidade aos cuidados que prestam diariamente na instituição, centrando os seus cuidados no cliente/família, como alvos de cuidados seguros, refletidos e cientificamente suportados com evidências.

O relatório pretende espelhar o meu percurso ao longo dos dois estágios (SU e CCI), como um caminho árduo mas gratificante. Considero ter desenvolvido as competências necessárias ao título de enfermeira especialista na área de especialização Médico-Cirúrgica, recorrendo ao pensamento crítico, baseada em evidência científica, e na procura de demonstrar a importância do papel da enfermagem institucional e social.

O módulo de UCI representa as competências que desenvolvi e continuarei a desenvolver ao longo da vida, explorando algumas situações reais e sentimentos vividos todos os dias no serviço. A minha experiência como perita foi fator facilitador de desenvolvimento de competências nos outros módulos. Mas todas as competências desenvolvidas nos módulos de SU e CCI, foram motor de mudanças nos meus cuidados de enfermagem como refiro ao longo do cumprimento dos objetivos.

Os objetivos traçados no início deste relatório foram alcançados, pois foi possível fundamentar a área transversal da Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem, explicitar os objetivos atingidos ao longo dos dois módulos no SU e na CCI do HL. Ao longo da descrição das atividades realizadas e dos resultados das mesmas, foi possível demonstrar o desenvolvimento de competências, inseridas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional (UCP, 2010). Para além disso, foi possível demonstrar essas mesmas competências ao nível do módulo creditado na UCI.

Os estudos realizados sobre a Tomada de Decisão Autónoma são vastos, mesmo em português, mas penso que deveria ser explorada de forma específica para cada área de Enfermagem, à semelhança do que encontramos em estudos internacionais. Considero que a escolha deste tema para área transversal será algo inovador e espero dar ênfase a esta temática que está presente na nossa prática diária e que é tão importante para a profissão.

A limitação na realização deste relatório que espelha o meu percurso, foi a gestão do tempo de acordo com as atividades que queria pôr em prática. As atividades têm de ser definidas de acordo com o tempo de estágio, mas nem sempre foi facilitador devido às autorizações ou pareceres positivos das comissões.

Com a obtenção do título de enfermeira especialista tenciono apresentar o artigo sobre o estado da arte da prevenção e controlo de infeção relacionados com os dispositivos urinários. De uma maneira geral, pretendo concretizar o meu objetivo inicial: crescer como profissional que cuida com evidência, reflete na prática e tem como objetivo único a excelência nos cuidados de enfermagem.

A Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem está em tudo o que realizamos e intervimos. Posso concluir que a realização do Mestrado em Enfermagem na área de

especialização em Médico-Cirúrgica foi uma estratégia facilitadora para desenvolver a minha própria tomada de decisão autónoma.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília – Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto Enfermagem*. 14:3 (2005) 373-382.

ALLIGOOD, A. M.; TOMEY, M. R. - *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6

AMENDOEIRA, José – *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem. Uma transição inacabada*. Tese de Doutoramento para obtenção de grau de Doutor, com orientação do Sr.º Professor Doutor Sérgio Grácio, pela Universidade Nova de Lisboa em 2004. Texto policopiado.

ARAÚJO, Nuno – *Ações autónomas em Enfermagem - Ganhos em Saúde*. Tese de Mestrado em Ciências Empresariais orientada pela Prof.ª Maria Manuela Martins e co-orientada pelo Prof.º Raúl Guimarães e apresentada na Universidade Fernando Pessoa em Março de 2008. Texto policopiado.

AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana – *Metodologia Científica*. 9ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. 178p. ISBN 978-972-54-0212-2

BANNING, Maggi – A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*. 1365-2702. 17:2 (junho 2006) 187-195.

BARBOSA, António; NETO, Isabel – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. 814p. ISBN 978-972-9349-22-5.

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

CASTRO, Cidália; VILELAS, José; BOTELHO, Maria. – A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. [S.l.] 0873-8904. 15:2 (2011) 41-56

CENTER OF DISEASE CONTROL. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf> 20-04-2011 10:30

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0*. Genebra: ICN, 2005. 210p. ISBN 92-95040-36-8 [Traduzido por Ordem dos Enfermeiros]

COSTA, José – *Métodos de prestação de cuidados*. Artigo publicado em Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. 2004.

COUTO, Germano; FERRAZ, Carla – *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência, 2005. 181 p. ISBN 972-8383-92-4

DAILLY, Sue – Auditing urinary catheter care. *Nursing Standard*. [S.l.] 0029-6570. 26:20 (2012) 35-40.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: 2007.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cuidados de Saúde - Manual de Operacionalização*. Lisboa: 2008.

ESTRADA, José [et al] - Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *ACIMED*. [S.l.] 1024-9435. 20:4 (2009) 67-75.

EUROPEAN CENTER OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Susceptibility of *Staphylococcus aureus* isolates to Methicillin in participating countries in 2010 [http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/database/Pages/table\\_reports.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/database/Pages/table_reports.aspx) 20-03-2012 20:00

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL – Guidelines for Resuscitation 2012 <http://www.cprguidelines.eu/2010/> 20-01-2012 15:00

GRIFFITHS, R.; JEFFERIES, D.; JOHNSON, M. - A meta-study of the Essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*. [S.l.] 1322-7114. 16:2 (abril 2010) 112-124.

HALCOMB, Elizabeth; GRIFFITHS, Rhonda; FERNANDEZ, Ms Ritin – The role of patient isolation and compliance with isolation practices in the control of nosocomial MRSA in acute care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. [S.l.] 17441595. 6:2 (Junho 2008) 206-224.

HESBEEN, Walter – Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Ação na perspetiva do Cuidar. Loures: *Lusociência*. 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7.

HOSPITAL DA LUZ. <http://www.hospitaldaluz.pt>. 18-02-2012 23:00

HOSPITAL DA LUZ. Plano Operacional de Prevenção de Controlo de Infeção <http://www.hospitaldaluz.pt> [intranet]. 20-01-2012 10:00

INNOCENZO, M.; SETZ, V. - Avaliação da qualidade dos registos de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Ata Paulista de Enfermagem*. [S.l.] 0103-2100. 22:3 (2009) 313-317.

JESUS, Élvio Henriques de – *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Amélia Lopes e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar em 2004. Texto policopiado.

JOINT COMMISSION. Accreditation Standards for Hospitals. [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org). 10-02-2012 14:30

KELLEY, Tiffany; BRANDON, Debra; DOCHERTY, Sharron - Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. *Journal of Nursing Scholarship*. [S.l.] 1547-5069. 43:2 (fevereiro 2011) 154-162.

MARINIS, M.G.; PIREDDA, M.; PASCARELLA, M.; VINCENZI, B.; SPIGA, F.; TARTAGLINI, D.; ALVARO, R.; MATARESE, M - 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*. [S.l.] 1365-2702; 19 (2010) 1544–1552

MARTINS, Zélia – *Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de Atendimento Urgente/Permanente*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, sob orientação de Prof. Doutor Manuel Rodrigues. 2010. Texto policopiado.

MCBRIEN, B., WHYNE, C., REILLY, R. - Non-invasive ventilation: a nurse-led service. *Emergency Nurse*. [S.l.] 1354-5752. 17:6 (2009), 30-35

MCGINLEY, K.; LARSON, E.; LEYDEN, J.- Composition and Density of Microflora in the Subungual Space of the Hand. *Journal of Clinical Microbiology*. [S.l.] 0095-1137. 26:5 (1988) 950-953.

MCNEILL, Shelly; FOSTER, Catherine; HEDDERWICK, Sara; KAUFFMAN, Carol – Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial Soap or Alcohol-Based Gel on Microbial Colonization of Artificial Fingernails Worn by Health Care Workers. *Clinical Infectious Diseases*. [S.l.] 1058-4838 32 (2001) 367-372.

MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: development and progress*. 3ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams and Williams, 2005. ISBN 0-7817-5767-3

NEVES, José; GARRIDO, Margarida; SIMÕES, Eduardo - Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais – Teoria e prática. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo. 2008. 539 p. ISBN 978-972-618-477-5

NUNES, Fernando – Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Nursing*. Lisboa. 0871-6196. (março 2007); p. 7-11

NUNES, Lucília – Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em Enfermagem. maio 2006. Comunicação no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros [Disponível da Ordem dos Enfermeiros]

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (dezembro 2001) p.1 -16. [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt) .20-02-2012 10:00

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

PORTUGAL. Diário da República – Código Deontológico do Enfermeiro: D.R.: I Série, n.º 111/2009 (2009), p. 6528- 6550.

PORTUGAL. Diário da República - Regulamento das Competências Comuns Enfermeiro Especialista: D.R.:II Série, n.º122/2011 (2011), p.8648-8653.

PORTUGAL. Diário da República – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: D.R.:I Série, n.º 104/1998 (1998), p.1739-1757.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. - *Orientação N.º 028/2011*. 2011-07-15. *Comissões de Antimicrobianos*. [Disponível na DGS]

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – *Circular Normativa N.º 18/DSQC/DSC.2007-10-15*. *Comissões de Controlo de Infeção*. [Disponível na DGS]

PROFETTO-MCGRATH, Joanne; NEGRIN, Kelly; HUGO, Kelly; SMITH, Karen – Clinical Nurse Specialist's Approaches in Selecting and Using Evidence to Improve Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. [S.l.] 1545-102X1. 7:1 (2010) 36-50

RAMEZANI-BADR, Farhad; NASRABADI, Alireza Nikbakht; YEKTA, Zohre Parsa; TALEGHANI, Fariba – Strategies and Criteria for Clinical Decision Making in Critical Care Nurses: A qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*. [S.l.] 1547-5069. 41:4 (2009) 351–358

RODRIGUES, Márcia; CORDEIRO, Carla – CIPE – Um contributo para a Enfermagem...ou uma nova maneira de registar?. [S.l.] Sinais Vitais. 0872-0844. 74 (2007) 65-66

ROSE, Louise; GERDTZ, Marie – Review of non-invasive ventilation in the emergency department: clinical considerations and management priorities. *Journal of Clinical Nursing*. [S.l.] 1365-2702. 18 (2009) 3216-3224.

ROSE, Louise - Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?. *Nursing in the Critical Care*. [S.l.] 1478-5153. 16:1 (2011) 5-10

SERRANO, Maria; COSTA, Arminda da; COSTA, Nilza – Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência (s)?. *Revista de Enfermagem Referência*. [S.l.] 3 (2011) 15-23.

SHEEHY'S, Susan – *Enfermagem de Urgência – da Teoria à Prática*. 4ª Edição. Loures:Lusociência, 2001. 876 p. ISBN 972-8383-16-9.

SHEMER, A.; TRAU, H.; DAVIDOVICI, B.; GRUNWALD, M.; AMICHAJ, B. - Onychomycosis due to artificial nails. *Journal of European Academy of of Dermatology and Venereology*. [S.l.] 1468-3083. 22 (2008) 998–1000.

SHIMIZU, Helena; COUTO, Djalma; MERCHAN-HAMANN, Edgar. - Pleasure and Suffering in Intensive Care Unit Nursing Staff. *Revista Latino-Americana Enfermagem* [S.l.] 0104-1169. 19:3 (2011) 565-572

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Transporte do Doentes Críticos – Recomendações. 2008. [http://www.spici.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spici.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf). 18-02-2012 20:00

UCP-ICS/ESPS – Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. Regulamento Geral. 2010.1-14

WHO - *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Geneva: WHO publications. (2009)  
ISBN 978-924-159790-6

WILSON, Jennie – *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. Loures: Lusodidacta, 2004. ISBN  
0185-000-13162

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**REFLEXÕES CRÍTICAS NO SU**

## REFLEXÕES CRÍTICAS NO SU

As situações que se seguem, refletem situações vivenciadas no SU. Estas reflexões tendem a dar resposta às várias competências pretendidas para o objetivo “Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente e sua família de médio a alto risco, em contexto de SU.”

O senhor que me refiro, é o Sr. N, 70 anos, deu entrada no SU referenciado da consulta de Medicina Interna e de seguida, deu entrada para o SO. Apresenta antecedentes pessoais de cor pulmonale /IC classe II/III; enfisema tabágico; IRC; FA crónica (ACO); HDA em 2010 por INR elevado. Dá entrada por queixas de cansaço a pequenos esforços, polipneico e edemas mais acentuados nos membros inferiores.

Quando recebi o turno, o Sr. N. encontrava-se já no SO, monitorizado (ritmo sinusal, FC= 80 bpm, TA = 105/53 mmHg, FR = 20 ciclos/min, SatO<sub>2</sub> = 88%, Escala de dor = 0). Apresentava-se com Glasgow de 15, um pouco preocupado com a sua situação de saúde. Sinais vitais estáveis mas saturações periféricas de oxigénio de 88%. Coloquei O<sub>2</sub> por óculos nasais a 2l/min, com conhecimento médico que se encontrava no SO. Questionei antes porque poderia o médico querer realizar gasometria antes da colocação de O<sub>2</sub>. Falei com o senhor, como se sentia, o que me responde ainda muito cansado. Já tinha realizado análises que revelam anemia, e função renal com valores agravados da sua já anterior insuficiência renal.

Como a história do Sr. N. também apresentava uma hemorragia digestiva alta recente por INR elevados, mais uma vez existia essa suspeita, e haveria necessidade de colocação de sonda nasogástrica assim como instituir terapêutica para a insuficiência cardíaca. Assim decidi a colocação de sonda nasogástrica, por existir a possibilidade de uma hemorragia ativa, que decorreu sem intercorrências. O Sr. N. ficou ansioso mas, após a explicação da necessidade desta sonda, o senhor concordou que seria o melhor para ele e aceitou. Após a colocação de sonda, conteúdo gástrico sem vestígios de drenado hemático, o senhor ficou mais cansado, mas com oximetrias sempre bem.

Instituí então a terapêutica prescrita, e após ver a terapêutica, com duas perfusões contínuas de esomeprazol e furosemida. Assim, decidi colocar novo acesso periférico ao Sr. N, pois apenas apresentava uma. Expliquei-lhe a situação e o senhor aceitou, um pouco queixoso porque “não gosta de picadelas”. Quando lhe falei na medicação que teria de fazer, por causa do coração ele respondeu “Pois, eu sei Sra, Enf.<sup>a</sup>. Já fiz essa medicação muitas vezes e é sempre preciso mais picadelas. Não se preocupe”

Sendo assim, puncionei novo acesso venoso periférico e administrei a medicação. Após isso, compreendi uma outra necessidade. A necessidade de algaliar o Sr. N para avaliação e vigilância do débito urinário, até porque a dosagem de furosemida era elevada (200 mg/50cc a 2cc/h). Aqui, quando referi ao médico e à enfermeira orientadora que devia algaliar o senhor, eles concordaram comigo, decidimos apenas esperar um pouco porque o senhor estava cansado apesar de apresentar sinais vitais estáveis, mas também cansado de tantos tubos e tantas intervenções.

Esprei um pouco e depois fui explicar ao senhor a necessidade de colocar uma algália e expliquei-lhe que iria começar a urinar mais do que o normal e que teríamos de contabilizar o seu débito urinário. O senhor ficou renitente, mas que compreendia porque sempre que ia ao hospital, precisavam sempre de contabilizar a sua urina. Decorreu sem intercorrências, e foi uma técnica rápida, e o senhor referiu alívio logo de seguida.

Foi então transferido para a unidade de intermédios, acompanhei-o à unidade, passei o cliente ao colega, e fui-lhe explicando como era o espaço físico da unidade, com muitas máquinas, todas necessárias para a sua correta vigilância mas também muito mais cómoda, com TV e internet. Quando chegou ao local, ficou muito agradado e agradeceu muito a todos os profissionais.

Comuniquei um pouco com o Sr. N., considero que muito pouco estavam a entrar mais clientes para o SO e todos necessitavam da minha intervenção. Com o sr. N, o que me levou a realizar esta reflexão, é mesmo que no meio da “confusão” que é o SO, consegui comunicar com o Sr. N e soube algumas questões sobre a sua doença de IC, dos vários internamentos com o mesmo diagnóstico, como isso o deixa triste mas a pensar sempre no futuro e com esperança em melhor e voltar para o seu lar. O Sr. N vive sozinho, com a ajuda de uma empregada que limpa a sua casa. A sua esposa faleceu há cerca de 5 anos, não tem filhos, tem apenas dois sobrinhos que são médicos “e nunca têm tempo”. Come sempre em restaurantes e quando lhe disse que tinha de ter bastante cuidados com a alimentação por causa da insuficiência cardíaca e renal, responde-me “eu porto-me sempre bem, senhora enfermeira”. Considero que não houve tempo para comunicar da forma como eu gostaria, porque é sempre tudo muito rápido e quando se transfere clientes, acabamos sempre por pensar que temos mais 4 ou 5 clientes no SO a precisar de nós. Mas consigo estar disponível para escutar e compreender as necessidades do cliente. Foi com alguma alegria que quando, nesse mesmo turno, fui transferir um outro cliente para a mesma unidade, e o Sr. N acenou-me, muito sorridente, lembrava-se no meu nome e disse-me “Sra. Enfermeira, isto aqui é realmente muito melhor, só falta você vir para cá” (sic). O que em termos de validação foi bastante importante.

Desta forma, penso que é possível uma atuação rápida, com definição de prioridades face à situação do cliente, e ao mesmo tempo estabelecer uma comunicação eficaz, para que o cliente sinta que estamos ao seu lado e que escutamos as suas necessidades, o que sentem necessidade de exprimir face aos seus medos e ansiedades de uma situação aguda de doença.

A Sra. M. de 51 anos deu entrada no SU no dia 9/06/2011 cerca das 15h00, com queixas de desconforto pré cordial, palpitações acentuadas desde ontem. Eupneica, com saturações periféricas de oxigénio de 99%. Sinais vitais: FC = 189-195 bpm, TA = 126/68 mmHg, FR= 35 ciclos/min, Escala de dor = 2 ao nível esternal, dor tipo “picada” (sic) Triada com nível 2, foi direcionada logo de seguida para o SO, para realização de ECG e monitorização contínua.

No SO, recebi a Sra. M. que se encontrava muito ansiosa, chorosa, muito preocupada com a sua situação, referindo que estes episódios já tinham acontecido no passado, cerca de duas vezes, e que estaria neste momento, a ser seguida em consulta de Cardiologia.

De imediato a Sra. M. foi monitorizada apresentando um traçado cardíaco em taquicardia supra ventricular com resposta ventricular de 180-190 bpm, normotensa, com boas saturações periféricas de oxigénio. Ao longo destas intervenções fui sempre comunicando com a Sra. no sentido de a tranquilizar, explicando que iríamos fazer medicação e que faríamos tudo ao nosso alcance para reverter a situação. Respondeu-me apenas que deixasse entrar a filha assim que ela estivesse melhor, porque tinha medo que ela se assustasse com tantos fios.

Eu respondi-lhe que sim, que não me iria esquecer, enquanto se punçionava um acesso venoso periférico no sangradouro esquerdo para realizar a adenosina, que entretanto, o médico já tinha dito que seria esse o tratamento a realizar. Colocámos o carro de urgência ao lado da doente, monitorizei com o desfibrilhador, e preparei a adenosina. Apesar de existirem alguns requisitos relativamente à preparação e administração de adenosina, considero que não foi uma novidade para mim, pois já a administrei anteriormente. Desta forma, a adenosina tem de ser dada direta, em segundos, preferencialmente num catéter endovenoso de médio/grande calibre. Considero que segui estes passos de forma correta e para além disso, não senti nenhum receio ou dúvidas por ser uma situação de urgência, em que é necessário atuar rapidamente. Também considerei que as instruções da equipa médica foram claras e dadas de forma calma, sem percalços.

Foi explicado o que iria acontecer à Sra. M antes de se administrar a adenosina e ela respondeu a tudo que sim, pois já lhe teriam feito esta medicação por duas outras vezes. Após a administração de 6 mg de adenosina, o traçado cardíaco converteu em ritmo sinusal. Imediatamente, a Sra. M referiu melhoria das palpitações e dor torácica, ficando com uma FC= 89 bpm.

Expliquei então que já estava melhor, que a medicação tinha feito o seu efeito e que poderia estar mais descansada. Perguntei se não queria que chamasse a sua filha e disse-me que ainda não, porque precisava de chorar um pouco para libertar toda a ansiedade. Fiquei um pouco com a senhora, entretanto chegou o cardiologista que a informou que esta era uma situação que poderia ser resolvida de forma definitiva, com uma ida à sala de Hemodinâmica com a eletrofisiologia. Quando a questionou se não gostaria de realizar esta intervenção mais tarde, em ambulatório, ela respondeu prontamente que sim, pois “agora tenho netos, tenho de cá estar para cuidar deles” (sic). No entanto, considero que seria necessária uma explicação mais abrangente dos riscos e complicações decorrentes desta técnica, mas a realização de uma consulta posteriormente seria o local ideal, pois neste momento, a Sra. ainda se encontrava muito ansiosa, não iria assimilar toda a informação necessária.

Fui até à sala de espera, expliquei à filha da Sra. M. que ela estaria ligada a alguns fios, com muitas máquinas por perto mas que de facto a situação estava estabilizada, e teria então de ficar em vigilância. A filha entrou, não demonstrou ansiedade face à parafernália de equipamentos e falaram as duas. A Sra. ficou contente de a filha estar presente.

Considero que esta situação, que é sempre de algum stress e rapidez, foi um bom trabalho de equipa, fundamental num SU. As equipas de profissionais de saúde trabalham num ambiente com muito stress, complexidade e com necessidade de decisões rápidas e importantes para o estado de saúde dos clientes. Desta forma, um trabalho de equipa eficaz pretende reduzir os erros clínicos e incrementar a segurança do cliente (Salas et al, 2007).

Nesta situação especificamente considero que a linguagem foi clara entre todos os profissionais, as funções estavam distintas e todos sabiam o que fazer, o objetivo era o mesmo no sentido de melhorar a situação de saúde da doente e houve confiança entre todos os membros. A equipa médica confiou plenamente na equipa de enfermagem e vice-versa. Todos os passos dados foram de acordo com as *guidelines* do Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC, 2010), com o algoritmo da taquidisritmia, e sabe-se que o uso de protocolos é uma ferramenta importante na uniformização de prática e de linguagem entre as equipas de saúde.

Concluo que foi uma situação em que atuei e foi muito gratificante na medida em que foram intervenções bem sucedidas, e que demonstram a capacidade de definir prioridades e atuar em situação crítica com calma e eficácia. Demonstra também que apesar de existirem situações que as intervenções têm de ser imediatas, é possível não descurar a comunicação com o doente, pois a confiança na equipa, é um importante passo para a recuperação do doente, desenvolvendo-lhe um sentimento de segurança nos cuidados prestados.

**APÊNDICE II**  
**GUIÃO DE COMUNICAÇÃO NO SU**

## REFLEXÕES COMUNICAÇÃO

<b>RECONHECER O OUTRO</b>	<b>Sr.ª A. 58 anos, etnia cigana, acompanhado da esposa, IC descompensada, entrada por dispneia com melhoria. 2º Turno</b>
<b>OBSERVAÇÃO</b>	<p>Capacidade de concentração e tentei dar muita atenção ao sr., às suas necessidades, considerar as suas reclamações e perceber o que se facto o perturbava.</p> <p>Muitos fatores afetaram a observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O meu 2º turno no AMP e para mim também muita coisa desconhecida (pensamentos paralelos)</li> <li>- Atitude defensiva do sr. que se encontrava muito chateado</li> </ul>
<b>ESCUTA ATIVA</b>	<p>Acho que mostrei a minha compreensão constante com as questões que o sr. colocava nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O facto de estar no SO e não num quarto porque não havia vagas.</li> <li>- O facto de não gostar do jantar que enviaram</li> <li>- O facto de querer dirigir-se para o wc quando a sua situação de saúde não o permitia</li> </ul>
<b>ESPECIFICIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exprimi-me com linguagem clara, simples de forma a ser entendida e levei o cliente a exprimir-se também, apesar de ele não ter problemas em exprimir-se. Mas dei espaço.</li> </ul>
<b>COMUNICAÇÃO FUNCIONAL</b> - Simplicidade - Concisão - Precisão - Clareza - Pertinência - Flexibilidade - Adaptação ao contexto e às preocupações e interesses da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consegui comunicar com simplicidade, concisa mas nem sempre foi possível a precisão e a clareza. Porque havia muitas questões que o senhor colocava que eu tinha de responder: “Eu vou perguntar à minha colega e venho-lhe dizer”, ou “vou ver se isso é possível”. Exemplos:</li> <li>- O não haver vaga consegui esclarecer e explicar que não havia vagas mas que o sr. se encontrava no quarto de isolamento e por isso, mais resguardado, apesar do incómodo de estar no SO. Cheguei a dizer que compreendia e que o sr. tinha razão mas era uma questão de vagas e que não podia fazer nada;</li> <li>- Relativamente ao jantar, eu pensei logo em pedir um novo e perguntar-lhe do que gostaria de comer mas tive de ir perguntar à Orientadora se era possível e o como se podia pedir. No entanto, pediu-se novo jantar e o senhor comeu com agrado;</li> <li>- A questão do WC, disse que na minha opinião, o sr. necessitava de monitorização hemodinâmica e que a sua situação de saúde não permitia, mas aí a Orientadora teve de intervir porque ele estava irredutível. Foi possível sentar na cama e colocar a arrastadeira numa cadeira, com a monitorização. Aqui acho que a intervenção da Enf.ª foi mesmo encontrar uma solução de meio-termo, que desse algum conforto ao senhor e que permanecesse os cuidados necessários. Aqui fiquei um pouco insegurança de tomar esta decisão, acho que era ainda o 2º turno e ainda não compreendia bem a dinâmica e flexibilidades das situações. A minha preocupação por aquela necessidade do cliente estava presente mas precisei de ajuda para intervir.</li> </ul>
<b>RELAÇÃO</b> - Aceitação - Respeito - Empatia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acho que houve uma aceitação pela minha parte em como aquele cliente tinha necessidades, e que deveriam ser ouvidas e satisfeitas, dentro das minhas possibilidades. Necessitei de ajuda para estas soluções mas estive presente e aceitei as suas questões que estariam a comprometer o seu bem-estar.</li> <li>- Respeitei as suas questões e não julguei por serem questões menores</li> <li>- Acho que a empatia é um sentimento muito profundo de compreensão que considero ser muito difícil de atingir nesta situação em serviço de urgência. O tempo necessário não foi possível nesta situação porque estavam sempre clientes a entrar para o SO e o objetivo também era integrar-me nesta nova dinâmica para mim. Considero que não houve para um sentimento de compreensão mais profundo a esse nível.</li> </ul>

RECONHECER O OUTRO	<b>Sr.ª P.17 anos, cefaleias intensas com melhoria após medicação no domicílio e na Sala de Tratamentos. Entra no SO para realização de RNM e vigilância, acompanhada da mãe. 4º turno</b>
OBSERVAÇÃO	Capacidade de concentração e tentei dar muita atenção à cliente., às suas necessidades, e perceber o que a perturbava. Muitos fatores afetaram a observação: - Pensamento paralelos (acho que são uma constante porque estou sempre preocupada com o que ainda tenho para fazer e os clientes que estão a entrar e os que estão a sair) mas melhores que no 2º turno. - Muita ansiedade da cliente; observei-a sentada na cama, com nítido medo de se deitar, a olhar para o monitor, com um olhar assustado, tremores nas mãos.
ESCUITA ATIVA	Acho que mostrei a minha compreensão constante com as questões que a cliente colocava: - não percebia porque estava ali - nunca tinha estado numa cama de hospital - “desmaio quando vejo agulhas” - quando disse que precisava de avaliar a TA a resposta. “mas já avaliei na outra sala”
ESPECIFICIDADE	- Exprimi-me com linguagem clara, simples de forma a ser entendida e levei o cliente a exprimir-se também, porque compreendi que quanto mais explicava a situação, o porquê das intervenções que teria de realizar, o facto de explicar que a mãe a podia acompanhar sempre, que estava no quarto de isolamento para poder estar mais resguardada do barulho e da luz artificial (cefaleias), mais a cliente relaxava e mostrava-se menos tensa.
COMUNICAÇÃO FUNCIONAL - Simplicidade - Concisão - Precisão - Clareza - Pertinência - Flexibilidade - Adaptação ao contexto e às preocupações e interesses da pessoa	- Consegui comunicar com simplicidade, concisa, precisão e clareza. Todas as questões que a cliente colocou eu consegui responder, sem necessitar de validar com a Orientadora, o que também aumentou a minha segurança e da cliente. - Não dei informação toda logo no inicio, tentei ir dizendo as intervenções à medida que ia precisando de as fazer, para não aumentar os níveis de ansiedade: por exemplo, primeiro expliquei o porquê de avaliar os sinais vitais, depois expliquei o porquê de puncionar um AVP (dar medicação, colher análises, dar medicação para melhorar as cefaleias), e depois o tempo que demorava a RNM. A cliente estava preocupada porque queria voltar no mesmo dia para a escola e expliquei-lhe que o exame era demorado e poderia não conseguir e que seria recomendável repousar, mesmo que em casa. - acho que houve uma adaptação ao contexto e às preocupações da cliente. - a cliente acabou por no final da interação estar deitada no leito, mais calma ao pé da mãe, a ler uma revista (que eu disse que poderia ter para descontrair se ajudasse) e acabou por referir que sempre que precisasse de colher análises iria ao hospital perguntar por mim porque “não tinha doido nada”
RELAÇÃO - Aceitação - Respeito - Empatia	- Acho que houve uma aceitação pela minha parte em como aquele cliente tinha necessidades, e que deveriam ser ouvidas e satisfeitas, dentro das minhas possibilidades. - Respeitei as suas questões e não julguei por serem questões menores - Acho que a empatia é um sentimento muito profundo de compreensão que considero ser muito difícil de atingir nesta situação em serviço de urgência. O tempo necessário não foi possível nesta situação porque estavam sempre clientes a entrar para o SO e o objetivo também era integrar-me nesta nova dinâmica para mim. Considero que não houve para um sentimento de compreensão mais profundo a esse nível.

