



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM SEGUROS

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Tiago Daniel Nunes Soares

LISBOA, Maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM SEGUROS

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Tiago Daniel Nunes Soares

Sob orientação de Professora Doutora Helena José

LISBOA, Maio de 2012

“O degrau de uma escada nunca foi concebido para repousar, mas apenas para segurar o pé de um Homem o tempo suficiente para capacitá-lo a colocar o outro um pouco acima.”

Thomas Henry Huxley

RESUMO

O presente documento reporta o trabalho desenvolvido no estágio inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do biénio 2010/2012, da Universidade Católica Portuguesa. Nele são descritas as atividades realizadas bem como as competências desenvolvidas ao longo dos diferentes módulos de estágio. Reproduz um percurso de aprendizagem e desenvolvimento que teve lugar na Comissão de Controlo de Infeção e no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier, E.P.E.. O trabalho e os contributos desenvolvidos para a prática de Enfermagem sustentaram-se numa *praxis* de enfermagem segura, tendo em conta os princípios do 'Patient Safety'. Este relatório descreve a nossa atividade profissional que foi alvo de creditação, as atividades e competências desenvolvidas ao longo dos estágios, sendo também realizada uma reflexão sobre as competências desenvolvidas sendo também realizada uma análise SWOT acerca de todo o percurso realizado. No final deste relatório podemos encontrar as conclusões do trabalho realizado e que acreditamos ter contribuído para a sustentabilidade de uma prestação de cuidados de Enfermagem mais segura para a Pessoa.

Palavras Chave: Enfermeiro Especialista; Cuidados de Enfermagem Seguros; *Patient Safety*.

ABSTRACT

This document reports the work done in the scope of the stage in Medical-Surgical Nursing of the Master's Degree in Nursing in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, for the biennium 2010/2012, of the Portuguese Catholic University. In it we describe the activities and skills developed over the different fields of training. It reproduces a journey of learning and development that took place in the Infection Control Committee and the Accident and Emergency Service, at the São Francisco Xavier's Hospital. The work input and developed to practice nursing was supported in a secure nursing praxis, taking account the principles of 'Patient Safety'. This report describes our professional activity that was subject of accreditation and the activities and skills developed over the stages. The report makes a reflection about developed skills and also carried out a SWOT analysis about the entire route taken. At the end of this report we find the conclusions of the work done and that we believe have contributed to the sustainability of a safer nursing care for the Person and healthcare workers.

Keywords: Nurse Specialist; Safe Care; Patient Safety.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Helena José,

Pela motivação, rigor, olhar crítico, disponibilidade e dedicação com que sempre nos orientou neste percurso.

À minha família,

Pelo apoio, a paciência e o amor incondicional.

À Rute,

Pelo carinho, amparo e aconchego nos momentos mais difíceis.

À Maria João Bruno e à Cláudia,

Que me incentivaram a enveredar neste curso e Amigas do Coração sempre presentes na minha vida.

À Carla, ao Jorge, ao Luís, à Patrícia e à Rita,

Pelos momentos de alegria e tristeza vividos ao longo dos últimos dois anos e sobretudo pelos fortes laços de amizade criados, partilhado o caminho que conduziu à conclusão deste Curso.

À Sofia,

Pela amizade e pelos momentos de *simbiose* criativa e pedagógica.

À minha AVÓ...

ACRÓNIMOS e SIGLAS

AV - Atividade de Vida;

BG - Balcão Geral;

CCI - Comissão de Controlo de Infeção;

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CVP - Cateter Venoso Periférico;

DR - Diário da República;

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System;

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica;

HSFX - Hospital de São Francisco Xavier / Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.;

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde;

NYHA - New York Heart Association;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

PCI - Prevenção e Controlo da Infeção;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;

SAV - Suporte Avançado de Vida;

SBV - Suporte Básico de Vida;

SCA - Síndrome Coronário Agudo;

SUG - Serviço de Urgência Geral;

SV - Sinais Vitais;

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos;

UIC - Unidade de Cuidados Intermédios de Insuficiência Cardíaca;

VE - Vigilância Epidemiológica;

WHO - World Health Organization.

INDICE

INTRODUÇÃO	9
1. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CREDITADA - MÓDULO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS.....	13
2. ESTÁGIOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	23
2.1. Módulo III Opcional - Comissão de Controlo de Infeção	23
2.1.1. Prevenção e Controlo da Infeção - Atividades desenvolvidas.....	24
2.2. Módulo I - Serviço de Urgência.....	29
2.2.1. Cuidados de Enfermagem de Urgência - Atividades Desenvolvidas.....	30
3. REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DO TRABALHO DESENVOLVIDO E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NOS ESTÁGIOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	43
CONCLUSÃO.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	51
APÊNDICES.....	55
APÊNDICE I - Poster: <i>Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca</i>	
APÊNDICE II - Sessão de Formação: <i>Recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a CVP</i>	
APÊNDICE III - Plano de Sessão de Formação: <i>Recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a CVP</i>	
APÊNDICE IV - Proposta de <i>Protocolo SCA-PAIN</i>	
APÊNDICE V - Instrumento de registo de Cuidados de Enfermagem	
APÊNDICE VI - Plano de Sessão de Formação: <i>Cuidados com a pessoa com cateter venoso periférico</i>	
APÊNDICE VII - Sessão de Formação: <i>Cuidados com a pessoa com cateter venoso periférico</i>	
ANEXOS.....	93

ANEXO I - Certificado de Sessão de Formação: *Recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a CVP*

ANEXO II - Certificado de Sessão de Formação: *Cuidados com a pessoa com cateter venoso periférico*

ANEXO III - Certificado de participação na Sessão de Formação: *Check-list do transporte secundário*

ANEXO IV - Certificado de participação na Sessão de Formação: *Via Verde Trauma: qualidade na abordagem da vítima*

ANEXO V - Certificado de participação na Sessão de Formação: *Consentimento para os cuidados de saúde*

ANEXO VI - Certificado de participação na Sessão de Formação: *Abordagem terapêutica no Síndrome Coronário Agudo*

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Matriz da Análise SWOT acerca do percurso realizado	46
--	----

INTRODUÇÃO

Os *cuidados* são identificáveis na vida da Pessoa¹ desde a nascença até depois da morte. Segundo Collière (2000, p. 288), *o campo de competência da Enfermagem baseia-se, fundamentalmente, em todos os cuidados de manutenção de vida, alicerçados em tudo o que permite a alguém continuar a viver*. Assim, a Enfermagem assume um papel impar na vida das pessoas ao longo de todo o seu ciclo vital contribuindo para a prevenção da doença e a promoção da saúde e da qualidade de vida. Florence Nightingale permanece como um marco na mudança de visão e organização dos cuidados de enfermagem tal qual eles são hoje em dia, no entanto, é com o mesmo espírito inovador e vanguardista que, após alguns anos de exercício profissional de Enfermagem, enveredamos pelo curso de Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

O presente relatório surge como resultado final e a título de síntese das energias e sinergias criadas e mobilizadas, no âmbito do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do biénio 2010/2012. Todo o trabalho desenvolvido se sustentou numa *praxis* de enfermagem segura, tendo em conta os princípios do 'Patient Safety'², foram enormes as transformações que se tornaram perentoriamente visíveis na nossa forma de observar, planejar, executar, avaliar e refletir os cuidados de enfermagem que diariamente prestamos com a Pessoa e que se demonstram neste relatório.

A Enfermagem, em Portugal, encontra-se amplamente regulamentada. O REPE (1998) define concretamente os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros. As competências gerais a ser desenvolvidas pelo enfermeiro especialista que o presente curso preconiza vão de encontro às competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) documento acima referido. A Especialidade em EMC, de acordo com a definição que consta do plano de estudos, visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigida para a assistência ao doente em situação crítica, orientando a sua ação para os seguinte objetivos gerais:

- Ser capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre

¹ Ao longo de todo o relatório, conceptualizamos que a nomenclatura *doente* e *Pessoa* querem sempre significar todos os indivíduos com quem cuidamos sob uma perspetiva holística, ao longo do seu ciclo vital, os quais integram e interagem com a sua família, grupo ou comunidade.

² Tradução do autor do relatório: Segurança do Doente.

implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em EMC.

Tendo em conta estes objetivos gerais delineámos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências no âmbito da Prevenção e Controlo de Infeção (PCI) relacionada com a manutenção de Cateter Venoso Periférico (CVP).
- Prestar cuidados de enfermagem especializados e seguros, com recurso a capacidades técnicas, científicas e relacionais, à pessoa em situação crítica e sua família em contexto do Serviço de Urgência Geral (SUG);
- Promover cuidados de enfermagem seguros, no âmbito da PCI relacionados com manutenção de CVP, através da formação contínua aos profissionais da equipa de multidisciplinar do SUG.

Todos eles concorrem de forma equitativa para a *comprovação de competências especializadas que permitem assegurar que o enfermeiro especialista detém conhecimentos, capacidades e habilidades adequadas, sendo capaz de as mobilizar para a prática clínica* (Universidade Católica Portuguesa, 2010, p. 4). Este foi um dos princípios que norteou todo o trabalho realizado durante este percurso.

Ainda que a regulamentação que incide sobre as especialidades em Enfermagem se encontre em processo de transição, verificamos que o atual plano de estudos vai de encontro ao preconizado pela OE no que respeita às competências do Enfermeiro Especialista. Assim, de acordo, tanto com a OE como com o plano de estudos do Curso de pós-licenciatura de Especialização, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver as suas competências dentro de quatro domínios: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Este relatório tem como pedra basilar o projeto de estágio realizado no início do segundo semestre, no entanto verificámos a necessidade de ir, ao longo do estágio, fazendo algumas alterações que acreditamos serem uma *mais-valia* para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados. Foram várias as situações em que tivemos que recorrer ao

espírito criativo, reflexivo e inovador, que é imprescindível a uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Todo o percurso se desenrolou tendo a segurança dos cuidados no âmbito da prevenção e controlo da infeção como linha orientadora e transversal aos diferentes módulos de estágio, no sentido de transportar *mais valias* para a *praxis* de enfermagem e conseqüentemente para as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem. A Fifty-fifth World Health Assembly (2002) reconheceu a necessidade de promover o '*Patient Safety*' como um princípio fundamental de todos os sistemas de saúde sendo definida como uma estratégia de redução do risco de danos desnecessários, associados aos cuidados de saúde, a um mínimo aceitável sendo por isso um recurso e um indicador de incremento da qualidade dos cuidados. A National Patient Safety Agency (2004) partindo deste pressuposto, e confirmando a importância desta problemática desenvolveu um documento estratégico, dirigido a todos os profissionais de saúde procurando promover a segurança dos cuidados prestados preconizando os "Seven Steps to Patient Safety": *Estabelecer uma cultura organizacional de segurança; Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes; Integrar as atividades de gestão do risco; Promover a notificação dos eventos adversos ou near misses; Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral; Aprender e partilhar experiências de cuidados seguros; Implementar soluções, para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes* (National Patient Safety Agency, 2004).

A CIPE® versão 2.0 define segurança como "estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão" (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No Código Deontológico do Enfermeiro encontramos várias referências à segurança dos cuidados que devem ser levadas em conta para uma prática de excelência. Uma filosofia de cuidados seguros envolve intervenções que previnam e controlem a infeção de modo a assegurar às pessoas cuidados de elevada qualidade. Padrões de qualidade elevados devem ser o grande objetivo de todas as intervenções de enfermagem, sendo este um dos desígnios fundamentais da Ordem dos Enfermeiros, que em relação a esta temática tomou posição, afirmando de entre outros pressupostos que todas as pessoas têm direito a cuidados seguros e que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção desses mesmos cuidados por intermédio de uma prática baseada na evidência e tendo em conta regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2006; Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril alterado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

Verificamos atualmente uma abertura da Enfermagem para o mundo, configurando-se esta no Paradigma da Transformação considerando a pessoa como um ser com múltiplas dimensões que constituem uma unidade em interação constante com o seu ambiente, seja interno ou externo; concebe também que a saúde é uma experiência que engloba a unidade pessoa-ambiente. O ambiente é uma composição do universo do qual a pessoa é elemento integrante, sendo diferente dela mas coexistindo com ela (Kérrouac et al., 1996). Assim, verifica-se uma

interação recíproca e em simultâneo entre os elementos do universo do qual faz parte a unidade interativa pessoa-ambiente. As interações entre a pessoa e o ambiente resultam em processos transitórios de adaptação contínua a que denominamos transições. Ao longo das últimas décadas, Meleis e colaboradores desenvolveram uma teoria de médio alcance que defende que o papel fundamental dos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados de excelência, às pessoas, grupos e comunidades, é a facilitação e gestão das transições que estes experienciam, procurando com a formulação desta teoria orientar a prática da Enfermagem (Meleis, 2010). A pessoa necessita de cuidados de enfermagem quando, por si só, não consegue desenvolver o seu projeto de saúde, seja por défice de capacidade, conhecimento ou vontade, ou devido à fase de desenvolvimento em que se encontra, ou mesmo devido à doença que o assola (Vieira, 2007). Assim, compete ao Enfermeiro ser um elemento ativo e pró-ativo na facilitação dos processos de transição que as pessoas vivenciam, contribuindo para a segurança dos cuidados.

Sendo este um relatório que pretende comunicar o trabalho desenvolvido e baseado na teoria das transições de Meleis transpondo-a para o âmbito da PCI e da segurança dos cuidados que diariamente prestamos com as pessoas. Assim, o presente relatório encontra-se estruturado de forma a proporcionar uma leitura sequencial e lógica de todos os momentos de aprendizagem que constituíram o Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos seus vários módulos. Inicialmente faremos uma abordagem à experiência profissional creditada, que será desenvolvida num capítulo no qual se fará um resumo extensivo e reflexivo sobre a nossa *praxis* ao longo dos últimos cinco anos enquanto enfermeiro de cuidados gerais. Num segundo capítulo será feita a descrição das atividades realizadas ao longo dos dois módulos do Estágio. No terceiro capítulo faremos uma reflexão aprofundada acerca da *praxis* desenvolvida bem como das competências desenvolvidas, adquiridas e certificadas ao longo deste percurso e onde será efetuada uma análise SWOT de todo o percurso realizado, tendo com fim último a autocritica e a reflexão acerca dos *pontos fracos* e dos pontos fortes que condicionaram ou favoreceram o nosso desenvolvimento profissional enquanto Enfermeiros Especialistas. No final deste documento podemos observar os Anexos e Apêndices que complementam tudo aquilo que se encontra relatado.

De modo a uniformizar as referências bibliográficas, facilitando a leitura e consulta deste documento, todo ele é redigido conforme a norma ISO 690. Todo o documento se baseia numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva que se alicerça na prática baseada na evidência, tendo como objetivo final a promoção de uma *praxis* segura para a pessoa e sua família bem como para os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados.

1. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CREDITADA - MÓDULO II: **UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS**

Este capítulo refere-se à atividade profissional desenvolvida ao longo de cerca de 5 anos, onde descrevemos as ações implementadas, bem como as competências que foram sendo desenvolvidas no decurso da experiência profissional enquanto enfermeiro.

Deste modo, conforme previsto pelo artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, fomos atribuída creditação ao Módulo II - Cuidados Intensivos/Intermédios do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta creditação foi concedida uma vez que exercemos funções como Enfermeiros na UCI de Cardiologia (UNICARD) e Medicina III do HSFX - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., desde o ano de 2007 e como tal, prestamos cuidados de enfermagem diferenciados com pessoas, de acordo com o seu ciclo de vida (jovens, adultos e idosos) com patologias do sistema cardiovascular em situações agudas, críticas e em falência orgânica passível de risco de vida. A atuação centrou-se na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença aguda e crónica, bem como no assegurar da máxima qualidade de vida a doentes em fim de vida.

A UCI de Cardiologia do HSFX é um serviço cuja estrutura física corresponde a uma sala de tipo *'open space'* que conta com seis camas apetrechadas com material e equipamento clínico indispensável à vigilância e monitorização hemodinâmica constante, sendo os cuidados assegurados por uma equipa de dois enfermeiros por turno, tendo sempre em permanência um médico cardiologista e o apoio de um assistente operacional. Esta unidade tem ainda sob a sua responsabilidade três camas de enfermaria para as quais são transferidos os doentes que, devido à melhoria do seu estado de saúde, não necessitam de um elevado nível de exigência de monitorização e vigilância. Para uma prestação de cuidados de excelência são necessárias capacidades técnicas, científicas e relacionais. As competências são um conjunto integrado e dinâmico de conhecimentos, habilidades e atitudes, que ao ser mobilizado pelo indivíduo, resulta em ações num determinado contexto. O campo de competência da enfermagem, ou seja, o domínio dos cuidados de enfermagem diz respeito à interação e correlação da pessoa com a sua limitação ou doença e com os que a cercam, bem como com o seu meio (Collière, 2000). Importa refletir sobre a importância do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais na nossa área de prestação de cuidados, uma vez que a aquisição de novos conhecimentos e capacidades, bem como o aperfeiçoamento dos já existentes, conduz a uma prática baseada na evidência que se pretende efetiva na qualidade dos cuidados, numa época em que cada vez mais os recursos são limitados. A perícia desenvolve-se quando o enfermeiro

testa e refina propostas e hipóteses sendo que as expectativas são fundadas nos princípios orientadores de boa prática transportando essas aprendizagens para situações da prática real. Assim, o conhecimento prático, que conduz à aquisição de competências, adquire-se progressivamente com o tempo sendo necessário construir estratégias para que haja conhecimento do saber fazer com o intuito de ser desenvolvido e melhorado (Benner, 2001).

A formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do **saber** (conhecimentos), do **saber-fazer** (capacidades), do **saber-ser** (atitudes e comportamentos) e do **saber-aprender** (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem)(Dias, 2004). Assim, optámos por enveredar para um curso de especialização em enfermagem, que acreditamos ser de extrema importância uma vez que contribui não só para o nosso crescimento pessoal mas também profissional. À semelhança do progresso que a Enfermagem tem tido, também nós, enquanto pessoa, individual e profissional, necessitamos e devemos evoluir. Esta deve ser uma preocupação de todos os enfermeiros que anseiam por uma prática de excelência, baseada na evidência científica. *De iniciado a perito* é o percurso proposto por Patricia Benner e que revela um desenvolvimento progressivo de habilidades cognitivas, intuitivas e afetivas que conduzem à excelência que todavia não é desprovida de humanidade (Benner, 2001; Phaneuf, 2005).

O REPE define e destaca o papel fundamental do Enfermeiro enquanto profissional dotado de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados à pessoa, durante o seu ciclo vital, enquanto ser holístico que integra e interage com a sua família, grupo ou comunidade, necessitando de cuidados que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença nos seus diferentes níveis de prevenção (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril). A OE definiu que o enfermeiro competente refere um *nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar* (Ordem dos Enfermeiros, 2009). O próprio Processo de Enfermagem promove uma cultura de desenvolvimento e aprendizagem pela dinâmica que lhe é inerente. Não só promove a implementação e execução de intervenções mas também facilita a avaliação da efetividade dessas mesmas intervenções, levando a ajustes frequentes e necessários, de forma a adequar os cuidados prestados às reais necessidades da Pessoa. Assim, à semelhança do ciclo vital da Pessoa que se caracteriza por ser dinâmico e em constante mudança, também os enfermeiros sentem necessidade de se diferenciar, diversificar e evoluir no sentido da maior responsabilização e aquisição de conhecimentos e capacidades que conduzem ao desenvolvimento de competências. Concebendo a Enfermagem Avançada (*Advanced Nursing Practice*), de acordo com o ponto de vista de Silva (2007), a Enfermagem deverá revestir-se de mais Enfermagem, chamando a si os modelos desenvolvidos na sua área de investigação científica, ao longo das últimas décadas, abandonando progressivamente a conceção do paradigma biomédico, amplamente difundido na prática da enfermagem. Paradigma após paradigma, modelo após modelo, a Enfermagem desenvolve-se enquanto disciplina.

De referir que nos identificamos profissional e pessoalmente com o conceptualizado na Teoria das Transições que Meleis (2010) desenvolveu nas últimas três décadas. De acordo com esta linha de pensamento, acreditamos que o enfermeiro assume um papel determinante na facilitação dos processos de transição experienciados pela pessoa ao longo do seu ciclo vital, seja ela de natureza desenvolvimental e situacional; saúde/doença; ou organizacional. Ao enveredar pelo caminho do Curso de Especialização em Enfermagem também nós nos encontramos numa situação de transição, não de saúde-doença, mas sim de desenvolvimento pessoal e profissional que, acreditamos, mais tarde virá ser fator determinante de uma outra transição organizacional. Ao sermos enfermeiros e alunos de um curso de especialização em enfermagem, acreditamos encontrar-nos numa posição privilegiada neste processo transicional uma vez que nos permite colocar na posição de um indivíduo a experienciar um processo de transição à semelhança da pessoa com quem cuidamos diariamente, facilitando desta forma a nossa capacidade empática para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz que promova a saúde da pessoa.

