



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Catarina Vicente de Sousa Almeida

Porto, março 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERNSHIP REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Catarina Vicente de Sousa Almeida

Sob orientação da Prof^a Doutora Maria Amélia Ferreira

Porto, março 2024

RESUMO

O presente trabalho pretende descrever o percurso de estágios realizados em dois contextos: Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana, no período de 04 de setembro de 2023 a 16 de dezembro de 2023, num total de 360 horas de contato.

A metodologia utilizada para a concretização do relatório é a metodologia descritiva, analítica e reflexiva, que me permitiu através de uma forma narrativa e detalhada descrever as experiências vividas, os problemas encontrados, as dificuldades sentidas e os ganhos obtidos durante a realização dos estágios.

Este documento tem como finalidade relatar e descrever as experiências vividas na prática de cuidados, as atividades desenvolvidas e os contextos em que foram realizados, analisá-las e refletir de que modo contribuíram para o desenvolvimento de saberes e competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

O ganho obtido com a realização dos estágios refletiu-se ao nível das equipas multidisciplinares com os quais tive contato, pela partilha e troca de experiências e saberes, aperfeiçoamento e aquisição de competências, levando assim à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Palavra-Chave: Enfermagem, Cuidado, Doente Crítico

ABSTRACT

This work aims to describe the course of internships carried out in two contexts: intensive medicine service and Infection Control and Antimicrobial Resistance Service, in from September 4th to December 16th, 2023, in total of 360 contact hours.

The methodology used to describe the report was the descriptive, analytical, and reflective methodology, which allowed, through a narrative and detailed way, to describe the experiences lived, the problems encountered, the difficulties experienced, and the gains obtained during the internships.

This document aims to report and describe the experiences lived in the practice of care, the activities developed and the contexts in which they were carried out, analyze them, and reflect on how they contributed to the development of specialized and skills in medical-surgical nursing in the care of people in critical situations.

The gains obtained from carrying out the internships were reflected at the level of multidisciplinary team's whit which I had contact, through the sharing and exchange of experiences and knowledge, improvement, and acquisition of skills, thus leading to an improvement in nursing care provided.

Keywords: Nursing, Care, critically ill

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.

“Florence Nightingale”

AGRADECIMENTOS

Este documento é culminar de caminho pessoal de muito esforço e dedicação, num trabalho muito vezes solitário, mas também partilha com diversas pessoas que, de diversas formas ajudaram para que realizasse.

Por isso, não poderia deixar de agradecer a todas essas pessoas, que sem elas não seria possível percorrer este caminho difícil.

À Prof. Doutora Amélia Ferreira e aos tutores que partilharam comigo os seus conhecimentos. Obrigada pelo acompanhamento, disponibilidade e também pelo encorajamento e apoio nos momentos difíceis.

Aos meus colegas de Mestrado que proporcionaram um ambiente maravilhoso, formando um grupo de partilha de experiências pessoais que me enriqueceram muito. Em especial quero agradecer a todos aqueles que estiveram sempre disponíveis para me ajudar.

A todos, o meu muito obrigada!

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento dos Centros de Saúde
AO	Assistente operacional
ARS	Administração Regional de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
EPC	Enterobacteriaceas Produtoras de Carbapenemases
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPI	Equipamento de Proteção Individual
IACS	Infeção Associada a Cuidados de Saúde
MMR	Microrganismo Multirresistente
MRSA	<i>Staphylococcus Aureus Resistentes a Meticilina</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAPA	Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PNCI	Plano Nacional de Controlo de Infeção
PNSD	Plano Nacional para a Segurança do Doente
POPCI	Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SCIRA	Serviço de Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobiana
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
VE	Vigilância Epidemiológica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ABORDAGEM DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PRÉVIO	17
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA	17
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	19
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	19
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS	21
3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	23
3.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	23
3.2. COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANOS 29	29
4. VIVÊNCIA DE ENFERMAGEM EM DUAS REALIDADES DIFERENTES: PORTUGAL E SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	35
5. CONCLUSÃO	39
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
7. APÊNDICES	43
7.1. APÊNDICE I - APRESENTAÇÃO SMI: VIVÊNCIA DE DUAS REALIDADES ..	45
7.2. APÊNDICE II - COMUNICAÇÃO COM O DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA .	59
7.3. APÊNDICE III - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO CCIRA	69
7.4. APÊNDICE IV - PROJETO: ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO	73

INTRODUÇÃO

No âmbito do 16º curso de Mestrado de Enfermagem em Enfermagem Médico-cirúrgica do ano letivo de 2022/2023, na Universidade Católica Portuguesa do Porto, surge o presente relatório que pretende descrever e analisar o percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, de forma crítica e reflexiva, o qual decorreu em contexto de Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana de um hospital de grande Porto, sob a orientação de um professor da Universidade Católica Portuguesa do Porto no período de Maio a Dezembro de 2023.

Destaco deste percurso o desenvolvimento de competências no domínio da dinamização de resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, o desenvolvimento e consolidação de competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção e resistência antimicrobiana e da responsabilidade profissional, ética e legal, no respeito pela individualidade de pessoa, pelas suas crenças e valores, onde as inquietações e reflexões foram estratégias utilizadas para manter o foco da minha prática na humanização dos cuidados de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. (OE, 2018).

Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente complexos e exigem uma continuidade de observação e colheita de dados, que permitam a deteção precoce de complicações, por forma a conseguir a intervenção precisa, concreta, eficiente em tempo útil (OE, 2018).

Compete ao enfermeiro especialista “maximizar as intervenções na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de resposta em tempo útil e adequado” (OE, 2018), o que reforça a pertinência da opção, procurando assim adquirir competências no sentido de ajudar a prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e suas

respetivas complicações. A pertinência da escolha refere-se à necessidade de desenvolver competências, conhecimento e estratégias para a prevenção e contenção das IACS.

Medicina intensiva é uma área multidisciplinar da ciência médica dedicada especificamente à prevenção e tratamento da doença aguda, potencialmente reversível, em doentes com falência estabelecida ou iminente de um ou vários órgãos vitais (Administração central do sistema de saúde 2019).

As IACS são situações clínicas resultantes de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos ou das suas toxinas, sem que haja evidência de que a infeção esteja presente ou em fase de incubação, no momento de internamento (DGS, 2009).

As IACS constituem um problema de saúde, com elevados custos associados e elevada taxa de morbilidade e mortalidade (Pina et., 2010).

Embora este relatório se refere maioritariamente as competências desenvolvidas na prática clínica no contexto da unidade curricular mencionada anteriormente, o meu percurso iniciou com o estágio no serviço de urgência, correspondente a unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”.

A metodologia utilizada para a concretização do relatório é a metodologia descritiva, analítica e reflexiva, que permitiu descrever de forma detalhada as experiências vividas, as situações - problemas encontradas, as soluções e dificuldades sentidas durante a realização dos estágios.

Este documento tem como finalidade relatar e descrever as experiências vividas na prática de cuidados, as atividades desenvolvidas e os contextos em que foram realizadas, analisá-las e refletir de que modo contribuíram para o desenvolvimento de saberes e competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa em situação crítica.