RECONHECER O OUTRO	<b>Sr.ª T. 50 anos, fratura do membro inferior, aguarda cirurgia ortopédica, muito ansiosa, 9º turno</b>
OBSERVAÇÃO	Capacidade de concentração e tentei dar muita atenção à sra, às suas necessidades, considerar o que a afetava: Muitos fatores afetaram a observação: - Os pensamentos paralelos acho que estão bem melhores, consigo concentrar-me muito mais na comunicação e abstrair-me da abundância de estímulos à minha volta; mantendo claro atenção aos pormenores importantes como os alarmes ou algum pedido de ajuda. - Os tremores constante da sra que me preocuparam logo e passou a ser o primeiro sinal
ESCUITA ATIVA	Acho que mostrei a minha compreensão constante, a sra quase não questionava nada, depois de questionar se era a primeira vez que estava no hospital, se tinha dores, do que tinha mais medo, se estava acompanhada a sra referiu: - Primeira vez internada - Primeira cirurgia - Preocupada porque quando muito ansiosa ficava muito hipertensa - Preocupada com a situação da filha (que estava à espera do resultado da análise para saber se estava grávida) - Piorou a preocupação quando eu referi que teria de ser algaliada porque não ia conseguir ir ao WC nas próximas horas. Acho que apesar da senhora quase não dizer nada no inicio, acho que consegui que a senhora exprimisse o que sentia.
ESPECIFICIDADE	- Exprimi-me com linguagem clara, simples de forma a ser entendida e levei a cliente a exprimir-se também mesmo a senhora estando tão assustada.
COMUNICAÇÃO FUNCIONAL - Simplicidade - Concisão - Precisão - Clareza - Pertinência - Flexibilidade - Adaptação ao contexto e às preocupações e interesses da pessoa	- Consegui comunicar com simplicidade, concisa, precisão e clareza. - Expliquei todos os passos e todas as intervenções que iria necessitar. Cheguei a dizer “Tudo o que necessitarmos de fazer, vamos sempre dizer-lhe a verdade, não vamos esconder nada” - A Orientadora algaliou a senhora e eu fiquei a colaborar na técnica e desta vez foi possível uma comunicação “ a três” e acho que a nossa intervenção foi com a mesma intenção de dar apoio, demonstrar compreensão, e dizermos que ia tudo correr bem, e que depois disto iríamos chamar a filha para que ficasse não só mais acompanhada mas também para ficar mais descansada relativamente à situação da própria filha. - A questão dos familiares poderem estar perto dos clientes, é uma grande mais-valia neste apoio necessário que a pessoa numa situação aguda de doença. O que sentem, o medo das intervenções invasivas, medo da dor e das complicações, a diminuição do estado de consciência é diminuído se souberem que podem confiar e que podem ter ao lado o seu apoio familiar.
RELAÇÃO - Aceitação - Respeito - Empatia	- Acho que houve uma aceitação pela minha parte em como aquela cliente tinha necessidades, e que deveriam ser ouvidas e satisfeitas, dentro das minhas possibilidades. Contei com a Orientadora nalguns momentos. - Respeitei as suas questões e não julguei por serem questões menores - Continuo a considerar que apesar de ter melhorado, a empatia é um sentimento muito profundo de compreensão que considero ser muito difícil de atingir nesta situação em serviço de urgência. O tempo necessário não foi possível nesta situação porque estavam sempre clientes a entrar para o SO e o objetivo também era integrar-me nesta nova dinâmica para mim. Considero que não houve para um sentimento de compreensão mais profundo a esse nível.

**APÊNDICE III**  
**GRELHA DE CONFORMIDADE DE REGISTOS DE ENFERMAGEM**

## GRELHA DE CONFORMIDADE DE REGISTOS DE ENFERMAGEM

FOCOS DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	ONDE	FOCOS DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	ONDE
<b>RESPIRAÇÃO</b>				<b>CIRCULAÇÃO/TEMPERATURA</b>			
Observar sinais de dificuldade respiratória				Avaliar sinais vitais			
Vigiar características das secreções				Aplicar aquecimento controlado			
Avaliar FR				Aplicar arrefecimento controlado			
Aspirar secreções				Aplicar calor local			
Vigiar reflexo da tosse				Aplicar gelo local			
Executar colheita de exsudado faríngeo				Inserir AVP			
Executar colheita de expetoração				Manter AVP			
Executar inaloterapia por nebulizador				Remover AVP			
Administrar oxigenoterapia				Colaborar na inserção de AVC			
Instruir sobre a inaloterapia				Testar permeabilidade do AVC			
Instruir sobre a tosse				Manter AVC			
				Remover AVC			
<b>ATIVIDADE MOTORA</b>				Remover catéter arterial			
Assistir no autocuidado deambular				Executar colheita de sangue			
Assistir no auto cuidado transferir-se				Executar colheita de sangue para hemocultura			
Colaborar na colocação de cruzado posterior				Colaborar na remoção de dreno torácico			
Avaliar risco de queda				Monitorizar hemorragia no local operatório			
Remover imobilização				Registar nível/características de drenagem			
Remover tala				Vigiar perfusão dos tecidos			
Aplicar sling				Vigiar sinais de perda sanguínea			
Aplicar ligadura				Clampar drenagem torácica			
Restringir atividade física				Manter selo da drenagem torácica			
Posicionar cliente				Remover clamp da drenagem torácica			
Instalar tração cutânea				Executar colheita de sangue através de AVC subcutâneo			
Colaborar na imobilização com tala				Aplicar meias de contenção			
Avaliar alterações da mobilidade				Executar hepa/desaparinição do AVC subcutâneo			

FOCOS DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	ONDE	FOCOS DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	ONDE
<b>NUTRIÇÃO/DIGESTÃO</b>				<b>ELIMINAÇÃO</b>			
Assistir no autocuidado comer				Observar as características da urina			
Avaliar glicémia capilar				Observar as características das fezes			
Avaliar conteúdo gástrico e caracts.				Auscultar ruídos hidroaéreos			
Vigiar ingestão de líquidos				Vigiar débito urinário			
Vigiar ingestão de alimentos				Vigiar queixas urinárias			
Vigiar náuseas e vômitos				Executar colheita asséptica de urina			
Vigiar o reflexo da deglutição				Executar lavagem vesical			
Alimentar por sonda gástrica				Inserir algália n.º/tipo			
Inserir sonda gástrica				Inserir sonda retal			
Remover sonda gástrica				Trocar algália			
Iniciar jejum				Trocar placa de urostomia			
Iniciar regime alimentar				Trocar saco de:			
Instruir sobre dieta adequada				Aplicar dispositivo urinário			
Instruir sobre a ingestão de líquidos				Aplicar enema			
Observar características do vômito				Providenciar fralda			
Registrar conteúdo gástrico				Remover algália			
Registrar líquidos ingeridos				Instruir sobre a desinfecção dos genitais			
				Executar colheita de fezes			
<b>VOLUME DE LIQUIDOS</b>				<b>AValiação DA PESSOA</b>			
Vigiar edemas				Estabelecer ligação com o prestador de cuidados, família			
Vigiar sinais de desidratação				Explicar normas de funcionamento do serviço			
Elevar membros afetados				Facilitar apoio espiritual			
Colaborar em punções evacuadoras				Facilitar comunicação das emoções			
				Facilitar a comunicação escrita			
				Incentivar a comunicação gestual			
				Incentivar os familiares a participarem nos cuidados ao cliente			

FOCOS DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	ONDE	FOCOS DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO	ONDE
<b>TEGUMENTOS</b>				<b>TEGUMENTOS (CONT)</b>			
Assistir no auto cuidado lavar-se				Executar tratamento de estoma			
Avaliar coloração da pele e mucosas				Executar penso do local de inserção dreno torácico			
Categorizar queimaduras				Executar tricotomia			
Monitorizar estado de úlcera arterial				Executar banho total na cama			
Monitorizar estado de úlcera de pressão				Executar banho parcial na cama			
Monitorizar estado de úlcera maligna				Reforçar penso de ferida cirúrgica			
Monitorizar estado de úlcera venosa				Massajar superfície corporal			
Inspecionar ferida cirúrgica				Preparar pele para cirurgia			
Inspecionar ferida traumática				Remover alternadamente material de sutura			
Inspecionar local de inserção de dreno				Verificar preparação para a realização de exame			
Aplicar creme							
Vigiar características do drenado							
Executar penso AVC				<b>SENSAÇÃO/ REPOUSO</b>			
Executar penso AVP				Avaliar dor			
Executar penso ocular				Vigiar estado de consciência (Esc. Glasgow)			
Irrigar os olhos				Vigiar estado de orientação			
Executar penso compressivo				Vigiar estado de ansiedade			
Executar tratamento à ferida cirúrgica				Vigiar sensação de cansaço			
Executar tratamento à ferida cirúrgica com dreno				Vigiar padrão do sono			
Executar penso à ferida traumática							
Executar tratamento à úlcera arterial							
Executar tratamento à úlcera de pressão de grau I							
Executar tratamento à úlcera de pressão de grau II							
Executar tratamento à úlcera de pressão de grau III							
Executar tratamento à úlcera de pressão de grau IV							
Executar tratamento à úlcera maligna							
Executar tratamento à úlcera venosa							

## INTERVENÇÕES REGISTRADAS NÃO INTRODUZIDAS NA GRELHA


### Definições da CIPE

**Avaliação da pessoa:** capacidade de resposta da mente às impressões produzidas pelos sentidos

**Respiração:** trocas corporais de oxigénio e dióxido de carbono através do aparelho respiratório

**Circulação:** bombeamento do sangue

**Temperatura:** temperatura corporal, habitualmente constante numa estreita amplitude

**Nutrição/Digestão:** alimentação do organismo

**Tegumentos:** revestimento natural da superfície corporal

**Atividade Motora:** capacidade de movimentar o corpo

**Sensação/Repouso:** respostas de partes do corpo a estímulos / recurso à redução de atividade corporal, permanecendo acordado

**Volume de Líquidos:** hidratação/desidratação

**Eliminação:** movimento e eliminação dos desperdícios

**APÊNDICE IV**  
**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DE ENFERMAGEM PARA**  
**REALIZAÇÃO DE AUDITORIA**



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Rio de Mouro, 17 de fevereiro de 2012

À  
Direcção dos Serviços de Enfermagem

N.º Ref.º: MT – 32/02/12

ASSUNTO: Pedido de autorização para a apresentação de dados em  
relatório de estágio.

Tendo a estudante Ana Sofia Dias, aluna do 4º Curso de Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizando o estágio, vimos por este meio solicitar que lhe seja concedido, autorização referente ao pedido que se **anexa**.

Sem outro assunto, gratos pela vossa compreensão, apresento os melhores cumprimentos, *também pessoal*

O Coordenador da UTEFI.

José Amendocira  
Professor Doutor

MM/FC

Exma. Senhora  
Enfermeira Directora

Lisboa, 16 de Fevereiro de 2012

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), onde realizei estágio \_\_\_\_\_, de 27 de Abril a 24 de Junho de 2011.

Em contexto do Estágio, realizei um estudo de conformidade às intervenções autónomas de Enfermagem registadas pelos enfermeiros \_\_\_\_\_ de acordo com os focos da linguagem CIPE®, em vigor \_\_\_\_\_, com a finalidade de compreender quais as intervenções autónomas registadas e a conformidade dos registos.

A fim de realizar o estudo, consultei os registos de enfermagem dos enfermeiros no SO de dia 30-05-2011 a 07-06-2011, para o qual apresento já a respectiva autorização da Direcção de Enfermagem.

Venho por este meio, solicitar autorização para utilizar os dados consultados e recolhidos no âmbito de realização do trabalho de Mestrado e sua divulgação (discussão pública do Relatório de Estágio), assegurando o anonimato dos clientes e de todos os profissionais de saúde.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

A Aluna: \_\_\_\_\_  
(Ana Sofia Dias)

A Tutora (UCP): \_\_\_\_\_  
(Filipa Veludo)

**Enviado:** terça-feira, 28 de Fevereiro de 2012 6:47

**Para:** geral.enf@ics.lisboa.ucp.pt

**Cc:**

**Anexos:** 06171E93-5485-464F-8900-C4~1.pdf (38 KB)

Exmo. Senhor Professor Amendoeira

Informo que se encontra autorizado o pedido efectuado pela aluna Ana Sofia Dias, agradecendo que seja mantido o anonimato relativamente ao local, profissionais e registos dos doentes consultados.

Com os meus cumprimentos pessoais.

-----Original Message-----

-----Original Message-----

From: FAX

Sent: terça-feira, 28 de Fevereiro de 2012 11:49

To: FAX

Subject: Fax Received from CSID: 214269820 - Pages received: 2

Pages Received : 2

Time Received : Tuesday, February 28, 2012 11:48:31 AM United Kingdom Time

Duration : 62

Remote CSID : 214269820

DID : 11409

**APÊNDICE V**  
**AUDITORIA À CONFORMIDADE DE REGISTOS DE ENFERMAGEM**

## **AUDITORIA À CONFORMIDADE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SU**

Os registos de enfermagem são um fundamento crítico e uma forma de comunicação do estado do cliente/família, das suas necessidades e das respostas do cliente/família aos cuidados de enfermagem (Kelley et al, 2011). A visibilidade dos cuidados de enfermagem é uma área que se deve trabalhar como fundamental para a presença do enfermeiro na sociedade, como profissional indispensável no processo saúde – doença do cliente. Através dos registos, da investigação e a motivação para atingir cuidados de excelência por parte dos profissionais, é possível uma prática baseada na evidência. Desta forma, é necessário uma sensibilização dos profissionais de enfermagem para melhorarem a sua prestação, e conseqüentemente, incrementarem qualidade aos registos de enfermagem, como espelho da prática e da decisão clínica do enfermeiro.

Esta auditoria resultou da realização do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Médico-Cirúrgica, no estágio de SU. Foi-me proposto pelo serviço como uma necessidade e como algo inovador, nunca antes realizado na instituição. Considerou-se ser de total importância uma análise estruturada no sentido de incrementar a conformidade dos registos de enfermagem e conseqüentemente, incrementar a visibilidade do real trabalho dos enfermeiros no SU.

Apesar dos registos de enfermagem serem um espelho da atuação do enfermeiro, através da prática, é comum refletirmos criticamente e compreendemos que no final do turno, intervimos mais do que registámos. E neste âmbito, como futura enfermeira especialista, é fundamental sensibilizar os profissionais não só para a conformidade dos registos mas também, quais as intervenções mais registadas e conseqüentemente, as que menos são registadas.

Desta forma, as intervenções de enfermagem que constam do instrumento de auditoria foram divididas entre intervenções autónomas e interdependentes, e agrupadas pelos focos em que se dividem os registos informáticos da instituição, relacionados com os processos corporais e avaliação da pessoa.

A metodologia utilizada foi a quantitativa, tendo por base a aplicação de um instrumento de auditoria que demonstra a conformidade dos registos, baseada no quadro conceptual da instituição, da CIPE versão I e do catálogo de intervenções de enfermagem da instituição, construída por mim, pela Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe do serviço. O tratamento de dados foi executado no programa Microsoft Excel.

A auditoria foi do tipo operacional e a colheita de dados foi compreendida entre o dia 30-05-2011 e o dia 07-06-2011. A população seria os registos de enfermagem realizados pela equipa de enfermagem do SU no SO. No total da amostra, foram auditados 30 registos de enfermagem, compreendidos nos três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite. Os 30 registos correspondem a 30 clientes, pois nunca foram auditados dois registos do mesmo cliente.

Os critérios de inclusão são todos os registos de enfermagem realizados na Sala de Observações pelos enfermeiros do SU, durante o período estabelecido.

Os critérios de exclusão são os registos de enfermagem realizados pela enfermeira orientadora e por mim, no decurso do estágio, pois iria enquinar os resultados, sendo conhecedoras dos critérios do instrumento de auditoria.

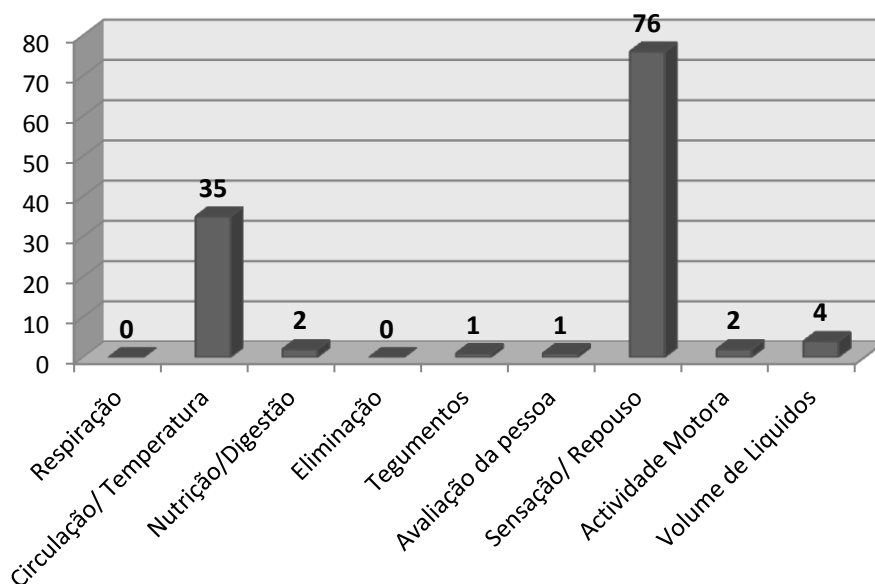
As limitações da auditoria centram-se no tempo disponível para a sua realização e número de registados auditados.

Para a realização desta auditoria foi pedida uma autorização à Direção de Enfermagem para auditar os registos de enfermagem neste período e foi concedida encontrando-se em anexo.

Os focos em que se dividem os registos de enfermagem, relativamente aos Processos Corporais são: Respiração, Circulação/ Temperatura, Nutrição/ Digestão, Volume de Líquidos, Tegumentos, Atividade Motora, Sensação/ Repouso e Eliminação; relacionados com a entidade: Avaliação da Pessoa e um espaço denominado Outros.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Registos de Enfermagem; Focos; Intervenções

**Gráfico n.º 1 – Focos de Enfermagem e o número de intervenções em não conformidade no SU**



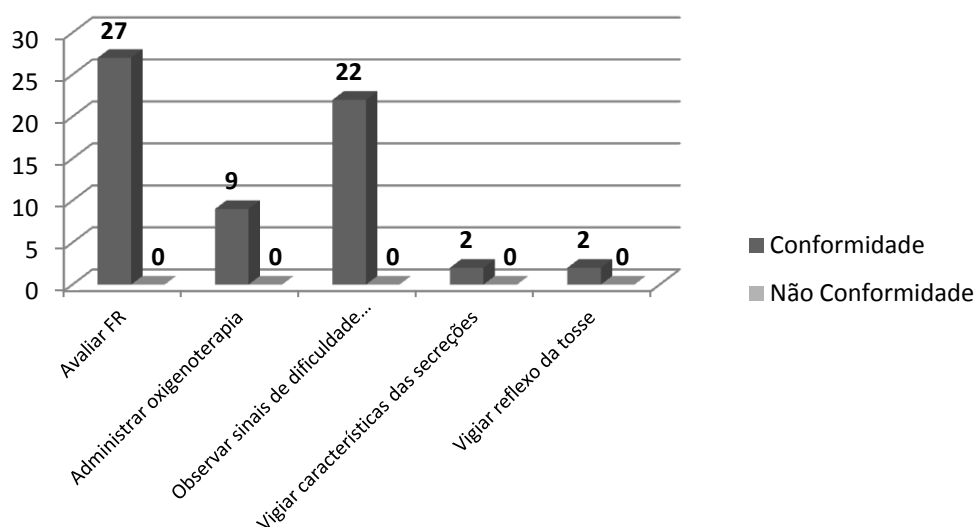
Os focos em que se registou com total conformidade foram a Respiração e a Eliminação. São os dois focos que todos os enfermeiros melhor conhecem e que registam maior número de intervenções.

Depois, os focos que apenas registaram com 0 a 2 não conformidades foram a Nutrição/ Digestão, Tegumentos, Atividade Motora e Avaliação da Pessoa.

Os focos com menor conformidade foram a Circulação/ Temperatura e a Sensação e Repouso, sendo que na Circulação existem 35 registos de intervenções em não conformidade, ou seja, colocadas noutros focos; e na Sensação e Repouso existem 76 registos de intervenções em não conformidade.

Relativamente à **Respiração**, foram registadas **62** vezes as respectivas intervenções:

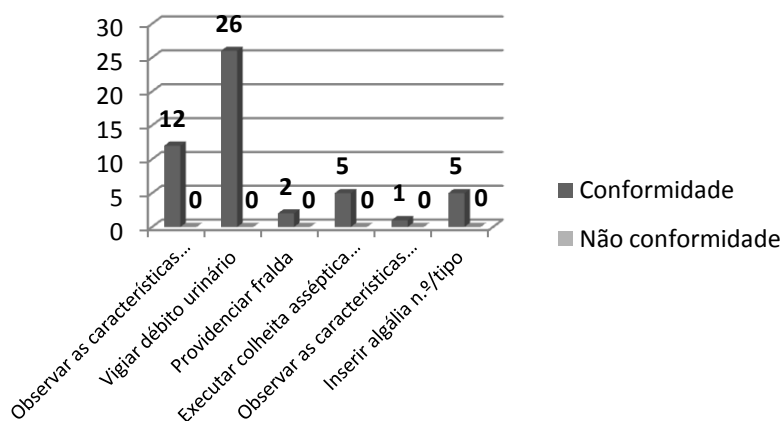
**Gráfico n.º2 – Intervenções de enfermagem registadas na Respiração**



Desta forma compreendemos que neste foco, não existiram não conformidades. Todos os enfermeiros registaram as intervenções referentes a este foco no local correto, sendo que as primeiras quatro intervenções são autónomas e apenas a “Administrar oxigenoterapia” é interdependente.

Na **Eliminação** foram registadas **51** vezes as respectivas intervenções de enfermagem:

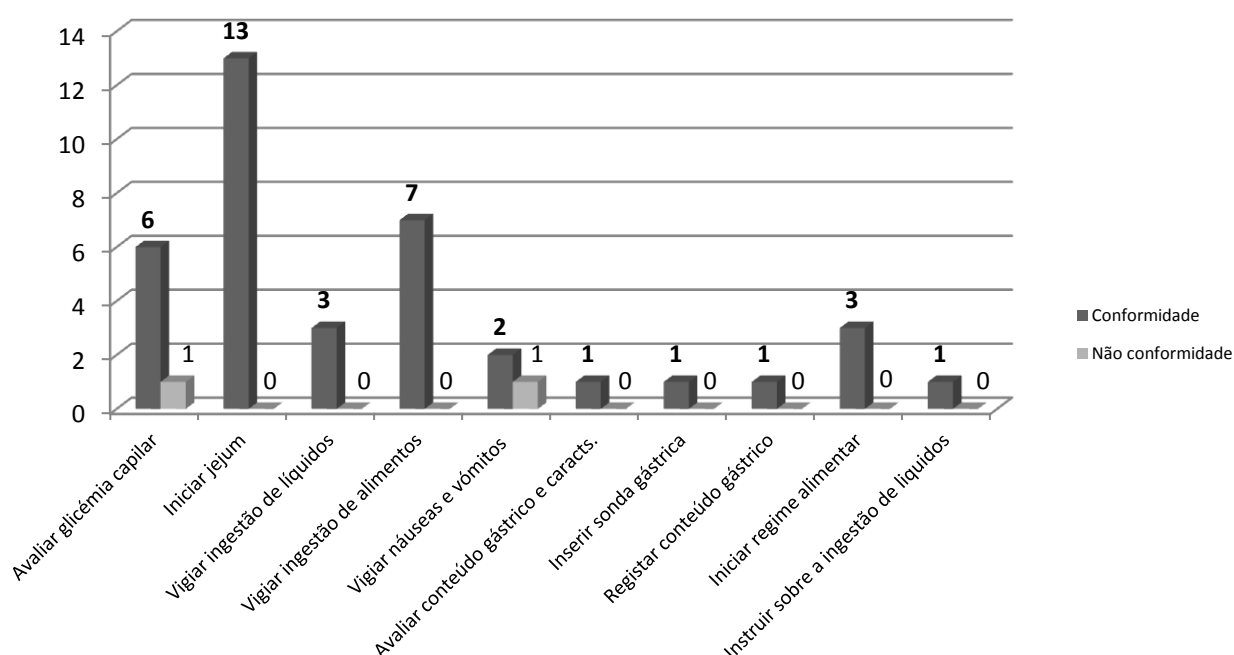
**Gráfico n.º 3 – Intervenções de enfermagem registadas na Eliminação**



À semelhança do foco anterior, não se encontraram não conformidades. As primeiras quatro intervenções são autónomas e as “executar colheita de urina asséptica” e “Inserir algália” são interdependentes, podendo concluir mais uma vez que o número de registos foram na grande maioria, autónomas.

Relativamente ao foco **Nutrição/ Digestão**, foram registadas **28** vezes intervenções de enfermagem sendo que as seguintes apresentaram-se em conformidade:

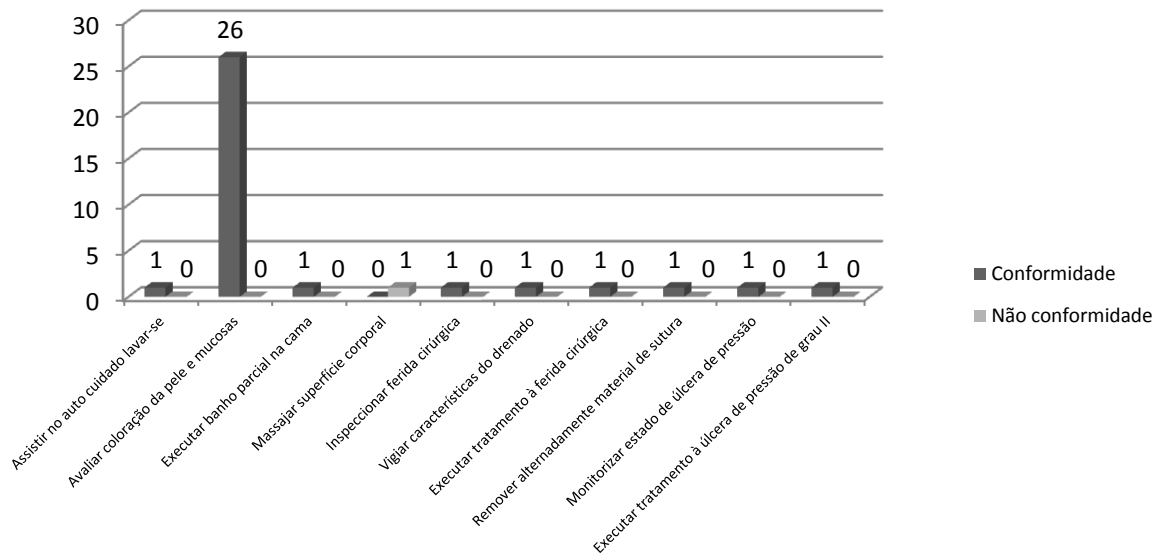
**Gráfico n.º4 – Intervenções de enfermagem registadas em conformidade e não conformidade na Nutrição/ Digestão.**



A intervenção de enfermagem “ avaliar glicémia capilar” foi registada apenas 1 vez e no local errado, na Circulação/Temperatura. A intervenção “vigiar náuseas e vômitos” foi registada 1 vez em Outros. Das intervenções registadas existem cinco autónomas e quatro interdependentes. Apesar da entubação nasogástrica ser uma técnica de enfermagem, é apenas com indicação médica que se procede à sua realização no SO, assim como na maioria das vezes, é prescrito a avaliação da glicémia e por isso, considera-se interdependente.