Ao longo do tempo, enquanto enfermeiro desta unidade de saúde, temos vindo a desenvolver competências no sentido do aperfeiçoamento profissional e pessoal. A formação e o desenvolvimento profissional apontam para a necessidade do indivíduo em “querer ser” competente, criando estratégias com o intuito de promover a qualidade do exercício profissional (Mendonça, 2009), sendo o objetivo final o incremento da qualidade e efetividade dos cuidados que, diariamente, prestamos com as pessoas que necessitam cuidados de enfermagem diferenciados e que recorrem a este serviço de internamento. Estas competências enquadram-se em áreas distintas, nomeadamente na área da prestação eficaz e gestão eficiente de cuidados diferenciados, na formação profissional contínua da equipa de enfermagem e no desenvolvimento de investigação em enfermagem.

Diariamente são internados neste serviço pessoas com doenças graves, agudas e crónicas, cujas Atividades de Vida (AV), de acordo com Roper et al. (2001), se encontram alteradas e o seu autocuidado afetado de forma mais ou menos marcada. A doença cardíaca aguda, nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio, as miocardites e as alterações na condução elétrica do coração, são as mais incidentes na população internada, não obstante verificam-se internamentos de pessoas com insuficiência cardíaca congestiva em estado crítico (classe III e IV da NYHA). De acordo com a teoria das transições (Meleis, 2010), estas doenças causam na pessoa respostas humanas no sentido da transição entre estados, tornando o desafio dos enfermeiros a compreensão do processo de transição e desenvolvimento de intervenções que sejam adequadas, efetivas e eficazes, na ajuda à pessoa na procura da estabilidade e de uma sensação de bem-estar, de novo. As estratégias de *coping* eficazes, a desenvolver, requerem uma compreensão e gestão efetiva do acontecimento que se encontra na origem da crise (Davies, 2005; Meleis, 2010).

As transições resultam em mudança e são simultaneamente o resultado dessa mudança, contudo, nem todas as mudanças podem ser consideradas uma transição. A vulnerabilidade encontra-se subjacente à experiência de transição uma vez que as suas interações e condições ambientais expõem os indivíduos a danos potenciais e recuperações morosas. Deste modo os cuidadores primários, por excelência, das pessoas que experienciam transições são os enfermeiros devido aos conteúdos funcionais que caracterizam a sua profissão.

Caracterizando a nossa ação nesta unidade e “olhando” as atividades e intervenções que diariamente executamos e implementamos, consideramos que permitem o nosso desenvolvimento profissional contribuindo para a aquisição de competências fundamentais a uma prática de enfermagem especializada.

Aquando da admissão da pessoa efetuamos o acolhimento/admissão onde é realizada uma avaliação inicial desta, e onde constam dados clínicos, dados sociais e os graus de dependência nas várias necessidades e autocuidado, sendo. Posteriormente procedemos ao levantamento dos focos (problemas de enfermagem), definição dos diagnósticos de enfermagem e conseqüentemente sucede-se a elaboração do plano de cuidados (processo de enfermagem), sendo constantemente validado com a pessoa. Com a implementação de um plano de cuidados adequado às necessidades da pessoa obtemos um instrumento fidedigno que, por força da implementação dos Sistemas de Informação em Enfermagem (linguagem CIPE® e a aplicação SAPE®), nos permite a execução de registos de enfermagem de forma constante, contínua e sistematizada. Desta forma, conseguimos promover a prestação de cuidados ao doente crítico consoante as necessidades afetadas em cada momento, permitindo a personalização dos cuidados tendo em conta a pessoa enquanto ser holístico, que se encontra perante um processo de transição, mais ou menos grave, e que tem inerente um conjunto de limitações que a impede de satisfazer por si próprio as suas AV. Cuidados holísticos incluem a responsabilidade de ajudar a recuperar a saúde, proporcionar às pessoas atingirem o seu potencial máximo no caso de doença crónica, ou assegurar qualidade de vida a quem se encontre em final de vida, e derivam do reconhecimento filosófico e moral de que a enfermagem é uma atividade centrada na pessoa tendo em conta todas as suas dimensões (McSweeney, 2003). A implementação do processo de enfermagem requer habilidades e capacidades cognitivas, psico-motoras e afetivas. Baseado nos juízos criados pelos diagnósticos de enfermagem podemos determinar as intervenções de enfermagem que, posteriormente, poderão ser avaliadas pelos resultados de enfermagem obtidos (Garcia e Nóbrega, 2009). Deste modo, dotamos a *praxis* da enfermagem de flexibilidade, indo de encontro às expectativas e necessidades da pessoa, pela implementação de intervenções que vão sendo ajustadas na medida em que o grau de dependência desta, em cuidados de enfermagem, vai sendo maior ou menor.

Pela execução destas atividades, bem como pela implementação do processo de enfermagem verificamos que, progressivamente, fomos adquirindo habilidades e conhecimentos que nos

permitiram desenvolver competências como o *desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa* e a *gestão dos cuidados na nossa área de especialização*.

A atuação de acordo com a situação experienciada pela pessoa, o reconhecimento das características e necessidades específicas destas sujeitas a elevado nível de ansiedade e “stress”, devido à sua situação de doença, bem como o estabelecimento de uma comunicação e relação empática eficaz com o doente e a sua família, são atividades fundamentais, que requerem perícia na abordagem à pessoa internada na unidade. Todos os dias somos confrontados com pessoas que têm necessidades de cuidados, específicas e que devido à sua situação, mais ou menos crítica, requerem uma atenção de enfermagem redobrada e diferenciada. É característica desta *coorte* de doentes, cuja faixa etária é bastante abrangente e alargada, níveis elevados de ansiedade pela incerteza face ao futuro e pelo receio de perda de capacidades e funções. Torna-se fundamental o estabelecimento de uma relação de ajuda que promova a recuperação da pessoa. A *‘abordagem rogeriana’* da relação de ajuda, baseada numa filosofia humanista, torna a relação com o outro uma condição primordial, assim, este tipo de relação toma características diferentes que dizem respeito às atitudes da pessoa que ajuda e à percepção da relação por aquele que é ajudado, distinguindo-se dos outros tipos de relação (Rogers, 1985; Phaneuf, 2005). De acordo com Lazure (1994, p.14), a relação de ajuda visa sobretudo o alcance de um ou mais dos seguintes objetivos: 1) *ultrapassar a provaçãõ*; 2) *resolver uma situação atual ou potencialmente problemática*; 3) *encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório*; 4) *detetar o sentido da existência*. O medo da morte eminente é frequentemente referido pelos doentes a quem é diagnosticado uma doença cardíaca grave e que necessitam de procedimentos e técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento. A relação enfermeiro/doente visa ajudar a pessoa a alcançar e manter um nível ótimo de saúde (Riley, 2004). Torna-se fundamental uma comunicação eficaz com a pessoa e sua família, não só para a prestação de informação acerca da sua patologia e limitações que lhe são inerentes, que parecem ser os esclarecimentos que mais procuram, mas também acerca das possibilidades diagnósticas e terapêuticas de modo contribuir para a tomada de decisões responsáveis e informadas, envolvendo-os em todo o processo de transição saúde-doença tornando-os num elemento ativo na sua própria recuperação.

O internamento neste serviço caracteriza-se por ser, na sua grande maioria, de situações agudas inaugurais ou agudização de situações crónicas. É exigido ao enfermeiro uma constante monitorização e vigilância da pessoa devido à sua instabilidade hemodinâmica que poderá levar a situações irreversíveis de morte. Deste modo, temos sempre presente que a imprevisibilidade é constante e que poderá, em qualquer altura, ser necessário tomar medidas de grande complexidade de forma a promover a vida da pessoa com quem cuidamos e que deposita em nós a responsabilidade da sua manutenção. É uma atividade diária constante a atuação em situações de doença aguda e emergência, de acordo com os protocolos

estabelecidos na unidade, bem como a compreensão e interpretação correta das informações fornecidas pelos diferentes meios complementares de diagnóstico realizados.

As pessoas internadas na unidade, pela sua situação crítica e conseqüentemente necessidade em cuidados de enfermagem, necessitam de vigilância, monitorização e avaliação contínua. Assim, a monitorização hemodinâmica contínua assume-se como um importante instrumento de vigilância contínua recorrendo a monitorização cardíaca, pressão arterial invasiva e não invasiva, PVC, oximetria. Pelo recurso a estes equipamentos são facultados dados que por si só, não são relevantes mas sim dentro de um contexto após uma avaliação crítica e inserção dentro de um perfil de dados que podem facilitar a prestação de cuidados diferenciados indo de encontro às necessidades da pessoa doente. A interpretação crítica e contextualizada dos sinais e sintomas, que esta manifesta, conduz à perceção da situação e das suas necessidades de cuidados que a Pessoa requer, otimizando a nossa *praxis* no sentido do aperfeiçoamento profissional contínuo e progressivo. Neste sentido, assumimos como imprescindível à nossa prestação de cuidados o recurso a protocolos terapêuticos de atuação e que, de forma mais ou menos clara, promovem a autonomia, ainda que limitada, da enfermagem. Investimos na formação no sentido de adquirir conhecimentos e capacidades na implementação de procedimentos como o SBV e o SAV, permitindo-nos uma atuação rápida e eficaz perante situações de urgência e emergência que frequentemente ameaçam, de forma grave, a vida da Pessoa.

Dentro deste campo de atuação, e de acordo com as atividades acima descritas, reconhecemos que se torna facilitada a *reflexão na e sobre a prática, de forma crítica*, demonstrando também, *capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas tendo como base um nível aprofundado de conhecimentos na nossa área de especialização*;

Uma das principais competências e preocupação do Enfermeiro é o *empowerment* da Pessoa com quem cuida, tornando-o num elemento ativo do processo de cuidados, quebrando cada vez mais os dogmas do paternalismo médico. A informação que o Enfermeiro proporciona à pessoa deve capacitá-la para atingir níveis ótimos de saúde, prevenir problemas de saúde, identificar e tratar precocemente problemas de saúde e minimizar a incapacidade (Stanhope e Lancaster, 2011). Uma das atividades com que mais nos congratulamos e que desempenhamos enquanto enfermeiro, é a preparação do doente/família para o regresso a casa ou transferência de serviço, identificando as suas incapacidades e/ou deficiências físicas, com vista à sua readaptação funcional e reinserção social nos contextos de vida. Promovemos, assim, a independência nas AV e a capacitação da Pessoa e/ou do seu cuidador (informal) principal para o regresso à vida quotidiana com o máximo de autonomia e o mínimo de incapacidade e incerteza possível. O enfermeiro necessita ter conhecimento prévio acerca do autocuidado de forma a ajudar os indivíduos e as famílias a planear, projetar, conduzir e gerir sistemas eficazes de autocuidado e de dependência de cuidados (Renpenning e Taylor, 2003). Este é um aspeto fundamental de uma prestação de cuidados, que se pretende de excelência,

na qual se inicia a preparação do regresso a casa no exato momento em que a Pessoa é admitida no serviço. Pela aprendizagem e pela modelação de comportamentos pretende-se que a Pessoa seja capaz de tomar decisões relacionadas com a sua saúde de forma fundamentada, assumindo pessoalmente a responsabilidade por ela e lidando efetivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida (Stanhope e Lancaster, 2011).

Contemporaneamente, no panorama ético-legal e sociocultural, surgiram algumas questões que carecem reflexão e consciencialização sobre a inevitabilidade da morte. No campo científico da enfermagem, os cuidados em fim de vida são, desde há muito tempo, uma atividade praticada e que traz à enfermagem o sentido de responsabilidade único de proporcionar à pessoa uma morte digna e com o mínimo de sofrimento possível. Apesar do contexto de UCI existem algumas situações em que é necessário fazer *tudo o que há a fazer quando já não há nada a fazer*. Falamos de cuidados paliativos... caracterizam-se por ser cuidados afetivos e totais com a pessoa e sua família, que são realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença já não responde ao tratamento curativo e a expectativa de vida é relativamente curta (Twycross, 2003). Nessas situações verificamos a necessidade de prestar de cuidados ao doente em fim de vida, proporcionando-lhe a máxima qualidade de vida, de modo a assisti-lo e à sua família nos seus últimos momentos de vida. Quando de facto é verificado pela equipa de saúde que a pessoa, enquanto seu elemento integrante, necessita de cuidados paliativos existe um empenho no sentido de promover um maior envolvimento da família nesta fase, bem como a promoção da sua privacidade.

Dentro deste campo de atuação é-nos exigido diariamente *demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a Pessoa e família, na nossa área de especialização*.

A administração de terapêutica específica, considerando a respetiva farmacocinética e farmacodinâmica, é uma atividade que desenvolvo nesta unidade diariamente. Fármacos como aminas, fibrinolíticos, cardiotónicos e vasodilatadores potentes, à semelhança dos restantes fármacos, requerem perícia e conhecimentos na sua administração. Apesar de ser uma intervenção interdependente é da nossa responsabilidade, enquanto enfermeiros, o conhecimento da farmacodinâmica e farmacocinética dos fármacos administrados com o objetivo de avaliar constantemente a sua eficácia, redução ou potenciação do efeito desejável, bem como possíveis reações adversas que possam surgir durante e após a administração.

A prestação de cuidados centrados na pessoa implica também a necessidade de manutenção e aquisição de conhecimentos científicos não só pela prática, mas também pela teoria, conduzindo a uma prática baseada na evidência que permite prestar cuidados de enfermagem diferenciados respeitando as *leges artis* desta área de especialização. Verificamos constantemente a necessidade de recorrer a pesquisa bibliográfica de modo a atualizar os conhecimentos teóricos e práticos tendo em vista o desenvolvimento intelectual promovendo também o desempenho profissional.

Executamos também, ainda que em certas situações de forma interdependente, técnicas e procedimentos como algalias, entubações naso-gástricas, punções venosas, colaboração na colocação CVC, colaboração na remoção de introdutores arteriais e venosos. É consenso geral que a Enfermagem é uma profissão com um grande espectro prático, nunca olvidando que é condição *sine qua non* que a técnica ou a prática se encontram intimamente ligadas a um enquadramento teórico que permite validar e atualizar procedimentos de forma contínua, como é exemplo o campo da prevenção e controlo da infeção.

O nosso percurso académico revela-se uma jornada inacabada e em constante evolução. Investimos continuamente na atualização de conhecimentos na nossa área de especialização. Acreditamos que foram valiosos os conhecimentos adquiridos ao longo de quatro anos de licenciatura, no entanto eles foram apenas o início de uma longa jornada que, esperamos, nunca acabe. Cursos de formação pós-graduada e a participação em congressos, jornadas e ações de formação contínua são momentos de aprendizagem que, em muito, têm beneficiado o nosso desenvolvimento intelectual e profissional. Consideramos de extrema importância a validação e aquisição de novos conhecimentos que incrementem a qualidade dos cuidados que diariamente prestamos com a pessoa.

Com a atuação perita e especializada nesta área, conseguimos *manter de forma contínua e autónoma, o nosso próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional bem como a gestão e interpretação adequadas da informação proveniente da nossa formação inicial, da nossa experiência profissional e de vida, e da nossa formação pós-graduada*

Recentemente participámos, em colaboração com dois colegas, com a apresentação de uma comunicação livre em forma de poster nas I Jornadas Internacionais da Universidade de Évora, nos dias 2 e 3 de Junho de 2011, subordinadas ao tema *A Pessoa em situação crítica*. Da investigação realizada bem como da evidência da praxis, elaborámos um poster intitulado ***Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca*** (ver APENDICE I) no qual estabelecemos uma correlação entre linguagem classificada e sistema de Classificação de Doentes mediante graus de dependência de cuidados de enfermagem, permitindo um paralelismo entre duas classificações distintas e uma linguagem classificada: a classificação funcional da NYHA; linguagem classificada da CIPE[®] e o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem. O nosso objetivo incidiu na convergência da classificação da NYHA com as intervenções autónomas de enfermagem de que a pessoa necessita. Em função do seu grau de dependência funcional, fazemos corresponder a cada classe da NYHA um grau de dependência de cuidados de enfermagem definindo as intervenções autónomas associadas a cada *auto-cuidado*³, recorrendo à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Assim, de acordo com as

³ Conceito adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2011, p.41) sendo definido como *atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.*

definições estipuladas e os grau de dependência presentes delineamos que para a classe I/II será atribuído o grau de dependência reduzido, para a classe III atribuímos o grau de dependência moderado e para a classe IV atribuímos o grau de dependência elevado e/ou muito elevado.

Este e outros trabalhos que realizámos são, deveras, de extrema importância uma vez que permitem *incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da nossa especialização*, assim como outras evidências bem como *comunicar os resultados da nossa prática clínica e de investigação aplicada, para audiências especializadas*.

Como já referimos anteriormente, consideramos ser de extrema importância a formação contínua de todos os profissionais da equipa de saúde. De acordo com as necessidades formativas que emergem da *praxis*, anualmente é realizado, no serviço, um plano de formação interno que permite aos profissionais, não só atualizarem conceitos mas também refletirem na e sobre a prática. Neste âmbito e sempre que necessário, realizamos ações de formação, dentro da nossa área de especialização, para os elementos da equipa multidisciplinar promovendo o envolvimento e empenho na promoção de cuidados seguros e de qualidade.

Este serviço caracteriza-se por um grande empenho na área da investigação em enfermagem por parte da equipa. De momento, encontramos-nos a realizar um estudo de incidência e prevalência de Úlceras por Pressão no Serviço de Medicina III e UNICARD, e que tem como objetivo principal a caracterização destes dois serviços no que se concerne a este indicador de qualidade. Atualmente, devido à expansão do Serviço de Medicina III na sua área de atuação, fazemos parte de uma equipa multidisciplinar (enfermeiros e médicos) que se encontra a criar e rever protocolos de atuação terapêutica, que serão instituídos na nova Unidade de Cuidados Intermédios de Insuficiência Cardíaca. A abertura de novos serviços e valências permite a admissão de novos enfermeiros que são acolhidos pela equipa encarando este como um momento de aprendizagem bidirecional entre o novo enfermeiro e a equipa. Torna-se de extrema importância o acolhimento e processo de integração na equipa de enfermagem e de saúde. Desde o início das nossas funções neste serviço tivemos oportunidade de participar ativamente na integração de novos enfermeiros, de acordo com processo de integração estruturado e regulamentado no serviço e que tende a ir de encontro às expectativas e necessidades do novo enfermeiro.

Nesta área de atuação consideramos que, ao longo do tempo, fomos adquirindo conceitos e conhecimentos que permitem desenvolver competências como: a *promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*, a *promoção da formação em serviço na nossa área de especialização*, a *colaboração na integração de novos profissionais* e a *participação e promoção da investigação em serviço, na nossa área de especialização*.

À semelhança do que defende Watson (2002, p.11) afirmando que *o cuidar na enfermagem e entre todos os profissionais de saúde, requer teoria e prática, indo além do mero pensamento à*

ação, baseada numa cosmologia que abarca a reflexão crítica, também nós temos desenvolvido trabalho no sentido da reflexão crítica. Pela reflexão constante na e sobre a prática conseguimos modificar comportamentos e atitudes com o fim último da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, permitindo um contínuo desenvolvimento de competências. Ao longo de quase cinco anos e de acordo com o acima descrito, foram-nos proporcionadas oportunidades valiosas de aprendizagem com as quais beneficiámos, não só no desempenho profissional como também no desenvolvimento enquanto pessoa. Como características que nos são muito próprias, o sentido da responsabilidade e o empenho consideramos ter adquirido as competências que foram sendo descritas atrás e que em muito beneficiaram e continuam a beneficiar a nossa prestação de cuidados com a pessoa e que possibilitaram no decorrer do curso de especialização o desenvolvimento de competências reveladoras de uma praxis especializada de excelência.

2. ESTÁGIOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Neste capítulo faremos uma descrição detalhada das atividades desenvolvidas ao longo dos dois estágios, apresentados por ordem cronológica. No início de cada subcapítulo podemos encontrar uma breve contextualização do local de estágio seguindo-se a descrição das atividades desenvolvidas.

2.1. MÓDULO III OPCIONAL - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO

O Primeiro período de estágio correspondeu ao Módulo III - Opcional e desenvolveu-se na CCI do HSFX durante o período de 26 de Setembro a 18 de Novembro de 2011, tendo de carga horária 180 horas de contacto e 70 horas de estudo individual, correspondendo a 10 ECTS. Esta opção deveu-se ao facto de reconhecer a extrema importância desta comissão na prevenção e controlo da infeção e a sua articulação com os restantes serviços de modo a prestar às pessoas, grupos e comunidades, cuidados de enfermagem de excelência que são promotores de comportamentos e estilos de vida saudáveis bem como o aperfeiçoamento das práticas, tendo em sempre em vista uma filosofia de trabalho que se baseie na prestação de cuidados seguros não só para a pessoa que necessita cuidados mas também para o enfermeiro que os presta.