1. ABORDAGEM DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PRÉVIO

1.1. Serviço de urgência

O serviço de urgência do hospital onde se realizou o estágio, integra o departamento de emergência e medicina intensiva e tem como principal missão o diagnóstico e orientação dos doentes agudos e tem como última finalidade a alta ou internamento. Funciona 365 dias por ano e 24 horas por dia, os recursos humanos são distribuídos em horário rotativo de modo a assegurar o serviço durante 24 horas. O serviço de urgência integra uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos de clínica geral, médicos especialistas, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de eletrocardiografia e técnicos de limpeza. Tem sempre a entrada do serviço de urgência um agente da PSP (Policia de Segurança Pública), que dá apoio a todo o hospital. Quanto as especialidades medicas existentes a salientar são: clínica geral, ortopedia, cirurgia, ginecologia/obstetrícia, medicina interna (esta através de pedido de colaboração), neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologia, estas três últimas existem apenas durante o dia, a noite os doentes são transferidos para outra instituição que possa dar resposta. O serviço encontra-se dividido em diversas áreas que se comunicam entre si para o cuidado do doente crítico.

Algo que pude constatar durante o estágio no serviço de urgência é o imenso espírito de equipa entre os enfermeiros, os médicos e os assistentes operacionais.

Segundo Motta, 2001, o trabalho em equipa é essencial para que exista qualidade e eficiência na assistência em saúde.

Durante o estágio pude visualizar as principais intervenções de enfermagem que são realizadas no serviço de urgência na qual também colaborei tais como: inserir cateter venoso periférico, administração de medicação por via endovenosa, administração de medicação por via oral, administração de medicação por via intramuscular, colheita de

sangue, inserir cateter vesical, colheita de urina, colheita de hemocultura, administração de medicação por via inalatória, entre outras.

Algo também importante no serviço de urgência a ter em conta é saber lidar com a ansiedade do doente e também da família pois estão a passar por processo agudo e às vezes repentino. À que procurar uma humanização de cuidados através de estratégias de comunicação.

A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental e constitui um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Thomas, 2006; Ramos, 2004).

Com este estágio no serviço de urgência tive oportunidade de desenvolver competências e alargar o leque de conhecimento no âmbito do doente crítico. Contribuiu também para o desenvolvimento pessoal e profissional e foi muito enriquecedor apesar de pouca experiência nesta área.

A enfermagem é uma profissão desafiadora e complexa que envolve muito mais que os processos de doença. O enfermeiro tem de lidar com as reações por parte do doente e das famílias aos problemas de saúde reais ou potenciais.

As reações com que o enfermeiro se depara abrangem um conjunto de emoções, sentimentos, sintomas e manifestações. No ambiente de urgência o enfermeiro tem de recorrer a uma abordagem de resolução de problemas em muito pouco tempo para tomar decisões de vida ou morte em relação aos doentes.

A prestação de cuidados no serviço de urgência foi uma realidade nova. O cuidar a pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, exige ao enfermeiro especialista face à complexidade, respostas necessárias que mobilize conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma adequada (Regulamento nº 429/2018). Neste sentido, experienciei algumas limitações iniciais pelo desconhecimento da estrutura física do serviço, localização de dispositivos e materiais, dinâmica do serviço, nomeadamente na intervenção nas salas de emergência e também pelo contato com novos procedimentos, técnicas e equipamentos tecnológicos.

Com este estágio no serviço de urgência tive a oportunidade de desenvolver competências e alargar o leque de conhecimento no âmbito do doente crítico. Contribuiu também para o desenvolvimento pessoal e profissional, foi muito enriquecedor apesar da minha pouca experiência nesta área.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

2.1. Caracterização do serviço de medicina intensiva

O primeiro contexto de estágio e relatório final foi realizado num serviço de Medicina Intensiva.

O Serviço de Medicina Intensiva é caracterizado como sendo uma unidade de cuidados intensivos polivalente com camas de nível II e III reservadas à pessoa em situação crítica. Recebe as pessoas vindos do serviço de urgência que são admitidos na sala de emergência, do bloco operatório recebe os doentes que necessitam de uma vigilância mais apertada e ainda os doentes que são transferidos de outros centros hospitalares que tem este hospital como referência. Pode também receber os doentes transferidos de outras instituições de saúde que pertencem a esta área de residência.

O trabalho que se realiza no serviço de medicina intensiva prima pelos cuidados especializados e de alta complexidade.

O serviço de medicina intensiva está estruturado com duas alas (SMI 1 e SMI 2). Aquando da pandemia Covid-19 houve uma reestruturação, tendo vinte e uma camas, mas neste momento estão disponíveis catorze camas. O SMI 1 é um *open space* com dez unidades para doentes, duas unidades são quartos de isolamento com antecâmaras e pressão negativa/positiva e as restantes unidades estão separadas por cortinas. No SMI 2, com onze quartos todos com antecâmaras. Estes quartos são pressurizados com pressão negativa. Existem dois quartos com sistema de pressão negativa/positiva para o isolamento de proteção máxima. Cada unidade tem equipamentos necessários para os cuidados ao doente crítico e hemodinamicamente instáveis.

O serviço de medicina intensiva possui uma equipa multidisciplinar composta por médicos de medicina intensiva, equipa de enfermagem de excelência, os assistentes operacionais e uma assistente técnica.

O trabalho da equipa de enfermagem é distribuído por três turnos: Manhã - 8h às 14.30h; Tarde - 14h às 20.30h e Noite – 20h às 8.30h do dia seguinte, com um enfermeiro

para dois doentes, num total de sete para quatorze doentes. Quanto ao trabalho dos AO durante o dia estão escalados quatro e durante a noite três.

Quanto a estrutura física, o serviço de medicina intensiva tem duas copas, uma em cada ala; uma sala de equipamentos em stock, uma sala de sujos no SMI 1 e SMI 2, um gabinete de enfermeira chefe e subchefe, quatro gabinetes médicos, uma sala de reuniões, dois armazéns para fármacos, dois vestiários com cacifos e casas de banho e chuveiros e uma miniesplanada.

A sala de trabalho de enfermagem é uma área aberta que permite a visualização dos doentes. O SMI 2 que é fechada essa visualização é feita através das câmaras (que não filmam, mas apenas mostram a imagem da pessoa) que existem nos quartos com ligação a um ecrã onde podemos ver tudo o que acontece no quarto e também acompanhar todos os movimentos dos doentes. Ali se prepara a medicação, faz a passagem de turno; há vários computadores para o registo de enfermagem.

Em cada turno, há um enfermeiro responsável ao qual cabe assumir as competências que lhe são delegadas pela enfermeira chefe e gerir os cuidados de enfermagem. A transmissão de informação associada aos cuidados de saúde no SMI é feita de acordo com a metodologia ISBAR em dois momentos, um apanhado geral de todos os doentes e a passagem de informação integral de cada doente ao enfermeiro responsável pelo doente durante o turno e informação acerca da segurança, com ênfase na segurança do doente.

ISBAR é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS 2017). É uma auxiliar da memória, que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que: I – corresponde à identificação; S – à situação atual; B – aos antecedentes; A – à avaliação e R – à recomendação

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (PNSD – 2021-2026).

Na minha passagem no serviço de medicina intensiva, pude verificar que os profissionais que lá trabalham são de excelência, muito empenhados no desenvolvimento do saber para melhor cuidar. A equipa multidisciplinar no seu funcionamento guia-se pelos valores da qualidade e humanização no atendimento do doente e suas famílias, pelo respeito e cortesia profissional e o trabalho em equipa.

Presenciei o empenho que cada profissional coloca na procura continua da melhoria de cuidados a prestar ao doente. A alta tecnologia aliada a eficiência nas práticas de enfermagem foi o que senti e experimentei no tempo em que passei no serviço de medicina intensiva.