Nos **Tegumentos**, foram registadas **35** vezes as respectivas intervenções de enfermagem:

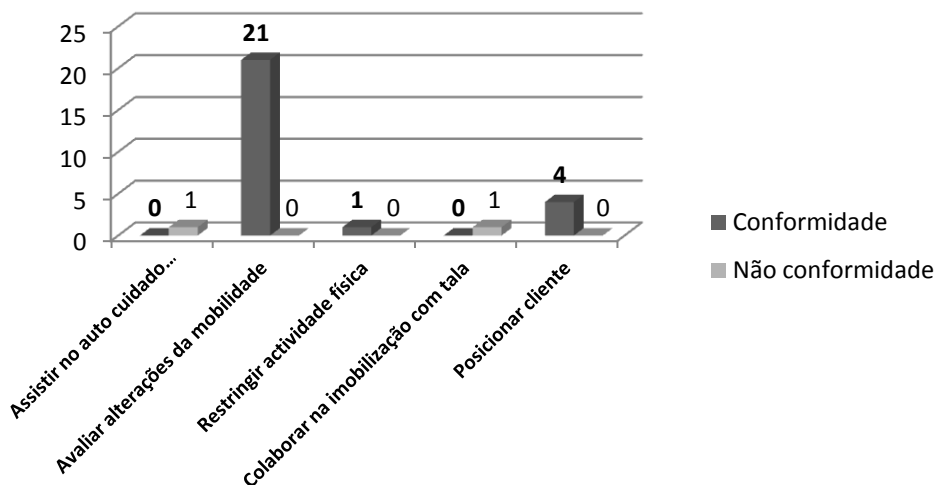
**Gráfico n.º5 – Intervenções de enfermagem registadas nos Tegumentos.**



A intervenção de enfermagem “massajar superfície corporal” da única vez que foi registada, foi registada em não conformidade na Atividade Motora. A intervenção mais registada, encontrada em 26 registos foi a “avaliação da coloração de pele e mucosas”. A particularidade deste foco é que todas as intervenções registadas são autónomas, exceto a “remover alternadamente o material de sutura”, sendo por indicação médica.

No foco **Actividade Motora** foram registadas **28** vezes as respectivas intervenções de enfermagem:

**Gráfico n.º 6- Intervenções de enfermagem registadas na Actividade Motora.**

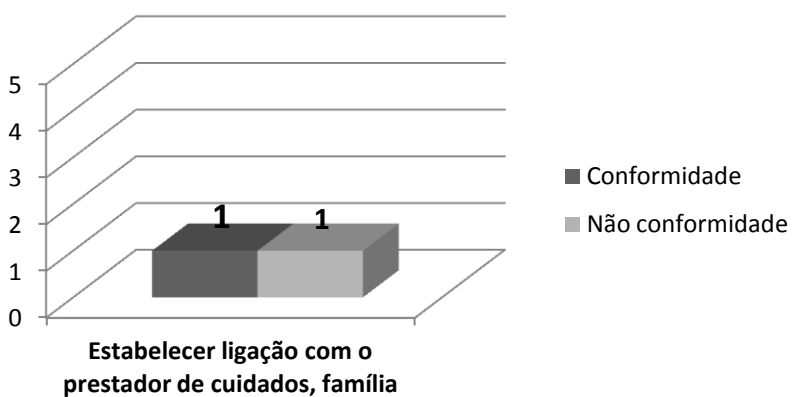


Neste foco, a intervenção “assistir no auto cuidado transferir-se” da única vez que foi registada foi em não conformidade na Eliminação. E “colaborar na imobilização com tala” foi

registada em não conformidade nos Tegumentos. Das intervenções registadas três são autónomas sendo apenas o “colaborar na imobilização com tala” e “restringir atividade física” interdependente por diagnóstico médico.

No foco **Avaliação da Pessoa** foram registadas **2** vezes uma única intervenção:

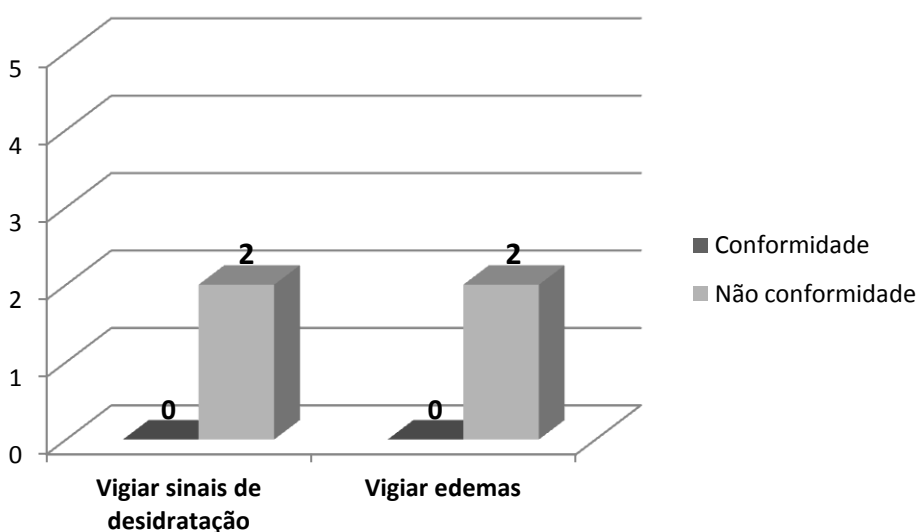
**Gráfico n.º 7 - Intervenção de enfermagem em Avaliação da Pessoa.**



Duas vezes registadas, uma foi em não conformidade, no espaço Outros. A intervenção de enfermagem é autónoma. Este representa o foco com menos registos de enfermagem.

No foco **Volume de Líquidos**, foram registadas **4** vezes as seguintes intervenções de enfermagem:

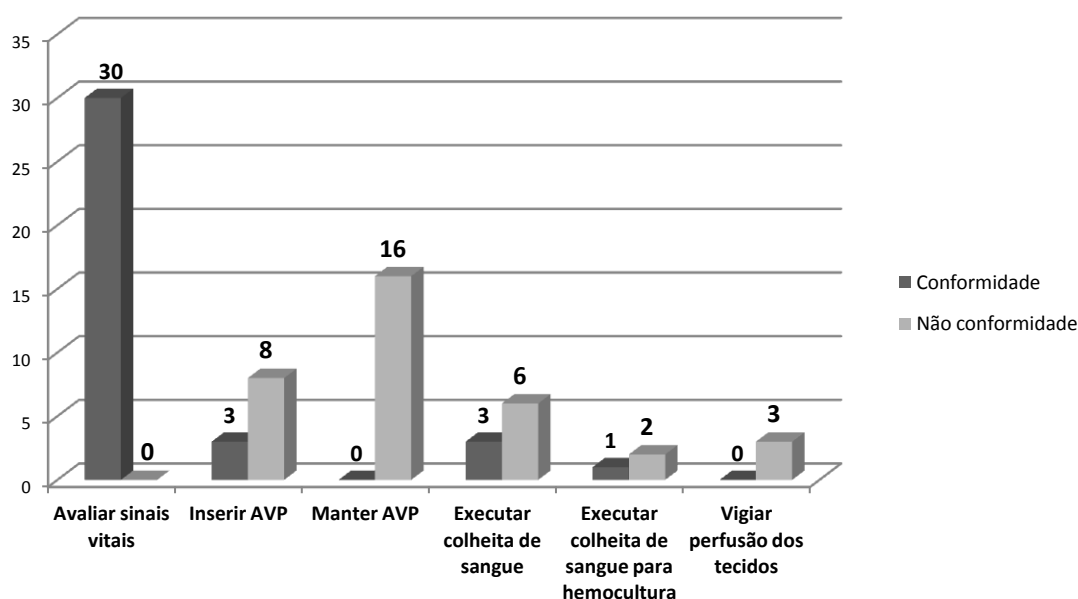
**Gráfico n.º 8 – Intervenções de enfermagem em Volume de Líquidos.**



Todos os registos foram em não conformidade, sendo todos registados nos Tegumentos. Ambas as intervenções são autónomas.

No foco **Circulação/Temperatura** foram registadas **72** vezes as respectivas intervenções de enfermagem:

**Gráfico n.º 9 – Intervenções de enfermagem na Circulação/ Temperatura.**



Este é um dos focos com menos conformidades, sendo as intervenções colocadas consecutivamente noutros focos de atenção: Volume de Líquidos, Tegumentos e no espaço Outros. Das 72 vezes que foram registadas intervenções, **35** foram em não conformidade.

**Quadro n.º 1 – Situações de não conformidade no foco Circulação/ Temperatura.**

Intervenções de enfermagem	Volume de líquidos	Tegumentos	Outros
Vigiar perfusão dos tecidos	-	3	-
Manter Acesso Venoso Periférico	16	-	-
Inserir Acesso Venoso Periférico	6	-	2
Executar colheita de sangue	5	-	1
Executar colheita de sangue para hemocultura	1	-	1

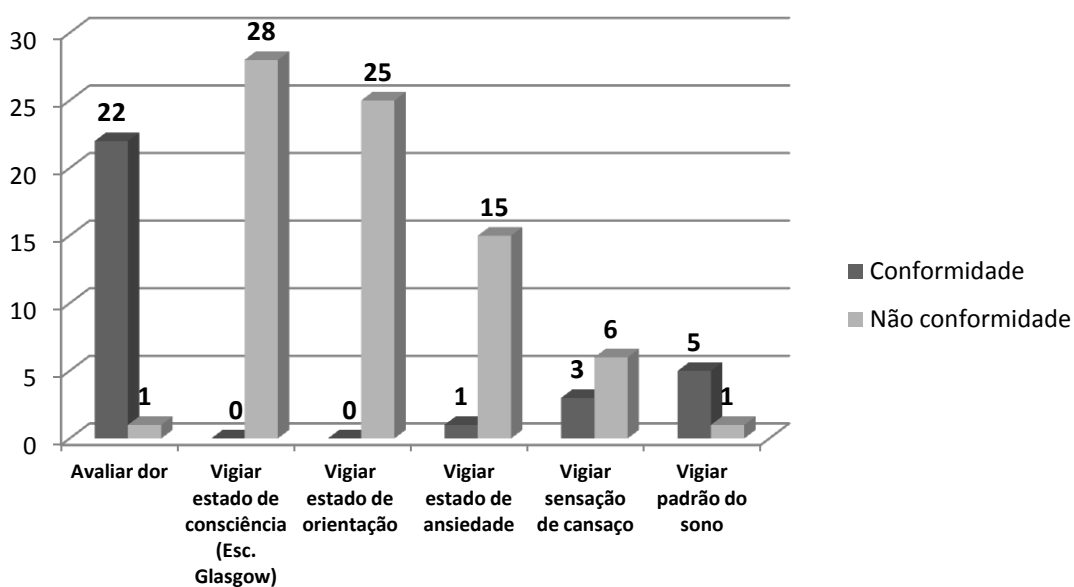
A maior não conformidade foi a colocação de quatro intervenções de enfermagem no Volume de Líquidos. Esta não conformidade reside no facto da definição de volume de líquidos, em que os profissionais podem considerar que se trata de todos os fluidos quando, na verdade, está direcionado para os sinais de desidratação, presença de edemas, punções evacuadoras

(por exemplo paracetense) e elevação de zonas edemaciadas, e não diretamente com os fluidos administrados.

Conclui-se também neste foco que foram registadas três intervenções autónomas e três interdependentes. Considera-se o “inserir AVP”, “executar colheita de sangue” e “executar colheita de sangue para hemocultura” interdependentes porque necessitam de prescrição médica. A intervenção “inserir AVP” foi um pouco controversa a sua classificação na medida em que existem situações em que o enfermeiro decide a colocação de AVP, sem a prescrição médica, por exemplo, em situação de urgência. Classificou-se como interdependente porque a maioria das situações é de facto interdependente, sendo impossível perceber nos registos quais as situações de exceção.

Na **Sensação/ Repouso** foram registadas **107** vezes as respectivas intervenções de enfermagem:

**Gráfico n.º 10 – Intervenções de enfermagem na Sensação/Repouso**



Este foco foi onde, por um lado, mais registos foram realizados e por outro, o que menos conformidade apresenta. Das 107 vezes que foram registadas intervenções, 76 foram em não conformidade. Todas as intervenções registadas são autónomas de enfermagem. Deste modo, apresenta-se o quadro de não conformidades.

## Quadro n.º 2 – Situações de não conformidade na Sensação/ Repouso.

Intervenções de enfermagem	Avaliação da Pessoa	Actividade Motora
Avaliar dor	-	1
Vigiar estado de consciência (Escala de Glasgow)	28	-
Vigiar estado de orientação	25	-
Vigiar estado de ansiedade	15	-
Vigiar sensação de cansaço	5	1
Vigiar o padrão de sono	1	-

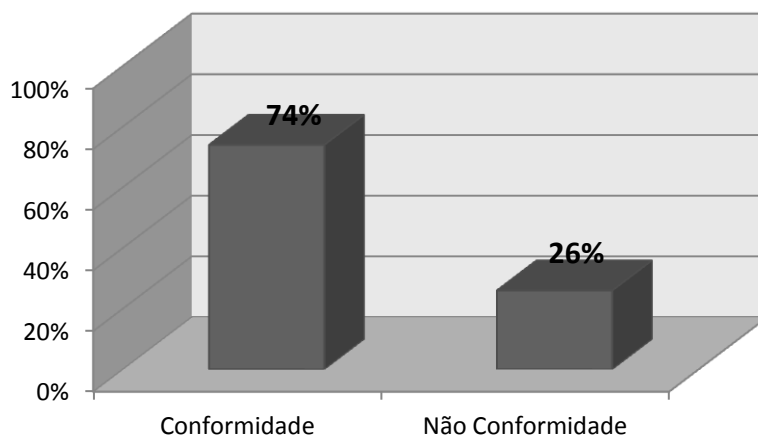
Desta forma, compreende-se o porquê de não existir quase nenhuma intervenção de enfermagem registadas na Avaliação da Pessoa. Deve-se principalmente ao desconhecimento dos profissionais da definição de **Avaliação da Pessoa** da CIPE, “capacidade de resposta da mente às impressões produzidas pelos sentidos”, a **Sensação** define-se como “respostas de partes do corpo a estímulos” e **Repouso** “recurso à redução de atividade corporal, permanecendo acordado”.

### Discussão

Concluindo foram auditadas 51 intervenções de enfermagem, tendo sido registadas cerca de 401 vezes ao longo dos 30 registos de enfermagem auditados, nos três turnos de trabalho dos enfermeiros.

Do total das 401 vezes registadas, 104 registos foram em não conformidade, contra 297 registos em conformidade. Em percentagem, no total de vezes que foram registadas intervenções, **74%** foram em conformidade com o seu foco e **26%** em não conformidade.

### Gráfico n.º 11 – Resultado da conformidade dos Registos de Enfermagem no SU



Os focos com maior percentagem de não conformidade foram a **Sensação/ Repouso** com **71%** de não conformidade e a **Circulação/ Temperatura** com **49%** de não conformidade.

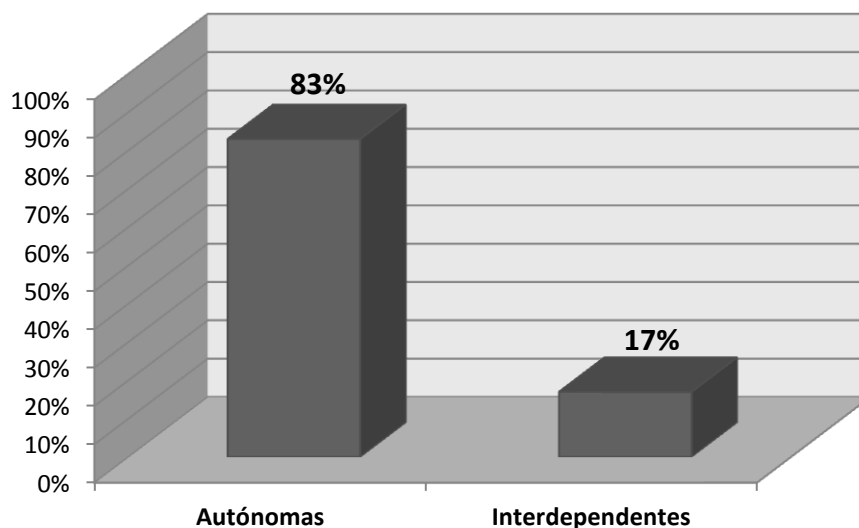
As intervenções de enfermagem com maior percentagem de **não conformidade** são:

- Avaliar estado de consciência: 27%
- Avaliar estado de orientação: 24%
- Manter AVP: 15%
- Vigiar o estado de ansiedade: 14%.

Desta forma, considera-se importante a sensibilização dos profissionais de enfermagem para estas intervenções e para o registo em conformidade, pois pequenas mudanças no quotidiano poderão produzir grandes alterações no futuro.

Das 51 intervenções, 38 intervenções são **autónomas** do enfermeiro e 13 são intervenções **interdependentes**. Assim, foram registadas ao longo dos 30 registos de enfermagem auditados, 69 vezes ações interdependentes e 332 ações autónomas. Podemos concluir que os registos de enfermagem apresentam uma percentagem maior de ações autónomas do que interdependentes. Ou seja, no total de registos, **83%** foram ações autónomas e **16%** foram ações interdependentes.

**Gráfico n.º 12 – Intervenções autónomas e interdependentes nos registos de enfermagem no SU.**



A visibilidade dos cuidados de enfermagem verifica-se não só na prática diária, como também nos *outcomes* dessa mesma prática. A autonomia em Enfermagem é um importante caminho a seguir no desenvolvimento da profissão, como arte e ciência. A realização de estudos nesta área permite uma prática baseada na evidência com resultados atuais, reais e com muito significado aos profissionais que neste serviço desempenham funções.

Mas de todo servirá apenas refletir acerca da autonomia e da interdependência que também é parte integrante do nosso papel. De acordo com a grelha realizada para auditar os registos de enfermagem, foram contempladas cerca de 138 intervenções de enfermagem das quais, segundo os registos auditados, apenas 51 foram registadas. Não se pode tirar conclusões pelo número de registos auditados e pelo pequeno período (duas semanas) em que decorreu a auditoria, mas de alguma forma, contribui para a reflexão na prática.

Conclui-se também que das intervenções autónomas registadas, 66% são intervenções relacionadas com a avaliação do cliente, compostas por necessidades físicas na sua totalidade. As restantes 34% das intervenções são relacionadas com a parte técnica. De todas as intervenções autónomas apenas 3% são de âmbito relacional e 3% de âmbito educacional. Estes resultados contrariam um estudo realizado em 2010, em que encontraram do total de intervenções registadas, 37% de intervenções ligadas à avaliação e 45% relacionadas com a técnica. (Marinis et al, 2010) Em comparação podemos dizer que existiu uma inversão do esperado, mas esta comparação apresenta alguma limitação na medida em que seria necessário um maior número de registos na auditoria realizada. Relativamente à percentagem de intervenções ao nível educacional vai de encontro ao estudo de Marinis.

Como sugestões através desta auditoria, consideram-se algumas intervenções que foram encontradas nos registos auditados e que não constam da grelha de auditoria, como futura melhoria do próprio instrumento. Estas intervenções de enfermagem são:

**Circulação/ Temperatura:**

- Administrar terapêutica em perfusão contínua;

**Eliminação:**

- Realizar esvaziamento vesical;

**Tegumentos:**

- Colher exsudado de ferida cirúrgica;

**Atividade Motora:**

- Avaliar força muscular;
- Avaliar alterações da sensibilidade;
- Instruir o cliente na restrição de movimentos;

**Sensação/ Repouso:**

- Avaliar alterações na linguagem;

**Avaliação da pessoa:**

- Instruir sobre procedimento pré-operatório (retirada de objetos pessoais, próteses).

Aqui podemos concluir que existiram mais intervenções registadas de âmbito educacional que não constam dos resultados, por não se encontrarem no instrumento de auditoria.

## **Conclusões**

Conclui-se que a auditoria serviu para demonstrar as intervenções de enfermagem registadas pelos profissionais de enfermagem do SU, como forma de sensibilização para a conformidade dos registos e também para o conteúdo dos próprios registos. Apesar de 80% das intervenções registadas, serem autónomas, o que denota uma importância dada pelos profissionais em dar visibilidade à autonomia em enfermagem, existe ainda uma percentagem pequena de intervenções ligadas à relação e à educação para a saúde, apesar de estarem em conformidade com estudos internacionais. De acordo com o estudo citado anteriormente, são apenas registados 40% das intervenções de enfermagem realmente executadas (Marinis et al, 2010) Partindo desta premissa, é urgente não só encontrar uniformidade nos registos, facilitando a investigação e a consulta, como melhorar o conteúdo dos registos, pois só desta forma conseguimos melhorar a visão da profissão ao nível da gestão e o papel do enfermeiro na sociedade.

**APÊNDICE VI**  
**PLANO DE SESSÃO “AUDITORIA DE CONFORMIDADE DE REGISTOS DE**  
**ENFERMAGEM”**

# PLANO DE SESSÃO

## Serviço de Urgência

<b>TEMA:</b> Auditoria de conformidade dos Registos de Enfermagem – ação de sensibilização e divulgação de resultados.	
<b>Local:</b> Sala de trabalho da Pediatria	<b>Data:</b> 23-06-2011
<b>Duração:</b> 10 minutos	<b>Formadores:</b> Enf. <sup>a</sup> Sofia Dias
<b>População:</b> Equipa de enfermagem do SU	

### Objetivos Gerais:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para a conformidade dos registos de enfermagem e intervenções autónomas e interdependentes.

### Objetivos Específicos:

- Explicitar o objetivo da auditoria
- Apresentar o instrumento de recolha de dados
- Apresentar dados globais da conformidade dos registos
- Sistematizar as intervenções de enfermagem registadas nos focos com menor conformidade
- Apresentar dados globais das intervenções autónomas e interdependentes
- Explicitar as conclusões da auditoria na prática.

### Materiais e equipamentos utilizados:

- Slides em power point

### Estratégia:

- Métodos expositivo e ativo

### Avaliação:

- Questionário de avaliação sobre ação de sensibilização aos formandos

## GUIÃO

**Conteúdo de Sessão:** Auditoria à conformidade dos Registos de Enfermagem

**Duração:** 10 minutos

**Formadores:** Enf.<sup>a</sup> Sofia Dias

Momento	Conteúdo	Método	Recursos Pedagógicos	Auxiliares Pedagógicos	Tempo (minutos)
Introdução	Apresentação Objetivo e amostra da auditoria Apresentação do instrumento de recolha de dados	Expositivo	Data show	Slides power point	2 minutos
Desenvolvimento	Dados globais da conformidade de registos de enfermagem Focos de atenção com menor conformidade e respetivas intervenções de enfermagem Dados globais das intervenções autónomas e interdependentes	Expositivo	Data show	Slides power point	6 minutos
Conclusão	Conclusões para a prática de enfermagem Dúvidas	Expositivo e Ativo	Data show	Slides power point	2 minutos

**APÊNDICE VII**  
**APRESENTAÇÃO “AUDITORIA À CONFORMIDADE DOS REGISTOS DE**  
**ENFERMAGEM”**



Serviço de Urgência  
Auditoria de conformidade dos registos de enfermagem

[www.google.pt](http://www.google.pt)

Ana Sofia Dias n.º 192010050

Professora orientadora: Prof.ª Filipa Veludo

Objectivos da acção de sensibilização

. Sensibilizar a equipa de Enfermagem do SU para a conformidade dos registos de enfermagem e intervenções autónomas e interdependentes.

### Parâmetros da auditoria

#### AUDITORIA OPERACIONAL

Período de 30-05-2011 a 07-06-2011

Autorização da Direcção de Enfermagem

AMOSTRA: 30 registos de enfermagem no SO dos 3 turnos no período descrito

### Dados da auditoria

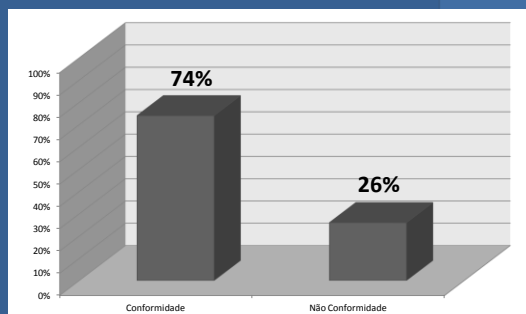


Gráfico n.º 1 – Resultado da conformidade dos Registos de Enfermagem no SU

### Dados da auditoria

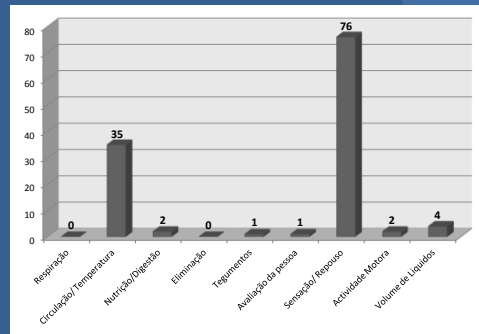


Gráfico n.º 2 – Focos de atenção e o número de intervenções em não conformidade no SU

### Circulação/ Temperatura

Intervenções de enfermagem	Número de registos em conformidade	Número de registos em não conformidade
Avaliar sinais vitais	30	0
Vigiar perfusão dos tecidos	0	3
Manter Acesso Venoso Periférico	0	16
Inserir Acesso Venoso Periférico	3	8
Executar colheita de sangue	3	6
Executar colheita de sangue para hemocultura	1	2

Tabela n.º 1 – Intervenções de enfermagem na Circulação/ Temperatura.

### Não conformidades Circulação/ Temperatura

Intervenções de enfermagem	Volume de líquidos	Tegumentos	Outros
Vigiar perfusão dos tecidos	-	3	-
Manter Acesso Venoso Periférico	16	-	-
Inserir Acesso Venoso Periférico	6	-	2
Executar colheita de sangue	5	-	1
Executar colheita de sangue para hemocultura	1	-	1

Tabela n.º 2 – Situações de não conformidade no foco Circulação/ Temperatura.

### Sensação/ Repouso

Intervenções de enfermagem	Número de registos em conformidade	Número de registos em não conformidade
Avaliar dor	22	1
Vigiar estado de consciência (Escala de Glasgow)	0	28
Vigiar estado de orientação	0	25
Vigiar estado de ansiedade	1	15
Vigiar sensação de cansaço	3	6
Vigiar o padrão de sono	5	1

Tabela n.º3 – Intervenções de enfermagem registadas da Sensação/ Repouso

### Não conformidades Sensação/ Repouso

Intervenções de enfermagem	Avaliação da Pessoa	Actividade Motora
Avallar dor	-	1
Vigiar estado de consciência (Escala de Glasgow)	28	-
Vigiar estado de orientação	25	-
Vigiar estado de ansiedade	15	-
Vigiar sensação de cansaço	5	1
Vigiar o padrão de sono	1	-

Tabela n.º 4 – Situações de não conformidade na Sensação/ Repouso.

### Intervenções Autónomas Vs Interdependentes

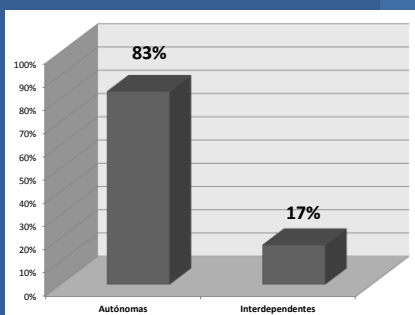
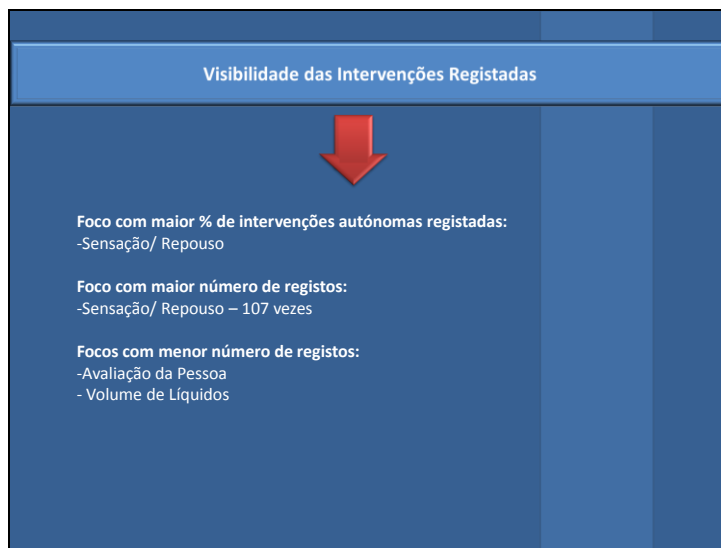
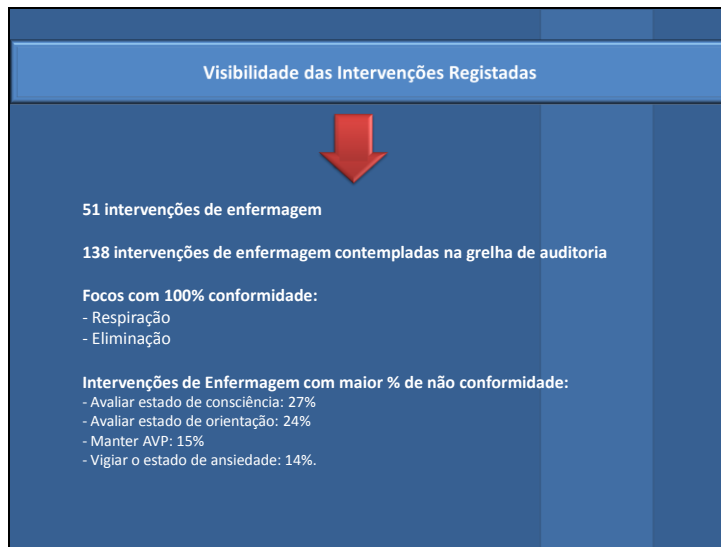


Gráfico n.º 3 – Intervenções autónomas e interdependentes nos registos de enfermagem no SU





Dúvidas!