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (DGS) (DGS,2007), a Comissão de Controlo da Infeção (CCI), enquanto órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, deve ter um carácter técnico, executivo, multidisciplinar, representativo e ajustado às novas modalidades de gestão das unidades de saúde, dotada de autonomia técnica e executiva, constituindo um recurso indispensável para a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). As recomendações internas e os planos de ação produzidos pela CCI, após aprovação pelo órgão de gestão, têm carácter vinculativo.

A CCI do CHLO é estabelecida de acordo com o artigo 3º do Despacho do Diretor-Geral da Saúde, de 11 de Julho de 2007, publicado no Diário da República, 2.ª Série - Nº 156, de 14 de Agosto de 2007, sendo o grupo executivo constituído por uma coordenadora (médica) e três enfermeiras (representando cada uma o respetivo polo hospitalar onde exercem funções em regime de tempo integral). Esta comissão tem como objetivos:

- Prevenir, detetar e controlar as infeções nos hospitais que integram o Centro Hospitalar;
- Proceder à Vigilância epidemiológica de estruturas, procedimentos e resultados;
- Proceder à elaboração de normas e recomendações para a prevenção e controlo da infeção;
- Promover e colaborar em ações de formação/informação nesta área, dirigidas a todos os profissionais prestadores de cuidados.

Tendo em conta os objetivos e propósitos da CCI, durante o período de estágio procurámos desenvolver competências dentro da área de atuação daquele organismo. Assim sendo definimos como objetivos gerais deste estágio:

- Ser capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

O objetivo específico definido por nós para este estágio foi o de:

- Desenvolver competências no âmbito da PCI relacionada com a manutenção de CVP.

2.1.1. Prevenção e Controlo da Infeção - Atividades desenvolvidas

Nursing has to (...) put the patient in the best condition for nature to act upon him⁴
(Nightingale, 1859, 2010, p. 253)

Ao iniciar a descrição das atividades realizadas ao longo deste estágio queremos afirmar desde já que apesar de o objetivo específico acima mencionado se centrar na PCI relacionada com a manutenção de CVP, todo o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso foi feito no sentido de uma melhor compreensão do papel do Enfermeiro enquanto elemento fundamental para a PCI bem como para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Com o decorrer do tempo fomos incorporando conhecimentos determinantes para uma *praxis* de excelência e promotora de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros. A componente de investigação neste estágio tornou-se, sem dúvida alguma, uma pedra basilar para a

⁴ Tradução do autor deste relatório: A Enfermagem tem que colocar o doente nas melhores circunstâncias para que a natureza possa agir sobre ele.

prossecução dos objetivos bem como para o nosso crescimento enquanto profissional, sendo também uma necessidade pessoal apontada por nós como um *gap* no nosso conhecimento.

Para Fortin (2009), a investigação científica promove a resolução e explicação dos fenómenos do mundo tal como o conhecemos e promove o desenvolvimento da ciência bem como das profissões que dependem dela. Este processo caracteriza-se por ser ordenado e sistemático na procura das respostas pretendidas para a questão de investigação. Assim, podemos observar a ordem de importância que a investigação assume para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina.

Segundo Last (2001, p. 62), a epidemiologia é o *estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde*. A vigilância epidemiológica encerra em si mesma a dimensão de processo e de recurso, sendo determinante para o desempenho de funções do Enfermeiro de Controlo de Infecção⁵. Baseando-se nos dados que lhe são trazidos pela VE, o Enfermeiro pode estruturar e planear a sua atuação enquanto promotor de cuidados de saúde/enfermagem seguros. A VE constitui um instrumento essencial para avaliar o desempenho das instituições de saúde com respeito à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Ao longo de todo o percurso realizado durante o estágio foram constantes as situações em que nos fundamentámos nos dados resultantes da VE, para basearmos os pareceres solicitados pelos diferentes serviços clínicos. Este foi um campo que verificámos necessidade de aprofundar do ponto de vista teórico, uma vez que era um domínio de conhecimento que pretendíamos explorar e desenvolver. Neste sentido dedicámos um esforço suplementar na pesquisa bibliográfica bem como nos relatórios de VE existentes ao nível nacional, nomeadamente os Inquéritos de Prevalência de Infecção de 2009 e 2010 (Costa et al., 2009; Pina et al., 2010), permitindo uma perceção bastante abrangente da evolução da prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e de infeções adquiridas na comunidade (IC) e a sua distribuição por topografia, por microrganismos e respetivas suscetibilidades aos antimicrobianos. Embora a informação obtida através dos estudos de prevalência não seja apropriada para análises detalhadas, constitui um ponto de partida útil devido à facilidade relativa da sua execução o que permite abranger todo o hospital, obtendo-se um panorama de possíveis áreas problemáticas que requerem abordagens mais específicas (Pina et al., 2010). Assim, partindo de informações concretas, trazidas por este tipo de estudos, nós, enquanto futuros Enfermeiros especialistas, pudemos orientar a nossa prática no sentido da promoção da segurança do doente no âmbito da PCI.

Esta foi sem dúvida uma das pedras basilares do nosso estágio uma vez que todas as atividades desenvolvidas tiveram como fundamentação a VE. Neste serviço, a VE torna-se facilitada devido à implementação dos sistemas de informação que em muito têm contribuído

⁵ ECI é a designação é tomada pela DGS na Circular Normativa Nº: 18/DSQC/DSC de 15/10/2007, na definição do Núcleo Executivo das Comissões de Controlo da Infecção.

para agilizar todo este processo de vigilância. Um sistema informático que constitui uma ponte entre o laboratório de microbiologia e a CCI, serve de apoio para um processo complexo que se pretende facilitado e agilizado, de modo a que a obtenção de dados de forma célere pela CCI, permita a atuação junto dos serviços o mais precoce possível ao nível da promoção de implementação de medidas de isolamento, de educação para a saúde dos profissionais de saúde, doentes e famílias ou até mesmo para a alteração da prescrição de antibioterapia. Diariamente efetuámos visitas aos serviços clínicos, tendo em conta os dados da VE, para a colheita de dados de modo a tornar este processo eficaz e eficiente.

Enquanto órgão consultivo, a CCI, toma um importante papel na definição de estratégias relacionadas com a prevenção e controlo da infeção, sendo por isso constante o pedido de pareceres e reuniões, para a definição de linhas orientadoras de prestação de cuidados seguros do ponto de vista da promoção da saúde e prevenção da transmissão da infeção. Participámos em reuniões com elementos da chefia de alguns serviços clínicos e nas quais a CCI, representada pela ECI do HSFx, via respeitada, de forma constante, a observância pelos pareceres emitidos, revelando o reconhecimento da sua idoneidade e independência enquanto órgão consultivo, por parte dos serviços clínicos. Verificámos uma excelente e eficaz rede de comunicação entre a CCI e os diferentes serviços clínicos e não clínicos intra e extra HSFx, otimizando a capacidade de resposta a situações novas e imprevistas que, no decorrer do dia-a-dia, proporcionaram um desafio constante.

Uma das funções/atribuições da CCI é a realização de auditorias com base em indicadores de estruturas e/ou processos. Neste contexto, colaborámos na sua realização, no âmbito da Campanha Nacional da Higiene das Mãos, sobre as quais devemos realçar as dificuldades sentidas inicialmente, muito por força da inexperiência neste tipo de procedimento. No entanto verificámos um progresso bastante positivo no decorrer dos momentos de observação existindo também reflexão pessoal adjacente que permitiu incorporar algumas estratégias de observação, enquanto metodologia de investigação. De referir que nos permitiu uma autoavaliação e modelação da forma de olhar a importância desta 'medida simples' que adiciona à prestação de cuidados um valor acrescentado na PCI. A higiene das mãos foi adquirindo progressivamente maior importância ao longo do estágio. Tínhamos a percepção de que a higienização seria amplamente cumprida, no entanto verificámos, com a observação a esta prática, que à semelhança de outros países, também nós, temos algum caminho, por vezes árduo, a percorrer para atingirmos os objetivos propostos pela WHO, como podemos constatar no Relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos 2010-2011 (Costa et al., 2011) dados estes que serão alvo de reflexão adiante. Seguindo a estratégia definida pela WHO para a promoção da higienização das mãos, tivemos oportunidade de dar especial relevo a esta medida enquanto condutora de boa prática de cuidados, tendo sempre em conta os cinco momentos de higienização das mãos (World Health Organization, 2009).

Partindo do princípio da prática baseada na evidência, identificámos uma oportunidade de melhoria no que respeita à atualização das recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a CVP. Tendo como base o trabalho em equipa de toda a CCI, desenvolvemos um relevante esforço no sentido de atualizar o documento supracitado tendo como base as recomendações dos *Centers for Disease Control and Prevention* de 2011 (O'Grady et al., 2011), respeitando sempre as dinâmicas da CCI. Tivemos também oportunidade de realizar pesquisa bibliográfica acerca de temas que surgiam no dia-a-dia com a solicitação dos diferentes serviços no âmbito da PCI. Tivemos também oportunidade de participar na atualização das recomendações para prevenção e controlo da infeção a *Clostridium difficile*, nomeadamente quanto às formas de higienização das mãos após o contacto com a Pessoa com infeção.

Tivemos oportunidade de desenvolver competências no âmbito da investigação relacionada com a prevenção da infeção. A conceção e realização de um estudo de investigação de prevalência envolveu várias fases que culminaram na produção de conhecimento que resultou em mudanças efetivas na prevenção da infeção relacionada com a cateterização venosa periférica. Este estudo revelou-se de extrema importância para a nossa aprendizagem e compreensão do processo de investigação. Desde o desenho do estudo à divulgação dos resultados realizámos um grande percurso de aprendizagem e crescimento enquanto investigadores 'iniciados'. A este projeto de investigação denominámos ***estudo de adesão às recomendações para a prevenção da infeção associada a cateterização venosa periférica***.

O objetivo geral do trabalho de investigação pretendeu *Avaliar a adesão dos enfermeiros às "Recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a Cateterização Venosa Periférica" no período de 12 de Outubro de 2011 a 14 de Novembro de 2011* tendo como objetivos específicos *determinar a taxa de adesão global às "Recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a cateterização venosa periférica"; obter a taxa de adesão ao critério: "Manter a técnica asséptica na inserção"; calcular a taxa de adesão ao critério: "Desinfetar o local de inserção do sistema (diafragma dos frascos ou conexões) com álcool a 70% ou clorhexidina 2% em solução alcoólica, desde que o material seja compatível"*. Os resultados obtidos podem ser consultados no APENDICE II.

Apesar de não existir ainda nenhum registo ou dados relativos a este tema no serviço em causa, delineámos este projeto tendo como referência os procedimentos que, diariamente, observamos no nosso exercício profissional. Foi com grado que a Enfermeira-Chefe do serviço X, promoveu este projeto de investigação no serviço, tendo mesmo contribuído para a definição de algumas estratégias de colheita de dados. De modo a cumprir todos os requisitos ético-legais e deontológicos foi dada autorização para a realização do estudo pela Enfermeira-Chefe do serviço em questão. Em todos os momentos de desenvolvimento do estudo, foram preservados os princípios éticos que constituem os deveres *prima facie*.

A metodologia que selecionámos para a colheita de dados foi a observação do procedimento de cateterização venosa periférica, nos momentos de inserção, manutenção e remoção/substituição de cateter venoso periférico (CVP). Para a recolha de dados verificámos a necessidade de utilizar um instrumento de observação que permitisse a colheita dos dados de forma rápida, isenta o mais possível de erros de observação e que fosse facilitadora do seu tratamento e análise. O instrumento de colheita de dados baseou-se nas recomendações da CCI, existentes à data de início da realização do estudo (O'Grady et al., 2002).

A colheita de dados decorreu durante de 12 (doze) dias tendo obtido um total de 26 (vinte e seis) observações de procedimento, de inserção, manutenção e remoção/substituição. Os dados foram introduzidos em base de dados em folha de cálculo do Microsoft® Excel®. Apesar não termos conseguido atingir um total de 30 (trinta) observações, os resultados permitiram revelar alguns aspetos dos cuidados que são prestados com a Pessoa com CVP. Apurados todos os dados e realizada a análise dos resultados, foi elaborada uma sessão de formação subordinada ao tema: *Recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a CVP* (vide APÊNDICE II), no serviço de onde decorreu o estudo (vide ANEXO I) de acordo com o plano de sessão em APÊNDICE III. Nesta sessão foram apresentadas as noções básicas do *Patient Safety*, as *Recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a CVP*, os resultados apurados e houve também lugar a partilha de experiências e momentos de reflexão. Da sessão de formação saíram algumas alterações ao nível do planeamento dos cuidados e da execução das intervenções relacionadas com a manutenção do CVP bem como em relação aos registos de enfermagem, de modo a documentar de forma rigorosa todas as intervenções relacionadas com este dispositivo. De acordo com o feedback recebido no final da sessão, as opiniões foram unânimes na medida em que todos concordaram e se identificaram com os resultados apresentados, revelando também vontade em modificar procedimentos em prol da segurança dos cuidados de enfermagem prestados no serviço. Pela realização do estudo de investigação acima mencionado, conseguimos atingir um grande objetivo que nos tínhamos proposto desde o início do nosso percurso e segundo o qual nos propúnhamos, de acordo com os princípios '*patient safety*', a implementar normas orientadoras de boa prática nos cuidados, com especial relevo com a pessoa com CVP.

Sendo a CCI um órgão consultivo, são um requisito fundamental para um bom desempenho enquanto ECI, padrões de comunicação assertiva, eficaz e eficiente com os profissionais dos serviços clínicos e não clínicos. Neste âmbito, adquirimos e desenvolvemos ao longo do estágio estratégias para uma comunicação assertiva que permitiram muitas vezes ser elementos de mudança contribuindo para a alteração nos procedimentos bem como pelo reconhecimento pelos nossos pares, profissionais de saúde, como elementos de referência no âmbito da PCI. Se comunicar com um profissional de saúde, independentemente da área de conhecimento, se tornou uma tarefa facilitada pela compreensão bidirecional existente, já comunicar com profissionais das áreas da gestão (não-clínicas) torna-se um desafio que muitas vezes teve que ser superado. As estratégias e competências de comunicação revelaram-se

instrumentos de extrema importância com o decorrer do estágio. O recurso a uma comunicação eficaz tornou possível fazer prevalecer e demonstrar a pertinência e importância da PCI nos cuidados de saúde, junto de todos aqueles que sempre nos solicitaram pareceres, formais ou informais, no âmbito do estágio na CCI.

2.2. MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Segundo período de estágio correspondeu ao Módulo I - Serviço de Urgência, e decorreu no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) durante o período de 21 de Novembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012, tendo de carga horária, 180 horas de contacto e 70 horas de trabalho do estudante, correspondendo a 10 ECTS. A escolha deste local de estágio recaiu no facto de reconhecer este serviço de urgência hospitalar como uma referência nacional na assistência à população na sua área de atuação. Sendo um serviço de urgência de um hospital central, tive oportunidade de prestar cuidados especializados a uma vasta diversidade de pessoas em situação crítica, que pela especificidade do seu problema de saúde necessitavam de um atendimento diferenciado e qualificado. Outro dos motivos prendeu-se pelo facto de este ser um serviço integrante da instituição hospitalar da qual faço parte, o que facilitou uma gestão eficaz do tempo e dos recursos, a nível pessoal e profissional.

A título de contextualização do SUG aprez-nos afirmar que este serviço se situa geograficamente na região ocidental da cidade de Lisboa, no Hospital de São Francisco Xavier integrando o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Tem como área de influência parte do concelho de Lisboa (Ajuda, Alcântara, Santo Condestável) e o concelho de Oeiras, sendo também referência, como Urgência Polivalente para o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital de Cascais (HPP Cascais - Dr. José de Almeida) e para o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Hospital Amadora-Sintra).

Este serviço atende por ano cerca de 100000 clientes. É um Serviço de Urgência Polivalente, que funciona como Urgência Médico-Cirúrgica para as *respetivas áreas de influência, são o segundo nível, e com maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica* (Direcção-Geral da Saúde, 2001, p. 8).

Desde 1991, o SUG assume também a responsabilidade pelos cuidados de emergência pré-hospitalar contando com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Instituto Nacional de Emergência Médica.

Dispõe de uma equipa, multiprofissional e multidisciplinar, empenhada em prestar diariamente assistência de enfermagem e médica de urgência e emergência aos seus clientes, procurando a excelência e o humanismo em todas as vertentes dos cuidados de saúde.

Para este estágio delineámos como objetivo geral:

- Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em EMC.

Verificámos necessidade de estabelecer também os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados e seguros, com recurso a capacidades técnicas, científicas e relacionais, à pessoa em situação crítica e sua família em contexto do SUG;
- Promover cuidados de enfermagem seguros, no âmbito da PCI relacionados com manutenção de CVP, através da formação contínua aos profissionais da equipa de multidisciplinar do SUG.

Para a consecução dos objetivos acima delineados procurámos desenvolver uma praxis baseada na evidência e orientada para a pessoa e que temos oportunidade de descrever no subcapítulo seguinte.

2.2.1.Cuidados de Enfermagem de Urgência - Atividades Desenvolvidas

O nosso percurso pelo SUG iniciou-se muito antes do início do estágio com a visita e reunião prévia realizadas com a Enfermeira-Chefe onde tivemos oportunidade de debater alguns assuntos pertinentes para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional bem como alguns objetivos previamente delineados. Da reunião resultaram a temática e a abordagem a adotar durante o estágio para a consecução dos objetivos propostos.

De forma a proporcionar uma leitura coerente e sequencial do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, far-se-á em seguida, a descrição das atividades tendo em conta o circuito da pessoa aquando da admissão no SUG até à sua saída, independentemente de se tratar de alta ou de transferência de serviço por internamento ou por referência de especialidade clínica.

TRIAGEM

A admissão da Pessoa no SUG inicia-se com a sua inscrição administrativa. Tendo em conta a ordem de chegada, a Pessoa é chamada à triagem para a descrição e documentação dos

sinais e sintomas precipitantes que levaram a recorrer ao SUG. Nesta área funcional do SUG, tivemos oportunidade de realizar a estratificação da necessidade de cuidados pelo Sistema de Triagem de Manchester. O Sistema de Triagem de Manchester consiste num algoritmo de 52 (cinquenta e dois) fluxogramas relativos à situação apresentada pela Pessoa e veio a proporcionar uma abordagem padronizada para a triagem de doentes designando-os para uma de cinco categorias de acordo com o tempo adequado entre a triagem e o primeiro contato com o médico assistente (Ganley & Gloster, 2011). Este sistema tria a Pessoa de acordo com o grau de gravidade da sua situação, categorizando-a num grupo de doentes identificado por uma cor de entre cinco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). De acordo com Ganley e Gloster (2011), a triagem deve ser realizada de modo a que o processo de avaliação das queixas da Pessoa, do Familiar e/ou do Profissional de Saúde que a acompanham seja feita em simultâneo com a observação da aparência geral, da via aérea, da respiração, da circulação, da incapacidade, dos fatores ambientais e da história em relação ao problema precipitante da ida ao SUG.

Pela triagem realizada conseguíamos estratificar a necessidade de cuidados priorizando as situações emergentes e urgentes. Ao realizarmos a triagem da Pessoa permitimos um desenvolvimento da prestação de cuidados eficiente que valoriza os dados objetivos e subjetivos que são apresentados pela Pessoa. De acordo com Handysides (1996) citado por Andersson, Omberg e Svedlund (2006), é um imperativo que o enfermeiro de triagem possua uma ampla capacidade de *know-how* técnico, um bom sentido intuitivo, ser capaz de gerir o stress e estar pronto para colaborar com o médico, quando necessário, bem como ser capaz de ser enfático com os doentes apercebendo-se do que é melhor para eles (Andersson, Omberg e Svedlund, 2006). A passagem por este sector do SUG permitiu-nos adquirir competências de grande destreza mental e reflexiva bem como o desenvolvimento de uma comunicação assertiva e eficaz na procura de informações de extrema importância para a estratificação do risco da Pessoa.