2.2. Caracterização da comissão de controlo de infeção e resistência a antimicrobianos

O Serviço de Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobianos (SCIRA) está situado no espaço reservado ao funcionamento das comissões hospitalares no Piso -1 do hospital, tem as condições adequadas ao seu funcionamento: um secretariado, gabinete, sala de reuniões e espaço próprio para arquivo e todo o material necessário.

É constituído por uma equipa multidisciplinar de acessória técnica de apoio à gestão com missão de planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção (POPCI).

O SCIRA tem carácter técnico, executivo, multidisciplinar, representativo e ajustado à instituição que enquadra os serviços diferenciados e os primários os quais funcionam em estreita colaboração com o hospital, tanto a nível organizacional como a nível de referência e encaminhamento dos doentes.

O concelho administrativo é que aprova o regulamento interno do SCIRA, o qual deve definir a composição, atribuição dos diversos membros.

3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo abordo o desenvolvimento das competências, tendo em conta os objetivos que defini no projeto do estágio e as competências do enfermeiro especialista definida pela Ordem dos Enfermeiros.

3.1. Serviço de medicina intensiva

A Ordem dos enfermeiros (2018), define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente complexos e exigem uma continuidade de observação e colheita de dados, que permita a deteção precoce de complicações, por forma a conseguir a intervenção precisa, concreta, eficiente em tempo útil (OE, 2018). Tendo em consideração isto, a Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de competências que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – pessoa em situação crítica deve adquirir e agrupa-se em três domínios, que são: cuidado a pessoa e/ou família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência antimicrobiana, na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequado (OE,2018).

Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar:

O trabalho em equipa é definido como sendo um processo no qual dois ou mais indivíduos com as habilidades complementares mantém o empenho para realizar ações

de maneira cooperativa e interdependente para atingir um objetivo em comum que neste caso é a melhoria da qualidade do cuidado à pessoa.

Desde o primeiro dia adotei uma postura de abertura e humildade de quem veio para aprender e adquirir conhecimentos num mundo de total desconhecimento no percurso profissional. Os meus tutores foram excelentes na maneira como me integraram na dinâmica do trabalho no serviço de medicina intensiva, passaram informações importantes que me ajudaram a fazer um caminho de aprendizagem ao longo do estágio. O serviço de medicina intensiva possui uma equipa multidisciplinar com uma dinâmica relacional muito boa o que facilita a aprendizagem de quem chega.

Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica:

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo as complicações e limitando incapacidade, tendo em vista a recuperação total da pessoa (Regulamento nº 124/2011).

O cuidado à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é o centro da atuação de enfermeiro especialista.

A mnemónica ABCDE está padronizada para a avaliação inicial à pessoa em situação crítica. Ela define prioridades na abordagem, bem como a deteção precoce de lesões que a pessoa em risco iminente de morte. Também pode ser retomada no exame secundário durante a monitorização dos sinais vitais. Esta avaliação deve ser realizada na seguinte ordem: A (Airways) – Via aéreas com controlo da coluna cervical; B (Breathing) – Respiração e ventilação; C (Circulation) – Circulação com controlo de hemorragia; D (Disability) – Estado neurológico; E (Exposure) – Exposição e controlo de temperatura (Rodrigues, Santana & Galvão, 2017). Esta mnemónica ABCDE, torna a avaliação da pessoa em situação crítica completa e permite que seja feita de uma forma mais rápida, diminuindo assim a perda de tempo. Esta avaliação primária pode ser feita em minutos (Howard & Steinman, 2011). O cuidado à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é o centro de atuação do enfermeiro especialista

Ao longo do estágio tive a oportunidade de cuidar o doente com entubação endotraqueal aspiração de secreções ao doente com traqueostomia. Um doente com entubação endotraqueal antes de iniciar o cuidado de higiene e conforto, à que verificar

alguns pontos essenciais como a pressão do cuff, conteúdo gástrico e higiene da boca, para assim prevenir as infeções associada aos cuidados de saúde. Pude verificar que a equipa de enfermagem aliada aos médicos identificam a necessidade frequente em ter uma palavra de estímulo e assim diminuir a ansiedade sentido pelo doente e seus familiares. Verifiquei também a preocupação dos enfermeiros em fornecer informações importantes que garantam um certo controlo sobre a situação.

Sendo uma área complexa, exigente e totalmente nova no meu percurso profissional, fui procurando investigar para assim adquirir algum conhecimento e prestar cuidados à pessoa que possui ventilação mecânica invasiva, entubação endotraqueal entre outras.

Atuar na prevenção e controlo de infeção em resposta as necessidades da pessoa que necessita de cuidados de enfermagem no serviço de medicina intensiva:

A infeção associada aos cuidados de saúde é uma situação clínica que resulta de reações orgânicas de agentes infecciosos e das suas toxinas, adquiridas em consequência dos cuidados e procedimentos prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício das atividades.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), agravam o prognostico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade. (DGS 2017)

As precauções básicas de controlo de infeções (PBCI) traduzem regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e transmissão cruzada e incide sobre dez padrões de qualidade tais como:

- 1- A avaliação individual do risco de infeção na admissão dos doentes e colocação/isolamento dos doentes;
- 2- A higiene correta das mãos;
- 3- Etiqueta respiratória;
- 4- A utilização de equipamento de proteção individual (EPI);
- 5- Descontaminação do equipamento clínico;
- 6- Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
- 7- Manuseamento seguro da roupa;
- 8- Gestão adequada dos resíduos;
- 9- Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;

10- Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho. (DGS 2017).

Quando existe suspeita ou confirmação de infeção ou colonização de doentes com microrganismos problema (multirresistentes ou de fácil transmissão), além das precauções básicas, são aplicadas as precauções de isolamento que se dividem em: isolamento de partícula, isolamento de gotícula e isolamento de contato. Há situações específicas em que se aplica precauções máximas

Tomei conhecimento com vários protocolos de atuação no serviço de medicina intensiva, quanto ao isolamento dos doentes. Quando um doente é admitido no serviço com necessidade de isolamento, coloca-se à entrada da unidade do doente a placa com as devidas precauções a ter ao entrar na unidade, tanto para os profissionais como os familiares. A equipa multidisciplinar está empenhada na busca de um melhor cuidado e assim evitar a propagação da infeção.

Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais:

No âmbito e no domínio da melhoria contínua da qualidade, que são as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, espera-se que este proceda de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes. (Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

A saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.

O ambiente no qual cada pessoa vive e se desenvolve é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam o estilo de vida e se repercutem no conceito de saúde/doença.

Constatee ao longo do estágio no serviço de medicina intensiva como os enfermeiros são pró-ativos na tomada de decisões quanto aos cuidados a prestar ao doente. Fui acompanhando sempre os meus tutores nessas tomadas de decisões. Os

doentes são respeitados na sua privacidade. A preocupação pelo bem-estar do doente é notória e a família é uma peça fundamental na sua recuperação e por isso procura-se integrar a família no plano das intervenções.

Participar na gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica:

Os doentes críticos internados em cuidados intensivos são sujeitos a inúmeros procedimentos que causam dor. Muitos estão entubados por via endotraqueal, sob ventilação mecânica invasiva e muitas vezes sob sedação sendo difícil, para o enfermeiro, avaliar e controlar o grau da dor. Uma correta avaliação contribui para gestão efetiva dos cuidados e melhor adequação das medidas terapêuticas.