[www.google.pt](http://www.google.pt)

Ana Sofia Dias n.º 192010050  
Professora orientadora: Prof.ª Filipa Veludo

**APÊNDICE VIII**  
**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO “AUDITORIA À CONFORMIDADE DOS**  
**REGISTOS DE ENFERMAGEM”**

## QUESTIONÁRIO DE AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

**Sessão de formação:** Auditoria de conformidade de registos de enfermagem – ação de sensibilização e divulgação de resultados.

**Data:** 23/06/2011

**Formador:** Sofia Dias – Aluna do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Médico-Cirúrgica.

A sua opinião sobre a ação de formação em que acaba de participar é extremamente importante para:

- Aferir a qualidade da ação de sensibilização;
- De que modo, contribuiu para a prática de enfermagem no SU.

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

Relativamente aos conteúdos programáticos	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialmente Adequado	Totalmente Adequado
Clareza dos conteúdos					
Profundidade dos conteúdos					
Tempo dedicado a cada conteúdo					

Relativamente ao desempenho do formador	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialmente Adequado	Totalmente Adequado
Clareza na apresentação					
Domínio dos conteúdos					
Motivação dos formandos					
Incentivo para a participação					
Construção de suporte metodológicos adequados					

Relativamente à ação de sensibilização de uma forma global	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialmente Adequado	Totalmente Adequado
Pertinência do tema para a sua prática diária					
Motivação da equipa para melhorar os registos de enfermagem					
Contribuição para melhorar a visibilidade dos cuidados de enfermagem					

Obrigado pela colaboração!

**APÊNDICE IX**  
**RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO “AUDITORIA À**  
**CONFORMIDADE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM”**

## **RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO “AUDITORIA DE CONFORMIDADE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM”**

A auditoria foi uma actividade realizada ao longo do estágio de SU, servindo as ações de sensibilização não só para apresentar os resultados obtidos como sensibilizar os profissionais de enfermagem para a autonomia em enfermagem e para a importância de dar visibilidade ao real trabalho dos enfermeiros do serviço.

As cinco ações de sensibilização relacionadas com a auditoria de conformidade de registos de enfermagem tiveram lugar de 22/06/2011 a 27/06/2011 com a duração de 10-15 minutos. A realização das acções de sensibilização foram apresentadas fora do período de estágio, devido a um pedido da Enfermeira Chefe, que gostaria de estar presente nestas mesmas acções, e na altura que havia programado, encontrava-se em período de férias.

As ações de sensibilização contaram com a presença da Enfermeira Chefe e Orientadora no serviço e participaram nas acções 29 enfermeiros, sendo que a população é de 43 enfermeiros (3 enfermeiros de licença de maternidade e não contactados para as acções). A taxa de adesão às acções de sensibilização foi de 72,5%.

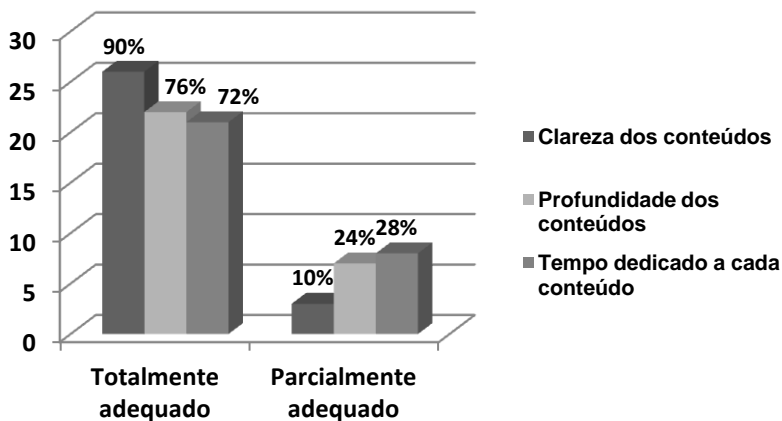
As ações de sensibilização foram realizadas na sala de trabalho do SO Pediatria por ser um espaço maior e mais adequado na opinião da enfermeira chefe, enfermeira orientadora e da equipa por ser o local de passagem de ocorrências.

Foi aplicado um questionário de avaliação no final de cada ação com uma escala de Lickert de 5 níveis, que contava com três grandes grupos de parâmetros relacionados com os conteúdos, competências como formadora e avaliação geral da ação. Os dados colhidos foram trabalhados através do programa Microsoft Excel.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Avaliação, Ação de Sensibilização.

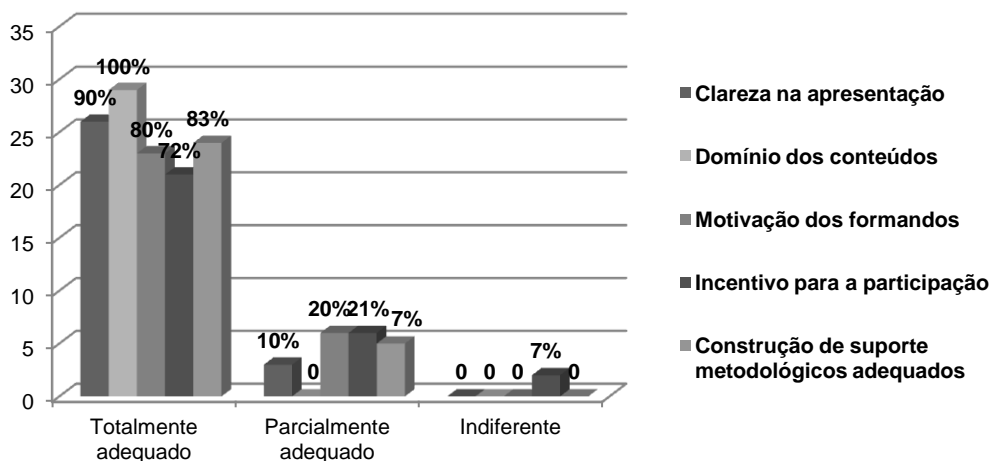
De seguida apresenta-se a discussão dos resultados obtidos através da aplicação do questionário após as sessões realizadas. Todos os enfermeiros que assistiram às sessões preencheram o respectivo questionário de avaliação.

**Gráfico n.º1 – Avaliação sobre os conteúdos**



Dentro dos parâmetros de avaliação dos conteúdos, a maioria dos enfermeiros consideraram que a clareza dos conteúdos, a profundidade e o tempo dedicado a cada conteúdo foi totalmente adequado. Esta maioria foi mais visível na clareza dos conteúdos, sendo que 24% enfermeiros consideraram parcialmente adequado a profundidade dos conteúdos e 28% enfermeiros parcialmente adequado, o tempo dedicado a cada conteúdo. Estes resultados confirmam uma variável importante nestas acções, que foi o tempo. A acção contava apenas com 10-15 minutos para ser realizada, ao nível da passagem de turno, pela sugestão da Enfermeira Chefe e Orientadora. Apresentando a auditoria tantos resultados, foi possível apenas apresentar os mais importantes.

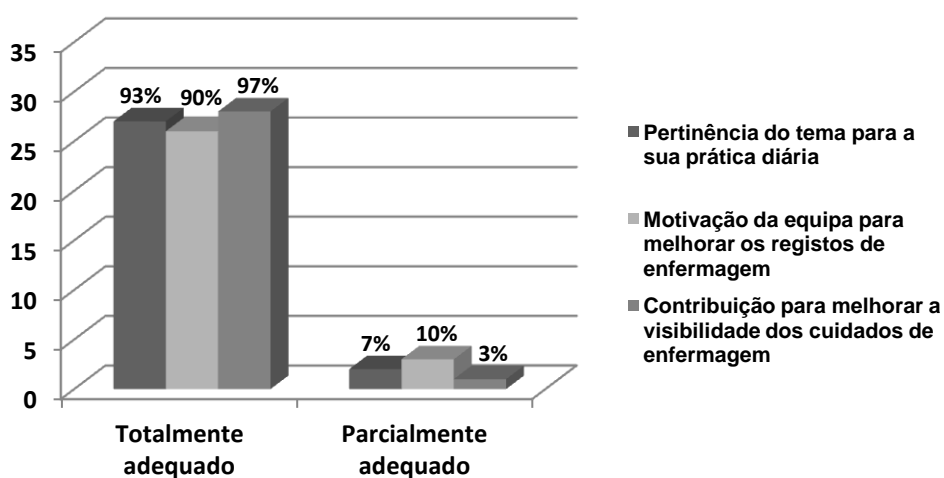
**Gráfico n.º 2 – Avaliação relacionada com o desempenho da formadora**



Os resultados referentes ao desempenho como formadora foram na sua maioria muito satisfatórios, comprovando também as competências que pretendia desenvolver com este objectivo. A maioria dos enfermeiros considerou que o desempenho foi totalmente adequado. A totalidade dos formandos foi unânime em referir o domínio dos conteúdos como totalmente

adequado. A maioria dos formandos foi mais expressiva ao nível da clareza da apresentação, motivação dos formandos e à construção de suportes metodológicos adequados. Relativamente ao incentivo para a participação, 72% formandos consideraram totalmente adequado, 21% formandos parcialmente adequado e 7% indiferente. A variável tempo aqui mais uma vez foi importante nos resultados, porque o facto da ação ser tão curta, faz com o incentivo à participação se faça mais após a exposição de todos os resultados, no final, onde deveria ser durante toda a ação.

**Gráfico n.º 3 – Avaliação geral da sessão de formação**



Este parâmetro é na minha perspectiva o mais importante na resposta ao objectivo proposto de desenvolver competência na sensibilização dos enfermeiros do SU na Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem. A maioria dos enfermeiros considerou que a ação foi pertinente para a sua prática diária, que se sentem motivados para melhorar os registos de enfermagem e que a ação contribuiu para melhorar a visibilidade dos cuidados de enfermagem. Apenas seis enfermeiros consideraram estes três parâmetros parcialmente adequados. Desta forma, considero que o objectivo foi cumprido, sendo esta uma avaliação de impacto face aos resultados da auditoria.

### **Conclusão**

No geral, considero que os resultados foram positivos, mostrando uma equipa de enfermagem satisfeita com a realização desta auditoria, com os resultados obtidos e motivada não só, para melhorar os registos, como em dar visibilidade ao seu trabalho no serviço. O facto de terem sido realizadas cinco acções também ajudou na melhoria da taxa de adesão face à totalidade da equipa de enfermagem, sendo esta uma equipa muito dinâmica e com muita rotatividade de enfermeiros.

**APÊNDICE X**  
**PLANO DE SESSÃO “CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM**  
**VNI”**

# PLANO DE SESSÃO

## Serviço de Urgência

<b>TEMA:</b> Cuidados de Enfermagem ao cliente com Ventilação Não Invasiva	
<b>Local:</b> Sala de Reanimação	<b>Data:</b> 17/05/2011
<b>Duração:</b> 15-20 minutos	<b>Formadores:</b> Enf. <sup>a</sup> Sofia Dias
<b>População:</b> Equipa de enfermagem do SU	

### Objectivo Geral:

- Aprofundar conhecimentos nos Cuidados de Enfermagem ao cliente com Ventilação Não Invasiva

### Objectivos Específicos:

- Definir VNI
- Identificar as indicações terapêuticas de VNI
- Identificar as contra-indicações da utilização de VNI
- Explicitar a importância da monitorização do cliente com VNI
- Sistematizar os cuidados de enfermagem na prevenção de complicações da utilização de VNI
- Conhecer os materiais disponíveis na instituição para a aplicação de VNI.

### Materiais e equipamentos utilizados:

- Slides em power point
- Material de VNI (ventiladores, interfaces, arnês, circuitos)

### Estratégia:

- Métodos expositivo e demonstrativo

### Avaliação:

- Questionário de avaliação da sessão de formação

## GUIÃO

**Conteúdo de Sessão:** Cuidados de Enfermagem ao cliente com VNI

**Duração:** 15-20 minutos

**Formadores:** Enf.<sup>a</sup> Sofia Dias

Momento	Conteúdo	Método	Recursos Pedagógicos	Auxiliares Pedagógicos	Tempo (minutos)
Introdução	Apresentação Definição de VNI	Expositivo	Data show	Slides power point	2 minutos
Desenvolvimento	Apresentação do protocolo de actuação ao cliente com VNI da UCI Indicações terapêuticas de VNI Contra-indicações de VNI Monitorização do cliente com VNI Complicações e respectivos cuidados de enfermagem ao cliente com VNI	Expositivo	Data show	Slides power point	8 minutos
Conclusão	Demonstração com o material (ventiladores, interfaces, circuitos) dos circuitos de montagem da técnica Sumário das ideias apresentadas Questionário de avaliação	Expositivo e demonstrativo	Data show; material disponível para aplicação de VNI	Slides power point; ventiladores, circuitos, interfaces, arnês.	5 minutos

**APÊNDICE XI**  
**APRESENTAÇÃO**  
**“CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM VNI”**

**SERVIÇO DE URGÊNCIA**

# **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM VNI**

**Enf.ª Sofia Dias**

Aluna do Mestrado em Enfermagem  
na área de especialização de Médico-Cirurgião

**17 de Maio de 2011**

## **OBJECTIVOS DA SESSÃO**

### **Objectivo Geral**

- Aprofundar conhecimentos nos Cuidados de Enfermagem ao cliente com Ventilação Não Invasiva

## OBJECTIVOS DA SESSÃO

### Objectivos específicos:

- Definir VNI
- Identificar as indicações terapêuticas de VNI
- Identificar as contra-indicações da utilização de VNI
- Explicitar a importância da monitorização do cliente com VNI
- Sistematizar os cuidados de enfermagem na prevenção de complicações da utilização de VNI
- Conhecer os materiais disponíveis na instituição para a aplicação de VNI

## VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

- Ventilação Mecânica Não Invasiva
- Ventilação sem EOT; por "máscara" (externa)
- Pressão positiva
- Em doenças crónicas – Insuficiência respiratória crónica
- Na insuficiência respiratória aguda – Doenças agudas ou em agudizações de doenças crónicas

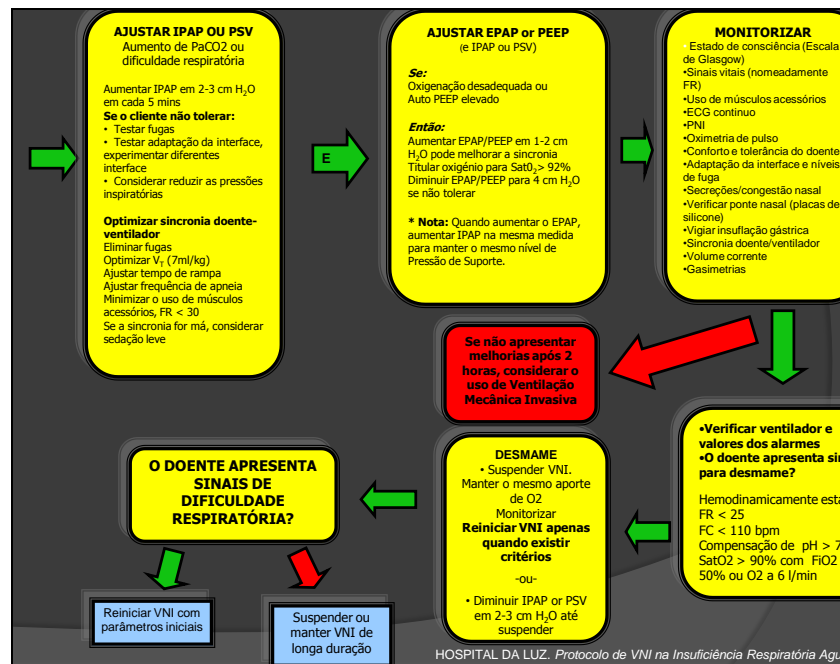
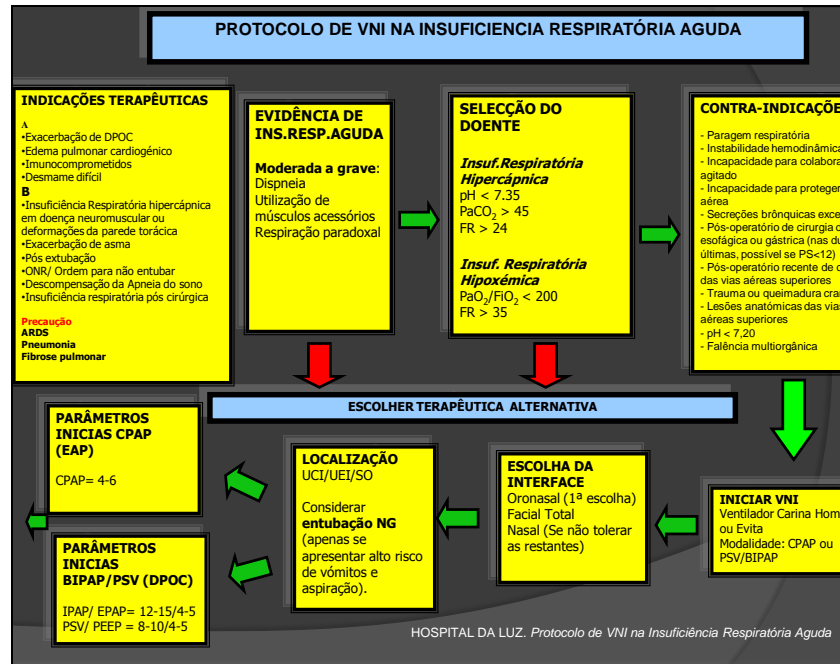
## VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

- Tenta evitar EOT e as suas complicações
- Alternativa na insuficiência respiratória aguda não muito grave se conservada a autonomia respiratória
- Eficácia comprovada nas agudizações da DPOC, no edema pulmonar agudo de causa cardíaca e no desmame ventilatório

## PROTOCOLO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA



<http://cpapdirect.ca/products/cpap-mask/respironics/>



## SELECÇÃO DO CLIENTE

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

#### A

- Exacerbação de DPOC
- Edema pulmonar cardiogénico
- Imunocomprometidos
- Desmame difícil

#### B

- Insuficiência Respiratória hipercápnica em doença neuromuscular ou deformações da parede torácica
- Exacerbação de asma
- Pós extubação
- ONR/ Ordem para não entubar
- Descompensação da Apneia do sono
- Insuficiência respiratória pós cirúrgica

#### Precaução

#### ARDS

#### Pneumonia

#### Fibrose pulmonar

HOSPITAL DA LUZ. Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda

## SELECÇÃO DO DOENTE

### ALTERAÇÕES CLÍNICAS E GASIMÉTRICAS

#### EVIDÊNCIA DE INS.RESP.AGUDA

##### Moderada a grave:

- Dispneia
- Utilização de

músculos acessórios

- Respiração paradoxal

#### SELECÇÃO DO DOENTE

##### *Insuf. Respiratória Hipercápnica*

pH < 7.35  
PaCO<sub>2</sub> > 45  
FR > 24

##### *Insuf. Respiratória Hipoxémica*

PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> < 200  
FR > 35

HOSPITAL DA LUZ. Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda

## SELECÇÃO DO DOENTE

### CONTRA-INDICAÇÕES

- Paragem respiratória
- Instabilidade hemodinâmica
- Incapacidade para colaborar ou agitado
- Incapacidade para proteger a via aérea
- Secreções brônquicas excessivas
- Pós-operatório de cirurgia da face, esofágica ou gástrica (nas duas últimas, possível se  $PS < 12$ )
- Pós-operatório recente de cirurgia das vias aéreas superiores
- Trauma ou queimadura craniofacial
- Lesões anatómicas das vias aéreas superiores
- $pH < 7,20$
- Falência multiorgânica

ENTUBAR OT

INICIAR VNI

HOSPITAL DA LUZ. Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda

## INICIAR VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

### LOCALIZAÇÃO

- UCIntensivos
- UEInternamento
- SO

### PARÂMETROS INICIAIS CPAP (EAP)

CPAP= 4-6

### PARÂMETROS INICIAIS PSV/BIPAP (DPOC):

IPAP/ EPAP= 12-15/4-5

PSV/ PEEP = 8-10/4-5

HOSPITAL DA LUZ. Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda

## VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA 2 HORAS APÓS O INÍCIO

**Se não apresentar melhorias após 2 horas, considerar o uso de Ventilação Mecânica Invasiva**

- Doente agitado
  - FR > 25-30
  - Taquicárdia
- Uso de músculos acessórios
  - Má adaptação
  - PaO<sub>2</sub> < 60 mm Hg ou SatO<sub>2</sub> < 90% com FIO<sub>2</sub> > 60% apesar dos ajustes de PEEP
  - Aumento da hipercápnia

HOSPITAL DA LUZ. Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda

## VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ADAPTAÇÃO

### MONITORIZAR

- Estado de consciência (Escala de Glasgow)
- Sinais vitais (nomeadamente FR)
- Uso de músculos acessórios
- ECG contínuo
- PNI
- Oximetria de pulso
- Conforto e tolerância do doente
- Adaptação da interface e níveis de fuga
- Secreções/congestão nasal
- Verificar ponte nasal (placas de silicone)
- Vigiar insuflação gástrica
- Sincronia doente/ventilador
- Volume corrente
- Gasimetrias 30 min (1-2h) e 12 em 12h (SOS)

HOSPITAL DA LUZ. Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda

## DESCONEXÕES PERIÓDICAS

- Hidratação de pele e mucosas
- Administração de aerossóis
- Realização de cinesiterapia respiratória
- Aspiração de secreções
- Higiene oral
- Alimentação

4 EM 4 HORAS



<http://www.tudoesporeta.org.br/noticia/philips-realiza-palestras-sobre-insuficiencia.html>

HOSPITAL DA LUZ. Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda

## COMPLICAÇÕES

- Lesão facial
- Retenção de secreções
- Distensão gástrica
- Irritação ocular
- Secura das mucosas nasal e oral
- Dor nasal e otalgia
- Aspiração de vômito
- Infecção

HOSPITAL DA LUZ. Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda

## COMPLICAÇÕES

Complicação	Cuidados de enfermagem
Lesões cutâneas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escolher a interface adequada</li><li>• Aplicar de placas de silicone</li><li>• Hidratar de forma adequada a pele</li><li>• Se possível, alternar máscara nasal com oronasal</li></ul>
Obstrução nasal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar higiene do nariz e boca</li><li>• Hidratar mucosa nasal com SF</li><li>• Apoiar na tosse/expectoração</li><li>• Aspirar secreções, se necessário</li></ul>
Irritação ocular	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verificar fugas e reajustar máscara</li><li>• Aplicar SF ou medicação prescrita</li></ul>
Otalgias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a pressão e se possível diminuí-la</li></ul>
Aerofagia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evitar a insuflação pela boca</li><li>• Verificar fugas</li><li>• Colocar sonda nasogástrica, se necessário.</li></ul>

## CONCLUSÃO

- VNI é uma técnica de uso crescente no doente com IRA
- Aplicada o mais precoce possível

**O sucesso depende:**  
**Gravidade da situação clínica**  
**Tolerância do doente**



Experiência e formação dos profissionais de saúde

## BIBLIOGRAFIA

AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana – *Metodologia Científica*. 9ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. ISBN 978-972-54-0212-2

Rodríguez, António – *Consensos Clínicos en Ventilación Mecánica No Invasiva*. Madrid. Aula Medica Ediciones, 2008. ISBN 978-84-7885-449-3

HOSPITAL DA LUZ. *Protocolo de VNI na Insuficiência Respiratória Aguda*.

**APÊNDICE XII**  
**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO**  
**“CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM VNI”**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**Sessão de formação:** Cuidados de Enfermagem sobre o cliente com VNI

**Data:** 17/05/2011

**Formador:** Sofia Dias – Aluna do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Médico-Cirúrgica.

A sua opinião sobre a ação de formação em que acaba de participar é extremamente importante para:

- Aferir a qualidade da sessão de formação;
- De que modo, contribuiu para a prática de enfermagem no SU.

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

Relativamente aos conteúdos programáticos	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialmente Adequado	Totalmente Adequado
Clareza dos conteúdos					
Profundidade dos conteúdos					
Tempo dedicado a cada conteúdo					

Relativamente ao desempenho do formador	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialmente Adequado	Totalmente Adequado
Clareza na apresentação					
Domínio dos conteúdos					
Motivação dos formandos					
Incentivo para a participação					
Construção de suporte metodológicos adequados					

Relativamente à sessão de formação de uma forma global	Totalmente desadequado	Desadequado parcialmente	Indiferente	Parcialmente Adequado	Totalmente Adequado
Pertinência do tema para a sua prática diária					
Motivação da equipa para utilização da técnica					
Contribuição para melhorar os conhecimentos na área					

Obrigado pela colaboração!

**APÊNDICE XIII**  
**RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO “CUIDADOS DE**  
**ENFERMAGEM AO CLIENTE COM VNI”**

## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO “CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM VNI”

Um dos objetivos propostos para o estágio do SU foi contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem na área de VNI. As atividades propostas para o desenvolvimento de competências incluem a realização de formação em serviço, na área de especialização, articulando os meus conhecimentos de perita em UCI. Foi realizado no ano transato uma formação de Ventilação Mecânica Invasiva pela Orientadora no serviço, e uma das sugestões da equipa e confirmado pela enfermeira, seria importante uma sessão de formação sobre “Cuidados de Enfermagem ao cliente com VNI”, complementando assim a formação já realizada.

Foram realizadas 3 sessões de formação nos dias 17/05/2011 e 20/05/2011, programada para 15-20 minutos.

As sessões de formação contaram com a participação de 10 enfermeiros em 13 enfermeiros da equipa de enfermagem a contrato individual de trabalho, sendo que três enfermeiros encontravam-se de licença de maternidade. Estes profissionais foram também contactados para a realização da sessão. Desta forma, a taxa de adesão à sessão de formação foi de 76%.

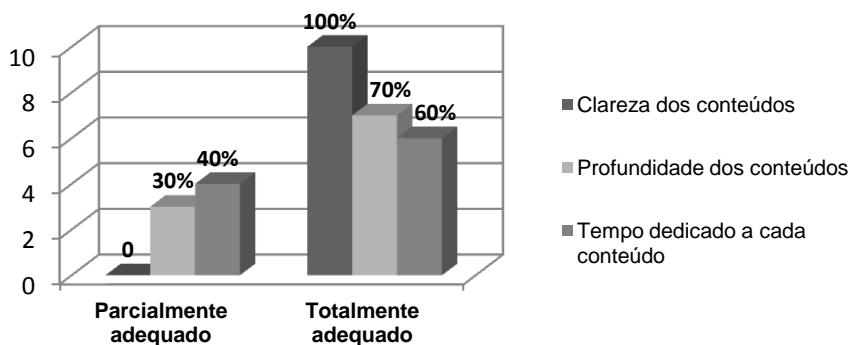
As sessões foram realizadas na Sala de Reanimação do SU, tendo sido necessário a construção de apresentação em Power Point como suporte metodológico de apoio à sessão, assim como a presença dos materiais existentes na instituição para a aplicação da técnica. A sessão de formação contou com o método ativo e demonstrativo.

Foi aplicado um questionário de avaliação no final de ação com uma escala de Lickert de 5 níveis, que contava com três grandes grupos de parâmetros relacionados com os conteúdos, desempenho da formadora e avaliação geral da ação. Os dados colhidos foram trabalhados através do programa Microsoft Excel.

**Palavras – Chave:** Enfermagem; Formação; Avaliação; VNI

De seguida apresenta-se a discussão dos resultados obtidos.