Após a passagem breve pela triagem, encaminhávamos a Pessoa para o sector correspondente à cor de prioridade atribuída. Pessoas com as cores *azul* e *verde* regressavam à sala de espera onde aguardavam pela sua chamada ao “Atendimento Geral”. Os doentes que eram triados com a cor *amarela* eram encaminhados por nós para a Sala de Espera de doentes triados com a prioridade “Amarela” ou, caso se encontrassem em maca, com mobilidade reduzida ou se o senso/intuição da nossa experiência com base nos sinais e sintomas apresentados nos fizesse prever que, eventualmente, a Pessoa em questão, iria necessitar de cuidados de saúde com maior antecedência do que aquela que o sistema de triagem predissera. Esta última situação, apesar de parecer pouco invulgar, aconteceu diversas vezes, revelando que o juízo autónomo do profissional de enfermagem deve prevalecer sobre os algoritmos predefinidos e muitas vezes estáticos. Já no caso de triagem com *laranja* ou *vermelho* o doente era encaminhado de imediato para a Sala de Reanimação sendo que, muitas vezes, tratando-se de situações complexas e críticas vindo acompanhadas por

Enfermeiro e Médico da VMER, a triagem era realizada na própria sala de reanimação. De referir que uma crítica a fazer a este sistema de triagem é o facto de não valorizar a totalidade dos sinais vitais (SV), isto é, não contempla a avaliação do parâmetro vital Tensão Arterial. Esta é, de facto, uma lacuna que neste serviço foi colmatada pela implementação de um campo para avaliação da tensão arterial na aplicação informática. Assim, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, uma Pessoa que apresentasse epistaxis moderada, seria triada normalmente com o fluxograma de hemorragia, no entanto e devido ao juízo autónomo e imprescindível do Enfermeiro, com a avaliação da tensão arterial poderia afastar-se uma situação de hipertensão arterial que eventualmente poderia ser a causa do problema apresentado, podendo ser otimizada a resposta às necessidades de cuidados autónomos e interdependentes da Pessoa, com a administração da terapêutica adequada. Este é um exemplo da importância da autonomia crítico-reflexiva do Enfermeiro, que presta cuidados com a pessoa em situação crítica. Na realidade parece ser fundamental que os enfermeiros do SUG sejam peritos e conhecedores profundos das situações clínicas, para poderem com segurança e autocontrolo cuidar os doentes que necessitam dos seus cuidados, sendo a área de admissão a mais crítica deste ponto de vista em que existe uma necessidade premente de despiste precoce de eventuais agravamentos da situação clínica ou emocional Oliveira (1999). Muitas foram as situações em que a reflexão crítica, quase que espontânea, permitiu a agilização da atuação face aos problemas/necessidades da Pessoa.

SALA DE REANIMAÇÃO

A Sala de Reanimação tem para nós um interesse/*encanto* pessoal muito especial. Acreditamos que possui uma certa mística envolvente onde o trabalho em equipa eficaz e sincronizado permitem uma atuação de excelência em função das necessidades próprias da pessoa que se encontra em situação crítica. Neste espaço tivemos oportunidade de prestar cuidados especializados a pessoas com as mais diversas necessidades em cuidados de enfermagem. De notar que foi neste sector do SUG que realizámos a grande maioria dos turnos efetuados durante o estágio. A Reanimação caracteriza-se por ser uma sala tipo open space com capacidade para 4 (quatro) camas, totalmente providas de equipamento de ventilação assistida bem como de monitorização hemodinâmica. Por turno, encontramos de permanência um médico, um assistente operacional que conta com o apoio do assistente operacional da triagem e um enfermeiro que conta com o apoio do enfermeiro do AG e/ou da triagem e do enfermeiro chefe de equipa.

A abordagem à pessoa em situação crítica na sala de reanimação caracterizou-se sempre pelo estabelecimento de prioridades após a avaliação inicial com a qual pretendíamos identificar o compromisso de funções vitais ou lesões que poderiam comprometer a própria vida da Pessoa, tendo em conta a abordagem *ABCDE*(Nolan et al., 2010):

A - (Airway) - Vias aéreas (com controlo da coluna cervical em situações de trauma);

B - (*Breathing*) - Respiração e Ventilação;

C - (*Circulation*) - Circulação (com controlo da hemorragia, se presente);

D - (*Disability*) - Exame neurológico sumário;

E - (*Exposure*) - Exposição a fatores externos com controlo da hipotermia(Nolan et al., 2010).

Passo-a-passo esta avaliação permitia em primeira lugar determinar possíveis alterações que poderiam colocar em risco a vida da pessoa e, simultaneamente, estabelecer condutas para a estabilização das condições vitais e tratamento destas alterações. A atuação especializada de enfermagem caracteriza-se pela determinação adequada de prioridades, que em última instância permite uma abordagem e planeamento de cuidados adequados e pertinentes face à situação presente no momento.

Procurámos, assumir sempre a liderança e gestão dos cuidados com a Pessoa, de modo a desenvolver competências como *team leader*, que em situações críticas assume um papel fundamental na orientação da prestação de cuidados, sendo responsável pelo desempenho ótimo da equipa. Assim, sempre que possível, nos momentos que antecederiam a chegada da Pessoa à sala de reanimação, era feita a preparação de toda a unidade que iria receber o doente bem como de todos os profissionais de saúde diferenciados (medicina interna, cirurgia, neurologia, cardiologia, neurocirurgia, entre outros) que se antecipava serem necessários para o atendimento à pessoa, vítima de trauma, com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sépsis, ou mesmo em Paragem Cardiorrespiratória (PCR). De salientar que, em todos os casos, o nervosismo inicial que parecia provocar um certo silêncio nos momentos que antecederiam *o abrir da porta*, se transformava em atividade e pró-atividade em prol do superior interesse da Pessoa, com o fim último de lhe proporcionar uma estabilização rápida, com a menor incidência de sequelas possível, promovendo o conforto, a qualidade de vida e/ou mesmo a assistência na morte, desenvolvendo uma prática de cuidados de saúde num ambiente seguro.

Neste contexto de sala de reanimação tivemos oportunidade de prestar cuidados com a pessoa com Sépsis, EAM, AVC, vítima de trauma (acidentes de viação, quedas, tentativas de suicídio) e com alterações metabólicas graves. Na grande maioria dos casos, a pronta atuação dos profissionais envolvidos, promoveu a estabilização clínica da Pessoa. A decisão clínica e autónoma em enfermagem tornou-se fundamental e uma constante na nossa prática de cuidados urgentes/emergentes, assim sempre que a *leitura* da situação evidenciava a necessidade de intervenção de enfermagem, a autonomia que passo-a-passo fomos adquirindo e cimentando, junto dos pares e dos restantes profissionais de saúde, permitiu-nos a intervenção adequada fazendo uma correta gestão do tempo.

Constatamos que, no ambiente do SUG, o raciocínio clínico em enfermagem segue igualmente o ciclo: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação/execução e avaliação final.

Recomeçando um novo ciclo se necessário. Uma das especificidades deste serviço é a necessidade de por vezes este processo ter que ser implementado e concluído em questão de minutos (Taylor e Taylor, 2011). Desenvolvemos o processo de enfermagem enquanto orientador da prestação de cuidados, recorrendo sempre a uma abordagem de resolução de problemas para a tomada de decisão.

Considine, Thomas e Potter (2009), afirmaram que a identificação precoce de sinais e sintomas preditivos de uma abordagem de cuidados de saúde diferenciados e intensivos, independentemente da sua natureza, tem o potencial de melhorar os *outcomes* para os doentes, seja pela necessidade de impedir a admissão em cuidados intensivos através de uma gestão atempada e pró-ativa ou reduzindo atrasos, acelerando a transferência para uma unidade de cuidados intensivos. Compreendemos, assim, que o despiste precoce e atempado de possíveis alterações do estado clínico pode ser extremamente benéfico para a manutenção da vida da Pessoa bem como da promoção da sua qualidade de vida. Neste âmbito, procurámos, mediante a observação sistemática e detalhada, a avaliação contínua de sinais e sintomas pelos dados recolhidos através do exame objetivo e da monitorização de parâmetros vitais.

Executámos também as atividades autónomas inerentes à praxis em serviço de urgência consequentes à identificação dos problemas de enfermagem que afetam a Pessoa. No entanto, contrariando o que muitas vezes parece ser o conceito de cuidados urgentes, constatámos que pelo facto de os cuidados serem urgentes não têm por que ser feitos de forma menos correta, como é o caso da observância pelas recomendações e normas para a prevenção e controlo de infeção. Existe um tempo, um espaço e um lugar para abordar a pessoa em situação crítica de um ponto de vista holístico, tendo em conta as suas dimensões, dando importância a todos os pormenores; esta deve ser a ênfase dos cuidados de enfermagem especializados que, enquanto enfermeiros especialistas, devemos praticar. A prestação de cuidados de higiene e conforto, englobando também a alternância de posicionamentos, foram uma prática comum durante este percurso, no entanto não podemos deixar de referir que assumimos sempre a realização destes cuidados como uma forma de incrementar a importância e o prestígio da profissão marcando a diferença pela execução mais detalhada dos mesmos. O início do turno caracterizou-se sempre pela observação e avaliação detalhadas da Pessoa bem como a observância pelo princípio da continuidade de cuidados com o levantamento de todas as necessidades em cuidados de enfermagem, estabelecendo posteriormente um plano de cuidados adequado e tendo em conta as prioridades de manutenção da vida da pessoa. Esta foi um das competências sobre a qual mais nos debruçámos e alcançámos, cremos, de forma bastante positiva, pois no serviço de urgência, pela sua natureza, todos os minutos contam para uma boa gestão e organização do tempo. Centrados na pessoa, contribuímos, desse modo para a manutenção da sua vida, a curto prazo, bem como para a obtenção de ganhos em saúde, a longo prazo. É neste princípio que deve assentar uma prática especializada de

enfermagem, que se pretende efetiva e eficaz cuja centralidade é a pessoa que necessita de cuidados urgentes.

Em situações em que nos encontrávamos perante vítimas de trauma, a abordagem foi no sentido da preservação da vida humana com os melhores *outcomes* possíveis em termos de qualidade de vida. Recordamos algumas situações de pessoas baleadas, vítimas de acidentes de viação, de quedas de árvores, entre outros, e com as quais a abordagem foi sempre muito pragmática e proactiva. Na prestação de cuidados a estas pessoas providenciámos cuidados e medidas de suporte básico e avançado de vida, tendo inúmeras vezes sido necessária a abordagem da via aérea difícil com a colaboração da equipa multidisciplinar permitindo uma elevada eficácia na implementação de tratamentos, nunca esquecendo todos os cuidados de enfermagem com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva, inerentes a aplicação de dispositivos médicos de alta tecnologia. De notar que nesta área de cuidados, verificámos muitas oportunidades de aprendizagem e aperfeiçoamento da *praxis*, sobretudo na promoção do conforto e do estabelecimento de uma comunicação eficaz bem como de uma relação de ajuda com a Pessoa sob ventilação assistida e mesmo com a sua família, intervindo inúmeras vezes como *ponte* facilitadora da comunicação entre o binómio Pessoa-Família.

Pelo exposto a nossa atividade na lógica de uma Enfermagem Avançada, à semelhança da definição de conceitos de Silva (2007); defendemos assim uma prática de enfermagem com mais competência mas também com mais enfermagem, no sentido de clarificar cada vez mais o papel fundamental da enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde, bem como na obtenção de ganhos em saúde. Assumimos, esse desígnio ainda que na execução de atividades interdependentes que tivemos inúmeras oportunidades de executar, como a algáliação, a cateterização venosa periférica, a entubação nasogástrica, ou mesmo a administração de medicação específica, em situações em que nos era exigida um elevado grau de conhecimentos e perícia na execução destes procedimentos devido à situação singular da Pessoa. No entanto e apesar de estes exemplos de intervenções derivarem muitas vezes de uma prescrição médica, inúmeras foram as situações em que o nosso juízo autónomo, enquanto Enfermeiro, após a devida observação, avaliação e reflexão crítica, permitiu a intervenção precoce e atempada de modo a prevenirmos complicações que posteriormente poderiam colocar em risco a vida da pessoa. O REPE na alínea e) do n.º 4 do artigo 9.º do capítulo IV, contempla em certa medida a prática avançada de enfermagem referindo que o enfermeiro *procede à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções Vitais* (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril).

Não pretendemos de todo, com o que foi dito, a valorização das intervenções autonomas em detrimento das intervenções interdependentes assumindo mesmo uma posição de total defesa daqueles que são os cuidados de enfermagem integrais enquanto determinantes de uma *praxis* que se pretende de excelência e que se caracteriza pelos resultados que são sensíveis aos cuidados de enfermagem como um todo integrado.

Apesar da reanimação se encontrar fortemente associada a uma abordagem de tratamento/cura *intensivista*, muitas vezes desmesurada, verificámos que existe, hoje em dia, uma mudança no paradigma da actuação das equipas multidisciplinares de saúde, convergindo progressivamente sobre uma definição cada vez mais presente daquilo que são os cuidados paliativos. A DGS em consonância com a definição da WHO definiu cuidados paliativos como *uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais* (Direcção-Geral da Saúde, 2004). Da nossa experiência profissional podemos afirmar que os cuidados paliativos não são mais do que *cuidados intensivos de conforto* e segundo os quais nós enfermeiros promovemos o bem-estar e o conforto da pessoa e sua família acompanhado-os ao longo de todo o processo de doença não olvidando a assistência da pessoa na morte, bem como da família no luto. Esta abordagem exigiu de nós um grande esforço na realização de intervenções promotoras do conforto da pessoa (analgesia eficaz, cuidados de higiene, posicionamentos, massagem terapêutica, entre outras) bem como o desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes com a pessoa e família de modo a promover uma relação de ajuda efectiva promotora do desenvolvimento de estratégias de *coping* por parte do binómio pessoa-família, no sentido de gradualmente se prepararem para o confronto com o inevitável, a morte, permitindo uma morte um deixar morrer com dignidade. Constatando o que foi dito, Kübler-Ross (1996, p. 279) afirmou que, *os doentes em estadio terminal têm necessidades muito especiais que podem ser atendidas se tivermos tempo para nos sentar, ouvir e descobrir quais são*.

Verificámos ao longo do estágio, pela consulta e aplicação dos protocolos terapêutico e normas do serviço, a existência de diversos documentos orientadores (denominados '*Via Verde*') do atendimento com a pessoa em situações específicas como as pessoas com sépsis, AVC ou mesmo trauma, cuja implementação nos permitiu sempre a otimização dos recursos materiais, e do tempo na atuação face à situação crítica em que a pessoa se encontrava, contribuindo ativamente para a sua recuperação/reabilitação. Salientamos o facto de termos ativado em diversas circunstâncias a Via Verde AVC e Sépsis após a avaliação inicial e anamnese da Pessoa face aos resultados dos exames complementares de diagnóstico. São deveras instrumentos importantes para a qualidade da assistência com a pessoa doente. Sendo estes protocolos dirigidos única e exclusivamente a esta, coube-nos a inclusão da família pela promoção da presença contínua, sempre que possível e também por uma comunicação aberta

e empática. Verificámos que não existia ainda um protocolo definido de 'Via Verde Coronária', que constatámos ser devido ao facto de todas as *Vias Verdes Coronárias* ativadas na área de influência do CHLO serem diretamente encaminhadas para o centro de hemodinâmica de referência. Neste sentido, com o apoio do serviço de cardiologia procurámos desenvolver um protocolo de atuação terapêutica com o objetivo fundamental de otimizar os cuidados à pessoa com SCA permitindo uma maior sobrevivência a estes eventos cardiovasculares bem como a prevenção de complicações associadas, dando primazia ao princípio da '*golden hour*' (Papazian, 1992) em que podemos aplicar a analogia de que '*tempo é músculo*' em situações de SCA. Após algumas reuniões, em associação com uma das médicas responsáveis pelo serviço de cardiologia delineámos o algoritmo de atuação que denominámos de Protocolo SCA-PAIN (*vide* APENDICE IV) e que permite, pela sua ativação e implementação, a identificação de focos de instabilidade e de sinais e sintomas de alerta bem como a atuação precoce no âmbito da prevenção de complicações.

O acompanhamento da pessoa em situação crítica, aquando de deslocações para realização de exames complementares de diagnóstico ou mesmo por motivo de transferência de serviço, é deveras importante e necessário. A mobilização da pessoa em situação crítica intra ou inter-hospitalar implicou sempre a preparação prévia de todo o equipamento e terapêutica de emergência necessários de modo a facilitar a nossa atuação, em caso de alteração súbita do estado de saúde da pessoa permitindo a implementação célere de medidas de SBV e SAV. Relembramos situações em que houve necessidade de acompanhar a pessoa em situação crítica na realização de exames complementares de diagnóstico bem como na transferência de serviço intra ou extra-hospitalar, permitindo a percepção das implicações para o estado crítico da pessoa durante o transporte exigindo do enfermeiro competências na capacidade de avaliação, monitorização e preparação da pessoa para tal. Não é de todo uma actividade facilitada pois a necessidade de atenção a outros factores externos tem necessariamente que se encontrar redobrada.

BALCÃO DE ATENDIMENTO GERAL

O Balcão Geral (BG) encontra-se dividido em três salas: o gabinete de enfermagem, a sala de inalatórios e uma sala '*open space*', com capacidade para um máximo de 15-20 macas, onde a Pessoa aguarda, deitada em maca, pela observação médica e onde lhes são prestados os cuidados de saúde necessários. Este é o sector onde a grande maioria dos doentes permanece até existir uma decisão médica face à sua situação, sendo neste local atendidos todos os doentes do foro médico e cirúrgico com exceção de algumas especialidades cirúrgicas, tais como a Ortopedia e Trauma.

Os doentes que se encontram no BG, são todos aqueles que são triados com a cor amarela e que devido à sua situação clínica necessitam aguardar observação sob vigilância. Apesar da pessoa que entra para o BG necessitar de cuidados e tratamentos num curto espaço de tempo, a nossa atuação enquanto enfermeiros teve sempre como objetivo o melhor e mais célere

atendimento desta, tendo em vista a recuperação do seu estado de saúde. Neste sentido procurámos sempre avaliar o mais precocemente a pessoa, de modo a poder estabelecer prioridades convergindo numa tomada de decisão ponderada e de acordo com suas necessidades. À entrada e após a validação do motivo de vinda ao SUG, a nossa intervenção, embora que recaíndo predominantemente em atividades interdependentes, caracterizava-se pela realização do exame físico e anamnese, bem como a avaliação de sinais vitais, seguidos de colheita de amostras sanguíneas com inserção e manutenção de acesso venoso permeável, promovendo desta forma a celeridade do processo de observação clínica com o intuito de agilizar o processo de prestação de cuidados.

Apesar da grande afluência de pessoas neste sector, promovemos sempre o conforto da Pessoa bem como do seu Cuidador/Familiar presente, procurando promover o envolvimento deste na prestação de cuidados, sempre que assim o desejavam, em atividades como o *Comer e Beber, Mobilizar-se, Higiene pessoal e vestir-se, Eliminar, Manter um ambiente seguro, Comunicar*. A presença do Cuidador/Familiar insere-se no cumprimento da Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, que regula o acompanhamento familiar em internamento hospitalar, tendo plasmado no seu artigo 3.º no n.º 1 que *as pessoas deficientes ou em situação de dependência, as pessoas com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em hospital ou unidade de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada* (Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro). Esta presença revelou-se de extrema importância na nossa prestação de cuidados uma vez que, pelo conhecimento e compreensão da cultura e dos hábitos de vida da pessoa os cuidados poderiam ser otimizados e personalizados, o que facilitou o estabelecimento da relação de ajuda que, de acordo com Lazure (1994), é necessária para implementação de um plano de cuidados centrado nas necessidades reais da pessoa, bem como permitiu a realização de momentos de promoção da saúde e educação para a saúde, centrados no doente e cuidador/familiar e assim, promovendo uma eficaz adesão ao regime terapêutico.

Neste sector, lográmos desenvolver competências de gestão e organização do trabalho e do tempo procurando sempre uma gestão eficaz dos cuidados de modo a proporcionar à pessoa a maior celeridade no atendimento. A situação de saúde-doença experienciada pela pessoa, provoca sofrimento que urge ao Enfermeiro suprimir. Deste modo a nossa atuação dirigiu-se sempre no sentido da promoção do conforto concomitantemente com o alívio da dor. À semelhança dos restantes sinais vitais, por nós avaliados regularmente, também a *Dor*, enquanto sinal vital, era avaliada tendo em conta a abordagem do *pqrst*: (Powell et al., 2010).

P - Fatores Precipitantes (o que provoca ou palia);

Q - Tipo de dor (características qualitativas)

R - Localização e irradiação

S - Severidade/Intensidade

T - Tempo/Duração da dor (Powell et al., 2010).

Tendo em conta a avaliação prévia, a atuação face à pessoa, realiza-se por intermédio de intervenções autónomas como a massagem de conforto, o (re)posicionamento em decúbitos mais confortáveis e/ou mesmo pela administração de terapêutica para o alívio da dor. No que se concerne ao conforto, a dor é apenas um indicador de conforto comprometido, sendo que este é definido por Kolcaba (1994) como sendo para a enfermagem a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas para o alívio, a facilitação ou a transcendência de situações de saúde que são stressantes. Na mesma linha de pensamento, verificamos a existência de diversos significados de conforto dos quais destacamos: um estado de conforto e/ou a causa de alívio do desconforto; o estado de tranquilidade e alívio aprazível; alívio da dor, angústia mental, ou outro desconforto; o que torna a vida fácil ou agradável; o reforço, o encorajamento, a incitação, a ajuda, o socorro, o apoio; a influência refrescante ou revigorante (Kolcaba e Kolcaba, 1991). Os conhecimentos provenientes da Teoria de Kolcaba (Kolcaba e Kolcaba 1991; Kolcaba 1994) aliados os conceitos da Teoria de Meleis (Meleis, 2010) contribuíram, indubitavelmente para uma prestação de cuidados tendo em vista uma praxis de reconhecida qualidade e empenho na facilitação da transição saúde-doença em que a Pessoa se encontra.