Medidas não farmacológicas de conforto da pessoa na gestão da dor ajudam a promover o conforto e bem-estar. Dentre as medidas não farmacológicas para o conforto realça-se as seguintes:

- Cuidados corporais, entre as quais a limpeza, proteção e hidratação da pele;
- Cuidados com a saúde da boca, procedendo a sua lavagem;
- Cuidados preventivos de lesões de pele e recuperação;
- Posicionamento no leito;
- Assegurar o ambiente tranquilo para o descanso;
- Segurar a mão como toque terapêutico;
- Escutar, falar e compreender;
- Estar presente ou possibilitar a presença de outros, partilhando emoções e silêncios.

Há outras práticas integrativas e complementares que podem ser aplicadas como medidas não farmacológicas para o conforto do doente, como tais: aromaterapia, distração, imaginação guiada, trabalho com humor e riso, massagens terapêuticas, musicoterapia, terapia com aplicação de frio ou calor, posicionamento e alongamento corporal, a reflexologia entre outras (Revis. Enferm., 2013).

Particpei e colaborei na preparação e administração da medicação e também nas medidas não farmacológicas para o conforto da pessoa e gestão da dor, nomeadamente o posicionamento no leito, segurar a mão como toque terapêutico, massagem das zonas de maior pressão, etc. Pude verificar como os enfermeiros do serviço da medicina intensiva estão atentos e preocupados para que a pessoa não esteja em sofrimento.

Participar na gestão de risco no serviço de medicina intensiva:

A lei de base de saúde, aprovada pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, na sua base 1, relativa ao direito à proteção da saúde – em que a segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais – reforça o papel do estado enquanto promotor e seu garante, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), das Administrações Regionais de saúde de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais (PNSD - 2021-2026).

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

O serviço de medicina intensiva tem vários protocolos de atuação sobre os quais são realizadas auditorias. Estas são realizadas por pares, tendo eu tido a oportunidade de participar. As auditorias realizadas no serviço de medicina intensiva são no âmbito do controlo de infeção, ex.: inserção de cateter venoso central, manutenção de cateter venoso central e prevenção de pneumonia associada a intubação. São também realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente e outras. Acho que é positivo este procedimento ajuda a manter os cuidados prestados num grau elevado.

Reconhecer precocemente a instabilidade e risco de falência orgânica e prestar cuidados a pessoa em situação crítica:

O contexto de cuidados intensivos desafia o enfermeiro a interagir com o outro em suas dimensões humanas, existenciais e espirituais, reveladoras de uma nova condição do seu papel no cuidado humano.

Uma atividade que é realizada com muita frequência no serviço de medicina intensiva, é a gasometria arterial, esse exame tem como principal objetivo verificar se as trocas gasosas ocorrem de maneira correta.

Nos doentes com ventilação mecânica invasiva, a gasometria é feita de hora em hora para a verificação da ocorrência das trocas gasosas e é uma competência do enfermeiro do serviço de medicina intensiva. Tive oportunidade de realizar a colheita de sangue na linha arterial para o exame de gasometria e fazer a sua leitura sempre com a supervisão dos meus tutores.

Particpei numa tentativa da extubação do tubo endotraqueal, que não chegou a acontecer pois a doente não acordou como era esperado mesmo depois de se ter suspendido os fármacos anestésicos a doente ainda estava muito sonolenta e só reagia à chamada e por muito pouco tempo.

3.2. Comissão de controlo de infeção e resistência antimicrobianos

De acordo com o Plano Nacional de Controlo de Infeção, aprovado em 2007, integrado na Divisão de Segurança Clínica, da DGS, a principal estratégia de intervenção no controlo das ICAS assentam em três grandes áreas tais como: de intervenção e na vigilância epidemiológica em rede, ou seja, no registo contínuo, análise, interpretação e informação de retorno aos profissionais, e na elaboração e divulgação de normas e recomendações de boas práticas (Manual Operacional PNCI, 2008).

As funções do enfermeiro na SCIRA são de:

1. Supervisionar e monitorizar as boas práticas de enfermagem, técnicas assépticas, incluindo a lavagem das mãos e a aplicação de medidas de isolamento;
2. Notificar prontamente o médico assistente de qualquer evidência de infeção nos doentes do serviço;
3. Limitar a exposição dos doentes a infeções provenientes das visitas, dos profissionais, de outros doentes ou de equipamentos utilizado para o diagnóstico ou tratamento;
4. Garantir a participação na formação na altura de admissão e periodicamente e elaborar temas relacionados com a infeção nas reuniões de serviço;
5. Supervisionar e monitorizar a qualidade da higiene do ambiente no serviço (Manual Operacional PNCI, 2008);
6. Para uma melhor integração foi definido alguns objetivos e atividades para a concretização do estágio;
7. Conhecer os tipos de vigilância epidemiológica disponíveis no contexto de IACS;
8. Identificar os microrganismos mais frequentes e de fácil transmissão durante a prestação de cuidados de saúde;
9. Colaborar na implementação de estratégias para o controlo de microrganismos multirresistentes;
10. Participar nas auditorias aos serviços.

A vigilância epidemiológica é uma ferramenta muito útil para o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), a qual assenta na recolha, no registo contínuo, na análise e na interpretação sistemática de informações sobre doentes e infeções, de modo que se implemente medidas adequadas de prevenção e controlo de infeção. Tem assim como objetivo “controlar diretamente a doença, detetar modificações de padrão/medidas de prevenção, identificar práticas que possam originar IACS, avaliar medidas de controlo e definir prioridades do POPCI (DGS, 2008).

As IACS, são situações clínicas resultantes de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos ou das suas toxinas, sem que haja evidencia de que a infeção esteja presente ou em fase de incubação, no momento do internamento (DGS, 2009).

A vigilância epidemiológica é realizada diariamente que pode ser baseada no doente e inclui contabilizar as IACS, avaliar os fatores de riscos e monitorizar os procedimentos e práticas na adesão aos princípios de controlo de infeção. É necessário para tal, visitas às unidades de internamento e estabelecimento, de uma comunicação dinâmica com os que prestam cuidados de saúde. Também pode ser baseada no laboratório, a detenção é apoiada somente nos resultados das análises, pedidas por rotina, por tanto é inerente à atividade clínica.

No estágio tive oportunidade de colaborar na vigilância epidemiológica, de conhecer os tipos de vigilância disponíveis, de identificar os microrganismos multirresistentes e ainda colaborar na implementação de estratégias para o controlo de microrganismos multirresistentes.

Tomei conhecimento com o sistema de alerta de microrganismos problema, em que diariamente o laboratório comunica os microrganismos alerta e os microrganismos problema, designados VIGIguard, procedendo-se ao registo, à implementação de medidas de acordo com o microrganismo e à respetiva comunicação ao serviço onde está o doente internado. Todos os casos são registados numa base criada no serviço, designada registo MMR, onde todos os profissionais de saúde de ULS podem ter acesso. No caso de isolamento (via aérea, contato, gotícula) é mesmo prescrito no Sclinino.

Colaborei na vigilância epidemiológica diária, através da lista de doentes com isolamento que tiveram no internamento um microrganismo resistente, no controlo das altas doentes em isolamento por EPC (Enterobacteriaceas Produtoras de Carbapenemases): vigilância de doentes em isolamento, na vigilância de doentes com MRSA (Staphylococcus Aureus Resistente à Metilicina) e na vigilância de doentes em alerta MMR (Microrganismo Multi – Resistente). Observei e colaborei na orientação de casos

de doentes com alta, com agente positivo para EPC, com indicação para o isolamento, os quais são reportados para o SCIRA que serão encaminhados para o ARS Norte.