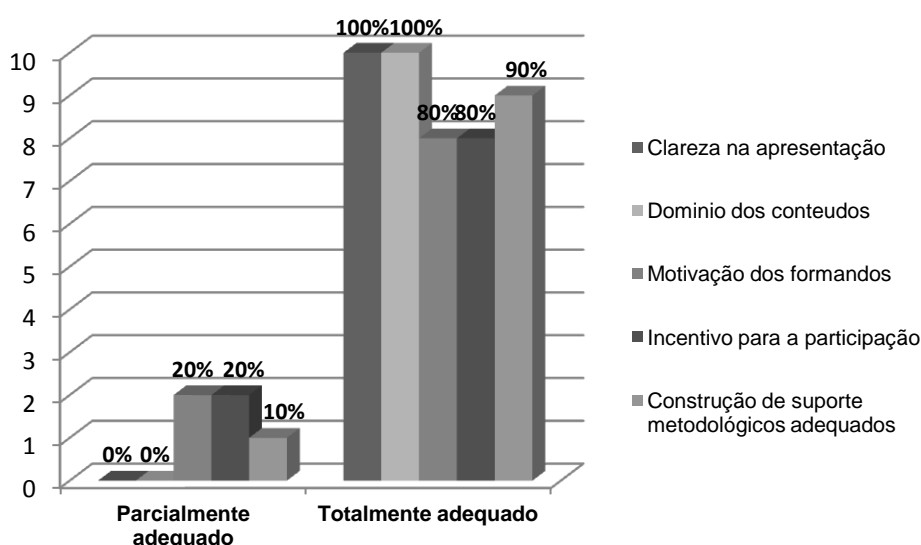
**Gráfico n.º1 – Avaliação sobre os conteúdos**



Quanto à clareza dos conteúdos, os formandos foram unânimes em que foi totalmente adequada a apresentação e 70% formandos consideraram que a profundidade dos conteúdos foi totalmente adequada e 30% parcialmente adequada.

Relativamente ao tempo dado a cada conteúdo, 60% enfermeiros consideraram que estava totalmente adequado e 40% enfermeiros consideraram que estava parcialmente adequado. O tempo disponível para a realização da sessão, que não poderia exceder os 20 minutos, foi uma variável importante nestes resultados. Existiam conteúdos que poderiam ser mais aprofundados mas dado o limite do tempo, não foi possível. A forma de colmatar esta situação, foi disponibilizar material acerca da temática para o serviço, para consulta futura dos profissionais.

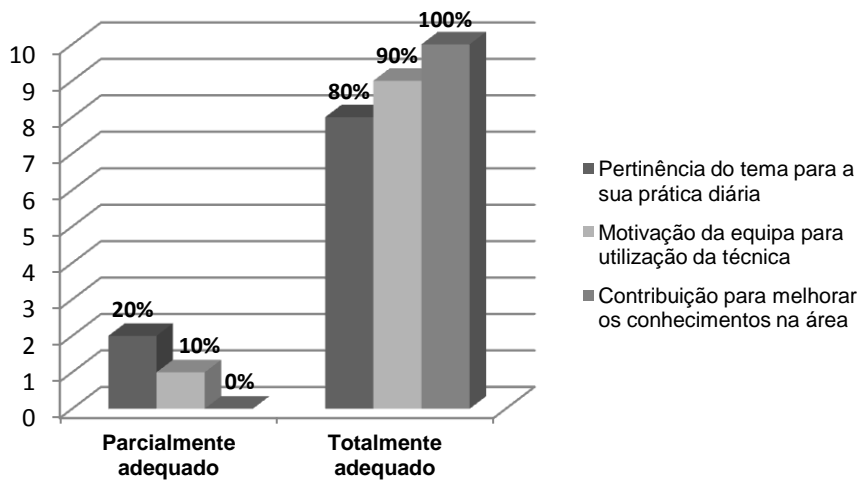
**Gráfico n.º 2 – Avaliação relacionada com o desempenho da formadora**



Relativamente à minha função como formadora, os resultados foram muito positivos. O facto de existirem alguns enfermeiros que referiram que a motivação dos formandos e o incentivo para a participação serem parcialmente adequados, poderá estar associado, mais uma vez, ao fator tempo, porque falar desta técnica em 20 minutos, por vezes é difícil deixar espaço para incentivar a participação de todos. Tentei ao longo da sessão incentivar a que tirassem todas as dúvidas, mas o fator tempo compromete neste fator de avaliação, no meu entendimento.

Todos os formandos consideraram que a clareza da apresentação e o domínio dos conteúdos foi totalmente adequado. Apenas um enfermeiro considerou que a construção dos suportes metodológicos foi parcialmente adequada, e que também representa uma percentagem de satisfação dos formandos muito positiva.

**Gráfico n.º 3 – Avaliação geral da sessão de formação**



Neste item de avaliação, os enfermeiros foram unânimes em afirmar que a formação contribuiu para melhorar os conhecimentos na área dos cuidados de enfermagem ao cliente com VNI, classificando-a como totalmente adequada. Relativamente à contribuição para motivar a equipa a utilizar a técnica, apenas 10% dos enfermeiros consideraram que era parcialmente adequada e os restantes totalmente adequados.

A pertinência da sessão para a prática de enfermagem no SU foi classificada por 80% enfermeiros que a consideraram totalmente adequada e 20% enfermeiros parcialmente adequada. Considero que foram resultados muito positivos, sendo uma técnica que se utiliza principalmente no SO, em que muitos elementos da equipa têm pouco contacto com os clientes que necessitam de VNI. Os elementos que assistiram à formação foram de contrato individual de trabalho, mas os chefes de equipa encontram-se na maioria das vezes em SO, e os outros elementos nas restantes valências.

### **Conclusão**

Conclui-se que os resultados foram muito expressivos, não só pelas avaliações muito satisfatórias nos vários itens do questionário, mas também pela taxa de adesão que subiu face a resultados anteriores em outras sessões (informação dada pela Orientadora). Penso que a avaliação deu resposta ao objetivo proposto para o estágio no SU, adquirindo as competências a que me propus.

**APÊNDICE XIV**  
**PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE EMERGÊNCIA MÉDICA E**  
**REANIMAÇÃO**

Ana Sofia Lopes Dias

Aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Médico-Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa

**Exma. Comissão de Emergência Médica e Reanimação,**

Como aluna do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, neste momento a realizar estágio no \_\_\_\_\_ venho demonstrar a minha disponibilidade em elaborar um poster referente ao Algoritmo de Suporte Avançado de Vida, actualizado com as novas *guidelines* de 2010.

Deste modo, peço a autorização da Comissão de Emergência Médica e Reanimação para a realização deste poster que terá em consideração todas as indicações emanadas pela Comissão e pelas *guidelines* do Conselho Europeu de Ressuscitação. Pretende-se com esta iniciativa desenvolver parcerias na promoção da qualidade dos cuidados prestados na Instituição, assim como o desenvolvimento de competências necessárias à atribuição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os meus melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_  
Ana Sofia Lopes Dias

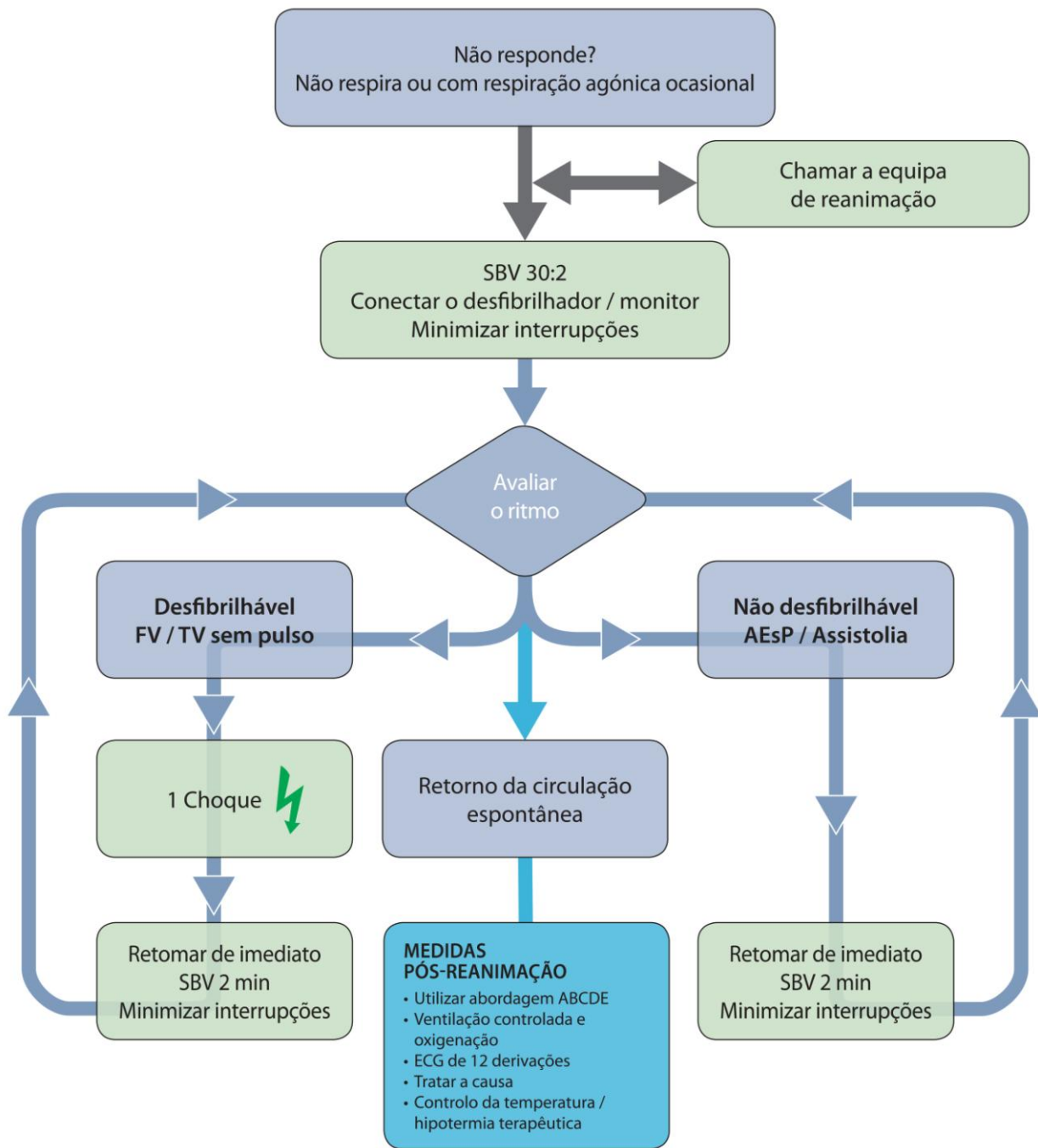
Concedo a sua - substitua o  
poster existente em VLS e recomendo a re-  
-to para poster actualizado com  
as recomendações europeias de 2010  
Pelos CEMR  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APÊNDICE XV**  
**POSTER DE SAV**



# Suporte Avançado de Vida

## Algoritmo universal



### DURANTE A REANIMAÇÃO

- Garantir qualidade: frequência, profundidade, descompressão
- Planificar a acção antes de interromper a reanimação
- Administrar oxigénio
- Considerar via aérea avançada e capnografia
- Compressões torácicas ininterruptas após via aérea avançada
- Acesso vascular (intravenoso, intra-ósseo)
- Administrar adrenalina cada 3-5 min
- Corrigir as causas reversíveis

### CAUSAS REVERSÍVEIS

- Hipóxia
- Hipovolémia
- Hipo-/hipercalémia/metabólica
- Hipotermia
- Trombose
- Tamponamento cardíaco
- Tóxicos
- Pneumotórax hipertensivo

**APÊNDICE XVI**  
**O PAPEL DO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA NA PREVENÇÃO E**  
**CONTROLO DE INFECCÃO**

# O PAPEL DO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

A microbiologia hospitalar associada à prevenção e controlo da infeção procura a identificação dos microrganismos e respetivo perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos, bem como a deteção de novas infeções e/ou novos padrões de resistência aos antimicrobianos. A Comissão de Controlo da Infeção é responsável por definir os indicadores, objetivos e prioridades da vigilância epidemiológica. Só em estreita ligação com o laboratório de microbiologia, através da informação de retorno relativamente a microrganismos resistentes ou “alerta”, é possível uma deteção precoce e o controlo de surtos de infeção.

Realizei uma visita de dois turnos ao Laboratório de Microbiologia do HL, nos dias 13 e 14 de outubro de 2011, munida de um guião de observação realizado pela enfermeira orientadora, com os seguintes objetivos:

## 1. Conhecer o manual de colheita de produtos microbiológicos

O processamento das amostras só é possível se estas forem colhidas, armazenadas e transportadas de forma apropriada, de forma a preservar ao máximo as características existentes na amostra no momento da colheita.

As **normas de colheita e de transporte** (Manual de Colheitas de Produtos Microbiológicos):

- Amostra constituída por material colhido do verdadeiro local da infeção, com o mínimo de contaminação por flora de tecidos adjacentes;
- Colher antes de administração de antimicrobianos;
- Todos os recipientes têm de ser esterilizados e estão disponíveis nos serviços;
- Ver se é o recipiente indicado;
- Os recipientes não devem encher-se além dos 2/3 de capacidade e manter a posição vertical durante o transporte.

Revela-se importante conhecer os diferentes recipientes disponíveis para colheita, os seus constituintes e finalidades, para corretamente escolher o mesmo de acordo com a prescrição médica. Por exemplo, conhecer os diferentes tipos de zaragatoas existentes:

- **Secas** - sem meio de transporte (para pesquisa de antigénios);
- Com meio de transporte – **zaragatoas de” Stuart “** (exsudados, feridas, estudos de colonização, entre outros);
- Com meio de **carvão** (pesquisa de *Neisseria sp.* nos exsudados vaginais/uretrais e exsudados oculares em recém-nascidos).

Os volumes definidos no Manual de Colheitas também devem ser respeitados pois a amostra é semeada em diversos meios de cultura e por vezes submetida a centrifugação a fim de avaliar o sedimento (por exemplo nas uroculturas).

Relativamente às hemoculturas sabemos ainda que o passo da desinfecção é sem dúvida bastante importante, uma vez que uma má desinfecção implica uma possível contaminação da amostra no ato da colheita.

Outro aspeto importante na colheita de alguns líquidos orgânicos prende-se com o tipo de análise microbiológica pedida, se além do pedido de exame bacteriológico for pedido também pesquisa de anaeróbios, a colheita desse produto biológico deve ser de imediato colocada em meio de transporte apropriado, "**Portagerm**", para evitar o máximo possível o contacto da amostra com o oxigénio.

Lavado brônquico alveolar: frasco tampa vermelha ou na UCI, com o kit de aspiração de mucosidades universal.

Expetoração: frasco de tampa vermelha e deve-se preferir a 1ª da manhã após a higiene oral do cliente, após tosse profunda e sem saliva.

Exsudado nasal: zaragatoa em meio de transporte "stuart" e nunca refrigerar.

Exsudado faríngeo: respirar fundo com a boca aberta. Baixar a língua com espátula. Se não houve pus, rodar a zaragatoa nas duas amígdalas e na parede posterior da faringe, com meio de transporte "stuart". Nunca refrigerar.

Urina: jato médio. Se não for processado no espaço de duas horas, refrigerar (24h no máximo). Nas crianças, trocar o saco de recolha de meia em meia hora.

Exsudado vaginal: 3 zaragatoas – 1ª carvão, 2ª seca e 3ª seca em meio "Diamond"

Pesquisa de Neisseria gonorrhoeae: espéculo + zaragatoa de carvão.

Exsudado uretral: de manhã antes do cliente urinar ou pelo menos duas horas depois; zaragatoa de carvão e outra zaragatoa para lâmina. Nunca refrigerar.

Hemocultura: álcool a 70º ou clorexidina a 2%. No adulto, 20 ml (10 ml para cada frasco) e nas crianças 2 a 4 ml. Pode ser mais de 4 ml quando a criança apresenta mais de 13 kg. O número mínimo é duas hemoculturas em diferentes veias periféricas. Devem ser colhidas preferencialmente antes da toma de antimicrobiano. Quando há síndrome febril indeterminado ou com terapêutica antimicrobiana prévia efetuar 2 a 3 colheitas. Se negativas após 48h, podem colher-se mais duas hemoculturas.

Catéteres: antes de retirar o cateter, colher uma hemocultura periférica (nunca do cateter). Se possível, efetuar uma hemocultura 1 a 2 horas após a retirada do cateter. Enviar 5 cm da ponta num frasco de tampa vermelha.

LCR: solução alcoólica de iodo para desinfetar. Colheita para dois tubos – para exame citológico e microbiológico, 2 a 3 ml. De preferência, acompanhado de uma hemocultura.

Exsudado purulento: efetuada por seringa – envio da amostra em meio de transporte (Portagem) e meio de transporte "stuart" (zaragatoa).

Líquidos orgânicos (pleural, ascítico, articular, biliar): desinfecção com solução alcoólica de iodo, aspirar com seringa e deitar líquido para frasco de tampa vermelha. Se necessário anaeróbios (portagem).

Uma amostra mal colhida e mal armazenada pode conduzir a um resultado falsamente positivo ou negativo.

## **2. Reconhecer os critérios de triagem na recepção dos produtos**

### **Identificação correta das amostras**

- Nome do cliente;
- Número de processo;
- Serviço, n.º de cama do cliente;
- Indicações do tipo de produto colhido;
- Data e hora de colheita;
- Sempre no próprio recipiente.

As amostras devem ser transportadas o mais depressa possível.

### **Critérios de rejeição das amostras:**

- Amostras mal identificadas;
- Dados das amostras Vs requisições não coincidentes;
- Recipientes visivelmente conspurcados com matéria orgânica;
- Recipientes danificados e/ou a extravasar produto;
- Amostras inadequadas para um determinado exame microbiológico.

## **3. Visualizar os microrganismos ao microscópio**

Podemos observar no microscópio colónias que cresceram na cultura ou diretamente do produto. A diferença é que está muito mais contaminado.

### **a) Coloração Gram**

Permite a coloração de microrganismos bacterianos e fúngicos para o seu exame direto.

### **Reagentes utilizados nesta coloração:**

R1 – a parede dos microrganismos está corada de violeta pelo cristal violeta oxalato.

R2 – iodo estabilizado fixa o cristal violeta.

R3 – o iodo estabilizado é eliminado durante a descoloração pelo álcool-acetona unicamente para os gram negativos.

R4 – safranina serve como contraste ficando

Gram – Rosas.

Gram + que não foram descolorados, ficam violetas.

**Preparação e fixação da amostra:**

- Espalhar uma camada fina de amostra a examinar numa lâmina;
- Secar;
- Fixar ao calor ou metanol;
- Coloração;
- Cobrir a amostra com R1;
- Esperar 1 minuto;
- Passar com cuidado água;
- Colocar R2;
- Esperar 1 minuto;
- Passar com cuidado água;
- Descorar com álcool acetona R3;
- Passar com cuidado água;
- Colocar safranina (R4);
- Esperar 1 minuto;
- Passar com cuidado água;
- Secar.

É visualizado ao microscópio x 1000, com a ajuda do óleo de imersão.

Os gram positivos ficam violetas (assim como as leveduras).

Os gram negativos ficam rosas.

Depois: cultura/identificação para estabelecer diagnóstico.

O controlo desta coloração é feito com lâmina com *E. Coli* e *Staphylococcus aureus*. A observação diferenciando em gram positivos ou negativos, permite que o médico possa dirigir a antibioterapia para gram positivos ou gram negativos. Por isso, esta coloração também ajuda na prescrição de antibacterianos.

Deve-se ver em culturas recentes (24-48 horas), porque as mais antigas são facilmente descoloradas. Os tratamentos com antibióticos podem tornar mais sensíveis os gram positivos à descoloração. Quando há fraca concentração de microrganismos na colheita, pode dar negativos.

Visualização de lâmina com *S.Aureus* – cocos em cachos.

Visualização de lâmina com *S. pneumoniae* – diplococos

Enterococos ou estreptococos – cadeia de cocos.

### **b) Coloração de Ziehl – Neelsen**

Presença de *Mycobacterium tuberculosis*. Este microrganismo apresenta uma grande cadeia de lipídios chamada “mycolic acids” nas suas paredes. É uma hidrofóbica por isso é muito difícil fazer uma suspensão homogénea de água, com colónias de *Mycobacterium tuberculosis*. A parede também protege da ação de ácidos fortes, bases e muitos antibacterianos que se dissolvem em água. Esta coloração ultrapassa esta parede lipídica e cora o microrganismo de vermelho. Após a coloração, todos os outros microrganismos existem no produto coram de azul (pela presença de azul de metileno) e apenas o *Mycobacterium tuberculosis* cora de vermelho.

É necessário preparação em câmara de fluxo laminar, com máscaras e luvas, tendo em consideração que nos produtos estão muitas vezes associados a presença de HIV e Hepatite B.

O controlo laboratorial desta coloração é feito com lâmina com *Mycobacterium tuberculosis* que cora vermelho e *E.Coli* que cora azul.

## **4. Contactar com os diversos meios de cultura do Laboratório de Microbiologia do HL**

Os meios de cultura são preparações sólidas ou líquidas que contém todos os nutrientes necessários para o crescimento de microrganismos. São utilizados com a finalidade de cultivar e manter microrganismos viáveis no laboratório, sob a forma de culturas puras.

Os meios de cultura têm na sua composição, os nutrientes indispensáveis ao crescimento do microrganismo em questão, em concentração favorável de crescimento. Para manter uma cultura pura, é necessário que o meio de cultura que seja mantido desprovido de qualquer organismo vivo contaminante. Para a prevenção de contaminações durante a manipulação de culturas recorre-se a técnica asséptica.

A especificidade dos meios de cultura é muito importante, nomeadamente no isolamento e identificação de certos microrganismos resistentes ou em testes de sensibilidade a antibióticos.

Os **meios de cultura não seletivos**, permitem o crescimento de todo o tipo de microrganismos, como as placas de gelose de sangue.

Existem **meios de cultura seletivos**, que apresentam antibióticos ou enzimas que inibem ou facilitam o crescimento de microrganismos. Entre estas encontram-se as placas de manitol salgado que diferenciam os *staphylococcus aureus* dos “não aureus”.

Os **meios de cultura seletivos cromogénicos** são os que mudam de cor na presença de um microrganismo específico. Por exemplo, as placas de ChromID MRSA e ChromID VRE.

**ChromID MRSA:** é uma placa que apresenta produtor de alfa glucosidase e cefoxitina. Após 18 a 24 horas de incubação e na presença de MRSA, cora as colónias de verde. Existe uma inibição seletiva da maioria de outras células para não serem visíveis na placa. Se resultados negativos, reincubar por mais 24 horas.

**ChromID VRE:** o enterococos *faecium* e enterococos *faecalis* que apresenta resistência à vancomicina.

Segundo o folheto do fornecedor, na América em UCI, 1 em cada 3 infeção deve-se a VRE; na Europa, 3,3% em 2001 e aumentou a infeção para 7,8% em 2004.

Quando detetado, o *E.faecium* é resistente em 15% dos casos e o *faecalis* em apenas 1% dos casos.

As placas apresentam dois substratos cromogénicos: o alfa glucosidase, beta-galactosidase e 8 mg de vancomicina que permite, numa incubação de 24 horas, corar azul esverdeado o *e. faecalis* e violeta o *E.faecium*; apresenta também um inibidor de crescimento de outros microrganismos.

## 5. Conhecer os critérios de infeção e contaminação

Todas as amostras, devidamente colhidas e armazenadas recebidas no laboratório são semeadas e incubadas à temperatura adequada de pelo menos 24 horas. Após este período observam-se as placas para verificar o crescimento bacteriano e relaciona-se essa informação com a informação obtida na observação das lâminas ao microscópio.

Quando se verifica a presença de infeção:

- **Hemoculturas:** quando positiva pelo menos uma garrafa com microrganismos considerados não contaminantes;
- **Uroculturas:** quando se observam colónias superiores a  $10^5$  com predomínio de um ou mais microrganismos, relacionando-se sempre o sedimento urinário, se patológico ou não;
- **Expetoração:** ausência de células  $> 25$ /campo com a presença de células PMN e predomínio de um ou mais microrganismos.

Consideramos uma amostra contaminada quando temos:

- **Urocultura polimicrobiana** – diferentes tipos de colónias em contagem  $< 10^5$ , sem sedimento patológico;
- **Expetoração** com número de células  $> 25$ /campo;

- **Hemoculturas inquinadas:** se positivar uma ou mesmo duas garrafas da mesma punção com um microrganismo contaminante (da flora saprófita da pele), não se valoriza.

#### **Visualização de placas (culturas)**

Quando existem várias colónias diferentes e não em muita quantidade são polimicrobianas – pede-se repetição.

Quando apresenta dois tipos de colónias – reisolamento de duas colónias.

Quando o sedimento apresenta raras células, existe pouca probabilidade de conspurcação. da amostra; quando de veêm células mucoides que cheiram mal – gram negativos.

Cor: castanhas (proteus ou morganella).

Cheiro: pseudomonas – cheira a rosas e a *E.coli* – cheira “muito mal”.

### **6. Observar a disponibilização de resultados e dos testes de sensibilidade aos antimicrobianos**

A disponibilização de resultados aos serviços é de extrema importância para a instituição, manutenção ou adequação de antibioterapia e de medida de precaução da infeção.

Os testes de sensibilização antibiótica fornecem informação sobre a sensibilidade e resistência dos microrganismos aos antibióticos, e permitem uma escalada terapêutica. Por princípio, e para controlar o aumento das resistências bacterianas, só se disponibiliza a informação dos antibióticos sensíveis de 1ª linha; tendo em conta o local e gravidade da infeção, tipo de microrganismo, idade e sexo do paciente, situação clínica e outras informações particulares de cada caso.

Por exemplo, nas mulheres grávidas com estreptococos do grupo B, pode dar-se sempre penicilina mas disponibiliza-se sempre mais um antibiótico, porque a mulher pode ser alérgica à penicilina.

Relativamente aos objetivos propostos, penso ter cumprido estes objetivos com a observação realizada no laboratório. Esta visita ao laboratório de microbiologia, foi pertinente não só para o meu estágio em CCI e na aquisição de competências, como na minha prática profissional como enfermeira de Cuidados Intensivos.

Para a UCI, levei conhecimentos fundamentados na área da Microbiologia, mais aprofundados do que a maioria dos elementos da equipa de enfermagem, promovendo algumas reuniões informais, principalmente com o membro dinamizador de CCI do serviço, no sentido de se implementar melhorias nas colheitas de produtos para a microbiologia. Levei ao laboratório dúvidas que eram dos meus próprios colegas, por exemplo, na quantidade de sangue necessário para a realização de hemoculturas, e em que medida, uma colheita de

sangue difícil, pode alterar o resultado da hemocultura. Com isto, foi possível ter uma visão prática no laboratório, como encontrar estudos acerca das percentagens de eficácia de hemocultura de acordo com o sangue colhido, levando esta evidência para a minha prática.

Na CCI, em que a aquisição de conhecimentos relativamente a microrganismos epidemiologicamente significativos e as suas implicações no cliente foi uma dos grandes pontos fortes do estágio, a visita ao laboratório foi extremamente útil no sentido em que foi possível visualizar todo o processo que a colheita sofre até se chegar a um resultado final. Foi possível verificar que os fatores implicados num resultado microbiológico são imensos, desde a correta colheita, a comunicação do microbiologista com os médicos prescritores sabendo qual a clínica do cliente no sentido de encaminhar a pesquisa, a comunicação com a enfermeira da CCI, no sentido de uma vigilância epidemiológica eficaz, e a perceção de como os microrganismos se desenvolvem, quais as suas fontes e principais meios de transmissão.

A hipótese de avaliar amostras colhidas de clientes que eu própria cuido na UCI, associando a amostra ao cliente, com a sua clínica foi de uma vantagem extrema, e pude compreender a importância da microbiologia no tratamento dos nossos clientes. O percurso que existe entre a colheita, o resultado e os antimicrobianos prescritos e administrados, eram um terreno desconhecido para mim, que me foi demonstrado nesta visita e tem um valor inestimável na importância do enfermeiro como profissional que tem como responsabilidade a colheita de amostras de forma correta, e que no final do percurso, implica no tratamento eficaz ao cliente.

**APÊNDICE XVII**  
**PLANO DE SESSÃO “CAMPANHA DE HIGIENE DAS MÃOS”**

## PLANO DE SESSÃO

### CCI – HL

<b>TEMA:</b> Campanha da Higiene das Mãos	
<b>Local:</b> Auditório do HL	<b>Data:</b> 30/09/2011
<b>Duração:</b> 9 horas	<b>Formadores:</b> Enf. <sup>a</sup> Soraia Pedroso, Dr. <sup>a</sup> Joana Mapril, Enf. <sup>a</sup> Sofia Dias
<b>População:</b> Membros dinamizadores da CCI	

#### Objetivo Geral:

- Adquirir conhecimentos acerca da Campanha de Higiene das Mãos e sua implicação na prática.