INTERNAMENTO DE APOIO À URGÊNCIA

O internamento de apoio à urgência é constituído por duas Salas de Decisão Clínica com capacidade para cerca de 10 (dez) macas no total, por uma Sala de Observação com capacidade para 12 (doze) camas e um quarto de isolamento. Este departamento caracteriza-se por ser muito semelhante a um serviço de internamento, divergindo no facto de que o período de internamento é relativamente curto, sendo apenas um local onde a Pessoa aguarda decisão de transferência ou de alta clínica.

Neste sector a planificação dos cuidados envolve dinâmicas diferentes das praticadas no BG ou mesmo na Reanimação, no entanto obedecem aos mesmos critérios de proficiência e competência. Neste sentido, e porque nos propusemos em sede de projeto a prestação de cuidados em todas as vertentes do SUG, definimos que neste sector daríamos prioridade ao desenvolvimento de competências de comunicação e de educação para a saúde com a Pessoa e sua Família bem como com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar.

Para Teixeira (2004), a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes encontra-se relacionada com a maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos, facilitação de escolhas complexas em saúde e na doença, adaptação à doença e qualidade de vida, comportamentos de adesão e comportamento de

procura de cuidados. No estabelecimento de uma comunicação eficaz são necessárias três perícias básicas: *ouvir*, *observar* e *sentir*. *Ouvir* é um indicador óbvio do que a pessoa está a sentir ou do que o preocupa; *observar* ajuda a detetar pistas importantes daquilo que a pessoa sente, permitindo revelar as suas preocupações; e *sentir* permite compreender melhor as características da pessoa na medida em que os seus sentimentos são refletidos no prestador de cuidados (Corney, 2000). Os mesmos autores revelam que para além destas três perícias básicas devemos ajudar o doente a expressar as suas preocupações de forma a podermos centralizar o a educação para a saúde nas suas necessidades. Para isso podemos recorrer a estratégias de comunicação como: fazer um convite para que a pessoa se expresse livremente; dar atenção ouvindo cuidadosamente tudo o que está a ser dito; encorajar a expressão de ideias, emoções e sentimentos; uso de paráfrase de modo a testar a retenção da informação; reflexão de sentimentos, baseada na perceção dos sentimentos da pessoa transformando-os em declarações verbais; reflexão de significados com junção dos sentimentos e conteúdos em respostas sucintas; sumário (Corney, 2000). Para conseguirmos uma otimização da comunicação e transmissão de conhecimentos, para além das técnicas já apresentadas, devemos também ter em consideração o tipo de questões a realizar ao doente, o feedback recebido e ter capacidade de superar as barreiras de comunicação verbais ou não verbais (Ewles e Simnett, 2003). A Capacidade de comunicar eficazmente com a pessoa e sua família traduz-se no desenvolvimento de competências que promovem o envolvimento destas no seu próprio plano de cuidados. Sempre que verificámos necessário, por solicitação ou por observação de comportamentos e atitudes, empregámos as estratégias acima mencionadas no sentido da implementação de uma comunicação terapêutica.

LIDERANÇA E TEAM LEADER

A definição do papel de *Team Leader* é fundamental para uma prestação que se pretende de excelência e qualidade. Dada a relevância atribuída a este papel, é fundamental que as equipas tenham consciência da sua extrema relevância no fomento e na gestão do trabalho em equipa em situações de emergência, contribuindo como fator determinante para um ótimo desempenho do grupo na prestação dos cuidados com a Pessoa em situação crítica.

Autores como MacPhail (2001), ao descrever as características do trabalho realizado pelos enfermeiros em contexto de SUG considera que em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão fundamental o trabalho em equipa e o respeito mútuo dentro e fora dela. Por conseguinte, a qualidade e excelência dos cuidados assenta no cumprimento deste preceito e espírito de equipa. Enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e outros técnicos têm de agir num espírito mutualista de forma a prestar com o doente, os melhores cuidados possíveis, promovendo concomitantemente o envolvimento da Família, conduzindo assim a uma maior humanização dos cuidados de saúde.

Neste âmbito procurámos sempre dirigir os cuidados prestados no sentido da promoção do *Patient Safety* pela gestão eficiente do trabalho em equipa. Em situações de urgência,

desempenhámos o papel de *Team Leader* revelando sentido de responsabilidade e autonomia enquanto implementadores de medidas de *life saving*, que acreditamos terem contribuído para a recuperação e promoção da qualidade de vida possíveis da pessoa em situação crítica.

SUPERVISÃO CLÍNICA, DOCUMENTAÇÃO DA PRAXIS E FORMAÇÃO

Este foi um desafio colocado pela circunstância de necessidade de alteração de atividades e objetivos, como já foi previamente mencionado. Assim, foi-nos permitido desenvolver competências no âmbito da supervisão clínica em contexto de investigação em Enfermagem, no sentido da promoção da segurança dos cuidados de enfermagem.

O documento “A Vision for the Future” descreve a supervisão clínica como:

um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a proteção do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da prática e deve ser vista como meio de incentivar a autoavaliação e as competências analíticas e reflexivas” (National Health Service Management Executive, 1993).

A experiência obtida e as competências adquiridas no estágio anterior permitiram efetuar supervisão clínica de um estudo de prevalência, no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, subordinado ao tema: adesão às recomendações para a PCI associada aos CVP. A supervisão desempenha, hoje, uma função muito importante na área da construção do conhecimento profissional tendo vindo a consolidar-se e a diferenciar-se, sendo imprescindíveis os contributos supervisivos de todos os intervenientes em ensino clínico e estágio com o intuito de alcançar a formação de profissionais de enfermagem competentes a todos os níveis (Simões, Alarcão e Costa, 2008). A nossa metodologia de supervisão inseriu-se, de acordo com Glickman (1985) citado por Alarcão e Tavares (2010), num estilo de supervisão de colaboração, segundo o qual o estudante (enfermeiro supervisionado) foi elaborando sínteses do trabalho desenvolvido e dos problemas com que se deparou etapa-a-etapa, no entanto sempre com um espírito de colaboração e entreajuda na realização do trabalho, essencialmente na elaboração do desenho do estudo, da estruturação do instrumento de colheita de dados bem como no tratamento e análise dos dados. Este foi sem dúvida alguma, um importante momento de aprendizagem para ambos, no sentido do desenvolvimento de competências de investigação e supervisão clínica.

A documentação dos cuidados de enfermagem adquire um papel cada vez mais relevante, tanto para a segurança dos cuidados, das pessoas e dos profissionais de enfermagem, contribuindo para a valorização da Enfermagem enquanto ciência. Os registos de enfermagem aliados às tecnologias de informação permitem uma documentação eficiente dos cuidados de enfermagem possibilitando a contabilização efetiva e o impacto que os cuidados de enfermagem têm na saúde das pessoas. Havendo já um instrumento de registo de

enfermagem relacionado com a atividade interdependente de cateterização venosa periférica, após reflexão crítica à luz da evidência científica existente sobre os cuidados com a pessoa com CVP, iniciámos um processo de atualização/reestruturação do instrumento (aplicação informática) de registo de CVP. O trabalho desenvolvido culminou num instrumento de registo de enfermagem de acordo com a linguagem CIPE® (*vide* APENDICE V) que para além de incorporar o procedimento propriamente dito, engloba também aquilo que é um indicador de qualidade em enfermagem, a educação para a saúde no âmbito da demonstração de conhecimentos sobre sinais de infeção e sobre prevenção da infeção. Promovemos desta forma uma praxis orientada para a tornar visível o invisível da enfermagem, permitindo deste modo que posteriormente se possam realizar estudos acerca da implementação destas medidas de PCI. Este instrumento também adquire relevo do ponto de vista da *accountability* pois permite a contabilização do trabalho de enfermagem de modo a facilitar a justificação de melhores rácios enfermeiro/doente. Neste contexto, podemos verificar nos estudos conduzidos por Van den Heede et al. (2007) e Diya et al. (2011), a importância de rácios enfermeiro/doente para a promoção de um ambiente seguro de prestação de cuidados, bem como para a redução da morbilidade e da mortalidade associada aos cuidados de saúde, nos serviços de internamento.

No âmbito da formação em serviço, coube-nos realizar uma sessão de formação (*vide* ANEXO II) de acordo com o plano de sessão em APÊNDICE VI, com o tema: "Cuidados com a pessoa com cateter venoso periférico" (*vide* APÊNDICE VII) onde descrevemos as recomendações para a PCI de acordo com a evidência científica existente e conjuntamente foram apresentados os dados do estudo acima mencionado, tendo conduzido à reflexão pessoal e em equipa tendo havido um *feedback* bastante positivo no sentido da atualização de conhecimentos e reflexão na e sobre a praxis. Devido ao interesse demonstrado por todos os participantes verificou-se a necessidade de realizar novamente a formação de modo a abranger um número máximo de profissionais de enfermagem. Durante a permanência no SUG tivemos oportunidade de participar em formações subordinadas aos seguintes temas: *Check-list* do transporte secundário (*vide* ANEXO III), Via Verde Trauma: Qualidade na abordagem da vítima (*vide* ANEXO IV), Consentimento para os cuidados de saúde (*vide* ANEXO V) e Abordagem Terapêutica no Síndrome Coronário Agudo (*vide* ANEXO VI). A pertinência destas formações remete para um princípio que nos caracteriza e orienta, o princípio da formação contínua e continuada, para o desenvolvimento da prática baseada na evidência.

3. REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DO TRABALHO DESENVOLVIDO E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NOS ESTÁGIOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

No sentido do desenvolvimento profissional a reflexão crítica, sistemática e contínua, promove a mudança de comportamentos e atitudes face aos eventos que se nos colocam diariamente durante a prestação de cuidados. Considerando a reflexão como motor de desenvolvimento profissional e humano, a prática reflexiva é caracterizada por um processo para o desenvolvimento permitindo identificar, na prática, a procura de oportunidades de aprendizagem, a promoção de competências contínuas e a identificação de objetivos num continuum de aprendizagem (Alarcão, 2001; Serrano, Costa e Costa, 2011).

A presente reflexão enquadra-se na perceção e definição dos conceitos: Cuidados de Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente, que, segundo Fawcett citada por Kérouac, et al. (1996), se assumem como os conceitos centrais de enfermagem.

Quanto aos cuidados de enfermagem, a nossa praxis, de acordo com Meleis (2010), baseou-se no modelo de facilitação de transições, o que neste caso adquire especial relevo uma vez que nos assumimos como elementos fundamentais na facilitação de processos transitórios, desenvolvendo competências no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença, tendo como base as transições da Pessoa com quem cuidamos. As competências relacionadas com a prevenção e controlo da infeção não são mais do que capacidades que visam facilitar uma determinada transição.

A pessoa representa, como temos vindo a referir ao longo deste documento, o cerne da prestação de cuidados que se pretendem seguros, de qualidade e de excelência. Caracterizamos a pessoa como um ser holístico multidimensional e que importa cuidar tendo como princípio a prática baseada na evidência científica, no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença. Não devemos esquecer que a pessoa se encontra profundamente ligada à sua família ou outras pessoas significativas nunca devendo ser alheadas da prestação de cuidados. O Enfermeiro, segundo Meleis (2010), facilita os processos de saúde-doença que afetam a Pessoa e a sua Família, assim, também nós desenvolvemos as competências necessárias para envolver a Pessoa e sua Família no processo de cuidar, cabendo-nos a responsabilidade de desempenhar uma prestação de cuidados de excelência e qualidade sendo por isso expectável a posse e demonstração de conhecimentos e capacidades que promovam a segurança da pessoa em todos os momentos da prestação de cuidados

O ambiente adquire uma relevância determinante na prestação de cuidados de enfermagem seguros, sendo nele e sobre ele que os cuidados de enfermagem vão ser prestados com base em padrões de comunicação eficazes com a pessoa e a sua família promovendo o estabelecimento de uma relação de ajuda eficaz. Hoje observamos que os postulados de Florence Nightingale se mantêm atuais no que se concerne à importância do ambiente para a recuperação dos doentes. Nunca a higiene do ambiente hospitalar teve tanta importância como nos dias de hoje. Assumimos, pois, um papel determinante na promoção de um ambiente de cuidados de enfermagem seguros, no âmbito da PCI. Poderíamos especular acerca de fatores economicistas, no entanto, uma possível resposta para este facto, que nos parece ser a mais lógica e correta, terá que ver com o facto de o Enfermeiro ser o profissional de saúde que mais tempo e energia dedica à Pessoa que necessita de cuidados de saúde/enfermagem.

Saúde, tal como a World Health Organization (1946, p.1) definiu, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a mera ausência de doença ou enfermidade. Sendo a Enfermagem uma ciência que tem como desígnio fundamental a promoção da saúde, a prevenção da doença e a recuperação com a mínima limitação residual possível, assume-se como profissão imprescindível à obtenção de ganhos em saúde, podendo mesmo ser afirmado que poderá ser o principal contribuinte para estes indicadores. Kérouac, et al. (1996) corroboram a mesma linha de pensamento afirmando que se trata de uma experiência, positiva ou negativa, que é vivida de acordo com o contexto e as vivências da pessoa.

A crescente complexidade e mutabilidade dos cuidados de saúde apresentam múltiplos desafios para criar uma prática baseada na evidência tendo como desígnio fundamental a reflexão crítica sobre e na prática. A promoção da prática reflexiva pela elaboração de um Portefólio Reflexivo apresentou-se-nos como um excelente recurso na persecução dos objetivos delineados para o desenvolvimento de competências, permitindo-nos avançar ou retroceder nas nossas ações promovendo a mudança e a construção do saber.

Com o lançamento de campanhas como a iniciativa "*Clean Care is Safer Care*", pretende-se que os profissionais de saúde assumam a responsabilidade própria de contribuir efetivamente para a promoção de cuidados seguros. Ao longo de vários anos de implementação a nível mundial, pode constatar-se, a título de balanço, um aumento significativo da adesão à higienização das mãos, no entanto vários estudos referem que ainda existe um muito trabalho para executar e um extenso caminho a percorrer para alcançar resultados ótimos. Verificam-se, ainda, alguns gaps no que se concerne ao cumprimento dos cinco momentos de higienização das mãos preconizados pela WHO. Os profissionais de saúde - pelos resultados investigacionais - revelam uma maior preocupação na higienização das mãos nos momentos após o contacto com o doente em detrimento dos momentos antes do contacto com o doente (Costa et al., 2011). Este facto revela, de facto, uma preocupação em proteger-se a si próprio, mas quase que esquecendo, a obrigação moral, de proteger o doente.

O facto de no dia-a-dia da nossa prática prestarmos cuidados com pessoas que têm patologia essencialmente do foro médico (medicina interna, cardiologia), fez com que pudéssemos adquirir novos conhecimentos acerca das mais diversas patologias que afetam as pessoas bem como incidir a minha área de atuação enquanto enfermeiro especialista que promove a estratégia multimodal do *patient safety* em todas as suas vertentes. Este percurso revelou-se de extrema importância para o desenvolvimento de competências fundamentais ao nosso exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista. Competências como a reflexão crítica na e sobre a praxis, a supervisão clínica, a gestão eficiente do tempo e dos recursos, a formação da equipa de enfermagem, a mudança efetiva de procedimentos tendo em conta a evidência científica, a comunicação eficaz com a Pessoa e sua Família, etc., enquadram-se no conjunto de competências que acreditamos ter desenvolvido e alcançado ao longo deste estágio. Um dos princípios orientadores da nossa prática durante este período foi o princípio da prática baseada na evidência, e exemplificando acreditamos que a mudança efetiva de antisséptico utilizado na inserção, manutenção e remoção de acessos vasculares periféricos, irá contribuir para uma otimização da aplicação de antissépticos.

A segurança do doente foi o tema central e sobre o qual incidiu principalmente a nossa atuação durante este percurso. No entanto, não podemos deixar de mencionar que prestámos cuidados holísticos centrados na e com a pessoa e sua família, que pela especificidade do serviço se encontram maioritariamente em situação crítica e em todos os aspetos beneficiam de uma atuação de enfermagem especializada e promotora da segurança do doente, família e profissionais de saúde/enfermagem. Acreditamos, plenamente, ter contribuído de forma bastante positiva para a mudança de procedimentos bem como para o desenvolvimento de novos protocolos de atuação que têm como objetivo a dinamização e gestão eficiente do tempo de resposta à Pessoa com evento coronário agudo. Sendo ainda uma pequena parte do trabalho necessário para um projeto desta envergadura, contribuimos para o estabelecimento de uma *ponte* que será de facto facilitadora da implementação deste projeto. A investigação e a formação em enfermagem devem passar obrigatoriamente pela validação de competências dos enfermeiros no que diz respeito à segurança do doente bem como dos padrões de qualidade dos cuidados prestados, de modo a veicular a relevância dos cuidados de enfermagem para a obtenção de ganhos em saúde.

Chegado o *terminus* de mais uma etapa decisiva no nosso desenvolvimento pessoal e profissional, importa olhar o futuro, refletido o passado tendo em conta o presente. Nesse sentido e para uma melhor compreensão e demonstração do processo de aprendizagem descrito ao longo de todo o documento apresentamos na **Tabela 1** a análise **SWOT** do percurso realizado, de forma a evidenciar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças:

Tabela 1 - Matriz da Análise SWOT acerca do percurso realizado

<p>PONTOS FORTES (<i>Strenghts</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizagem de novos conhecimentos técnico-científicos; • Partilha de experiências <i>inter pares</i> e com os docentes; • Acompanhamento/Supervisão por parte dos docentes; • Promoção de uma prática baseada na evidência científica; • Promoção de uma Enfermagem Avançada (Enfermagem com mais Enfermagem); • Promoção de uma <i>praxis</i> crítico-reflexiva pela elaboração de um Portefólio Reflexivo: (http://updesign-studio.com/websites/tiagosoares) • Desenvolvimento de competências na área de Especialização em EMC; • Reconhecimento comprovado enquanto especialista no seio dos profissionais de saúde. 	<p>PONTOS FRACOS (<i>Weaknesses</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitação na escolha de campos de estágio impostos pelas instituições de saúde; • Limitação na diversidade de áreas opcionais disponíveis; • Períodos relativamente pequenos de estágio para implementação de projetos de investigação em enfermagem; • Limitações no tempo para o desenvolvimento de pesquisa e implementação de atividades que requerem maior morosidade.
<p>OPORTUNIDADES (<i>Opportunities</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementação de estratégias de <i>Patient Safety</i>, tendo como ponto de partida as campanhas (inter)nacionais em implementação; • Implementação de uma linguagem classificada como oportunidade de modificar o modelo de documentação de cuidados de enfermagem, tendo como base a linguagem CIPE®; • Oportunidade de modificar a <i>praxis</i> de acordo com a evidência científica; 	<p>AMEAÇAS (<i>Threats</i>):</p> <p>Apesar de não enfrentarmos ameaças, propriamente ditas, decorrentes do meio envolvente, apresentamos alguns pontos que podem desmotivar o investimento pessoal e profissional num curso de especialização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não valorização/reconhecimento das competências desenvolvidas ao longo do curso; • Investimento elevado no que se concerne a disponibilidade pessoal e profissional; • Resistência a mudança de comportamentos e atitudes face aos cuidados de enfermagem por parte dos profissionais de saúde.

Como temos vindo a referenciar ao longo do relatório podemos afirmar que a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica contribuiu para uma mudança paradigmática na forma de olhar os cuidados que prestamos com a Pessoa diariamente. Florence Nightingale continua a ser um marco referencial dos primórdios do controlo de infeção que se tornou imprescindível para *iluminar* uma “boa” prática, orientada pelos princípios da reflexão crítica na e sobre ela prática. No final deste percurso, não podemos deixar de referir uma certa “impregnação de conceitos” que pareciam estar um pouco latentes, mas que passaram a ser uma realidade constante e que em muito contribuíram para o nosso reconhecimento *inter pares*, no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, relacionadas com os cuidados seguros e com a prevenção e controlo da infeção.

CONCLUSÃO

Chegando ao fim de mais uma etapa do nosso desenvolvimento pessoal e profissional importa efetuar uma avaliação final de todo o percurso realizado e a título de síntese dos conhecimentos e competências desenvolvidas.

No estágio decorrido na CCI gostaríamos de destacar a componente de investigação que acreditamos ter contribuído, excecionalmente para o desenvolvimento de capacidades e competências nesta área permitindo a perceção dos cuidados de enfermagem num contexto específico e contribuindo para a reflexão conjunta da equipa de enfermagem deste serviço, levando à modificação de comportamentos na prestação de cuidados.