Visita ao ACES (Agrupamento dos Centros de Saúde)

Tomando com base o relatório de Prevalência de Infecção e uso de Antimicrobianos nas unidades de cuidados continuados (DGS 2013) e ainda a norma de DGS sobre PBCI (DGS 2012), foi definido alguns objetivos para a visita a ACES tais como: conhecer a articulação do SCIRA com o ACES; perceber o papel do enfermeiro do SCIRA no ACES; perceber como é realizada a vigilância epidemiológica no ACES; assistir uma auditoria.

Participei na visita ao ACES acompanhada de enfermeira de SCIRA responsável.

A visita, em contexto de auditoria, foi realizada às várias unidades autónomas: Medicina Dentária; Unidade de Hemoterapia;

A enfermeira do SCIRA tem como função realizar a vigilância epidemiológica diária, comunicar os microrganismos alerta e os microrganismos problema, bem como comunicar e informar sobre respetivas medidas de isolamento, precaução e prevenção de transmissão cruzada.

Compete ainda diagnosticar problemas de processo e de estrutura, tendo como base as auditorias, pelo menos anuais em cada centro de saúde.

Compete também a sensibilização para a formação e informação relacionada com o controlo de infeção, com prioridade para épocas sazonais, casos de surtos, entre outros. A formação e informação são programadas de acordo com o levantamento das necessidades. Cada Centro de Saúde, concretamente cada unidade que integra o respetivo centro tem um elo que faz a ponte com o SCIRA, e têm recursos adicionais relacionados com o controlo de infeção em casos de isolamento e surtos.

Pude acompanhar a auditoria a uma unidade de saúde familiar, com base na aplicação de instrumento de processo e de estrutura. Na Medicina Dentária, salientou-se o problema de espaço que é pequeno para realizar o tratamento, sem local para colocar os pertences das pessoas que são atendidas. Na Unidade de Hemoterapia também se depara com o problema de espaço para o armazenamento de material. Numa unidade familiar detetou-se a ausência de informação de etiqueta respiratória e reforçou-se o uso de EPI (equipamento de proteção individual). Numa outra apresentava alguma organização, reforçou-se a necessidade de formação.

Visita à instituição com demonstração do circuito de limpos e sujios

“A existência de resíduos provenientes da prestação de cuidados a seres humanos, incluindo as atividades médicas de prevenção, diagnóstico, tratamento e investigação, constitui um problema de saúde pública e ambiental e determina a crescente atenção na salvaguarda dos efeitos, pelo que o despacho 16/90 de 21 de agosto, definiu normas de organização e gestão dos resíduos hospitalares, aos quais são um contributo válido para esta problemática”. (Despacho 242/96).

Ao efetuar visita à instituição com vista a observação do circuito dos limpos e sujos, verifiquei que estes circuitos estão bem definidos, os resíduos estão bem-acondicionados e fazem um percurso restrito desde a sua recolha até ao seu tratamento, havendo elevadores marcados com fita vermelha, destinados para o transportar resíduos contaminados, onde também se transporta os cadáveres.

Tomei conhecimento ainda do espaço para o armazenamento dos lixos, bem arejados, espaço para lavagem e secagem dos materiais sujos. Os materiais vindos das enfermarias que estiveram em contato com os doentes, primeiramente passam por este espaço onde são lavados e desinfetados.

Concretamente no serviço de ortopedia, observei a existência de uma estrutura e uma organização adequadas, a estrutura das enfermarias e a respetiva unidade do doente, a existência de uma sala para a preparação da medicação, um armazém só para material clínico, uma sala só para os sujos onde é recolhido todo o material vindo das enfermarias, um espaço para a roupa contaminada, lixo contaminado e de risco biológico, quartos de isolamento identificado.

Visita à Central de Esterilização

Tendo como suporte o manual sobre o Processo de Esterilização da ARS (Administração Regional de Saúde) Norte, 2010, pude adquirir algum conhecimento sobre a esterilização e delinear alguns objetivos específicos para a visita à central de esterilização tais como: conhecer a estrutura e funcionamento de uma central de esterilização; identificar os tipos de tratamento que os dispositivos médicos são submetidos; conhecer os circuitos utilizados na central de esterilização; conhecer os métodos de esterilização na central de esterilização; conhecer quais os tipos de agentes esterilizantes utilizados; perceber as funções do enfermeiro na central de esterilização.

Com esta visita percebi que as funções do enfermeiro numa central de esterilização são de coordenação, gestão, supervisão e definição dos circuitos. Quanto à estrutura e funcionamento pude observar que a central de esterilização possui um gabinete onde as

enfermeiras desenvolvem todo o trabalho burocrático e de gestão e dois principais circuitos, circuito de sujos e circuitos de limpos. O circuito de sujos é onde se dá recolha de todo o material sujo e se situa a sala de lavagem e desinfeção. O circuito de limpos é onde se encontra a sala de empacotamento e tratamento dos materiais, as autoclaves, sala de esterilização e sala onde estão armazenados os materiais esterilizados. Visualizei também o empacotamento, a selagem e a colocação de etiquetas no interior das caixas com o nome do responsável, o ciclo, dispositivo, o preenchimento da folha de registo, na qual consta o autoclave, o método, o nº do ciclo e a hora.

Os profissionais que recebem o material no circuito de sujos usam para a proteção individual bata, avental, óculos, luvas e barrete, os que estão no circuito de limpos bata e barrete.

Tomei conhecimento dos métodos de esterilização disponíveis na central de esterilização tais como: o método do vapor, o método do plasma (peróxido de hidrogénio) e o método do óxido de etileno, sendo o método do vapor o mais utilizado visto o que se adequa a maior parte do equipamento. O método óxido etileno não é utilizado por ser tóxico e precisar de arejamento.

Um dispositivo limpo é aquele que está isento de qualquer sujidade, enquanto um dispositivo estéril é aquele que está isento de todos os microrganismos.

Para o controlo do processo de esterilização e sua eficácia é utilizado o teste do autoclave, que testa essencialmente a temperatura e a pressão num determinado tempo; o teste de carga com indicador químico, que testa se toda a carga foi submetida à mesma temperatura e à mesma pressão, durante o mesmo tempo; e também o teste biológico que testa se houve eliminação de todos os microrganismos.

O fato de um processo de esterilização se ter realizado não dá qualquer garantia de que a carga tenha sido processada adequadamente, para isso os indicadores químicos e biológicos ajudam na monitorização dos processos de esterilização.

No controlo de infeção a central de esterilização ocupa um lugar extremamente importante, assegurando uma adequada desinfeção de materiais críticos e semicríticos. Na ULS todo o processo de esterilização (recolha dos dispositivos sujos nas diferentes unidades, lavagem dos dispositivos médicos, inspeção/verificação e lubrificação dos dispositivos médicos, empacotamento, esterilização e entrega) está centralizado, servindo assim todas as áreas de ULS, contribuindo assim para que existam adequadas condições de estrutura, de processo e de resultado.