#### Objetivos Específicos:

- Demonstrar evidência no controlo de IACS
- Demonstrar os resultados das fases anteriores da Campanha da Higiene das Mãos
- Treinar os observadores para a auditoria da Campanha da Higiene das Mãos

#### Materiais e equipamentos utilizados:

- Slides em power point
- Sabão anti-sético das mãos
- Guião de observação
- Canetas
- Training films
- Formulários de auditoria da Campanha de Higiene das Mãos

#### Estratégia:

Métodos expositivo, demonstrativo e ativo

#### Avaliação:

- Treino prático da técnica correta de lavagem das mãos
- Treino de observação através da visualização de training films

## GUIÃO

**Conteúdo de Sessão: Campanha da Higiene das Mãos**

**Duração:** 09h00 – 13h30

**Formadores:** Enf.<sup>a</sup> Soraia Pedroso, Dr.<sup>a</sup> Joana Mapril, Enf.<sup>a</sup>

Sofia Dias

Momento	Conteúdo	Formador	Método	Recursos Pedagógicos	Auxiliares Pedagógicos	Tempo (minutos)
Introdução	Apresentação dos formadores e dos objetivos da sessão de formação	Dra. Joana Mapril	Expositivo	Data show	Slides power point	2 Minutos
Desenvolvimento	Introdução às IACS Técnicas e Produtos utilizados na Higiene das Mãos Os 5 momentos de higiene das mãos	Dra. Joana Mapril	Ativo	Data show	Slides power point	40 Minutos
	Evidência sobre o uso de unhas artificiais	Enf. <sup>a</sup> Sofia Dias	Ativo	Data Show	Slides power point	10 Minutos
	A implementação da Campanha no Hospital da Luz Os resultados	Enf. <sup>a</sup> Soraia Pedroso	Ativo	Data Show	Slides power point	30 Minutos
	Intervalo					30 Minutos
	Passos para a higiene correta da lavagem das mãos – Sessão prática	Dra. Joana Mapril, Enf. <sup>a</sup> Soraia Pedroso e Enf. <sup>a</sup> Sofia Dias	Demonstrativo	Demonstração da técnica correta	Guião de observação	30 Minutos
	<i>Training films</i>	Enf. <sup>a</sup> Soraia Pedroso e Dra. Joana Mapril	Ativo	Data Show	Filmes e formulários de preenchimento de momentos	2 Horas
	Conclusão	Dúvidas e sugestões dos membros dinamizadores	Enf. <sup>a</sup> Soraia Pedroso e Dra. Joana Mapril	Ativo	-	-

**APÊNDICE XVIII**  
**APRESENTAÇÃO**  
**“USO DE UNHAS ARTIFICIAIS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE”**



# Campanha de Higiene das Mãos 2011

## FORMAÇÃO OBSERVADORES

30 SETEMBRO 2011

*Enf.ª Soraia Pedroso / Enf.ª Sofia Dias/ Dra. Joana Mapril*



# Procedimento da Higienização das Mãos - HL

**“Unhas naturais, sem verniz ou gel, limpas e saudáveis”**



www.google.pt

## Evidências científicas

- As unhas são os locais onde se encontram maior tipo e número de microorganismo de todas as zonas da mão

MCGINLEY et al; Composition and density of microflora in the sublingual space of the hand. *Journal of Clinical Microbiology*. 0095-1137; 26: (1988) 950-953

- As unhas artificiais não permitem uma higienização das mãos tão eficaz do que unhas naturais

MCNEIL et al; Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soao or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers . *CID*. 1058-4838; 32: (2001) 367-372

- As unhas artificiais aumentam a probabilidade de infecções fúngicas(onicomicose)

SHEMER et al; Onychomycosis due to artificial nails. *JEADV*.1468-3083; 22: (2008) 998-1000

## Microrganismos



Wolfehulsa, C.

Organism	HCWs with acrylic nails, n (%) (n = 40)	HCWs with native nails, n (%) (n = 39)
<b>Gram-positive organisms</b>		
Coagulase-negative staphylococci	40 (100)	38 (100)
MSSA	10 (25)	3 (8)
MRSA	2 (5)	0
Streptococci	14 (35)	16 (42)
Enterococci	3 (8)	0
Other <sup>a</sup>	34 (85)	30 (76)
<b>Gram-negative bacilli</b>		
Enterobacter species	15 (38)	2 (5)
Pseudomonas species	6 (15)	0
Acinetobacter species	4 (10)	0
Other <sup>b</sup>	13 (33)	2 (5)
<b>Yeasts</b>		
<i>Candida parapsilosis</i>	24 (60)	7 (18)
<i>Candida albicans</i>	17 (43)	5 (13)
Other <sup>c</sup>	5 (13)	1 (3)

NOTE. MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; MSSA, methicillin-susceptible *S. aureus*.

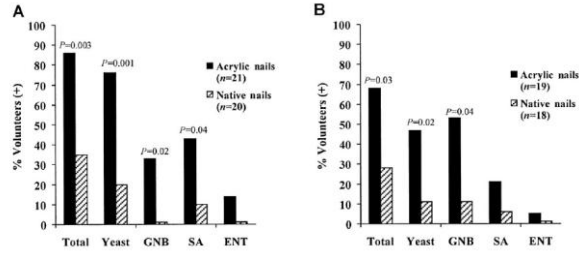
<sup>a</sup> Includes micrococci, diphtheroids, and *Bacillus* species.

<sup>b</sup> Includes nonfermentative gram-negative bacilli, *Acinetobacter* species, *Enterobacter* coli, and *Serratia marcescens*.

<sup>c</sup> Includes *Candida lusitanae*, *Candida tropicalis*, *Rhodotorula* species, and *Candida guilliermondii*.

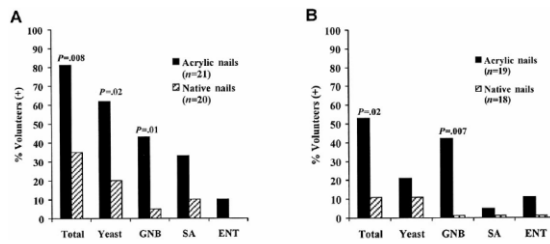
MCNEIL et al; Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soao or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers - *CID*, 2001, 32:367-372

## Lavagem com sabão Vs Solução de base alcoólica - ANTES



MONEI, et al. Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soaps or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers - CID, 2001; 32:367-372

## Lavagem com sabão Vs Solução de base alcoólica - DEPOIS



MONEI, et al. Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soaps or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers - CID, 2001; 32:367-372

## Infecção fúngica

Estudo realizado a 68 pessoas, do sexo feminino após remoção de unhas artificiais  
Colheita de amostra na parte distal e proximal da unha  
46 pessoas apresentam sinais de paronychia



www.papipr.pt

Table 1 Results of culture from the different sampling sites

Organism	Distal		Proximal	
	n	%	n	%
<b>With paronychia</b>	42	61.8	23	33.8
<i>Candida albicans</i>				
<i>Candida tropicalis</i>	4	5.9	4	5.98
<b>Without paronychia</b>				
<i>Candida krusei</i>	2	2.9	0	0
<i>Candida albicans</i>	3	4.4	4	5.9
<i>Aspergillus</i> spp.	5	7.3	1	1.5
<i>Candida tropicalis</i>	8	11.8	3	4.4
<i>Candida glabrata</i>	3	4.4	1	1.5
NF	1	1.5	32	47.0

NF, not found.

**APÊNDICE XIX**  
**PLANO DE SESSÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO**  
**“PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS PARA ENFERMEIROS”**

# PLANO DE SESSÃO

## CCI – HL

**TEMA:** Curso de Formação de Enfermeiros Chefes de Equipa e Membros Dinamizadores em Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

**Local:** Auditório das Casas da Cidade

**Data:** 26/10/2011

### Enquadramento do curso

O combate às infeções associadas aos cuidados de saúde, nas suas diversas vertentes (prevenção, diagnóstico e terapêutica), constitui um elemento da política das unidades de saúde. Na verdade, essas infeções aumentam de forma significativa a morbilidade, mortalidade e os custos associados à prestação de cuidados.

A ocorrência destas infeções resulta de diversos factores, nos quais os prestadores de cuidado (entendidos em sentido lato, envolvendo não somente Médicos e Enfermeiros, mas também Assistentes Operacionais, Técnicos de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Colaboradores dos Serviços de Limpeza) são o elo fundamental de uma cadeia de transmissão cruzada de microrganismos.

Daí resulta a necessidade de uma formação que abranja todos estes elementos, embora adaptando-a às suas funções específicas, cumprindo sempre os requisitos essenciais de simplicidade, objetividade, uniformidade de conceitos e brevidade, para que se transmitam a todos os formandos, em linguagem clara e objetiva, as ideias essenciais para a compreensão dos assuntos e para que a atuação no dia-a-dia seja a mais adequada possível e de acordo com as Normas em Vigor.

**População:** Enfermeiros

**Pré-requisitos:** Membros dinamizadores e Chefes de Equipa

### Objectivo Geral:

- Melhorar as práticas de controlo de infecção

### Objectivos Específicos:

Adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre:

- Conceitos básicos sobre IACS
- Cadeia de Infecção e principais mecanismos de transmissão de infecção
- Principais medidas de prevenção das IACS

**Métodos pedagógicos:**

Métodos expositivo, demonstrativo e ativo

**Avaliação:**

- Avaliação inicial ou Diagnóstica

Teste inicial diagnóstico (semi-anónimo), constituído por 10 questões de escolha múltipla

- Avaliação de aprendizagem

Teste final (semi-anónimo), constituído por 10 questões de escolha múltipla com avaliação sumativa

**Certificação**

Será emitido um certificado de formação profissional a cada um dos formandos que participe em pelo menos 95% do número de horas de formação e que no final obtenha a classificação de APROVADO

## GUIÃO

**Conteúdo de Sessão:** Curso de Formação de Enfermeiros Chefes de Equipa e Membros dinamizadores em Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**Duração:** 08h30 – 19h00

**Formadores:** Carlos Palos, António Nunes, Cristina Rato, Sofia Dias, Soraia Pedroso, Joana Mapril, Cátia Piedade, Luisa Palha

Momento	Conteúdo	Formador	Método	Recursos Pedagógicos	Auxiliares Pedagógicos	Tempo (minutos)
<b>Introdução</b>	Apresentação dos formadores e dos objectivos da sessão de formação	Todos os formadores	Expositivo	-	-	2'
	Avaliação diagnóstica		Avaliativo	-	Testes de avaliação	30'
<b>Desenvolvimento</b>	Introdução às IACS - Conceitos e evolução histórica - Importância das boas práticas em controlo de infeção na qualidade e segurança dos cuidados - Perspectiva institucional	Carlos Palos	Expositivo	Data show	Slides power point	30'
	Princípios gerais da terapêutica antimicrobiana	António Nunes	Ativo	Data Show	Slides power point	20
	Boas práticas na utilização de dispositivos médicos	Cristina Rato	Ativo	Data Show	Slides power point	30'
	Prevenção e Controlo de Infeção - Precauções básicas - Tipos de isolamento	Ana Sofia Dias Soraia Pedroso	Ativo	Data Show	Slides power point	20'

	- Inquérito Epidemiológico de Admissão					
	Coffee-break					20'
	Limpeza e Desinfecção Ambiental	Soraia Pedroso	Ativo	Data Show	Slides power point	20'
	Resíduos hospitalares, roupa e alimentação	Soraia Pedroso	Ativo	Data Show	Slides power point	30'
	Anti-sépticos e desinfetantes	Joana Mapril	Ativo	Data Show	Slides power point	20'
	Almoço					60'
	Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea Infeção Nosocomial do Tracto Urinário	Soraia Pedroso	Ativo	Data Show	Slides power point	50'
	Pneumonia Nosocomial	Joana Mapril	Ativo	Data Show	Slides power point	30'
	Infeção do Local Cirúrgico	Joana Mapril	Ativo	Data Show	Slides power point	30'
	Boas práticas em Microbiologia - Colheita e envio de produtos para o laboratório	Cátia Piedade	Ativo	Data Show	Slides power point	30'
	Coffee-break					20'
	- Higienização das Mãos - Triagem de Resíduos Hospitalares	Ana Sofia Dias Soraia Pedroso Joana Mapril	Demonstrativo	Mesas e equipamentos diversos	-	60'
	Exercício de supervisão e "coaching" - Estratégias de comunicação ("role play") - Identificação e comunicação de eventos adversos relacionados com controlo de infeção	Luisa Palha	Demonstrativo	Mesas e equipamentos diversos	-	60'
<b>Conclusão</b>	Teste final e encerramento do curso	Soraia Pedroso Joana Mapril	Avaliativo	-	Testes de avaliação	30'

**APÊNDICE XX**  
**PLANO DE SESSÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO DADA PELA CCI**  
**“PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS PARA AO”**

# PLANO DE SESSÃO

## CCI – HL

<b>TEMA:</b> Curso de Formação de Assistentes Operacionais em Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.	
<b>Local:</b> Auditório do HL	<b>Data:</b> 27/10/2011

### Enquadramento do curso

O combate às infeções associadas aos cuidados de saúde, nas suas diversas vertentes (prevenção, diagnóstico e terapêutica), constitui um elemento da política das unidades de saúde. Na verdade, essas infeções aumentam de forma significativa a morbilidade, mortalidade e os custos associados à prestação de cuidados.

A ocorrência destas infeções resulta de diversos factores, nos quais os prestadores de cuidados (entendidos em sentido lato, envolvendo não somente Médicos e Enfermeiros, mas também Assistentes Operacionais, Técnicos de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Colaboradores dos Serviços de Limpeza) são o elo fundamental de uma cadeia de transmissão cruzada de microrganismos.

Daí resulta a necessidade de uma formação que abranja todos estes elementos, embora adaptando-a às suas funções específicas, cumprindo sempre os requisitos essenciais de simplicidade, objectividade, uniformidade de conceitos e brevidade, para que se transmitam a todos os formandos, em linguagem clara e objectiva, as ideias essenciais para a compreensão dos assuntos e para que a actuação no dia-a-dia seja a mais adequada possível e de acordo com as Normas em Vigor.

**População:** Assistentes Operacionais, Auxiliares de Alimentação

**Pré-requisitos:** Não existem

### Objectivo Geral:

- Melhorar as práticas de controlo de infeção

### Objectivos Específicos:

Adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre:

- Conceitos básicos sobre IACS
- Cadeia de Infeção e principais mecanismos de transmissão de infeção

- Principais medidas de prevenção das IACS

### **Métodos pedagógicos:**

Métodos expositivo, demonstrativo e activo

### **Avaliação:**

- Avaliação inicial ou Diagnóstica  
Teste inicial diagnóstico (semi-anónimo), constituído por 10 questões de escolha múltipla
- Avaliação de aprendizagem  
Teste final (semi-anónimo), constituído por 10 questões de escolha múltipla com avaliação sumativa

### **Certificação**

Será emitido um certificado de formação profissional a cada um dos formandos que participe em pelo menos 95% do número de horas de formação e que no final obtenha a classificação de APROVADO.

## GUIÃO

**Conteúdo de Sessão:** Curso de Formação de Assistentes Operacionais em Prevenção e Controlo das IACS

**Duração:** 08h30 – 19h00

**Formadores:** Dr.º Carlos Palos, Dr.ª Joana Mapril, Enf.ª Soraia Pedroso, Enf.ª Sofia Dias, Enf.ª Cristina Rato

Momento	Conteúdo	Formador	Método	Recursos Pedagógicos	Auxiliares Pedagógicos	Tempo (minutos)
<b>Introdução</b>	Apresentação dos formadores e dos objectivos da sessão de formação	Todos os formadores	Expositivo	-	-	2'
	Avaliação diagnóstica		Avaliativo	-	Testes de avaliação	20'
<b>Desenvolvimento</b>	Introdução às IACS - Conceitos e evolução histórica - Importância das boas práticas em controlo de infeção na qualidade e segurança dos cuidados - Perspectiva institucional	Carlos Palos	Expositivo	Data show	Slides power point	30'
	Cadeia de Infeção e Principais Mecanismos de Transmissão de Infeção - Microbiologia básica - Transmissão por contacto, gotícula e aerossol - Microrganismos epidemiologicamente significativos	Joana Mapril	Activo	Data Show	Slides power point	40'
	Coffee-break					15'
	Prevenção e Controlo de Infeção - Precauções básicas - Precauções de isolamento - Processo de limpeza e desinfecção do ambiente - Triagem de resíduos hospitalares	Ana Sofia Dias Soraia Pedroso	Activo	Data Show	Slides power point	105'
	Conceitos básicos de esterilização na prestação de cuidados	Cristina Rato	Activo	Data Show	Slides power point	60'

	Almoço					60'
	- Higienização das Mãos - Utilização de EPI - Triagem de Resíduos Hospitalares	Ana Sofia Dias Soraia Pedroso Joana Mapril	Demonstrativo	Mesas e equipamentos diversos	-	130'
<b>Conclusão</b>	Teste final e encerramento do curso	Soraia Pedroso Joana Mapril	Avaliativo	-	Testes de avaliação	45'

**APÊNDICE XXI**  
**APRESENTAÇÃO “TÉCNICA DE HIGIENE DAS MÃOS E USO DE UNHAS**  
**ARTIFICIAIS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE”**



# Campanha de Higiene das Mãos 2011



## TÉCNICA DE HIGIENE DAS MÃOS E USO DE UNHAS ARTIFICIAIS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Enf.ª Sofia Dias

Aluna do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Médico-Cirúrgica

### Conceptualização geográfica do risco de transmissão



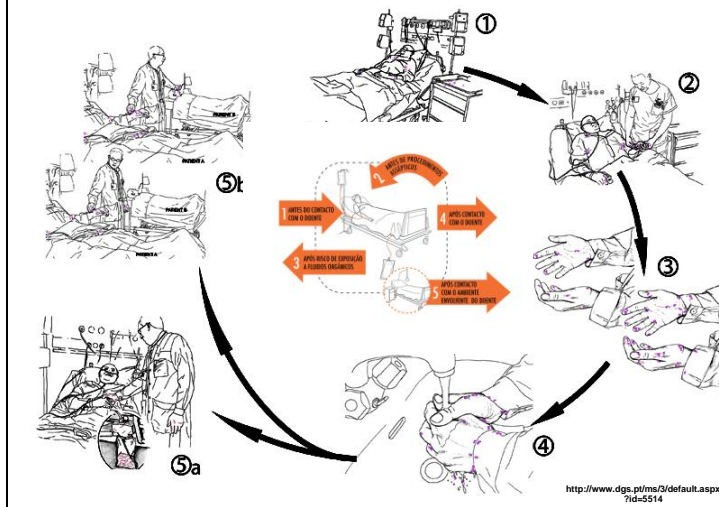
<http://www.dggs.pt/mis2/default.aspx?id=8514>

# UMA CORRECTA HIGIENE DAS MÃOS DEVE SER EFECTUADA



<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>

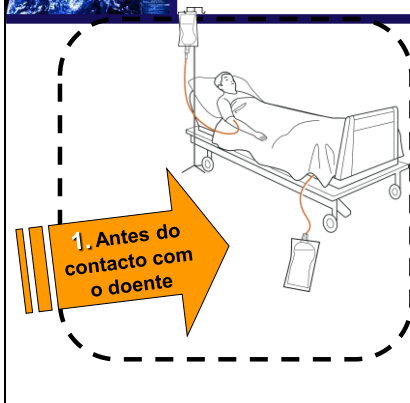
## Cinco passos da transmissão de microrganismos através das mãos



<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>



## É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?



**1. Antes do contacto com o doente**

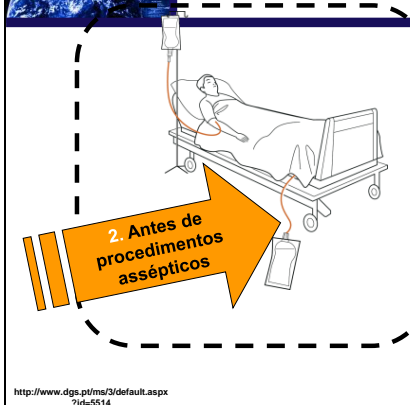
**Alguns exemplos:**

- Dar um aperto de mão
- Posicionar
- Auscultar
- Proceder à palpação abdominal

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>



## É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?



**2. Antes de procedimentos assépticos**

**Alguns exemplos:**

- Aspiração de secreções
- Realização de pensos
- Injecção
- Punções venosas
- Abertura de sistema de acesso vascular ou de drenagem
- Preparação e administração de medicação
- Preparação de alimentação

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>



## É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?



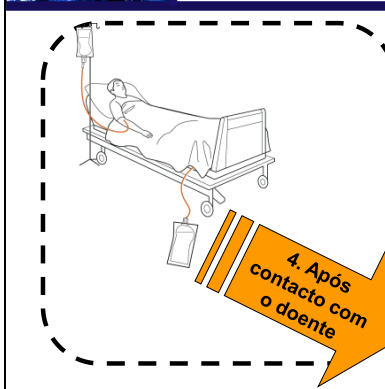
### Alguns exemplos:

- Aspiração de secreções
- Aplicação de colírios
- Realização de pensos
- Administração de medicação
- Manipulação de fluidos
- Cuidados de higiene
- Contacto com vômito, fezes, urina, secreções
- Limpeza de material/ áreas (wc, dispositivos médicos)

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>



## É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?

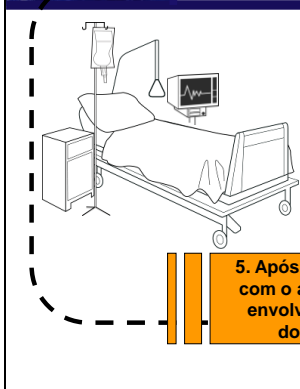


### Alguns Exemplos:

- Aperto de mão
- Ajudar a posicionar
- Cuidados de higiene
- Avaliação de tensão arterial
- Palpação abdominal
- Auscultação cardíaca...

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>

## É possível identificar alguns exemplos de higiene das mãos durante a prática diária?



### Alguns Exemplos:

- Mudar roupa da cama
- Ajustar a perfusão
- Desligar alarme de perfusoras
- Limpar as mesas de cabeceira
- Manipular as barras da cama...

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>

## Procedimento da Higienização das Mãos - HL

“Unhas naturais, sem verniz ou gel, limpas e saudáveis”



## Evidências científicas

- As unhas são os locais onde se encontram maior tipo e número de microorganismo de todas as zonas da mão

MCGINLEY et al; Composition and density of microflora in the sublingual space of the hand. *Journal of Clinical Microbiology*. 0095-1137; 26: (1989) 950-953

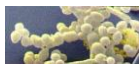
- As unhas artificiais não permitem uma higienização das mãos tão eficaz do que unhas naturais

MCNEIL et al; Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soao or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers. *CID*. 1058-4838; 32: (2001) 367-372

- As unhas artificiais aumentam a probabilidade de infecções fúngicas(onicomicose)

SHEMER et al; Onychomycosis due to artificial nails. *JEADV*.1468-3083; 22: (2008) 998-1000

## Microrganismos



Wolfebuisla, C.

Organism	HCWs with acrylic nails, n (%) (n = 40)	HCWs with native nails, n (%) (n = 39)
<b>Gram-positive organisms</b>		
Coagulase-negative staphylococci	40 (100)	38 (100)
MSSA	10 (25)	3 (8)
MRSA	2 (5)	0
Streptococci	14 (35)	16 (42)
Enterococci	3 (8)	0
Other <sup>a</sup>	34 (85)	30 (76)
<b>Gram-negative bacilli</b>		
Enterobacter species	15 (38)	2 (5)
Pseudomonas species	6 (15)	0
Other <sup>b</sup>	4 (10)	0
Other <sup>c</sup>	4 (10)	0
Yeasts	13 (33)	2 (5)
Candida parapsilosis	24 (60)	7 (18)
Candida albicans	17 (43)	5 (13)
Other <sup>d</sup>	5 (13)	1 (3)
Other <sup>e</sup>	6 (15)	1 (3)

NOTE. MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; MSSA, methicillin-susceptible *S. aureus*.

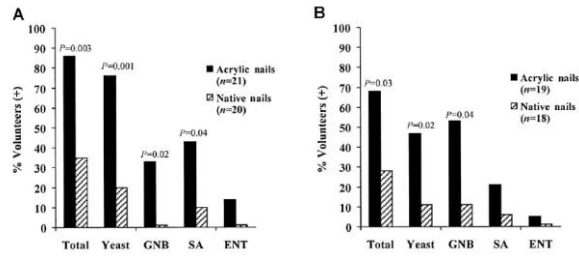
<sup>a</sup> Includes micrococci, diptheroids, and *Bacillus* species.

<sup>b</sup> Includes nonfermentative gram-negative bacilli, *Acinetobacter* species, *Enterobacter coli*, and *Serratia marcescens*.

<sup>c</sup> Includes *Candida lusitanae*, *Candida tropicalis*, *Rhodotorula* species, and *Candida guilliermondii*.

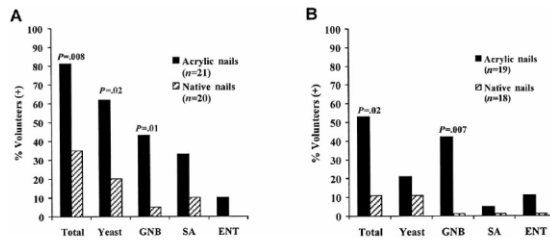
MCNEIL et al; Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soao or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers - CID, 2001; 32:367-372.

## Lavagem com sabão Vs Solução de base alcoólica - ANTES



MCNEIL et al. Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers - CID, 2001; 32:367-372

## Lavagem com sabão Vs Solução de base alcoólica - DEPOIS



MCNEIL et al. Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers - CID, 2001; 32:367-372

## Infecção fúngica

Estudo realizado a 68 pessoas, do sexo feminino após remoção de unhas artificiais  
Colheita de amostra na parte distal e proximal da unha  
46 pessoas apresentam sinais de paronychia



Table 1 Results of culture from the different sampling sites

Organism	Distal		Proximal	
	n	%	n	%
<b>With paronychia</b>	42	61.8	23	33.8
<i>Candida albicans</i>				
<i>Candida tropicalis</i>	4	5.9	4	5.98
<b>Without paronychia</b>				
<i>Candida krusei</i>	2	2.9	0	0
<i>Candida albicans</i>	3	4.4	4	5.9
<i>Aspergillus</i> spp.	5	7.3	1	1.5
<i>Candida tropicalis</i>	8	11.8	3	4.4
<i>Candida glabrata</i>	3	4.4	1	1.5
NF	1	1.5	32	47.0

NF, not found.

**APÊNDICE XXII**  
**RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO “PREVENÇÃO E**  
**CONTROLO DE IACS PARA ENFERMEIROS”**

## **RESULTADOS DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO “PREVENÇÃO E CONTROLO DAS IACS PARA ENFERMEIROS”**

O curso de formação realizado para Enfermeiros Chefes de Equipa e Membros dinamizadores, é uma formação realizada todos os anos no HL, com a parceria de uma empresa que organiza toda a logística e creditação dos cursos, sendo que os formadores são a equipa da CCI do HL, e formadores convidados.

Particpei como formadora na formação do dia 26 de outubro de 2011. O curso tem a duração de 9 horas, sendo que a minha participação consistiu na apresentação de estudos relativamente ao uso de unhas artificiais pelos profissionais de saúde, tendo não só o objetivo da apresentação destes dados, como uma sensibilização para os profissionais que as utilizam e para munir os enfermeiros membros dinamizadores da CCI, a sensibilizar os restantes membros das suas equipas. O curso decorreu no auditório das Casas da Cidade do HL por indisponibilidade do auditório do HL.

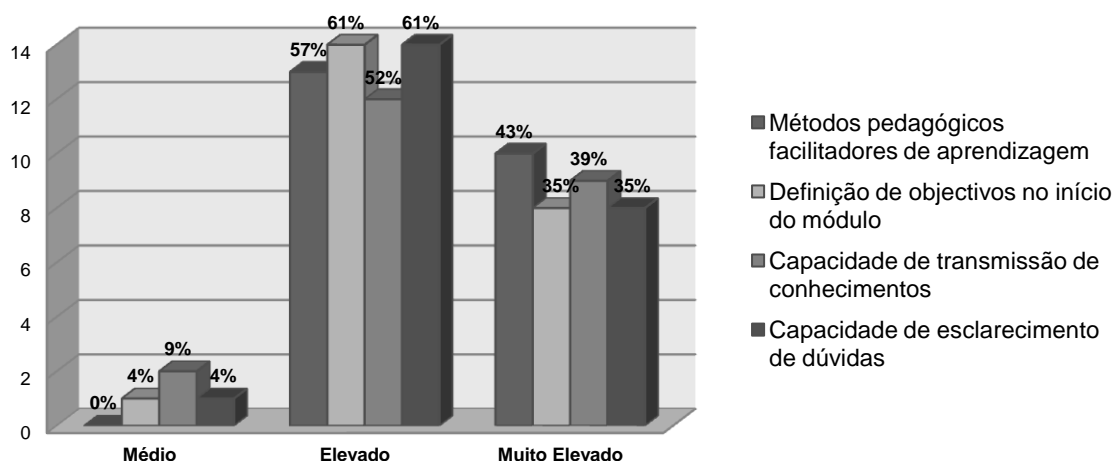
**PALAVRAS-CHAVE:** Controlo de Infeção; Enfermeiros; Formação; Unhas Artificiais.