O estágio em SUG caracterizou-se por se desenrolar num ambiente em constante mudança e que promoveu em nós o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados. Destacamos as importantes mudanças no instrumento de registo de enfermagem conduzindo a um maior destaque das intervenções autónomas de enfermagem, bem como a implementação de indicadores de qualidade como a educação para a saúde, pelo ensino de conhecimentos sobre a prevenção da infeção. Evidenciamos a promoção da mudança efetiva de antisséptico utilizado na desinfeção da pele tendo em conta a evidência científica. De referir, também, a ponte lançada para a implementação de um protocolo de atuação perante a pessoa com síndrome coronário agudo que pretende ser um instrumento de agilização na abordagem à pessoa em situação crítica com este problema. Por fim salientamos também, as competências de supervisão clínica desenvolvidas no âmbito da conceção e implementação de um estudo de investigação.

Competências como a tomada de decisão e o juízo clínico, crítico e reflexivo em enfermagem e sobre a enfermagem foram sendo desenvolvidas ao longo dos estágios. Muitas vezes, por força das circunstâncias em que se desenvolve a prática de Enfermagem, desconhecemos os resultados/*outcomes* das nossas ações, no entanto uma prática orientada pelos princípios ético-deontológicos e pela evidência científica, permite um *feedback* bastante positivo na facilitação dos processos de transição a que se encontram sujeitos os doentes. Enquanto enfermeiros especialistas, pelas competências adquiridas e desenvolvidas, desempenhamos um papel fundamental na promoção e garantia de segurança dos cuidados de enfermagem.

A segurança dos cuidados adquiriu gradualmente uma extrema importância devido aos novos desafios com que nos deparamos com a evolução, não só das necessidades de cuidados das pessoas com quem cuidamos, relacionadas com as suas patologias mas também dos

dispositivos que diariamente utilizamos na prestação de cuidados. Neste sentido o trabalho desenvolvido no sentido de promover a estratégia do 'patient safety' pela prevenção e controlo da infeção associadas aos cuidados de saúde. Gostaríamos de salientar o empenho com que os orientadores nos guiaram no sentido de uma prática de cuidados de enfermagem especializados. Através da prática especializada conseguimos promover a segurança da pessoa com quem cuidamos facilitando o processo de transição em que se encontra e com o desenvolvimento do trabalho de investigação e consequente apresentação dos resultados à equipa de enfermagem, contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e reveladores de boas práticas. Conseguimos modificar práticas e procedimentos no sentido da prevenção e controlo da infeção, como é o caso dos cuidados associados aos CVP, a higiene das mãos. Admitimos ter conseguido fomentar e despertar a reflexão conjunta, dos elementos da equipa de enfermagem, no sentido da promoção da segurança do doente enquanto portador de um dispositivo venoso periférico. Por tudo isto cremos ter adotado de forma positiva e dinâmica uma *praxis* baseada na evidência e que valoriza a prática de uma Enfermagem, com mais Enfermagem.

Este percurso caracterizou-se por ser árduo e trabalhoso, no qual investimos todo o nosso empenho e dedicação, tendo sido desenvolvidas as atividades planeadas na generalidade e mesmo algumas que não tínhamos planeado inicialmente mas, que por força das circunstâncias, promoveram o desenvolvimento de capacidades criativas no sentido da transposição de obstáculos de percurso. A planificação das atividades em projeto de estágio permitiu uma matriz de orientação na componente teórica da qual se reveste o desempenho do Enfermeiro Especialista, tendo sempre em conta a evolução contínua e sistemática dos conteúdos técnico-científicos que orientam a nossa atuação enquanto Enfermeiros Especialistas. Acreditamos ter alcançado todos os objetivos propostos, tanto no plano de estudos como os delineados em projeto de estágio. Assim, fazemos um balanço final bastante positivo, na medida em que o enfermeiro que eramos ontem não é o enfermeiro que somos hoje e não será, com certeza, o enfermeiro que seremos amanhã. Apesar das dificuldades sentidas ao longo do desenvolvimento deste trajeto, não podemos deixar de congratularmo-nos pela evolução sentida e manifesta no nosso desempenho profissional. Verificámos, sem dúvida alguma, modificações bastante notórias e relevantes na nossa forma de pensar e de agir. O incentivo e o treino da prática reflexiva conduziram-nos ao caminho da excelência nos cuidados. Também nós enfrentámos uma transição, que acreditamos ter sido facilitada pelo recurso e sustentação numa prática reflexiva e baseada na evidência científica, em Enfermagem.

Importa, de futuro, numa perspetiva de desenvolvimento da investigação relacionada com a estratégia do '*Patient Safety*', rever práticas e procedimentos de modo a contribuir ativamente para a prevenção e controlo da infeção. A enfermagem enquanto facilitadora de transições tem o dever de promover a segurança dos cuidados durante esse processo. A Pessoa é a principal beneficiária de medidas simples que em muito podem contribuir indicadores sociodemográficos

importantes como os ganhos em saúde. Não podemos deixar de referir que pela prevenção e controlo da infeção contribuimos para a contenção de custos e despesas associados aos cuidados de saúde que, nos tempos que correm, podem significar a manutenção e/ou criação de postos de trabalho.

Esta *jornada* possibilitou-nos a concretização de um sonho, de um desejo. Pela aquisição e desenvolvimento de competências em diversas áreas da Enfermagem podemos afirmar que hoje nos enquadramos naquele que é o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Antes de mais, constituiu um desafio que mobilizou energias e sinergias na prossecução dos objetivos propostos, no entanto terminamos este percurso deixando a *porta aberta* a novos projetos, na certeza de que há ainda muito trabalho a realizar e de que é pela investigação contínua e sistemática que conseguimos alcançar uma prática baseada na evidência. Acreditamos, por ultimo mas não em ultimo lugar, que só assim conseguiremos tornar os cuidados de saúde mais seguros, mais humanos e mais centralizados na pessoa com quem cuidados diariamente.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(6), 53-59.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2010). *Supervisão da Prática Pedagógica - Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem* (2nd ed., p. 166). Coimbra: Almedina.
- Andersson, A.-K., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11(3), 136-145. Östersund County Hospital, Östersund, Sweden.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Collière, M.-F. (2000). *Promover a vida* (p. 388). Lisboa: Lidel.
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição do CJ sobre segurança do cliente. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 22(Julho-Setembro), 16-22.
- Considine, J., Thomas, S., & Potter, R. (2009). Predictors of critical care admission in emergency department patients triaged as low to moderate urgency. *Journal of advanced nursing*, 65(4), 818-27. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04938.x
- Corney, R. (Ed.). (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (p. 200). Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, A. C., Noriega, E., & Gaspar, M. J. (2011). *Relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos 2010-2011. Dados* (p. 17). Lisboa. Acedido em 23 de Fevereiro de 2012, Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>
- Costa, A. C., Noriega, E., Fonseca, L. F., & Silva, M. G. (2009). *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2009. Control* (p. 18). Lisboa. Acedido em 23 de Fevereiro de 2012, Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658-671.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril, *Diário da República*, - 1.ª série - A, n.º 205, Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril alterado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, *Diário da República*, 1.ª série - n.º 180. Lisboa.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho* (1st ed., p. 200). Loures: Lusociência.

- Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência* (p. 24). Lisboa. Acedido em 15 de Fevereiro de 2012, Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Circular Normativa N.º: 14/DGCG de 13/07/2004.
- Diya, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Lesaffre, E. (2011). The use of “lives saved” measures in nurse staffing and patient safety research: statistical considerations. *Nursing research*, 60(2), 100-6. doi:10.1097/NNR.0b013e3182097845
- Ewles, L., & Simnett, I. (2003). *Promoting Health, A Practical Guide* (5th ed., p. 368). Toronto: Elsevier Science Limited.
- Fifty-fifth World Health Assembly. (2002). *Quality of care: patient safety Report by the Secretariat* (pp. 1-6).
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação* (p. 618). Loures: Lusodidacta.
- Ganley, L., & Gloster, A. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49-56.
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. D. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 188-193.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-84.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-10.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermero* (p. 167). Barcelona: Masson.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer* (7th ed., p. 299). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Last, J. M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. (International Epidemiological Association, Ed.) (4th ed., p. 196). New York: Oxford University Press.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda* (p. 214). Loures: Lusodidacta.
- Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, *Diário da República*, 1.ª série - n.º 178, Lisboa.
- MacPhail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. *Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática* (4th ed., pp. 3-7). Loures: Lusociência.
- McSweeney, G. (2003). A enfermeira: prestação de cuidados holísticos. *Servir*, 51(Jun), 282-288.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (Afa I Meleis, Ed.) New York. Springer Publishing Company.

- Mendonça, S. S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros. A excelência do cuidar*. Editorial Novembro.
- National Health Service Management Executive. (1993). *A vision for the future: The nursing, midwifery and health visiting contribution to health and health care* (p. 26). Londres.
- National Patient Safety Agency. (2004). Seven steps to patient safety The full reference guide. *Seven*, (August), 188. National Patient Safety Agency. Acedido em 20 de Outubro de 2011, Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>
- Nightingale 1859, F. (2010). *Florence Nightingale's Notes on nursing : what it is and what it is not & Notes on nursing for the labouring classes : commemorative edition with historical commentary*. (V. Skretkowicz, Ed.) *Notes* (Comemorati., p. 461). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., Koster, R. W., et al. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Resuscitation*, 81(10), 1219-1276. Acedido em 28 de Fevereiro de 2012, Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956052>
- Oliveira, D. (1999). As urgências exigem motivação pessoal e profissional. *Nursing*, 11(136), 13-16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Caderno Temático: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) / Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *Health (San Francisco)*.
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Dellinger, E. P., Gerberding, J. L., Heard, S. O., Maki, D. G., Masur, H., et al. (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *MMWR Recommendations and reports Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports Centers for Disease Control* (Vol. 51, pp. 1-29).
- Papazian, R. (1992). Heart attack: the golden hour. *Harvard Health Letter*, 17(10), 6-8.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação* (p. 668). Loures: Lusodidacta.
- Pina, E., Silva, G., & Ferreira, E. (2010). *Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção 2010* (p. 16). Lisboa. Acedido em 23 de Fevereiro de 2012, Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- Powell, R. A., Downing, J., Ddungu, H., & Mwangi-Powell, F. N. (2010). Pain History and Pain Assessment. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (p. 371). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). *Self- Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem* (1st ed., p. 400). New York: Springer Publishing Company.

- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (p. 480). Loures: Lusodidacta.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa* (7th ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem: Roger-Logan-Tierney: baseado nas actividades de vida diária* (p. 198). Lisboa: Climepsi Editores.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C. da, & Costa, N. M. vilhena N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência, III*(3), 15-23.
- Silva, A. P. e. (2007). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir, 55*(Jan-Fev), 11-20.
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência, II*(6), 91-108.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7th ed., p. 1246). Loures: Lusodidacta.
- Taylor, J. P., & Taylor jr, J. E. (2011). O processo de enfermagem de urgência e diagnóstico de enfermagem. *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática* (4th ed.). Loures: Lusociência.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de saúde-Utentes. *Análise Psicológica, 22*(3), 615-620.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2nd ed., p. 208). Lisboa: Climepsi Editores.
- Universidade Católica Portuguesa. (2010). Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Regulamento Geral. Lisboa.
- Van den Heede, K., Clarke, S. P., Sermeus, W., Vleugels, A., & Aiken, L. H. (2007). International experts' perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(4), 290-7. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00183.x
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. (Universidade Católica Portuguesa, Ed.) (p. 160). Lisboa.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós moderna e Futura* (p. 299). Loures: Lusociência.
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. Acedido em 27 de Fevereiro de 2012, disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization. (2009). *A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy* (p. 48). Geneva. Acedido em 15 de Fevereiro de 2012, Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.02_eng.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Poster: ***Intervenções Autônomas de Enfermagem
à Pessoa com Insuficiência Cardíaca***



Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC), síndrome com elevada morbilidade e mortalidade atinge, cada vez mais, um maior número de pessoas. Em Portugal, estima-se que cerca de 266 mil pessoas sejam afectadas por esta doença¹. A Pessoa com IC normalmente manifesta sintomas característicos: dispneia, em esforço ou em repouso; fadiga; evidências de retenção de líquidos, tais como, congestão pulmonar ou edemas dos membros inferiores; evidência objectiva de uma anomalia da estrutura ou da função cardíaca em repouso². A classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) atribui, pela sintomatologia, em actividade e repouso, um índice de gravidade de doença ("classes"), à Pessoa com IC^{2,3}. Este síndrome pode condicionar de forma significativa as actividades de vida diárias da Pessoa - maior ou menor tolerância ao esforço; dificuldades da mobilidade/marcha; alteração do padrão de sono/repouso, entre outros.

OBJECTIVO

Os objectivos deste Poster traduzem-se em, convergir a classificação funcional da NYHA com os níveis de dependência de cuidados de enfermagem em cardiologia do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) e, também, com as respectivas intervenções autónomas de enfermagem⁴ de que a pessoa necessita.

METODOLOGIA

Em função do grau de dependência funcional, fazemos corresponder a cada classe da NYHA, um grau de dependência de cuidados de enfermagem, tendo por base o SCD/E em Cardiologia, bem como as intervenções autónomas associadas a cada auto-cuidado: Alimentar-se, Auto Cuidado Higiene, Auto Cuidado: Uso do Sanitário, Auto Cuidado: Vestuário, Deambular, Posicionar-se, Transferir-se), recorrendo à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE- Versão Beta 2).

Classificação Funcional NYHA	Graus de Dependência (SCD/E)	Graus de Dependência de Auto-Cuidado (CIPE)	Intervenções Autónomas de Enfermagem
<p>Classe I</p> <p>Nenhuma limitação: exercícios físicos comuns não causam fadiga, dispneia ou palpitações</p>	<p>Independente</p> <p>Pessoa que só necessita de supervisão/orientação nos auto-cuidados ou estes são prestados por familiar</p>	<p>Dependente em Grau REDUZIDO</p>	<p>Supervisar a pessoa a alimentar-se Supervisar a ingestão de líquidos Planear a ingestão de líquidos Ensinar sobre a dieta Incentivar a pessoa a alimentar-se Supervisar o auto cuidado: higiene Supervisar o auto cuidado: uso do sanitário Supervisar o auto cuidado: vestuário Supervisar a deambulação Supervisar o posicionamento Supervisar a pessoa na transferência Supervisar a pessoa no levante.</p>
<p>Classe II</p> <p>Limitação ligeira das actividades físicas: assintomático em repouso mas actividades comuns causam fadiga, dispneia ou palpitações</p>	<p>Ajuda Parcial</p> <p>Pessoa que necessita de estímulo ou ajuda para proceder a alguns auto-cuidados, independentemente de se encontrar acamado ou se deslocar à casa de banho</p>	<p>Dependente em Grau MODERADO</p>	<p>Assistir a pessoa a alimentar-se Assistir no auto cuidado: beber Assistir a pessoa a posicionar-se durante a refeição Assistir a pessoa a lavar a boca Assistir no auto cuidado: higiene Incentivar o auto cuidado: higiene Assistir no auto cuidado: uso do sanitário Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário Providenciar arrastadeira / urinol Assistir no auto cuidado: vestuário Assistir a pessoa ao deambular Assistir a pessoa no posicionamento Assistir a pessoa na transferência Assistir a pessoa no levante</p>
<p>Classe III</p> <p>Limitação acentuada das actividades físicas: assintomático em repouso mas sintomático para pequenos esforços</p>	<p>Ajuda total (com cuidados especiais)</p> <p>Pessoa incapaz de assegurar os auto-cuidados ou que necessita da presença contínua do enfermeiro e cuidados com maior frequência e maior complexidade</p>	<p>Dependente em Grau ELEVADO / MUITO ELEVADO</p>	<p>Alimentar a pessoa Posicionar a pessoa durante a refeição Dar banho na cama Lavar a Boca Limpar a pele perineal Vestir a pessoa Manter Repouso na cama Posicionar a pessoa</p>
<p>Classe IV</p> <p>Sintomático em repouso com agravamento dos sintomas para o mínimo esforço</p>			

CONCLUSÃO

Com a criação de um instrumento que permita um planeamento de cuidados individualizados tendo por base uma classificação internacional uniformizada cuidamos para a promoção, manutenção e recuperação da autonomia da pessoa com IC, melhorando a sua qualidade de vida. Contribuímos para aprimorar e qualificar os cuidados de enfermagem. Outorgamos visibilidade e crescente valor à profissão de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹CEIA, F, *et al.* Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *The European Journal of Heart Failure*. Vol. 4 (2002) 531-539.
- ²SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA. Orientações de 2008 para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 29 (2010) 633-699.
- ³THE CRITERIA COMMITTEE OF THE NEW YORK HEART ASSOCIATION. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*. 9th ed. Boston: Little, Brown and Company, 1994.
- ⁴ Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril.
- ⁵ ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde. *Manual de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem em Cardiologia*. Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, Fevereiro de 2011.

Autores: Soares, Tiago Daniel; Kadic, Rita; Fernandes, Jorge

Estudantes do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências de Saúde, da UCP de Lisboa.
 Sob Orientação de: Prof. Doutora Helena José, Mestre Ilda Lourenço e Mestre Manuela Madureira

APÊNDICE II

Sessão de Formação: ***Recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada a CVP***



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Módulo III - Comissão de Controlo de Infecção

Sob Orientação de:
Professora Doutora Helena José
e
Enfermeira Clara Carvalho

Aluno:
Tiago Daniel Soares
(n.º 192010064)

04 de Novembro de 2011

CUIDADOS COM A PESSOA COM CATETER VENOSO PERIFÉRICO

ESTUDO DA ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO

Apresentado à Equipa de Enfermagem do Serviço X

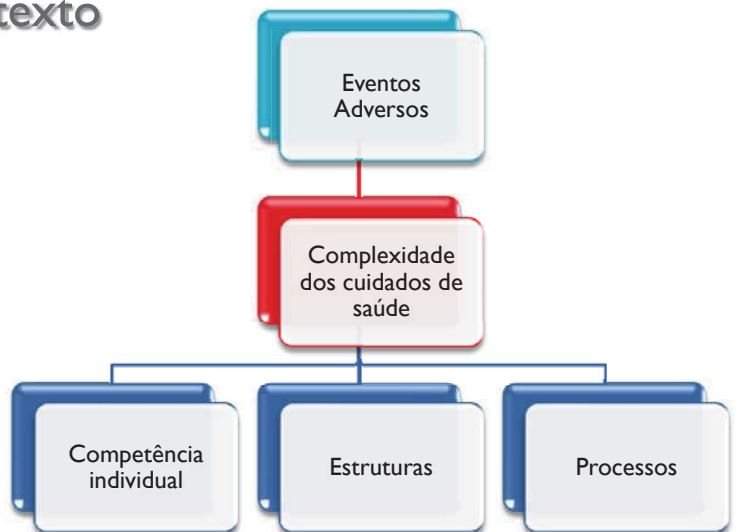


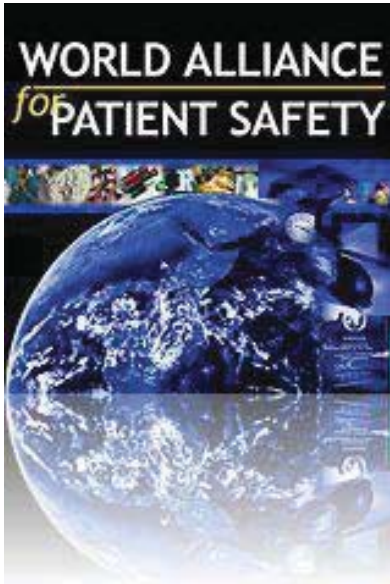
World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Contexto





- Mobilizar esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados de saúde para as pessoas.
- A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efectivos e eficientes.

© World Health Organization 2011

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011



Recomendações de PCI associada a CVP

Precauções Básicas

- Precauções Básicas
- Cumprir os 5 momentos da higiene das mãos com preferência para o uso da solução alcoólica (Categoria IA)
- Manter a técnica asséptica durante a inserção e manutenção do CVP (Categoria IB)

Seleção do cateter a utilizar

- Selecionar o cateter com base no objectivo da sua colocação, o tempo de utilização, as complicações conhecidas (flebitis e infiltração), e a experiência individual do profissional (Categoria IB)
- Não é recomendado o uso de agulhas de aço para administração de fluidos ou medicação que possam causar necrose dos tecidos, no caso de extravasar. (Categoria IA)
- Dar preferência à utilização de cateteres de teflon, silicone ou de poliuretano.
- Considerar o uso de cateteres venosos periféricos de longa duração I I quando se prevê uma duração da terapêutica intravenosa superior a 6 dias. (Categoria II)

Seleção do local de inserção do cateter

- Em adultos, colocar preferencialmente o cateter venoso periférico no membro superior não dominante, tendo sempre em consideração possíveis alterações circulatórias do mesmo (fístulas arteriovenosas ou mastectomia). Os locais mais comuns para punção venosa periférica incluem: dorso da mão, antebraço, região cubital e braço. (Categoria II)
- Mudar um cateter inserido num membro inferior para um membro superior assim que possível (Categoria II)
- Em doentes pediátricos inserir o cateter venoso periférico no couro cabeludo, mão ou pé. (Categoria II)

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Inserção

- Higienizar as mãos (Categoria IA)
- Usar luvas limpas. Usar luvas estéreis se houver necessidade de palpar o local de punção, após a aplicação do antisséptico (Categoria IC)
- Proceder à antissépsia da pele de preferência com clorhexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%. Em doentes com hipersensibilidade conhecida à clorhexidina, utilizar iodopovidona ou álcool isopropílico a 70% (Categoria IB).
- Não existe recomendação para a segurança ou eficácia do uso da clorhexidina em crianças de idade inferior a 2 meses (Questão Não Resolvida).
- Deixar secar o antisséptico (Categoria IB)
- Retirar as luvas
- Higienizar as mãos (Categoria IA).
- Não aplicar antimicrobianos ou antissépticos no local de inserção do cateter (Categoria IB).
- Usar um penso de gaze ou transparente semi-permeável e estéril no local de inserção do CVP (Categoria IA).
- Registrar a data, hora, tipo de catéter e local de punção (Categoria II).