Visitei também outros serviços em contexto de auditoria interna feita pela enfermeira do SCIRA (Serviço de Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobianos), para o cumprimento das PBCI's (Precauções Básicas de Controlo de Infeções) e boas práticas no qual visualizei que em todos os serviços existem áreas restritas e circuitos de limpos e sujos bem definidos. Estas auditorias baseiam-se em dez critérios de avaliação das PBCI's tais como: colocação dos doentes; higienização das mãos; etiqueta respiratória; utilização de EPI; tratamento do equipamento médico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha seguro de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição de risco no local de trabalho.

Cheguei a conclusão de que estas medidas comportam grandes benefícios práticos a nível da instituição hospitalar, no se refere a prevenção e controlo de infeção através do ambiente.

4. VIVÊNCIA DE ENFERMAGEM EM DUAS REALIDADES DIFERENTES: PORTUGAL E SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Em S. Tomé e Príncipe há um Sistema Nacional de Saúde, que inclui não só os médicos de várias especialidades como também os outros profissionais de saúde tais como os enfermeiros, enfermeiros parteiros, fisioterapeutas, assistentes operacionais, nutricionistas, assistentes sociais, etc... Paralelamente a estes profissionais que formam o sistema de saúde chamado convencional, há os “curandeiros” que as pessoas recorrem a procura de respostas, principalmente quando não obtêm resultados esperados do hospital e dos médicos. E isso é um mal no qual nos deparamos em S. Tomé e Príncipe. Há também os profissionais de medicina tradicional onde são utilizados os remédios caseiros para curar os males.

O Sistema de Saúde de S. Tomé e Príncipe sofre de graves problemas tais como: de natureza estrutural, falta de literacia, contexto de pobreza generalizada, a falta de sensibilização da população para hábitos saudáveis, a incapacidade do estado para garantir formações para os profissionais. O efetivo dos médicos tem vindo a envelhecer o que causa uma grave carência dos médicos nacionais a longo prazo. Debilidades estruturais, a instabilidade política - constante mudança de governos leva ao agravamento da reconstituição do património do Sistema de Saúde em S. Tomé e Príncipe.

A OMS define a literacia em saúde como conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informações de formas que promovam e mantenham boa saúde” (OMS 2016).

Em S. Tomé há um hospital de referência e único que garante os cuidados médicos gerais e especializados a população. Na ilha do Príncipe dispõem também de um hospital que presta cuidados de saúde, mas são evacuados para S. Tomé quando é preciso realizar os exames complementares de diagnóstico, para realizar alguma cirurgia ou mesmo quando está em estado grave.

Temos centros de saúde a nível distrital que prestam cuidados de saúde primários e dispõem de uma equipa constituída por um médico de clínica geral, enfermeiros, técnico de farmácia, técnico de epidemiologia e pessoal auxiliar. Os centros de saúde não dispõem de equipamentos para os exames complementares de diagnóstico (RX, Ecografia, ECG etc.), quando é necessário realizar algum desses exames as pessoas são transferidas para o hospital central que também assegura o internamento dos casos mais graves. Posso mesmo dizer que é o único. Apesar da fragilidade do sistema de saúde há um esforço muito grande dos profissionais em dar resposta as necessidades das pessoas que recorrem ao hospital procurando respostas para o seu problema de saúde.

O hospital dispõe dum serviço de urgência onde é atendido toda a população incluindo as pessoas transferidas da Ilha do Príncipe isto porque os casos mais graves são evacuados para S. Tomé. No serviço de urgência temos uma sala de triagem ainda muito rudimentar pois ainda não chegou a S. Tomé a Triagem Manchester, contudo faz-se uma colheita de dados para assim verificar a gravidade de cada situação e é atribuído um cartão à pessoa que aguarda na sala de espera para ser observado pelo médico. Há uma sala de trauma, pois há muitos acidentes principalmente de motorizada. Não há uma sala de emergência. Há uma unidade de cuidados intensivos com três camas para doentes muito graves e também doentes cirúrgicos. A equipa multidisciplinar que trabalha no serviço de urgência é formada por três médicos quatro enfermeiros e uma assistente operacional e uma catalogadora. As especialidades médicas que existe em S. Tomé são: clínica geral na maior parte, ortopedia, cardiologista, gastroenterologia, medicina interna, cirurgia geral alguns nacionais outros estrangeiros nomeadamente cubanos.

Os médicos que estão no serviço de urgência respondem as chamadas de emergência do serviço de internamento. Pela minha experiência vivida em S. Tomé trabalhei no serviço de medicina geral, os doentes vêm transferidos do serviço de urgência, alguns já sem esperança de cura pois muitas vezes quando recorrem ao hospital a doença já está muito avançada e sem os meios para um diagnóstico adequado só nos resta prestar os cuidados de conforto.

Quando há o agravamento do estado de saúde dos doentes no internamento os enfermeiros atuam mesmo antes da chegada do médico. Quando o médico chega informa-se as intervenções já executadas. Não há equipa de emergência inter-hospital. O sistema de saúde em S. Tomé vive dependente das ajudas externas e os governantes fazem muito má gestão dos financiamentos e recursos materiais vindo dessas parcerias internacionais.

A intenção aqui é não fazer uma comparação entre sistema de saúde em S. Tomé e Príncipe e o Sistema de saúde em Portugal, mas sim mostrar uma realidade muito diferente no qual os profissionais de saúde em S. Tomé apesar da escassez de recursos e de pouco avanço tecnológico procuram dar respostas as necessidades da população, inventando e reinventando formas de responder.

5. CONCLUSÃO

O fato do serviço de cuidados intensivos ser uma área desconhecida no meu percurso profissional e ter muito pouca experiência e conhecimento dos equipamentos e as rotinas fez com que no início do estágio sentisse alguma dificuldade na integração do saber teórico para o saber prático. Neste percurso os meus tutores tiveram um papel preponderante em me acompanhar, incentivando e dando sempre oportunidade de aprendizagem. Ao longo do estágio fui fazendo algumas pesquisas para assim aprofundar conhecimentos na prática de cuidados à pessoa em situação crítica. Pouco a pouco fui me apercebendo da complexidade e quão é exigente ser enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Este estágio contribui para o desenvolvimento de competências na área do cuidado à pessoa em situação crítica. De um modo geral sinto que consegui desenvolver os objetivos a que me propus. Não fiz nenhuma proposta de melhoria no serviço, mas fiz uma apresentação da realidade de cuidados de saúde em S. Tomé e Príncipe.

Com o estágio realizado no SCIRA pude desenvolver competências específicas referentes à prevenção e contenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), referente à implementação de estratégias de melhoria de qualidade, com base no cumprimento das boas práticas.

Durante este estágio pude perceber melhor o papel do enfermeiro no SCIRA, cuja intervenção é fundamental na área de vigilância epidemiológica, na área das normas de boas práticas, na área formação e no papel de assessoria do enfermeiro diretor e dos enfermeiros supervisores e/ou coordenadores de departamentos nas atividades de gestão das unidades de saúde, no que refere à prevenção e controlo de infeção.

O SCIRA é de caráter técnico e coordenação, baseado na formação e informação, com uma dinâmica de funcionamento um pouco desconhecido no meu percurso profissional, por isso surgiu alguma dificuldade no princípio do estágio que foi se resolvendo a medida que a integração se realizava. Tem uma equipa multidisciplinar

muito eficiente e disponível sempre pronta para responder as solicitações e resolver alguma situação que surja referente à prevenção e controlo de infeção.

Adquiri conhecimentos na área de controlo de infeção através de pesquisas que fui realizando, o que ajudará nas atividades profissionais no futuro.