Os conteúdos e os próprios métodos pedagógicos encontravam-se já previamente preparados, e foi possível a minha participação com um conteúdo novo sobre o uso de unhas artificiais pelos profissionais de saúde e a apresentação dos conteúdos relativos à higienização das mãos, como objetivo no meu projeto de estágio, em abordar esta área.

A formação contou com 23 formandos, chefes de equipa e membros dinamizadores e com 8 formadores, sendo 4 elementos da CCI do HL, a Enfermeira Responsável pela Central de Esterilização do HL, uma Técnica de Microbiologia do Laboratório do HL e uma Técnica dos Recursos Humanos do HL.

Foi aplicado um questionário de avaliação no final de ação com uma escala de Likert de 5 níveis de Muito Baixo a Muito Elevado, que se encontrava previamente realizado pela CCI e não passível de alterações. Os formandos preencheram-no logo após a realização de teste escrito no final do curso. Apresento apenas os dados que me ajudam na validação de aquisição de competências.

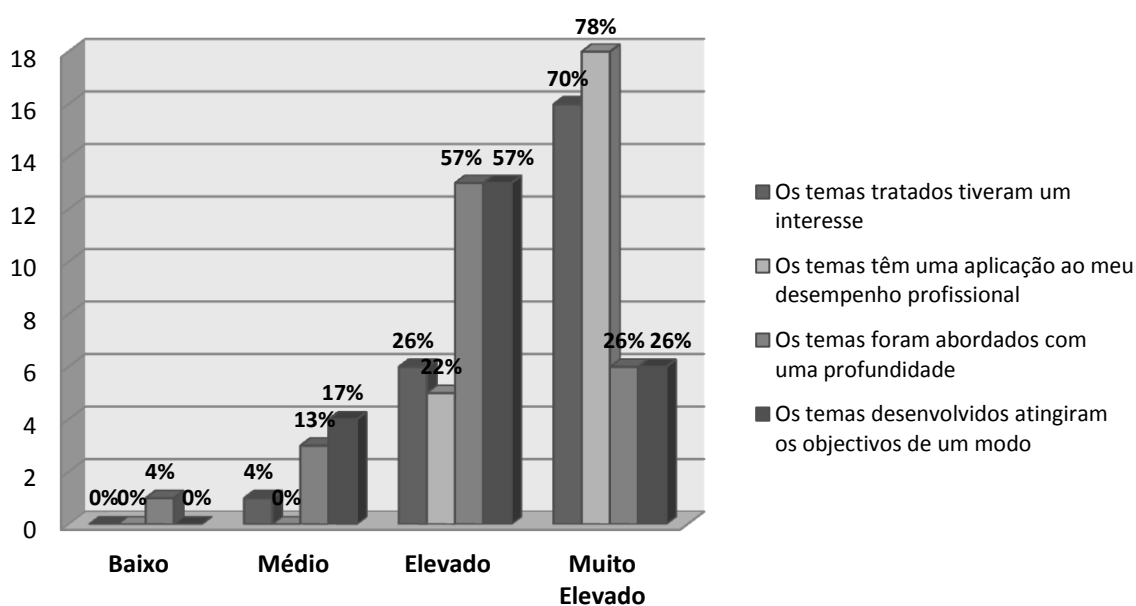
**Gráfico 1 – Avaliação da Formadora**



Todos os parâmetros de avaliação foram avaliados pela maioria dos formandos em nível elevado e muito elevado. Relativamente à definição de objetivos no início do módulo e capacidade de esclarecimento de dúvidas, 4% dos formandos classificou como médio, 61% classificou com nível elevado e 35% como muito elevado. A capacidade de transmissão de conhecimentos, 9% dos formandos classificou com nível médio, 52% com nível elevado e 39% como muito elevado. Por fim, quanto aos métodos pedagógicos utilizados, 57% dos formandos classificaram com nível elevado e 43% com nível muito elevado. São resultados muito satisfatórios que representam a aquisição de competências, sendo que não existiu classificação nesta área da formadora abaixo do nível médio.

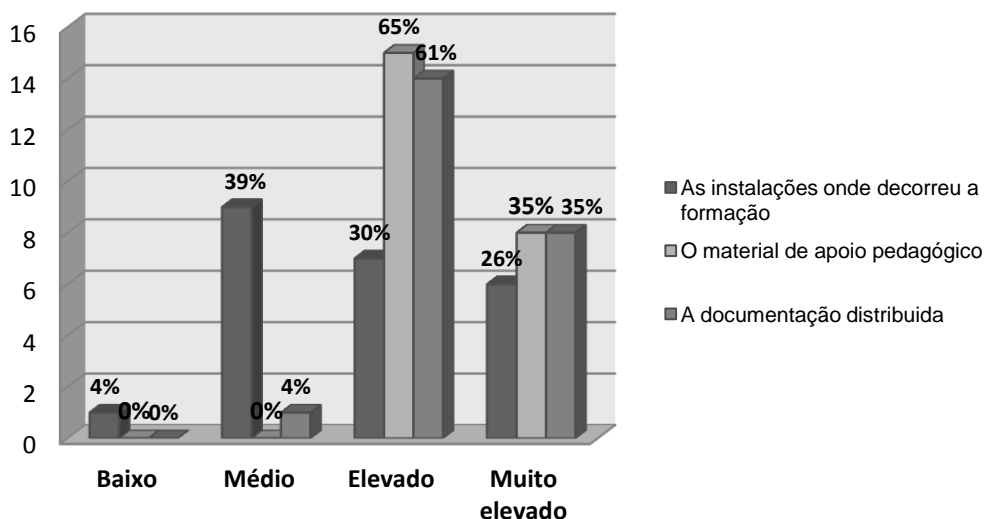
Todos os elementos de avaliação apresentados seguidamente não se referem apenas à minha participação mas sim ao curso de forma integral.

**Gráfico 2 – Avaliação dos conteúdos da formação**



O interesse despertado pelos conteúdos aos formandos, cerca de 70% consideraram que os conteúdos tiveram interesse muito elevado e 26% consideraram um interesse elevado. Relativamente à aplicação ao desempenho profissional dos formandos, na sua prática, 22% dos formandos consideraram que tinha nível elevado e 78% consideraram que era muito elevado. Este é um parâmetro vital na aquisição de competência enquanto futura enfermeira especialista, e que na minha perspetiva apresenta-se com um destaque enorme na avaliação realizada. A profundidade com que foram abordados os temas foi o único parâmetro que obteve uma avaliação baixa, e que se considera ser devido às extensas horas que o curso apresentava para um dia de formação, que é visível num parâmetro que apresentarei de seguida. No entanto, 18% dos formandos consideraram de nível médio, 56% de nível elevado e 26% com nível muito elevado, sendo uma maioria muito positiva. De acordo com os objetivos propostos e a resposta dos conteúdos a estes objetivos formativos, 57% consideraram nível elevado, 26% nível muito elevado e 17% médio.

**Gráfico 3 – Avaliação da organização da formação**



Estes parâmetros de avaliação são na sua maioria questões organizacionais de logística e distribuição de documentação produzida.

### **Conclusão**

Em suma, considera-se que o curso apresentou uma avaliação global muito positiva, sendo que o parâmetro que apresentou menor avaliação foi a duração do curso, de 9 horas. Os formandos consideraram, pelo que pude compreender no final do curso, expressaram que o curso deveria ter sido apresentando em dois dias, tendo em conta a quantidade de conteúdos apresentados.

Quando questionados os formandos acerca da sua aplicabilidade do curso para o desempenho profissional os resultados foram muito bons, com a maioria dos formandos (78%)

a classificarem com um nível elevado. Podemos concluir que a formação foi pertinente para a prática e as sugestões dadas pelos formandos deverão ser tidas em conta em futuros cursos, como forma de melhorar a consolidação dos conteúdos apresentados.

**APÊNDICE XXIII**  
**RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO**  
**“PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS PARA AO”**

## RESULTADOS DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO “PREVENÇÃO E CONTROLO DAS IACS PARA AO”

O curso de formação realizado para AO, é uma formação realizada todos os anos no HL, com a parceria de uma empresa que organiza toda a logística e creditação dos cursos, sendo que os formadores são a equipa da CCI do HL e formadores convidados.

Particpei como formadora na formação do dia 27 de outubro de 2011. O curso tem a duração de 7 horas, sendo que a minha participação consistiu na apresentação de estudos relativamente ao uso de unhas artificiais pelos profissionais de saúde, tendo não só o objetivo da apresentação destes dados, como uma sensibilização para os profissionais que as utilizam e para apresentar evidências aos AO de forma a sensibilizar os restantes membros das suas equipas. O curso decorreu no auditório do HL.

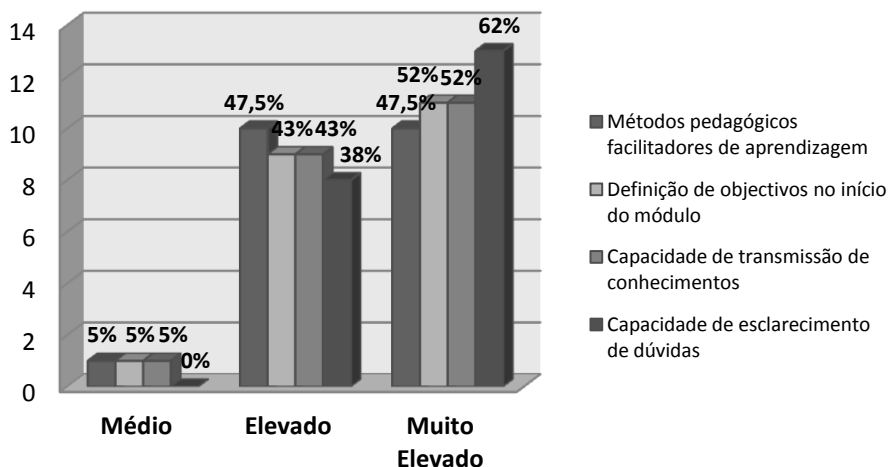
**PALAVRAS-CHAVE:** Controlo de Infeção; AO; Formação; Unhas Artificiais.

Os conteúdos e os próprios métodos pedagógicos encontravam-se já previamente preparados, e foi possível a minha participação com um conteúdo novo sobre o uso de unhas artificiais pelos profissionais de saúde e a apresentação dos conteúdos relativos à higienização das mãos, como objetivo no meu projeto de estágio, em abordar esta área.

A formação contou com 21 formandos e com 5 formadores, sendo uma das formadoras e 4 elementos da equipa da CCI.

Foi aplicado um questionário de avaliação no final de ação com uma escala de Likert de 5 níveis de Muito Baixo a Muito Elevado, que se encontrava previamente realizado pela CCI e não passível de alterações. Os formandos preencheram-no logo após a realização de teste escrito no final do curso. Apresento apenas os dados que me ajudam na validação de aquisição de competências.

**Gráfico 1 – Avaliação da Formadora**

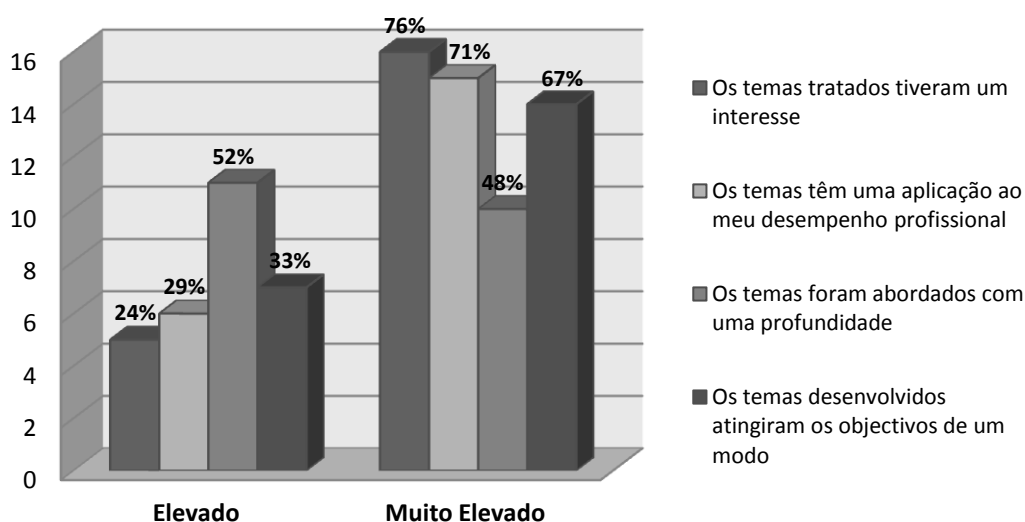


Todos os parâmetros de avaliação foram avaliados pela maioria dos formandos em nível elevado e muito elevado. Relativamente aos métodos pedagógicos utilizados, 5% dos formandos classificaram como médio, 47,5% dos formandos classificaram com nível elevado e 47,5% com nível muito elevado. Na definição de objetivos no início do módulo, 5% classificaram com nível médio, 43% com nível elevado e 53% com nível muito elevados. Na capacidade de transmissão de conhecimentos, 5% dos formandos classificou com nível médio, 43% com nível elevado e 53% como muito elevado. Na capacidade de esclarecimento de dúvidas, 38% dos formandos classificaram com nível elevado e 62% com nível muito elevado.

São resultados muito satisfatórios que representam a aquisição de competências, as percentagens nos níveis elevados e muito elevados estão em grande maioria.

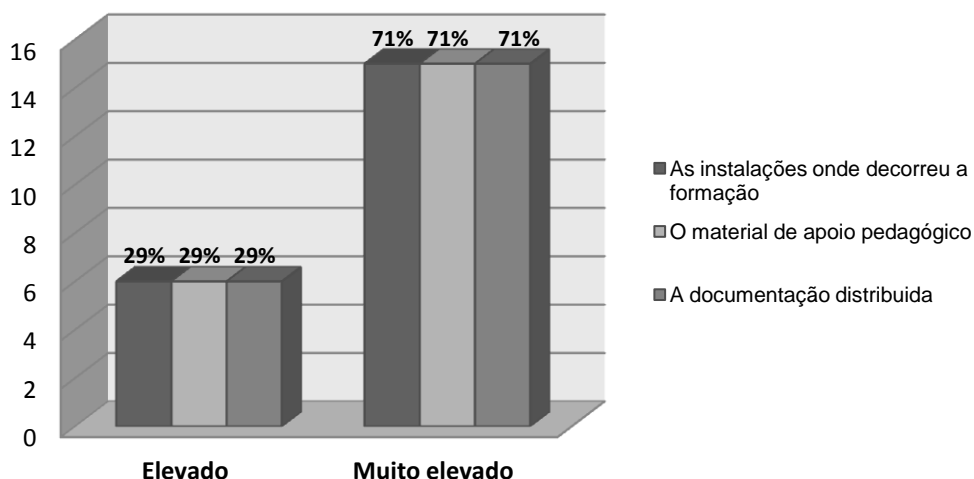
Todos os elementos de avaliação apresentados seguidamente não se referem apenas à minha participação mas sim ao curso de forma integral.

**Gráfico 2 – Avaliação dos conteúdos da formação**



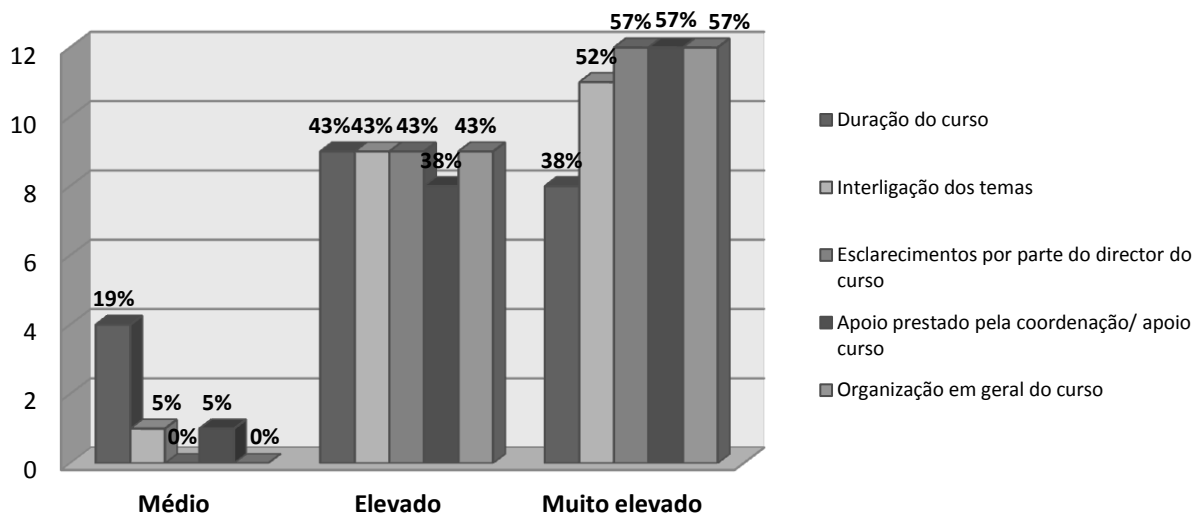
O interesse despertado pelos conteúdos aos formandos, cerca de 76% consideraram que os conteúdos tiveram interesse muito elevado e 24% consideraram um interesse elevado. Relativamente à aplicação ao desempenho profissional dos formandos, na sua prática, 29% dos formandos consideraram que tinha nível elevado e 71% consideraram que era muito elevado. Este é um parâmetro vital na aquisição de competência enquanto futura enfermeira especialista, e que na minha perspetiva apresenta-se com um destaque enorme na avaliação realizada. A profundidade com que foram abordados os temas, 48% considerou um nível muito elevado e 52% um nível elevado. De acordo com os objetivos propostos e a resposta dos conteúdos a estes objetivos formativos, 33% consideraram nível elevado, 67% nível muito elevado.

**Gráfico 3 – Avaliação da organização da formação**



Estes parâmetros de avaliação são na sua maioria questões organizacionais de logística e distribuição de documentação produzida. Tanto nas instalações onde decorreu a formação, o material de apoio pedagógico e a documentação distribuída apresentaram os mesmos resultados, com 71% de nível muito elevados e 29% de nível elevado.

**Gráfico 4 – Avaliação global da formação**



Em suma, considera-se que o curso apresentou uma avaliação global muito positiva, sendo que o parâmetro que apresentou menor avaliação foi a duração do curso, de 9 horas. Os formandos consideraram, pelo que pude compreender no final do curso, expressaram que o curso deveria ter sido apresentando em dois dias, tendo em conta a quantidade de conteúdos apresentados, apesar da formação ter sido menos longa que o dos enfermeiros.

Assim, em relação a duração do curso, 19% classificaram com nível baixo, 43% com nível elevado e 38% com nível muito elevado. Na interligação dos temas, 5% classificaram como nível médio, 43% de nível elevado e 52% com muito elevado. Nos esclarecimentos por parte do diretor do curso, 43% dos formandos classificaram com nível elevado e 57% com nível muito elevado. No apoio prestado pela coordenação/apoio do curso, 5% classificaram com nível médio, 38% com nível elevado e 57% com nível muito elevado. Por fim, e ao nível da organização do curso em geral, 43% dos formandos classificaram com nível elevado e 57% com nível muito elevado.

### **Conclusão**

Conclui-se que a avaliação geral do curso foi muito satisfatória, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências dos formandos, assim como o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista.

**APÊNDICE XXIV**  
**POSTER MODELO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS DA CAMPANHA**  
**DE HIGIENE DAS MÃOS POR SERVIÇO NO HL**

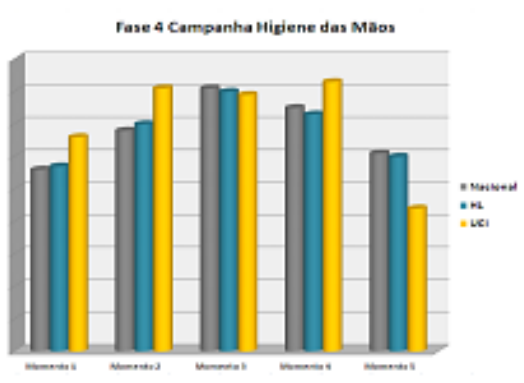
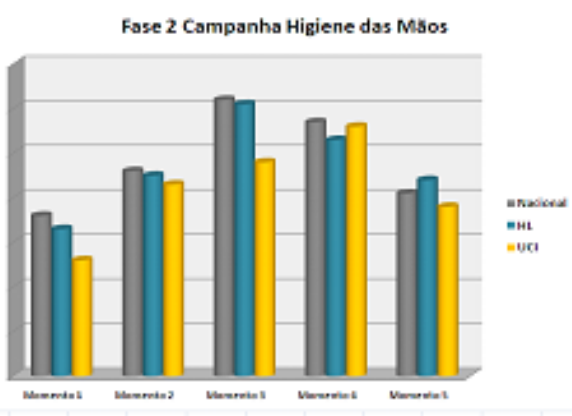


# COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO CAMPANHA DE HIGIENE DAS MÃOS



A Campanha da Higiene das Mãos da OMS foi implementada com sucesso em 28 países. Portugal aderiu a esta iniciativa em 2008, o que levou a uma mudança em aspectos estruturais das instituições nomeadamente: acesso generalizado ao SABA, a implementação de um plano de formação contínuo e auditorias periódicas.

O objectivo desta campanha é o aumento da adesão e a sensibilização dos profissionais à prática da higiene das mãos.



Grupo Profissional	% Adesão
Enfermeiro	%
Assistente Operacional	%
Médico	%
Outros	%

Dados globais do Hospital da Luz

Grupo Profissional	% Adesão
Enfermeiro	%
Assistente Operacional	%
Médico	%
Outros	%

Dados globais do Hospital da Luz

Grupo Profissional	% Adesão
Enfermeiro	%
Assistente Operacional	%
Médico	%
Outros	%

Dados globais do Hospital da Luz

O objectivo nacional da DGS para o ano de 2012 são os 75% de taxa de adesão média global e o objectivo da Organização Mundial de Saúde para 2013 é de 90%

**APÊNDICE XXV**  
**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE ESTUDO DE CONFORMIDADE**  
**“PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTES DA VIA DE**  
**TRANSMISSÃO”**

**GRELHA DE CONFORMIDADE “PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO  
DEPENDENTES DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA  
TRANSMISSÃO POR CONTACTO”**

<b>Microrganismo</b>		
<b>Início do Internamento</b>		
<b>Início do Isolamento</b>		
<b>Serviço</b>		
	<b>Evidência demonstrada</b>	<b>Evidência não demonstrada</b>
<b>Quarto individual</b>		
<b>Coorte</b>		
<b>Profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) têm conhecimento da necessidade de isolamento de CONTACTO</b>		
<b>AO têm conhecimento da necessidade de isolamento de CONTACTO</b>		
<b>Mesas de apoio à entrada do quarto com:</b>		
- Luvas descartáveis		
- Aventais		
- Batas		
<b>Os familiares estão informados sobre precauções básicas e precauções específicas deste tipo de isolamento</b>		
<b>Os familiares estão informados sobre a utilização de EPI's e higienização das mãos com solução anti séptica alcoólica</b>		
<b>Material clínico reutilizável individualizado</b>		
- Termómetro		
- Esfigmomanómetro		
- Estetoscópio		
- Manga de pressão		
<b>Caixote de lixo (Saco Branco) à entrada do quarto</b>		
<b>Saco de roupa contaminada dentro do quarto</b>		
<b>Solução anti-séptica alcoólica dentro do quarto</b>		
<b>Sabão anti-séptico dentro do quarto</b>		

**GRELHA DE CONFORMIDADE “PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO  
DEPENDENTES DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA  
TRANSMISSÃO POR GOTÍCULA”**

<b>Microrganismo</b>		
<b>Início do Internamento</b>		
<b>Início do Isolamento</b>		
<b>Serviço</b>		
	<b>Evidência demonstrada</b>	<b>Evidência não demonstrada</b>
<b>Quarto individual</b>		
<b>Coorte</b>		
<b>Profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) têm conhecimento da necessidade de isolamento de GOTÍCULA</b>		
<b>AO têm conhecimento da necessidade de isolamento de GOTÍCULA</b>		
<b>Mesas de apoio à entrada do quarto com:</b>		
- Máscaras cirúrgicas		
- Luvas Descartáveis		
- Bata		
- Avental		
<b>Os familiares estão informados sobre precauções básicas e precauções específicas deste tipo de isolamento</b>		
<b>Os familiares estão informados sobre a utilização de EPI's e higienização das mãos com solução anti séptica alcoólica</b>		
<b>Material clínico reutilizável individualizado</b>		
- Termómetro		
- Esfigmomanómetro		
- Estetoscópio		
- Manga de pressão		
<b>Caixote de lixo (Saco Branco) à entrada do quarto</b>		
<b>Saco de roupa contaminada dentro do quarto</b>		
<b>Solução anti-séptica alcoólica dentro do quarto</b>		
<b>Sabão anti-séptico dentro do quarto</b>		

**GRELHA DE CONFORMIDADE “PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO  
DEPENDENTES DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA  
TRANSMISSÃO POR AEROSSOL”**

Microrganismo		
Início do Internamento		
Início do Isolamento		
Serviço		
	Evidência demonstrada	Evidência não demonstrada
Quarto individual (c/ pressão negativa)		
Coorte		
Profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) têm conhecimento da necessidade de isolamento de AEROSSOL		
AO têm conhecimento da necessidade de isolamento de AEROSSOL		
Mesas de apoio à entrada do quarto com: - Respiradores P2 (Bico de Pato Amarela)		
Os familiares estão informados sobre precauções básicas e precauções específicas deste tipo de isolamento		
Os familiares estão informados sobre a utilização de EPI's e higienização das mãos com solução anti séptica alcoólica		
Material clínico reutilizável individualizado		
- Termómetro		
- Esfigmomanómetro		
- Estetoscópio		
- Manga de pressão		
Caixote de lixo (Saco Branco) à entrada do quarto		
Saco de roupa contaminada dentro do quarto		
Solução anti-séptica alcoólica dentro do quarto		
Sabão anti-séptico dentro do quarto		

**APÊNDICE XXVI**  
**INSTRUMENTO DE ESTUDO DE CONFORMIDADE**  
**“UTILIZAÇÃO DE EPI”**

## FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO EPI

**Observador:**

**Data:**

**Hora de início/fim:**

**Serviço:**

Categ.	Tipo Isol.			Colocação	Remoção	Contacto com o doente
		Colocação EPI	<input type="checkbox"/> Antes da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Depois da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Só Bata <input type="checkbox"/> Só Luvas <input type="checkbox"/> Só Avental <input type="checkbox"/> Só Máscara Cirúrgica <input type="checkbox"/> Só Respirador P2 <input type="checkbox"/> Não colocou	<input type="checkbox"/> Ordem Correcta <input type="checkbox"/> Ordem Incorrecta	<input type="checkbox"/> Sim
		Remoção de EPI	<input type="checkbox"/> Antes da saída do quarto <input type="checkbox"/> Depois da saída do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara			<input type="checkbox"/> Não

Categ.	Tipo Isol.			Colocação	Remoção	Contacto com o doente
		Colocação EPI	<input type="checkbox"/> Antes da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Depois da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Só Bata <input type="checkbox"/> Só Luvas <input type="checkbox"/> Só Avental <input type="checkbox"/> Só Máscara Cirúrgica <input type="checkbox"/> Só Respirador P2 <input type="checkbox"/> Não colocou	<input type="checkbox"/> Ordem Correcta <input type="checkbox"/> Ordem Incorrecta	<input type="checkbox"/> Sim
		Remoção de EPI	<input type="checkbox"/> Antes da saída do quarto <input type="checkbox"/> Depois da saída do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara			<input type="checkbox"/> Não

Categ.	Tipo Isol.			Colocação	Remoção	Contacto com o doente
		Colocação EPI	<input type="checkbox"/> Antes da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Depois da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Só Bata <input type="checkbox"/> Só Luvas <input type="checkbox"/> Só Avental <input type="checkbox"/> Só Máscara Cirúrgica <input type="checkbox"/> Só Respirador P2 <input type="checkbox"/> Não colocou	<input type="checkbox"/> Ordem Correcta <input type="checkbox"/> Ordem Incorrecta	<input type="checkbox"/> Sim
		Remoção de EPI	<input type="checkbox"/> Antes da saída do quarto <input type="checkbox"/> Depois da saída do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara			<input type="checkbox"/> Não

Categ.	Tipo Isol.			Colocação	Remoção	Contacto com o doente
		Colocação EPI	<input type="checkbox"/> Antes da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Depois da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Só Bata <input type="checkbox"/> Só Luvas <input type="checkbox"/> Só Avental <input type="checkbox"/> Só Máscara Cirúrgica <input type="checkbox"/> Só Respirador P2 <input type="checkbox"/> Não colocou	<input type="checkbox"/> Ordem Correcta <input type="checkbox"/> Ordem Incorrecta	<input type="checkbox"/> Sim
		Remoção de EPI	<input type="checkbox"/> Antes da saída do quarto <input type="checkbox"/> Depois da saída do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara			<input type="checkbox"/> Não

Categ.	Tipo Isol.			Colocação	Remoção	Contacto com o doente
		Colocação EPI	<input type="checkbox"/> Antes da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Depois da entrada do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Só Bata <input type="checkbox"/> Só Luvas <input type="checkbox"/> Só Avental <input type="checkbox"/> Só Máscara Cirúrgica <input type="checkbox"/> Só Respirador P2 <input type="checkbox"/> Não colocou	<input type="checkbox"/> Ordem Correcta <input type="checkbox"/> Ordem Incorrecta	<input type="checkbox"/> Sim
		Remoção de EPI	<input type="checkbox"/> Antes da saída do quarto <input type="checkbox"/> Depois da saída do quarto <input type="checkbox"/> Antecâmara			<input type="checkbox"/> Não

**Categoria:**

**M** - Médico

**Enf.º** - Enfermeiro (a)

**AO** - Assistente Operacional

**Tipo de Isolamento:**

**C** - Contacto

**G** - Goticula

**A** – Aerossol

**Respostas correctas:**Isolamento de contacto

Colocação de EPI antes da entrada do quarto; utilização de avental/bata e luvas, remoção antes da saída do quarto, pela ordem correcta

Isolamento de goticula

Colocação de EPI antes da entrada do quarto; utilização de máscaras cirúrgicas, remoção antes da saída do quarto.