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Manutenção

- Todas as manipulações do catéter e sistemas devem ser feitas com técnica asséptica (Categoria IA).
- Usar um penso de gaze ou transparente semi-permeável e estéril no local de inserção do CVP (Categoria IA).
- Em doentes diaforéticos ou com hemorragia no local da punção utilizar penso de gaze (Categoria II).
- Avaliar diariamente o local de inserção do cateter, por palpação de um penso de gaze ou por inspecção de um penso transparente. Os pensos de gaze não devem ser removidos se o doente não apresentar sinais clínicos de infecção (Categoria II).
- Se o doente apresenta edema, dor, inflamação no local de inserção, febre sem fonte óbvia ou outras manifestações sugestivas de infecção, é necessário remover o penso para visualizar o local e ponderar a substituição do cateter (Categoria IB).
- Os pensos dos cateteres periféricos não devem ser mudados antes das 96 horas (data da rotação do local de inserção do cateter) excepto se visivelmente sujos, descolados ou húmidos (Categoria IB)
- Não molhar o cateter de modo a evitar o risco de infecção pela presença de um meio húmido. O cateter e as conexões devem ser protegidos com uma cobertura impermeável durante o duche (Categoria IB).

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Manutenção (cont.)

- Verificar sempre a permeabilidade do cateter antes de administrar terapêutica. Não forçar a entrada de qualquer solução.
- Substituir sistemas de administração e conexões em intervalos não inferiores a 96 horas, excepto se houver suspeita de infecção (Categoria IA)
- Garantir que todos os componentes do sistema são compatíveis para minimizar fugas e roturas (Categoria II)
- Substituir sistemas de administração de sangue, hemoderivados ou emulsões lipídicas até às 24 horas de início da infusão (Categoria IB)
- Substituir os sistemas utilizados para a administração do Propofol a cada 6 a 12 horas, aquando da mudança da perfusão (Categoria IA)
- Desinfectar o local de inserção do sistema (diafragma dos frascos ou conexões) com álcool a 70% ou clorhexidina, desde que o material seja compatível (Categoria IA).
- Reduzir ao mínimo possível a manipulação dos cateteres.
- Evitar o uso de cateteres venosos periféricos para a administração de solutos hiperosmolares ou alimentações parentéricas.
- Não proteger as conexões com compressas.
- Encorajar os doentes a manifestar qualquer alteração/desconforto no local de inserção do CVP (Categoria II).

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Recomendações de PCI associada a CVP

Substituição/remoção do cateter

- Em adultos, substituir os cateteres venosos periféricos de curta permanência, e rodar o local de inserção em cada 96 horas, para minimizar o risco de flebite. Se os acessos venosos são limitados e não são evidentes sinais de flebite ou infecção, o cateter pode permanecer por períodos de tempo mais longos, sendo avaliado o doente e o local de inserção com maior frequência (Categoria IB)
- Em doentes pediátricos, manter a cateterização periférica até completar a terapêutica intravenosa excepto se ocorrer alguma complicação (Categoria IB).
- Remover os cateteres venosos periféricos quando o doente apresenta sinais de flebite no local de inserção (calor, rubor, eritema, cordão venoso à palpação) ou quando há sinais de mau funcionamento (Categoria IB).

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Desenho do Estudo

Objectivo geral:

- Avaliar a adesão dos enfermeiros às “Recomendações para a prevenção e controlo da infecção associada a Cateterização Venosa Periférica” no período de 12 de Outubro de 2011 a 02 de Novembro de 2011.

Objectivos específicos:

- Determinar a taxa de adesão global às “Recomendações para a prevenção e controlo da infecção associada a cateterização venosa periférica”;
- Obter a taxa de adesão ao critério: “Manter a técnica asséptica na inserção”;
- Calcular a taxa de adesão ao critério: “Desinfectar o local de inserção do sistema (diafragma dos frascos ou conexões) com álcool a 70% ou clorhexidina 2% em solução alcoólica, desde que o material seja compatível”

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Desenho do Estudo (cont.)

Tipo de estudo

- Estudo descritivo, observacional e prospectivo, de tipo prevalência.

Técnica de recolha de dados

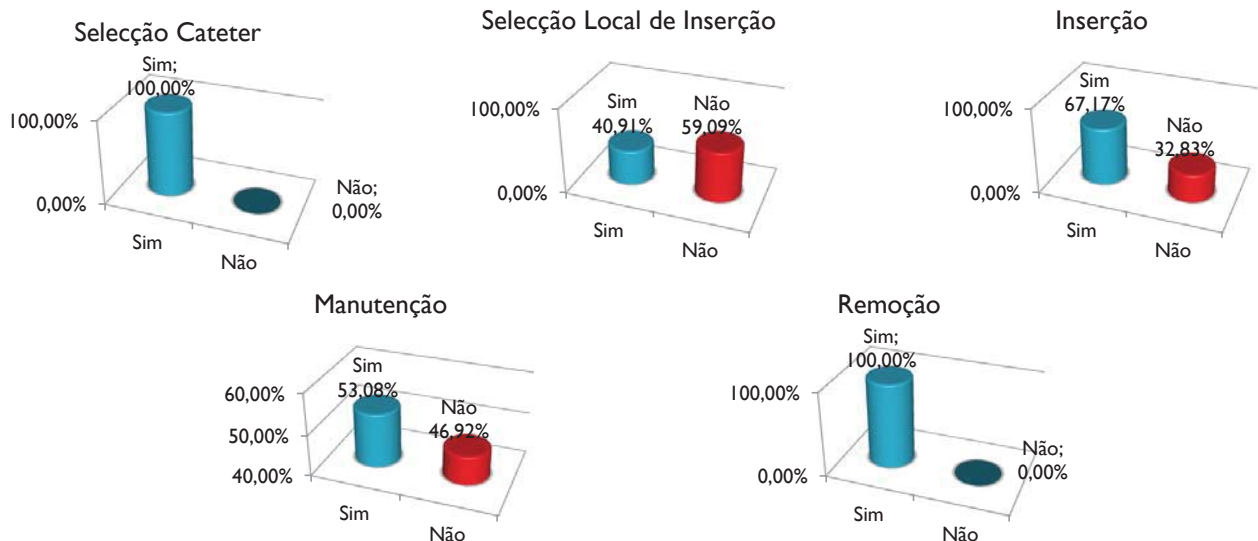
- Observação do procedimento de cateterização venosa periférica, nos momentos de inserção, manutenção e remoção;

Amostra

- 26 observações
 - 11 de inserção (3 substituição);
 - 15 de manutenção

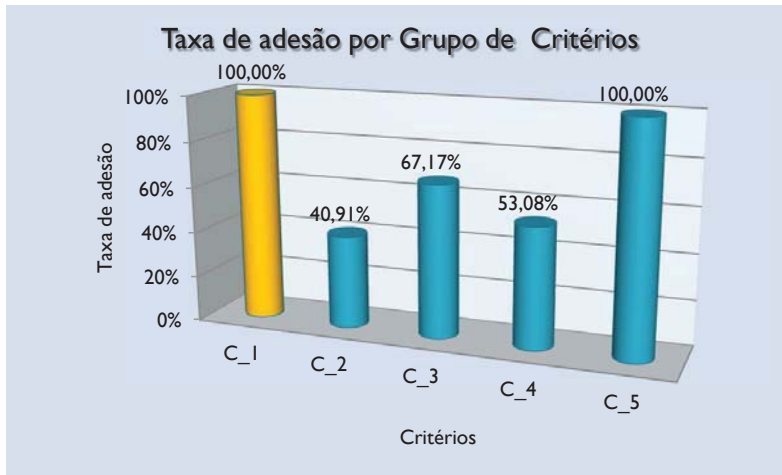
Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Apresentação de Resultados



Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

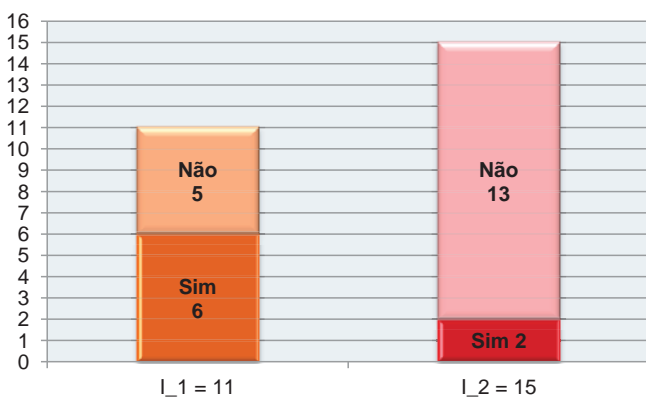
Apresentação de Resultados



- C_1 - Selecção do cateter
- C_2 - Selecção do local
- C_3 - Inserção
- C_4 - Manutenção
- C_5 - Remoção

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Apresentação de Resultados



Indicador: Manter Técnica asséptica na inserção

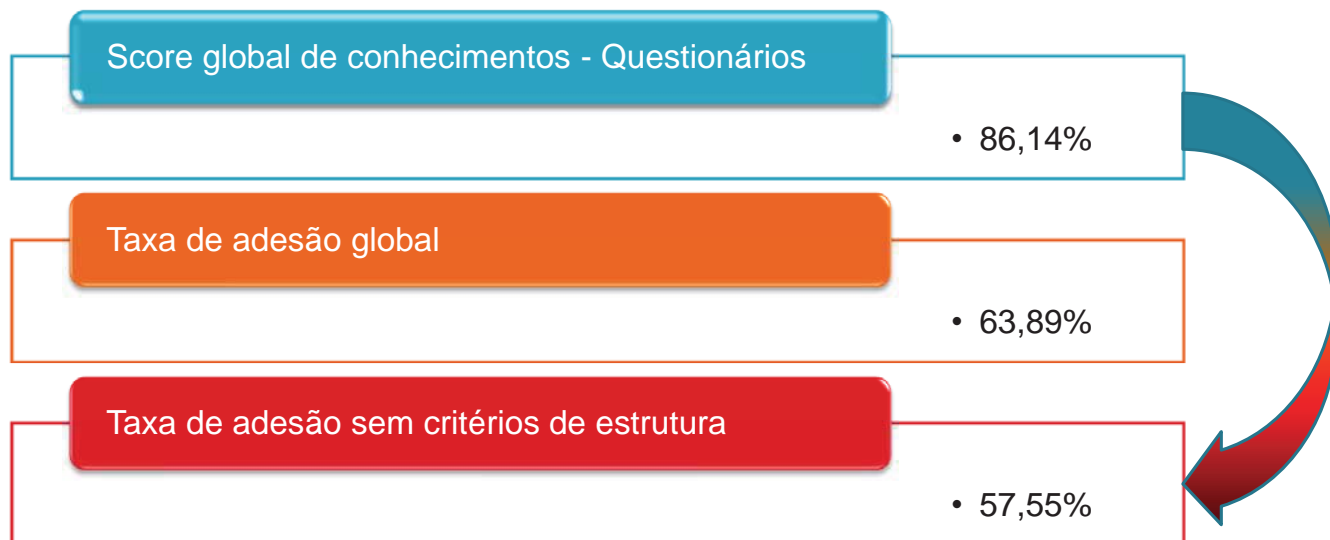
- N.º de observações: 11
- Taxa de adesão: **54,55%**

Indicador: Desinfectar o local de inserção do sistema

- N.º de observações: 15
- Taxa de adesão: **13,33%**

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Apresentação de Resultados



Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

Discussão / Reflexão

- Definição de estratégias para incrementar a adesão às recomendações de prevenção e controlo de infecção associada a cateterização venosa periférica:
 - Optimização dos recursos/estruturas;
 - Esforço conjunto para a implementação de medidas de PCI rel/c a cateterização venosa periférica;
 - Promoção da formação/investigação contínua .

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011

OBRIGADO PELA
VOSSA ATENÇÃO!

Tiago Soares | 04 de Novembro de 2011



Curso de Mestrado
em Enfermagem
Especialização em
Enfermagem
Médico-Cirúrgica

Módulo III -
Comissão de
Controlo de
Infecção

04 de Novembro
2011

Cuidados com a pessoa com cateter venoso periférico

ESTUDO DA ADEÇÃO ÀS RECOMENDAÇÕES DE
PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO

Sob Orientação de:
Professora Doutora Helena José
e
Enfermeira Clara Carvalho

Aluno:
Tiago Daniel Soares
(n.º 192010064)

APÊNDICE III

Plano de Sessão de Formação: ***Recomendações
para a prevenção e controlo da infeção
associada a CVP***



PLANO DE SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem seguros ao doente com cateterização venosa periférica

População Alvo: Enfermeiros do Serviço do Hospital de S. Francisco Xavier, CHLO

Prelector: Tiago Daniel Nunes Soares

Local de Realização: Sala de reuniões do Serviço do Hospital de S. Francisco Xavier, CHLO

Data: 04/11/2011


Tempo previsto: 75 Minutos.

Objectivo Geral: Promover o *Patient Safety* pela promoção da prevenção e controlo das IACS.

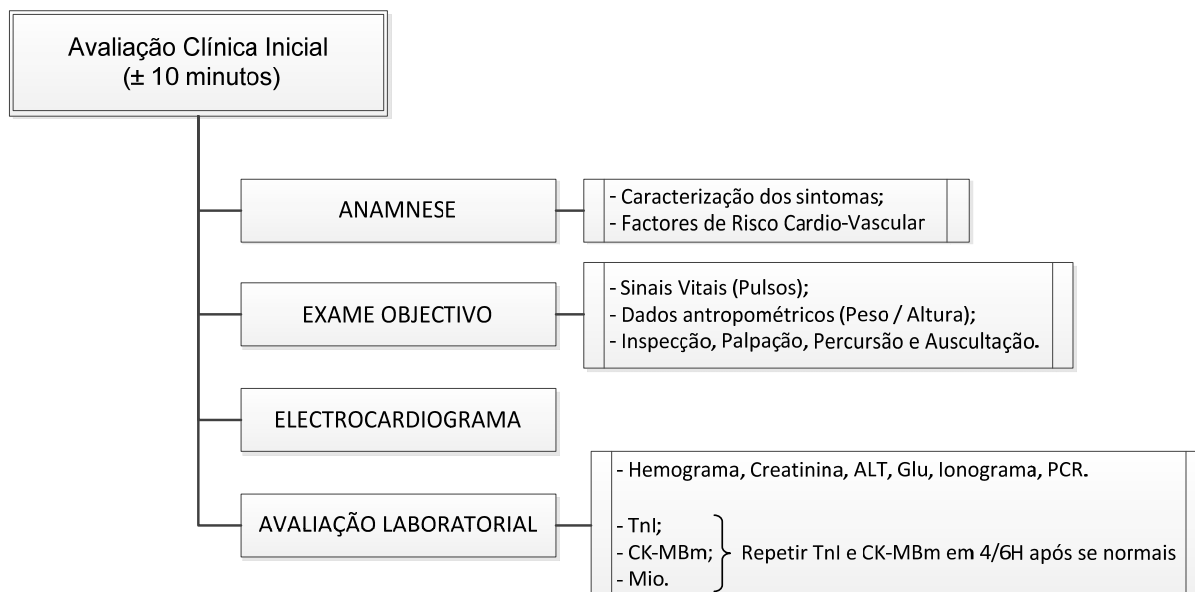
OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AValiaÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar das “Recomendações em prevenção e controlo de infeção no doente com cateterização periférica”; - Apresentação de dados relativos aos conhecimentos dos Enfermeiros acerca da cateterização venosa periférica - Apresentar os resultados das auditorias de observação da cateterização venosa periférica; - Promover a reflexão crítica acerca da prática de cuidados seguros no âmbito do “patient safety”; - Promover a formação contínua dos enfermeiros e a discussão de oportunidades de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem relacionados com a cateterização venosa periférica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Noções básicas acerca do <i>Patient Safety</i>; 3. Recomendações em prevenção e controlo de infeção no doente com cateterização periférica; 4. Resultados dos questionários realizados pelos enfermeiros. 4. Resultados de auditorias de observação de procedimento; 3. Reflexão crítica sobre a prática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo oral - Resposta às questões colocadas - Discussão/reflexão com os intervenientes na sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico: sala de formação - Material: computador portátil e ecrã de apresentações 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação, durante a sessão, do nível de compreensão dos intervenientes acerca dos assuntos abordados.

APÊNDICE IV

Proposta de ***Protocolo SCA-PAIN***

	Norma de Procedimento Nº ____	Elaborado por: Revisão: 00 Data: 16.01.2012
	Título: Protocolo Síndrome Coronário Agudo (SCA-PAIN)	Aprovado por: _____ Data: _____.201__

PROCEDIMENTO INICIAL:




DESCRITORES DA AVALIAÇÃO INICIAL:

I. Dor Torácica Anginosa ou Equivalente

1. Desconforto retroesternal – opressão, peso, dor, ardor ou pressão retroesternal, frequentemente com irradiação para o pescoço, maxilar inferior, ombros ou ambos os braços.
2. Desconforto num ou ambos braços, no pescoço, na mandíbula, no dorso ou epigastro.
3. Dispneia – pode ser isolada, preceder ou acompanhar o desconforto;
4. Diaforése, náuseas e vômitos

II. Características demográficas e clínicas associadas a maior probabilidade de doença coronária.

1. Idade superior a 70 anos;
2. Antecedentes de:
 - a. Diabetes Mellitus;
 - b. Doença coronária – Enfarte do miocárdio, angioplastia e/ou cirurgia coronária;
 - c. Doença vascular extra-cardíaca: doença arterial cerebral e doença arterial periférica.

	Norma de Procedimento Nº ____	Elaborado por: Revisão: 00 Data: 16.01.2012
	Título: Protocolo Síndrome Coronário Agudo (SCA-PAIN)	Aprovado por: _____ Data: __.__.201__

III. Outras causas de Dor Torácica:

1. Dissecção da aorta;
2. Patologia Pleuro-pulmonar: Embolia Pulmonar, Pneumotorax;
3. Patologia Cardíaca: Pericardite, Estenosa Aortica, Miocardiopatia Hipertrófica;
4. Patologia Esofágica: Espasmo, Refluxo;
5. Patologia Osteo-Articular: Síndrome de Tietze

IV. Alterações no Electrocardiograma (ECG) sugestivas de Enfarte:


1. Supradesnivelamento do segmento ST > 0,1 mV em pelo menos duas derivações précordiais contíguas ou um dos membros adjacentes;
2. Despressão do segmento ST > 0,1 mV em pelo menos duas derivações précordiais direitas (V₁-V₄) contíguas;
3. Bloqueio completo de ramo esquerdo de novo ou supradesnivelamento de novo.