Com este estágio pude concluir que as IACS constituem um problema mundial, onde o enfermeiro tem um papel importante na implementação das estratégias adequadas para a prevenção, controlo e contenção das infeções.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige uma formação estruturada e organizada, de modo a desenvolver competências específicas, para que o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica tenha a máxima eficácia e eficiência. Isso foi uma realidade em todo o meu processo de aprendizagem.

Cuidar diariamente do doente em estado crítico, é uma área complexa, pelo que a realização deste estágio se revelou fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, adquirindo o conhecimento das competências específicas do enfermeiro especialista, que para isso foi necessário realizar pesquisas bibliográficas na área do cuidado ao doente crítico.

Todo o processo de desenvolvimento do estágio foi revestido de uma fundamentação técnica/científica baseada em evidência científica, assente em legislação, normas, padrões de exercício profissional em enfermagem e dos princípios éticos, na procura da excelência dos cuidados que irá repercutir nas minhas atividades e intervenções como enfermeira especialista.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos enfermeiros (2019). Regulamento nº140/2019. Diário da República, nº26 de 6 de fevereiro de 2019, pp4744 – 4750.

Aquim EE; Bernardo WM; Buzzini RF; Azevedo NS; Cunha LS; Damasceno MC; et.al. Diretrizes de mobilização precoce em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva, 2019.

Administração central dos serviços de saúde (2019). Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos. Lisboa.

Serviço de Medicina Intensiva – Guia de acolhimento ao contexto da prática.

Regulamento nº429/2018, de 16 de julho. Diário da República nº135/2018, Série II de 2018.

Pott, Franciele; Stahlhoefer; Felix, Jorge; Meier, Marineli. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidados enfermagem ao doente crítico – Rev Bras Enferm, Brasília, 2013.

Regulamento nº 124/2011 - Diário da República, 2ª Série - Nº 35 - 18 de fevereiro de 2011.

Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência ao Antimicrobiano 2017 Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2017.

Despacho 242/96. Ministério da Saúde – Diário da República – II Série nº187-13.08.1996.

Direção Geral da Saúde, 2013. Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobianos.

Direção Geral de Saúde, 31/10/2013. Precauções Básicas de Controlo de Infeção.

Regulamento nº 429/2018 – Diário da República, 2ª Série – nº 135 – 16 de junho de 2018.

Direção Geral da Saúde (DGS) – Manual de Operacionalização do PNCI, 2008

Manual da ARS Norte. Administração Regional de Saúde do Norte, IP (2010). Processo de Esterilização.

Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 29/2012 – Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI).

Pina, Elaine; Ferreira, Etelvina; Marques, Alexandre. (2010). Rev. Port. Saúde Pública, 2010 – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente.

Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, nº 126/2006, serie 1 de 3 de junho de 2006.

Ordem dos Enfermeiros (2017) – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 25 de novembro de 2017. Leiria.

Despacho nº 9390/2021 – Diário da República, 2ª serie nº 187 de 24 de setembro de 2021.

Direção Geral de Saúde (DGS) – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro de 2017.

Howard, P. & Stenimamm, R. (2011) Enfermagem de urgência da teoria à prática. Loures. Lusociência.

Direção Geral de Saúde (DGS) – “Feixes de intervenções” de Prevenção de Infeções relacionados com Cateter Venoso Central. Norma nº 022/2015 de 16 de dezembro de 2015.

7. APÊNDICES

7.1. APÊNDICE I - Apresentação SMI: Vivência de Duas Realidades

Vivência de duas realidades



São Tomé e Príncipe
(Hospital Central)

§

Portugal
(Hospital de uma
Unidade Local de Saúde)



Aluna: Catarina Almeida
Sob orientação da: Prof. Doutora Amélia Ferreira

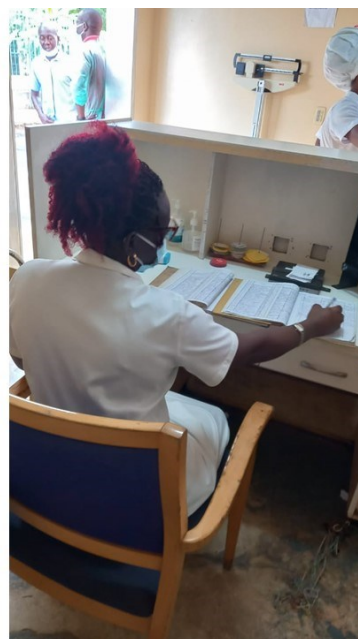


Entrada do Hospital Central

- ❖ É o edifício onde se concentra toda a parte administrativa do hospital tais como: gabinete de recursos humanos, gabinete do diretor, gabinete da diretora de enfermagem, etc...
- ❖ Na foto vemos uma ambulância para o transporte de doentes

Entrada do Serviço de Urgência

- ❖ Há um porteiro à entrada para coordenar o fluxo dos doentes.
- ❖ Balança para pesar os doentes.



Entrada do Serviço de Urgência

- ❖ A triagem é feita neste balcão, tudo manual, o registo do doente é feito no livro.
- ❖ Regista-se a queixa do doente, avalia-se os sinais vitais, olha-se para o doente para assim determinar a gravidade da situação.

Sala de triagem

- ❖ Aqui está a enfermeira na triagem, algumas alunas que estão a realizar o estágio no serviço de urgência, provavelmente na triagem. Aparece um monitor mas é só para ocupar o espaço, porque os registos são feitos manualmente.



Sala de triagem

- ❖ Sem sistema de informatização dos doentes

Sala de triagem

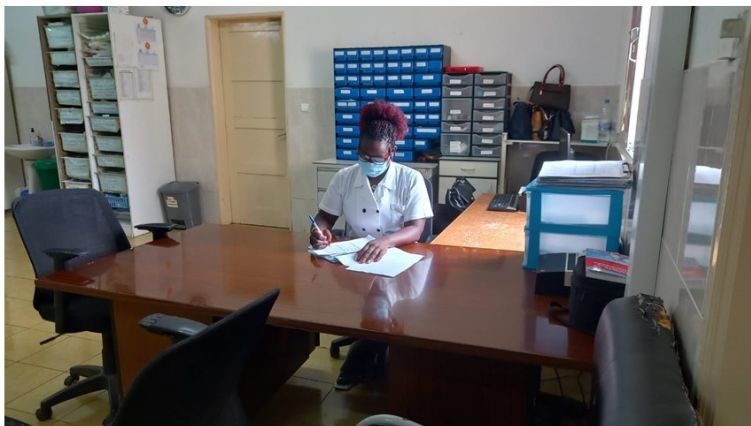
- ❖ Ali atrás tem um lavatório e um desinfetante. Geralmente lavamos as mãos e seca-se ao ar não há papel para limpar as mão nem o aparelho de secagem.



Sala de tratamento do Serviço de urgência

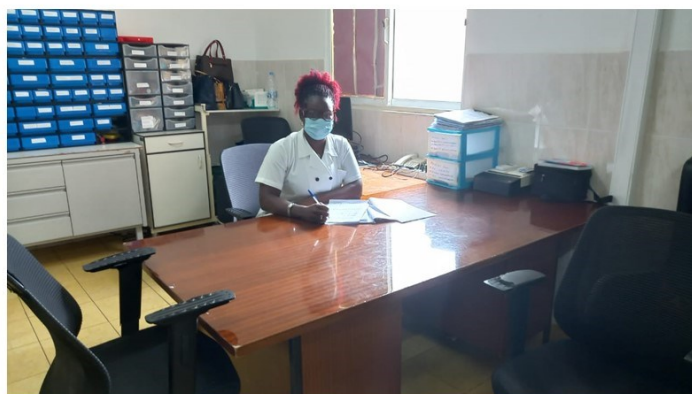
- ❖ Esta sala é onde realiza pequenas cirurgias.