Isolamento de aerossol

Colocação de EPI na antecâmara, utilização de respirador P2, remoção na antecâmara.

**APÊNDICE XXVII**  
**QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE APÓS REALIZAÇÃO**  
**DE NÃO CONFORMIDADE**

## QUESTIONÁRIO DE APLICAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SITUAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE

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

Escolha as opções que justifiquem o facto de ter agido em não conformidade com os procedimentos de isolamento de contacto, gotícula e aerossol do HL.

- As soluções de base alcoólica causam irritação e secura da pele
- Intensidade e volume de trabalho
- Lavagem das mãos interfere com a relação profissional – cliente
- Usar luvas substitui a lavagem das mãos
- Desconhecimento das normas/procedimentos
- Não pensa sobre o assunto; pouco interesse
- Não concorda com as recomendações
- Falta de informação baseada em evidências científicas
- Outra:

---

---

---

**APÊNDICE XXVIII**  
**PROJECTO “TOMADA DE DECISÃO AUTÓNOMA EM ENFERMAGEM”**  
**ESTUDO DE CONFORMIDADE DOS ISOLAMENTOS EM DOIS SERVIÇOS**

# PROJECTO “TOMADA DE DECISÃO AUTÓNOMA EM ENFERMAGEM”

## ESTUDO DE CONFORMIDADE DOS ISOLAMENTOS EM DOIS SERVIÇOS

Ao nível da CCI, os procedimentos “Precauções de Isolamento dependentes da via de transmissão” foram aprovados em abril de 2010, mantendo-se em vigor desde então. Como é referido na publicação da OMS, para a implementação de uma norma/procedimento, é necessário uma avaliação da evolução das práticas e/ou um estudo das barreiras existentes a estas mudanças (Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, WHO, 2006). Neste processo é também fundamental investigar a fundamentação da tomada de decisão dos profissionais de saúde, no cumprimento destes mesmos procedimentos, garantindo a segurança do cliente.

Pela ausência de dados acerca do cumprimento destes procedimentos no HL, considera-se fundamental estudar a conformidade dos cuidados aos clientes internados no HL em Isolamento, em dois serviços distintos na instituição.

O isolamento é referido nos parâmetros de acreditação da Joint Commission, nos quais a instituição deve providenciar políticas/procedimentos, referentes a precauções básicas e precauções especiais de isolamento que abrangem profissionais de saúde, clientes e família. (Accreditation Standards for Hospitals, Joint Commission, 2011). São vários os parâmetros pelos quais se avalia a conformidade de implementação de tais políticas, como por exemplo, sinalização dos tipos de isolamento, os conhecimentos dos profissionais, envolvimento do cliente e da família, etc.

A metodologia utilizada no estudo será a quantitativa, com recurso a quatro formulários e um questionário, com os parâmetros de avaliação de conformidade. Estes formulários (que se encontram em anexo) serão baseados nos três procedimentos aprovados em abril de 2010, referente aos três tipos de isolamento.

É objetivo deste estudo abranger duas áreas major:

- A implementação de pressupostos de isolamento (informação/validação do cliente e família e utilização de EPI)

- Produção de conhecimento sobre as barreiras ao cumprimento, uma vez que, em situação de não conformidade, se procede à aplicação de um questionário ao profissional que foca os motivos que levaram ao incumprimento dos procedimentos.

As observações deverão realizar-se em data a definir mediante aprovação.

Os **critérios de inclusão** são os clientes em regime de isolamento internados nos serviços abrangidos pelo estudo dentro da data definida.

Não existem **critérios de exclusão**.

As **limitações** do estudo centram-se no tempo disponível e no número de observações realizadas, limitadas pelo número de clientes em isolamento nesse período.

Para a implementação deste estudo, é solicitada a aprovação por parte do Conselho de Administração, Direção Clínica e Direção de Enfermagem, após a qual será necessário

comunicar aos respetivos serviços os parâmetros do estudo (limite temporal, objetivos, colheita de dados e contributo para a qualidade dos cuidados).

**APÊNDICE XXIX**  
**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS**  
**DO ESTUDO DE CONFORMIDADE**

Ana Sofia Lopes Dias

Aluna do Mestrado em Enfermagem na área de especialização Médico-Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa

Exmo. Coordenador da CCI

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), actualmente a realizar estágio na CCI do Hospital da Luz, de 26 de Setembro a 18 de Novembro de 2011.

Em contexto do Estágio, pretendo participar num estudo de conformidade de precauções básicas de isolamento, de acordo com os procedimentos elaborados pela CCI. O objectivo é não só, compreender a conformidade mas também, as barreiras ao cumprimento dos procedimentos por parte dos profissionais de saúde.

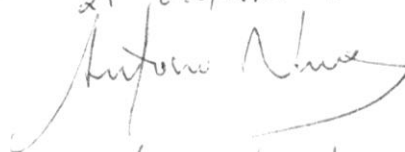
Para tal, serei responsável pelas observações na UCI e num Serviço de Internamento da prestação de cuidados dos profissionais de saúde nas três categorias profissionais (Médico, Enfermeiro e Assistente Operacional) de doentes com medidas de precaução de isolamento.

Junto anexamos Grelhas de Observação e enquadramento do estudo.

Os meus melhores cumprimentos

Ana Sofia Dias

Caro(a) e autorizado,  
sendo uma mais valia para o  
funcionamento da CCI desta  
instituição 20 de outubro 2011



Coordenador da CCI do HL, SA

**APÊNDICE XXX**  
**ARTIGO “PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA**  
**À INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS URINÁRIOS”**

# PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS URINÁRIOS

## *PREVENTION OF URINARY TRACT INFECTION ASSOCIATED WITH INSERTION AND MAINTENANCE OF URINARY DEVICES*

### **RESUMO**

Este documento apresenta uma síntese dos principais procedimentos de enfermagem preventivos de infecção do trato urinário (ITU) associado à inserção e manutenção de dispositivos urinários. A finalidade será a reflexão das práticas por parte dos profissionais de saúde, apoiada em evidência científica. Aborda aspectos práticos dos cuidados de enfermagem na inserção e manutenção de catéteres vesicais, cistocatóteres e dispositivo urinário externo masculino, baseadas em recomendações internacionais atuais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecção Trato Urinário; Dispositivos Urinários; Enfermagem

### **ABSTRACT**

This document summarizes the main preventive nursing procedures of urinary tract infection (UTI) associated with the insertion and maintenance of urinary devices. The purpose is to reflect the practices of health professionals, supported by scientific evidence. It addresses practical aspects of nursing care in the insertion and maintenance of bladder catheters, external urinary device and cistocatheters male, based on current international recommendations.

**KEYWORDS:** Urinary Tract Infection, Urinary Devices; Nursing

O Controlo de Infecção apresenta-se como primordial nos cuidados de enfermagem de excelência. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental no controlo das Infecções associadas a Cuidados de Saúde (IACS) sendo que a transmissão cruzada e colonização por microrganismos é essencialmente feita pelas mãos dos profissionais de saúde.

A evolução na pesquisa e estudos nesta área, a evidência demonstrada por várias organizações como a European Association of Urology Nurses (EAUN) ou a Infectious Diseases Society of America (IDSA), demonstram a importância de trabalhar no sentido da prevenção da infecção como forma de diminuir os dias de internamento, as complicações de internamentos prolongados e consequente, diminuição de morbilidade e, não menos importante, os custos.

Considera-se que a procura de novas recomendações resultantes de investigação assegura uma prática baseada em evidência, incrementando a segurança do doente. No entanto, o uso do conhecimento não é suficiente, sendo necessária a respetiva atualização inerente à investigação produzida, em todas as áreas do controlo de infecção. O uso do conhecimento é a

chave para a tomada de decisão fundamentada por parte dos profissionais (Profetto-McGraith e tal, 2010).

A ITU associada a cateterização vesical é a IACS mais comum a nível internacional (Hooton et al, 2009). A infeção do trato urinário caracteriza-se pela presença de bactérias e fungos na urina com contabilização acima de 10<sup>3</sup> CFU/ml (EAUN, 2012). A colonização por cateterização uretral é inevitável, havendo alguns estudos que indicam que o risco de colonização aumenta 5% por dia de algaliação, sendo que após 7 a 10 dias de algaliação o risco é de 100%. A incidência de bacteriúria aumenta de 3% a 10% por cada dia após a inserção de cateter vesical (EAUN, 2012).

A causa da infeção pode ser de causa endógena, proveniente da flora endógena do doente, nomeadamente do cólon e períneo ou exógena, da flora hospitalar tendo como principal via de transmissão as mãos dos profissionais de saúde na inserção ou manipulação do sistema (DGS, 2004).

Torna-se uma mais valia, uma reflexão fundamentada da nossa prática, enquanto enfermeiros, transformando as nossas intervenções em ações fundamentadas, alcançando a melhoria dos cuidados prestados. A qualidade da prática dos enfermeiros determina um ambiente seguro nas instituições de saúde. E isso reflete-se numa mais rápida reabilitação e qualidade de vida dos clientes.

Com a elaboração desta reflexão pretende-se compreender o estado da arte na prevenção da ITU associada à inserção e manutenção dos dispositivos urinários.

### **Cateterização Vesical Uretral e Supra Púbrica**

A cateterização vesical uretral (algaliação) entende-se como a colocação de cateter vesical através da uretra até à bexiga. A cateterização por supra púbrica é a colocação de cateter vesical através da parede abdominal anterior até à bexiga (EAUN, 2012).

Esta técnica pode ser de curta duração ou longa duração. Existem várias definições para a determinação dos dias em que se considera de curta duração optando-se pela EAUN que refere ser a algaliação até 14 dias.

A forma mais eficaz de evitar a ITU associada a algaliação é **evitar o seu uso**, restringindo-o apenas para doentes com indicações claras, removendo o cateter vesical o mais precocemente possível. Assim o conhecimento de quais as indicações terapêuticas para sua inserção é essencial para uma prática segura.

A utilização de dispositivo urinário externo no homem terá de ter tido em conta em alternativa ao cateter vesical desde que o cliente se encontre colaborativo e não apresente retenção urinária ou estenose uretral.

A utilização de cateter suprapúbico poderá também ser uma alternativa ao cateter vesical de via uretral, em determinados clientes, não havendo ainda uma evidência comprovada nas suas vantagens face à via uretral. No entanto, estudos revelam que poderá determinar menor risco de trauma, necrose e uretrite; diminuição o risco de infeção com microrganismos habitualmente

residentes no intestino; maior conforto nos clientes para e tetraplégicos; melhor acessibilidade para limpeza do local de punção e mudança de cateter; maior respeito pela vida sexual do cliente. No entanto, apesar das vantagens existem algumas limitações nesta técnica, nomeadamente: um procedimento invasivo, com riscos inerentes traumáticos e hemorrágicos; o cliente poder continuar com perda de urina pela uretra, necessidade uma equipa treinada e com experiência na técnica; a necessidade de antibioterapia profilática nos clientes com válvulas cardíacas mecânicas ou cuidados adicionais nos clientes anticoagulados (EAUN, 2012). A escolha do tipo de cateterização deve ser realizada não só pela equipa multidisciplinar mas também o cliente, tendo em conta as indicações, contraindicações e limitações de cada uma delas, assim como o conforto do cliente.

As recomendações gerais para evitar a ITU associada a cateterização vesical são a utilização de um **sistema de drenagem fechado**, a utilização de **algália com cobertura em prata** pois diminuem o risco de infeção entre 17% a 85% ou mesmo algálias com combinação de cobertura de prata siliconadas com sistema de drenagem fechado e antiséptico existindo evidência na redução do risco de infeção em 52% (EAUN, 2012). Os tipos de cateter segundo o material, que se encontram de forma frequente nas instituições são de látex e silicone. Apesar dos cateteres de látex serem flexíveis, apresentam uma superfície mais abrasiva, maior tendência para obstrução e o maior risco de sintomas alérgicos ao material. O silicone, por seu lado, é hipoalergénico, apresenta uma superfície menos abrasiva, tem a desvantagem do balão ter maior risco de rutura do que a de látex (EAUN, 2012).

Uma das recomendações gerais para a prevenção de infeção é a **avaliação diária da necessidade de manutenção de algália** pela equipa multidisciplinar, pois mais uma vez, a sua remoção precoce é essencial para a prevenção de complicações.

Ao nível da inserção e manutenção, **evitar a obstrução da algália**, usar **algálias de menor calibre** e **evitar o uso de algaliação em clientes em pós-operatório** são outras das recomendações gerais que os profissionais de saúde devem seguir na prática diária (EAUN, 2012).

Uma correta **lavagem das mãos**, seguindo os 5 passos recomendados pela OMS é uma das recomendações gerais, mas não menos importante para a prevenção deste tipo de infeções, à semelhança de todas as outras IACS (EAUN, 2012).

Relativamente a algumas práticas, existem fortes evidências para a **não realização** das seguintes medidas na prevenção da ITU:

- Limpeza do meato urinário com clorexedina a 0,05%,
- Adicionar clorohexidina aos sacos de drenagem,
- Utilizar iodopovidona na desinfeção do meato urinário,
- Realizar lavagens vesicais frequentes,
- Trocar frequentemente os sacos de drenagem,
- Limpar regularmente o meato urinário para além dos cuidados de higiene habituais,

- Administrar antibioterapia profilática devido às resistências aos antibióticos. A antibioterapia profilática na mudança de algália deve ser apenas usada em clientes com história anterior de ITU (EAUN, 2012).

Na inserção de cateteres vesicais por via uretral é fundamental salientar a importância da técnica asséptica, a utilização de um lubrificante de uso único em embalagens descartáveis. O lubrificante não necessita de ser antiséptico mas sim ter uma ação analgésica. É importante questionar o cliente se tem alergia a lidocaina, tetracaina ou látex antes da sua utilização. É recomendado esperar cerca de 3 a 5 minutos após colocação do lubrificante até iniciar a inserção do cateter, mas as recomendações do fabricante são essenciais. O uso de cateteres vesicais com menor calibre são preferíveis aos de maior calibre, sendo um calibre 12 é suficiente para drenar volumes de urina produzidos numa diurese normal. Na presença de coágulos ou sedimentos, deve-se escolher calibres maiores (NHS,2009)

Na manutenção, a higiene regular dos genitais com água e sabão é tudo o que é necessário para prevenir a ITU, não sendo necessárias desinfecções pontuais do meato urinário. Os cuidados gerais de lavagem das mãos, observar cateter e sistema de drenagem para detetar clampagem do sistema, manter o saco de drenagem abaixo do nível da bexiga mas nunca no chão, esvaziar o saco de drenagem com o recipiente específico para o cliente, desinfecção da torneira de despejo com álcool a 70º antes e depois do despejo, não tocar com a torneira de despejo no recipiente e evitar os salpicos de urina (NHS, 2009).

A correta fixação do cateter vesical previne não só a ITU, como a retirada acidental do cateter, trauma e inflamação dos tecidos. Nos homens para prevenir soluções de continuidade e necrose ao nível do meato urinário, deve-se fixar o cateter no abdómen (Imagem 1 e 2). Nas senhoras, o cateter deve ser fixo na perna (Imagem 3).

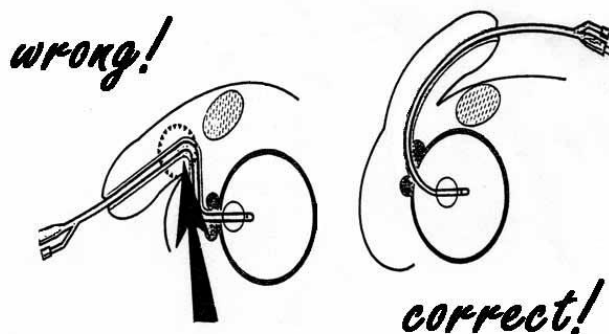
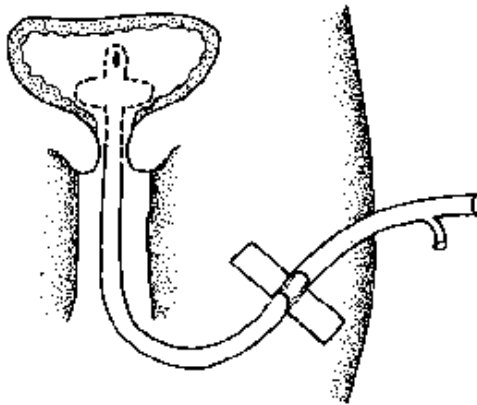


Imagem 1 – Fixação de cateter vesical no homem – EAUN, 2012



**Imagem 2** – Fixação de cateter vesical no homem – EAUN, 2012



**Imagem 3** – Fixação de cateter vesical na mulher

<http://helid.digicollection.org/en/d/Jh0218e/16.html>

Na **cateterização vesical supra púbica** existem duas técnicas de inserção, técnica asséptica e técnica “no-touch”, em que o cistocater apresentar uma embalagem estéril que é utilizada na sua inserção, sem nunca tocar com luvas limpas no cateter. Não existem evidência na vantagem de utilização da técnica “no-touch”. Para esta técnica é necessário que o cliente tenha pelo menos, 300 ml de urina na bexiga e utilização de ecografia para guiar o cateter é uma mais valia nesta técnica. É uma técnica médica mas o enfermeiro colabora na técnica e na manutenção do cateter.

Os cuidados à manutenção do cistocater são semelhantes aos catéteres vesicais por via uretral, nomeadamente relativos à lavagem das mãos e a manutenção do sistema fechado. No entanto, existem algumas particularidades. O cistocater emerge perpendicularmente ao abdómen e deve ser imobilizado, mantendo esse ângulo, o máximo possível. O enfermeiro deve observar o local de inserção em relação a inflamação, granulação e saída de urina extracateter. Pensos devem ser evitados, mas quando necessários, utilizar técnica asséptica para a sua realização, e não ser utilizados desinfetantes, por não haver evidência de melhorarem a prevenção de infeção. A limpeza do local de inserção deve ser na higiene regular do cliente, com água e sabão. A mudança de cistocater é uma indicação médica, no entanto, o trajeto do cistocater só se encontra definido cerca de 10 dias a 4 semanas, por

isso a mudança do cistocatóter deve ser após esse período, e tendo em conta as indicações do fabricante (ANZUNS, 2009) A mudança também diretamente o material, pois se o cateter for de látex, deve ser trocado 2 semanas após a sua inserção, por um cateter de silicone ou hidrogel. A mudança periódica do cateter deve ser de acordo com as indicações do fabricante (EAUN, 2012).

### **Colheita de urina por cateter vesical**

Outro aspeto importante na prevenção e controlo da ITU refere-se às colheitas de urina, quando é que devem ser feitas e a técnica correta, tendo em conta que cada instituição tem os seus procedimentos, mas que se devem basear nestas linhas gerais de atuação, promovidas pelas *guidelines* internacionais.

A realização de colheita de urina no cliente algaliado não deve ser realizada por rotina, desde que o cliente se mantenha assintomático. Todas as colheitas de urina devem ser realizadas antes de iniciar antibioterapia, sendo esta recomendada apenas para clientes sintomáticos. Quando o cliente apresenta sintomatologia e o catéter vesical foi inserido há mais de 7 dias, é necessário trocar o cateter e colher a amostra de urina do novo cateter (EAUN, 2009).

A técnica da colheita deve ser com técnica asséptica, por punção da membrana do saco coletor. Os sistemas de drenagem que apresentam sistema de aspiração sem agulha são recomendados. Deve-se desinfetar a membrana ou sistema de aspiração com álcool a 70° antes e depois da colheita. (NHS, 2009) Deve-se colocar a urina no respetivo recipiente da colheita sem violar a técnica asséptica e nunca se deve colher a amostra do saco de drenagem. Os recipientes próprios para esta técnica e o seu transporte para o laboratório dependem diretamente das regras da instituição e devem ser cumpridas.

### **Dispositivo urinário externo masculino**

O dispositivo não é um cateter e por isso pode-se considerar menos invasivo e vantajoso em relação aos outros dispositivos. No entanto, não existem evidências fortes que determinem uma vantagem importante face à algaliação. A sua correta utilização é essencial para tornar este dispositivo numa alternativa eficaz, e a opção do seu uso deve ser resultado da opção do cliente e dos profissionais de saúde (EAUN, 2008).

Está indicado em clientes com bexiga hiperativa sem volume de urina residual, incontinência urinária sem volume de urina residual, patologia urológica no homem com síndrome neurogénico e grande cirurgia ortopédica da anca. Está contraindicado quando existe volume residual de urina na bexiga, hipotonia vesical total, dissenergia do esfíncter com retenção de urina e patologia obstrutiva urológica.

As vantagens deste dispositivo são o controlo do odor da urina e proteção dos tegumentos nos clientes com incontinência urinária, por exemplo. No entanto, apresenta a grande desvantagem de ser difícil fixá-lo e manter o dispositivo no local, prevenindo perdas de urina peri dispositivo.

Existem vários tipos de dispositivos, encontrando-se de uma ou duas peças, adesivos ou com fixadores externos. Os sistemas de drenagem são semelhantes ao dos catéteres vesicais podendo ser sistemas de perna ou fixos na cama do cliente.

As medidas de controlo de infeção como a lavagem das mãos, mantém-se como sendo essencial nesta técnica. É necessária uma lavagem dos genitais com água e sabão e secar com toalha. Antes da colocação do dispositivo é importante que a pele esteja seca e sem alterações na integridade. Se for necessário, realizar tricotomia. Depois deve-se adequar o tamanho do dispositivo, aplicá-lo desenrolando-o ao longo do pénis. O saco de drenagem deve ser conectado tendo em conta se não existem torções. Um dos cuidados a ter é a retração do prepúcio após a colocação pois uma das complicações importantes deste dispositivo é a constrição do pénis (EAUN, 2008).

As considerações sobre a prevenção de infeção relacionadas com estes dispositivos são ainda escassas, mas encontra-se vantagem na sua utilização em clientes com lesões espinais face ao uso de cateterização vesical. É também comprovado que estes dispositivos são menos prováveis de induzir bacteriúria, ITU sintomáticas e morte do que os catéteres vesicais. No entanto, os estudos são ainda em pouco número, com níveis de evidência baixos (EAUN, 2008).

## **CONCLUSÃO**

O papel do Enfermeiro enquanto profissional de saúde, na prevenção e controlo das IACS e sendo a ITU associada a cateterização a IACS mais comum a nível internacional, torna-se premente a aquisição de conhecimentos nesta área e atuar de forma fundamentada, promovendo a segurança do cliente. O pensamento crítico e a pesquisa será o caminho no desenvolvimento de competências na área da prevenção e controlo da ITU associada a cateterização vesical, promovendo práticas seguras e reflexivas.

## **BIBLIOGRAFIA**

AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND UROLOGICAL NURSES SOCIETY – *Catheter care guidelines*. [S.l.] :2009

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Recomendações para a prevenção de infeção do trato urinário – Algaliação de curta duração*. [S.l.]: 2004

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY NURSES – *Catheterisation Indwelling catheters in adults – Urethral and Suprapubic*. Arnhem: 2012

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY NURSES – *Catheterisation Indwelling catheters in adults – Urethral and Suprapubic*. Arnhem: 2009

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY NURSES – *The male external catheter*.  
Arnhem: 2008

HOOTON, T.; BRADLEY,S.; CARDENAS, D.; COLGAN,R.; GEERLINGS, S;  
RICE,J.;SAINT, S.;SCHAEFFER, A; TAMBAYH, P.; TENKE,P.; NICOLLE,L. – Diagnosis,  
Prevention and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults 2009  
International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America.  
*Clinical Infectious Diseases*. California 1058-4838. 50 (2010) 625-663

NATIONAL HEALTH SERVICES – Guidelines for the care of urinary catheters. NHS Tees,  
Essex and Wear Valleys: 2009

PROFETTO-MCGRATH, Joanne; NEGRIN, Kelly; HUGO, Kelly; SMITH, Karen – Clinical  
Nurse Specialist's Approaches in Selecting and Using Evidence to Improve Practice.  
*Worldviews on Evidence-Based Nursing*. [S.l.] 1545-102X1. 7:1 (2010) 36-50

**ANEXO I**  
**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS CURSOS DE FORMAÇÃO**  
**“PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS PARA ENFERMEIROS E AO”**

# Questionário de Avaliação Final de Curso

(a preencher pelo formando no final da acção de formação)

DESIGNAÇÃO DO CURSO :

DATA \_\_\_\_\_

NOME DO FORMANDO (facultativo) \_\_\_\_\_

LOCAL FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à acção de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinale no respectivo  na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

## 1 – EQUIPA PEDAGÓGICA

	Formador	Formador	Formador	Formador	Formador
<b>Itens a avaliar</b>					
1.1 – Métodos pedagógicos facilitadores da aprendizagem					
1.2 - Definição de objectivos no inicio do módulo					
1.3 – Capacidade de transmissão de conhecimentos					
1.4 - Esclarecimento de dúvidas					

## 2. CURSO EM GERAL

Como avalia :	1	2	3	4	5
2.1 duração do curso					
2.2 a interligação dos temas					
2.3 os esclarecimentos obtidos por parte do director de curso					
2.4 apoio prestado pela coordenação/apoio administrativo					
2.5 a organização em geral do curso					

### 3. CONTEÚDO DA FORMAÇÃO

<b>Em relação ao conteúdo da formação:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.1 os temas tratados tiveram um interesse					
3.2 os temas têm uma aplicação ao meu desempenho profissional					
3.3 os temas foram abordados com uma profundidade					
3.4 os temas desenvolvidos atingiram os objectivos de um modo					

### 4. ORGANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

<b>Como considera:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.1 As instalações onde decorreu a formação					
4.2 O material de apoio pedagógico					
4.3 A documentação distribuída					

Pontos Fortes deste curso

---

---

Pontos a melhorar neste curso

---

---

Sugestões para o desenvolvimento de cursos futuros

---

---

---

**ANEXO II**  
**CERTIFICAÇÃO DE FORMAÇÃO “3º CURSO DE ANTIBIOTERAPIA NO HL”**



ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO  
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Dec.Reg: Nº 35/2002)

**Certifica-se que Ana Sofia Lopes Dias,**

Natural de Vila Franca de Xira, nascido a 13/10/1984, nacionalidade Portuguesa, portador do bilhete de identidade nº 12556366 emitido pelo Arquivo de Identificação de Lisboa em 31/10/2005, concluiu com aproveitamento em 17/11/2011, o Curso de Formação

Profissional

**Curso de Antibioterapia**

que decorreu de 16/11/2011 a 17/11/2011 no/a Hospital da Luz com a duração total de 9.30 horas, tendo obtido a classificação final de aprovado numa escala de aprovado / reprovado.

Lisboa, 17 de Novembro de 2011

O Responsável da Entidade Formadora

 **HOSPITAL DA LUZ**

Coordenação Científica da Comissão de Ensino,  
Formação e Investigação do Hospital da Luz

Certificado nº 2159  
ADVITA/5\_v01

ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA  
Rua Prof. Carlos Alberto da Mota Pinto nº 17-9º 1070-313 - Lisboa Tel.: 00 351 21 316 32 75 Fax: 00 351  
21 353 02 92 - Site: www.advita.pt - Email: info@advita.pt - Instituição Particular de Solidariedade  
Social, Inscrição nº 42412a IIs. 69 do Livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social





*Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.*