MEDIDAS GERAIS

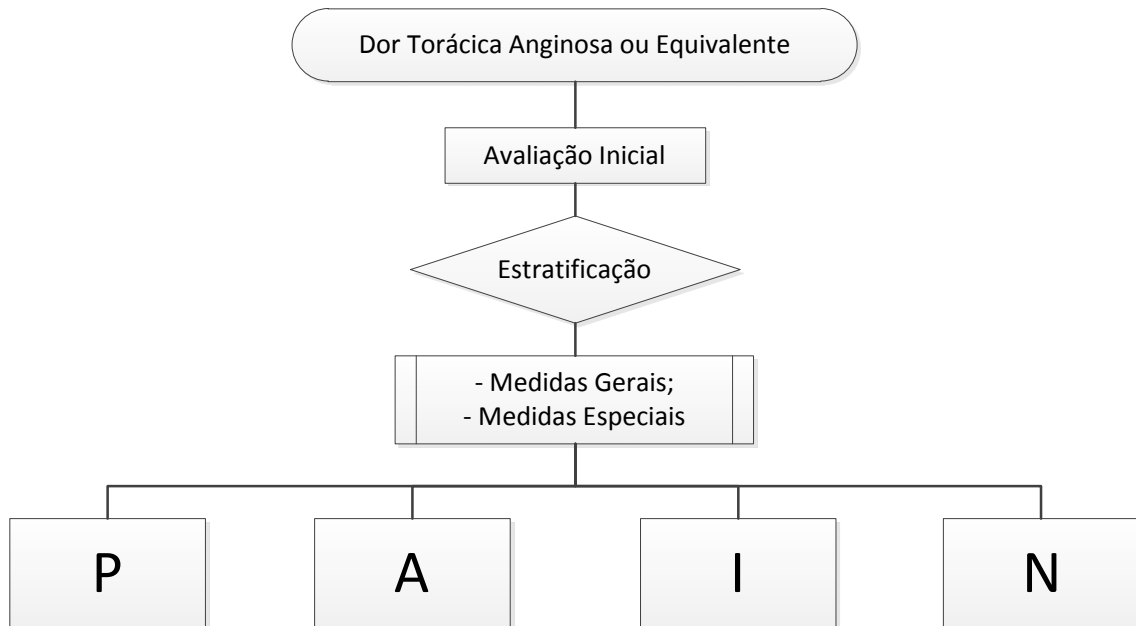
1. Monitorização ECG contínua com análise do segmento ST;
2. Cateterizar veia periférica;
3. Administrar 250 mg de AAS mastigado (despistar alergia ao AAS previamente).

MEDIDAS ESPECIAIS

1. Monitorização rigorosa dos Sinais Vitais;
2. Colocar O₂ por máscara facial ou óculos nasais para manter SpO₂ > 92%. (Em caso de DPOC vigiar hipoventilação);
3. NITRATOS: Administrar Nitroglicerina SL (0,4 mg de 5/5 minutos, até um total de 3 comprimidos). Ponderar a administração de nitratos EV se sintomas persistentes, estase pulmonar ou para controlo da hipertensão.
4. MORFINA: Ponderar administração de sulfato de morfina (2 a 4 mg EV, podendo ser repetida num intervalo de 5-15 minutos) para controlo da dor.


	Norma de Procedimento Nº __	Elaborado por: Revisão: 00 Data: 16.01.2012
	Título: Protocolo Síndrome Coronário Agudo (SCA-PAIN)	Aprovado por: _____ Data: __.__.201__

ALGORITMO DE ACTUAÇÃO:



ESTRATIFICAÇÃO:

P - PRIORITÁRIO
→ ECG com alterações sugestivas de enfarte (Descritor IV)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto prioritário com a UNICARD (<i>Ext. 71091/1091</i>) <ol style="list-style-type: none"> a. Programar realização de angioplastia primária num período até 60 minutos. 2. Medidas Gerais + Medidas Especiais; 3. Administrar 600 mg de Clopidogrel (300 mg se idade > 75 anos); 4. Administrar heparina não fraccionada: Bólus de 60 UI/Kg EV.
A - ALTO RISCO
→ Angor Presente, Isquémia intratável ou recorrente; → ECG com alterações dinâmicas do segmento ST (depressão ST) ou de elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto urgente com a UNICARD (<i>Ext. 71091/1091</i>) <ol style="list-style-type: none"> a. Programar realização de coronariografia urgente. 2. Medidas Gerais + Medidas Especiais; 3. Administrar 600 mg de Clopidogrel (300 mg se idade > 75 anos); 4. Administrar heparina não fraccionada: Bólus de 60 UI/Kg EV.

	Norma de Procedimento Nº __	Elaborado por: Revisão: 00 Data: 16.01.2012
	Título: Protocolo Síndrome Coronário Agudo (SCA-PAIN)	Aprovado por: _____ Data: __.__.201__

I - INTERMÉDIO RISCO

→ ECG com alterações dinâmicas do segmento ST (depressão ST) ou de elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica

1. Contacto com a UNICARD (Ext. 71091/1091)
2. **Medidas Gerais + Medidas Especiais;**
3. Administrar 300 mg de Clopidogrel;
4. Administrar fondaparinux 2,5 mg SC.

N - NEGATIVO

→ ECG normal ou com alterações ligeiras e biomarcadores de lesão miocárdica seriados normais.

1. **Medidas Gerais;**
2. Contacto com a UNICARD (Ext. 71091/1091)
 - a. Referência para teste de isquémia.

APÊNDICE V

Instrumento de registo de Cuidados de Enfermagem

Observações clínicas	
Descrição	Valor
INSERÇÃO - Motivo:	<input type="text"/>
Nº de vias:	<input type="text"/>
Local da punção:	<input type="text"/>
Calibre:	<input type="text"/>
Colheita de sangue:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="text"/>
Ensinar sobre prevenção de infecção:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="text"/>
Ensinar sobre sinais de infecção:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="text"/>
Conhecimento:	<input type="text"/>
VIGILÂNCIA:	<input type="text"/>
REMOÇÃO - Nº acessos removidos:	<input type="text"/>
Motivo de remoção:	<input type="text"/>

APÊNDICE VI

Plano de Sessão de Formação: ***Cuidados com a
pessoa com cateter venoso periférico***



PLANO DE SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem seguros ao doente com cateterização venosa periférica **População Alvo:** Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital de S. Francisco Xavier, CHLO

Prelectores: Tiago Daniel Nunes Soares e Enfermeiro Pedro Ribeiro **Local de Realização:** Sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral do Hospital de S. Francisco Xavier, CHLO

Data: 18/01/2012

Tempo previsto: 60 Minutos.

Objectivo Geral: Promover o *Patient Safety* pela prestação de cuidados de enfermagem seguros no âmbito da prevenção e controlo das IACS.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AValiaÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar das “Recomendações em prevenção e controlo de infecção no doente com cateterização periférica”; - Apresentar os resultados das auditorias de observação da cateterização venosa periférica (estudo realizado pelo Enfermeiro Pedro Ribeiro); - Promover a reflexão crítica acerca da prática de cuidados seguros no âmbito do “patient safety”; - Promover a formação contínua dos enfermeiros e a discussão de oportunidades de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem relacionados com a cateterização venosa periférica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Noções básicas acerca do <i>Patient Safety</i>; 2. Recomendações em prevenção e controlo de infecção no doente com cateterização periférica; 3. Resultados de auditorias de observação de procedimento (Enfermeiro Pedro Ribeiro); 4. Reflexão crítica sobre a prática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo oral - Resposta às questões colocadas - Discussão/reflexão com os intervenientes da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico: sala de formação - Material: computador portátil e ecrã de apresentações 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação, durante a sessão, do nível de compreensão dos intervenientes acerca dos assuntos abordados.

APÊNDICE VII

Sessão de Formação: ***Cuidados com a pessoa com cateter venoso periférico***



Cuidados com a Pessoa com catéter venoso periférico

RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO

Apresentado à Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral

Estudo de adesão às recomendações para prevenção e controlo da infecção associada a catéter venoso periférico realizado pelo Enfermeiro Pedro Ribeiro

Sob Orientação de:
Professora Doutora Helena José

e

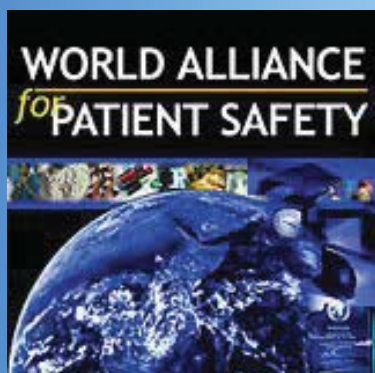
Enfermeira Especialista Ana Paula António

Aluno:

Tiago Daniel Soares
(n.º 192010064)

18 de Janeiro de 2012

Patient Safety



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

- Mobilizar esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados de saúde para as pessoas.
- A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efectivos e eficientes.

© World Health Organization 2011

Patient Safety



 The Joint Commission
Accreditation
Hospital

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

Precauções Básicas

- Cumprir os 5 momentos da higiene das mãos com preferência para o uso da solução alcoólica (Categoria IA)
- Manter a técnica asséptica durante a inserção e manutenção do CVP (Categoria IB)

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

Seleção do cateter a utilizar

- Seleccionar o cateter com base no objectivo da sua colocação, o tempo de utilização, as complicações conhecidas (flebitis e infiltração), e a experiência individual do profissional. (Categoria IB)
- Não é recomendado o uso de agulhas de aço para administração de fluidos ou medicação que possam causar necrose dos tecidos, no caso de extravasar. (Categoria IA)
- Dar preferência à utilização de cateteres de teflon, silicone ou de poliuretano.
- Considerar o uso de cateteres venosos periféricos de longa duração I I quando se prevê uma duração da terapêutica intravenosa superior a 6 dias. (Categoria II)

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

Seleção do local de inserção do cateter

- Em adultos, colocar preferencialmente o cateter venoso periférico no membro superior não dominante, tendo sempre em consideração possíveis alterações circulatórias do mesmo (fístulas arteriovenosas ou mastectomia). Os locais mais comuns para punção venosa periférica incluem: dorso da mão, antebraço, região cubital e braço. (Categoria II)
- Mudar um cateter inserido num membro inferior para um membro superior assim que possível. (Categoria II)
- Em doentes pediátricos inserir o cateter venoso periférico no couro cabeludo, mão ou pé. (Categoria II)

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

INSERÇÃO

- Higienizar as mãos (Categoria IA)

- Usar luvas limpas. Usar luvas estéreis se houver necessidade de palpar o local de punção, após a aplicação do antisséptico (Categoria IC)

- Proceder à antissépsia da pele de preferência com clorhexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%. Em doentes com hipersensibilidade conhecida à clorhexidina, utilizar iodopovidona ou álcool isopropílico a 70% (Categoria IB).

- Não existe recomendação para a segurança ou eficácia do uso da clorhexidina em crianças de idade inferior a 2 meses (Questão Não Resolvida).

- Deixar secar o antisséptico (Categoria IB)

- Retirar as luvas

- Higienizar as mãos (Categoria IA).

- Não aplicar antimicrobianos ou antissépticos no local de inserção do cateter (Categoria IB).

- Usar um penso de gaze ou transparente semi-permeável e estéril no local de inserção do CVP (Categoria IA).

- Registrar a data, hora, tipo de catéter e local de punção (Categoria II).

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

MANUTENÇÃO

- Todas as manipulações do catéter e sistemas devem ser feitas com técnica asséptica (Cat. IA).

- Usar um penso de gaze ou transparente semi-permeável e estéril no local de inserção do CVP (Cat. IA).

- Em doentes diaforéticos ou com hemorragia no local da punção utilizar penso de gaze (Cat. II).

- Avaliar diariamente o local de inserção do cateter, por palpação de um penso de gaze ou por inspeção de um penso transparente. Os pensos de gaze não devem ser removidos se o doente não apresentar sinais clínicos de infecção (Cat. II).

- Se o doente apresenta edema, dor, inflamação no local de inserção, febre sem fonte óbvia ou outras manifestações sugestivas de infecção, é necessário remover o penso para visualizar o local e ponderar a substituição do cateter (Cat. IB).

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

MANUTENÇÃO (cont.)

- Os pensos dos cateteres periféricos não devem ser mudados antes das 96 horas (data da rotação do local de inserção do cateter) excepto se visivelmente sujos, descolados ou húmidos (Cat. IB)
- Não molhar o cateter de modo a evitar o risco de infecção pela presença de um meio húmido. O cateter e as conexões devem ser protegidos com uma cobertura impermeável durante o duche (Cat. IB).
- **Verificar sempre a permeabilidade do cateter antes de administrar terapêutica. Não forçar a entrada de qualquer solução. Reduzir ao mínimo possível a manipulação dos cateteres.**
- Substituir sistemas de administração e conexões em intervalos não inferiores a 96 horas, excepto se houver suspeita de infecção (Cat. IA)

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

MANUTENÇÃO (cont.)

- Garantir que todos os componentes do sistema são compatíveis para minimizar fugas e roturas (Categoria II)
- Substituir sistemas de administração de sangue, hemoderivados ou emulsões lipídicas até às 24 horas de início da infusão (Categoria IB)
- Substituir os sistemas utilizados para a administração do Propofol a cada 6 a 12 horas, aquando da mudança da perfusão (Categoria IA)
- **Desinfectar o local de inserção do sistema (diafragma dos frascos ou conexões) com álcool a 70% ou clorhexidina, desde que o material seja compatível (Categoria IA).**
- Evitar o uso de cateteres venosos periféricos para a administração de solutos hiperosmolares ou alimentações parentéricas.
- Não proteger as conexões com compressas.
- **Encorajar os doentes a manifestar qualquer alteração/desconforto no local de inserção do CVP (Categoria II).**

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

SUBSTITUIÇÃO / REMOÇÃO DO CATETER

- Em adultos, substituir os cateteres venosos periféricos de curta permanência, e rodar o local de inserção em cada 96 horas, para minimizar o risco de flebite. Se os acessos venosos são limitados e não são evidentes sinais de flebite ou infecção, o catéter pode permanecer por períodos de tempo mais longos, sendo avaliado o doente e o local de inserção com maior frequência (Categoria IB)
- Em doentes pediátricos, manter a cateterização periférica até completar a terapêutica intravenosa excepto se ocorrer alguma complicação (Categoria IB).
- Remover os cateteres venosos periféricos quando o doente apresenta sinais de flebite no local de inserção (calor, rubor, eritema, cordão venoso à palpação) ou quando há sinais de mau funcionamento (Categoria IB).

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

**Apresentação dos resultados do
Estudo de Adesão às
Recomendações de Prevenção e
Controlo da infecção
realizado pelo
Enfermeiro Pedro Ribeiro**

ENFERMEIRO PEDRO RIBEIRO
REALIZADO PELO
CONTROLO DA INFECÇÃO

Pedro Ribeiro | 18 de Janeiro de 2012

DISCUSSÃO / REFLEXÃO ACERCA DOS RESULTADOS

Propostas de mudança de procedimentos

- Cumprimento dos cinco momentos da higiene das mãos preconizados pela OMS:
 - Preferência para a fricção com SABA (sterilium®)
 - Lavagem com água e sabão apenas quando as mãos se encontram visivelmente sujas;
- Utilização de Clorexidina 2% em Alcool Isopropílico 70% (skin-prep) como antisséptico de eleição;
- Registo em todos os turnos no processo clínico do doente (inserção, manutenção e remoção);
- Gestão eficiente dos recursos disponíveis (Bionecteur®/Obturadores).

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

REGISTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Descrição	Valor
INserÇÃO - Motivo:	<input type="text"/>
Nº de vias:	<input type="text"/>
Local da punção:	<input type="text"/>
Calibre:	<input type="text"/>
Colheita de sangue:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="text"/>
Ensinar sobre prevenção de infeção:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="text"/>
Ensinar sobre sinais de infeção:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="text"/>
Conhecimento:	<input type="text"/>
VIGILÂNCIA:	<input type="text"/>
REMOÇÃO - Nº acessos removidos:	<input type="text"/>
Motivo de remoção:	<input type="text"/>

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

Algarve: Idoso esteve internado no Hospital e foi mandado para casa com cateter



e foi

Aguilha deixada no braço

"Avisei que tinha alguma coisa no braço, mas ninguém ligou", diz [redacted], de 74 anos, que esteve internado no Hospital do [redacted] e foi mandado para casa com um cateter introduzido num braço. A família já apresentou reclamação no hospital.

05 Janeiro 2012 👍 Nº de votos (6) 💬 Comentários (4)

Por: José Carlos Eusébio com R.P.G.

 Gosto  10 pessoas gostam disto.

 Tweet 2

O idoso, residente em [redacted], já sofreu dois AVC e está fisicamente debilitado. No dia 1, sofreu uma queda em casa, tendo sido transportado para o hospital. Recebeu alta ao final da tarde de dia 2. "Só na manhã seguinte, quando uma funcionária do serviço de apoio domiciliário lhe prestava cuidados de higiene, é que verificou que ele tinha uma agulha espetada no braço", relata o filho, [redacted], que diz estar "revoltado com o sucedido".

O filho dirigiu-se na terça-feira ao hospital e apresentou queixa no Livro de Reclamações. Entregou ainda cópias de fotografias que tirou ao cateter introduzido no braço do pai. "Espero que sejam apuradas responsabilidades, para que não aconteça a mais ninguém o que aconteceu ao meu pai", diz [redacted].


O CM contactou ontem o hospital, mas só hoje deverá ser tomada uma posição sobre o assunto.



[redacted] diz que avisou que tinha alguma coisa no braço

Tamanho Letra A- A+


 Enviar


 Imprimir

 Partilhar

 Comentar

 Ler Comentários

 Lida 3858

 Gostou desta notícia? Sim Não

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012

**OBRIGADO PELA
VOSSA ATENÇÃO!**

Tiago Soares | 18 de Janeiro de 2012



Cuidados com a Pessoa com catéter venoso periférico

RECOMENDAÇÕES PARA A
PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO

Apresentado à Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral

Estudo de adesão às recomendações para prevenção e controlo da infecção associada a catéter venoso periférico realizado pelo Enfermeiro Pedro Ribeiro

Sob Orientação de:
Professora Doutora Helena José
e
Enfermeira Especialista Ana Paula António

18 de Janeiro de 2012

Aluno:
Tiago Daniel Soares
(n.º 192010064)

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Sessão de Formação:
***Recomendações para a prevenção e controlo da
infecção associada a CVP***



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Declaração

Tiago Soares participou como prelector na sessão de Formação em Serviço sobre "Recomendações para a Prevenção e Controlo da Infeção associada à Cateterização Venosa Periférica", promovida pelo Serviço de [REDACTED] no dia 4 de Novembro de 2011, com duração de 1 hora e 30 minutos.

Lisboa, 8 de Novembro de 2011

A Direcção de Enfermagem

Lurdes Escudeiro
Enfermeira Chefe
Adjunta do Director de Enfermagem

ANEXO II

Certificado de Sessão de Formação: ***Cuidados com a pessoa com cateter venoso periférico***



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Declaração

Pedro Alexandre Martins Ribeiro e Tiago Daniel Nunes Soares participaram como preletores nas Sessões de Formação em Serviço sobre "Cuidados com a pessoa com cateter venoso periférico", promovidas pelo Serviço de Urgência nos dias 18 e 19 de Janeiro de 2012, com duração de 30 minutos cada.

Lisboa, 20 de Janeiro de 2012

A Direcção de Enfermagem


João Fernandes
Director de Enfermagem

ANEXO III

Certificado de participação na Sessão de Formação:
Check-list do transporte secundário



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

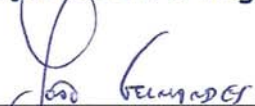
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Declaração

Tiago Daniel Nunes Soares esteve presente na sessão de Formação em Serviço "Check-list do transporte secundário" promovida pelo Serviço de Urgência Geral no dia 23 de Novembro de 2011, com duração de 1 hora.

Lisboa, 23 de Novembro de 2011

A Direcção de Enfermagem



João Fernandes
Director de Enfermagem

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa

NIF: 507618319

Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação nº 028/08-11-2000. Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde

Renovação da Acreditação até 31 de Dezembro de 2011.

ANEXO IV

Certificado de participação na Sessão de Formação:
***Via Verde Trauma: qualidade na abordagem da
vítima***



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

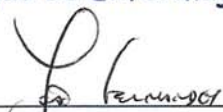
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Declaração

Tiago Daniel Nunes Soares esteve presente na sessão de Formação em Serviço sobre "Via Verde Trauma: Qualidade na abordagem da vítima" promovida pelo Serviço de Urgência Geral no dia 15 de Dezembro de 2011, com duração de 1 hora.

Lisboa, 16 de Dezembro de 2011

A Direcção de Enfermagem



João Fernandes
Director de Enfermagem

ANEXO V

Certificado de participação na Sessão de Formação:
Consentimento para os cuidados de saúde



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Declaração

Tiago Daniel Nunes Soares esteve presente na sessão de Formação em Serviço sobre "Consentimento para os cuidados de saúde" promovida pelo Serviço de Urgência, no dia 11 de Janeiro de 2012, com duração de 30 minutos.

Lisboa, 20 de Janeiro de 2012

A Direcção de Enfermagem


João Fernandes
Director de Enfermagem

ANEXO VI

Certificado de participação na Sessão de Formação:
***Abordagem terapêutica no Síndrome Coronário
Agudo***



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

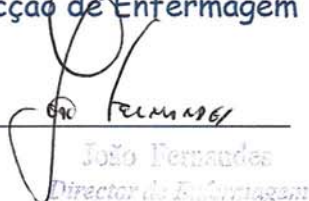
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Declaração

Tiago Daniel Nunes Soares esteve presente na sessão de Formação em Serviço sobre "Abordagem terapêutica no Síndrome Coronário Agudo" promovida pelo Serviço de Urgência Geral no dia 15 de Dezembro de 2011, com duração de 1 hora.

Lisboa, 19 de Dezembro de 2011

A Direcção de Enfermagem



João Fernandes
Director de Enfermagem

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa

NIF: 507618319

Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação nº 028/08-11-2000. Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde

Renovação da Acreditação até 31 de Dezembro de 2011.