Cuidados Intensivos



Cuidados Intensivos

Este espaço serve de sala de trabalho, stok de medicação e posto de vigilância dos doentes.





Cuidados Intensivos

- ❖ Exemplo de cama e colchão onde os doentes permanecem quando estão internados nos cuidados intensivos.

Cuidados Intensivos

- ❖ Aqui é como estão separadas as unidades dos doentes.





Cuidados Intensivos

- ❖ É o corredor que dá acesso aos cuidados intensivos.

Cuidados Intensivos

- ❖ O armario onde estão algumas medicações e soros varios.
- ❖ Serve também para colocar alguns materiais visto não haver grande espaço.





Cuidados Intensivos

- ❖ Sistema de reposição de material por HLS não existe em S. Tomé.

Cuidados Intensivos

- ❖ O stok da medicação para o uso diario dos cuidados intensivos.





Cuidados Intensivos

- ❖ Os monitores de sinais vitais, sistema de aspiração de secreções sem fonte de oxigenio e vê-se uma cama também ao lado.

Cuidados Intensivos

- ❖ Temos aqui um ecografo e dois aparelhos que servem de ventilador



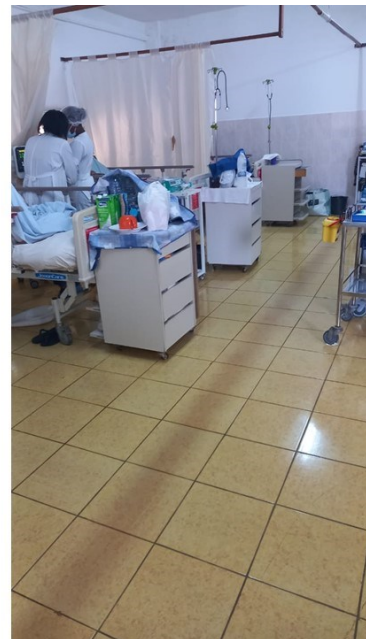


Cuidados Intensivos

- ❖ Temos aqui um carro de urgência, um desfibrilhador e carro de apoio.

Cuidados Intensivos

- ✓ Unidade dos doentes.
- ❖ Pode-se visualizar uma mesa aos pés da cama do doente e nela coloca-se os seus pertences incluindo a alimentação que os familiares trazem de casa.



Muitas coisas poderiam ser ditas mas não é essa a ideia, o que quero ressaltar com essa partilha é que o sistema de saúde em s.tomé está muito longe de ser um sistema organizado e sistematizado para dar uma resposta cabal as necessidades da população santomense.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

“Florence Nightingale”

Grata pela vossa atenção!

7.2. APÊNDICE II - Comunicação Com O Doente Em Situação Crítica

Comunicação com o doente em situação crítica – uma reflexão

Introdução

A comunicação humana é um valor que favorece o intercâmbio entre as pessoas. As sensações e as emoções são veiculadas por sinais corporais que vêm apoiar, completar ou contradizer as palavras – trata de linguagem não verbal. A compreensão dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras – refere-se à comunicação verbal. Estas duas formas de expressões apresentam características e limites que lhe são próprios e que é importante conhecer na área de enfermagem (Phaneuf, 2005).

Para que a comunicação seja eficaz é fundamental ter em conta que é preciso cuidar realmente da pessoa e desejar compreender a situação que enfrenta. O cuidar e comunicar estão intimamente ligados. O foco da prestação de cuidados é a pessoa.

Esta reflexão surge no âmbito de uma inquietação que surgiu durante o estágio no Serviço de Medicina Intensiva – como comunicar com o doente em situação crítica concretamente com entubação endotraqueal?

Comunicação Verbal e não verbal

A comunicação humana é considerada verbal quando se expressa pela palavra, sendo que pode ser oral ou escrita. A comunicação verbal é a base da comunicação quotidiana, tornando-se num veículo de preservação e continua modificação da realidade subjetiva do individuo (Phaneuf, 2005).

A comunicação verbal, ao manifestar-se por palavras, é o meio privilegiado para transmitir os nossos desejos, emoções e intenções. “Pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem os humanos entrar em contato, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005).

Comunicação não verbal

A comunicação não verbal favorece uma perceção mais lúcida e totalizadora dos processos comunicativos. O seu emprego na vida quotidiana acrescenta capacidade de prestar atenção e reconhecer o que acontece para além das palavras, o que pode conduzir à implementação das estratégias mais adequadas (Rulicki & Cherny, 2007).

Muitas vezes é a linguagem não verbal que acompanha a linguagem verbal, que lhe oferece um significado mais profundo e verdadeiro, o que pode ser indicativo da

relevância que o discurso não verbal assume nos processos de comunicação humana, ilustrado pela expressão “um gesto vale mais que mil palavras” (Fachada, 2010).

A comunicação não verbal, com a qual se dá vida às palavras pronunciadas, é simultaneamente o espelho das nossas emoções mais ocultas e verdadeiras, sendo que todas as partes do nosso corpo lançam mensagens que permitem a exteriorização dos nossos sentimentos, através de gestos, de posturas e silêncios (Gughelni, 2009; Hogne, 2000).

São múltiplas as funções ou utilidades da comunicação não verbal. Destacam-se entre elas: expressar emoções e sentimentos, apoiar e complementar a comunicação verbal, regular as trocas interativas, ajudar a manter laços com os outros, manter a autoimagem e participar apresentação doeu aos outros (Phaneuf, 2005).

Modelos teóricos

O atual campo das ciências da comunicação desenvolve uma multiplicidade e diversidade de disciplinas, cada uma com as sua perspectivas, os seus centros de interesses e os seus métodos próprios, o que à partida torna difícil ou mesmo impossível uma abordagem linear da comunicação (Serra, 2007).

“Qualquer teoria de comunicação é, não a teoria da comunicação em geral, mas, a teoria de um certo tipo ou aspeto da comunicação que, de forma implícita ou explícita, toma como ponto de partida o modelo” (Serra, 2007).

Importa referir que de acordo com a perspectiva de Jon Fiske, existem duas principais escolas no estudo da comunicação: a escola processual, que encara a comunicação como transmissão de mensagem, e a escola semiótica, que concebe a comunicação como produção e troca de significados (Fiske, 2002).

No sentido de uma melhor compreensão do processo comunicativo, surgem os modelos de comunicação que são importantes porque servem para representar a relação dinâmica entre os componentes do processo comunicativo. Apesar de relevarem aspetos diferentes, em todos eles se destacam três elementos indispensáveis para que se produza a comunicação: emissor, mensagem e recetor (Yerena, 2005).

Os primeiros modelos de comunicação surgem nos anos 40, 50 e estão associados às teorias matemáticas da comunicação e cibernética. Assim os modelos de base linear onde a informação é transmitida são ilustrados através de um esquema linear, matemático e unidirecional.

Um destes modelos mais conhecido segundo Serra (2007), é o de Lasswel (1948) e pode resumir-se na seguinte formula: “quem, diz o quê, em que canal, a quem, com que efeito”, quer dizer, de acordo com a descrição de Lasswel um ato de comunicação é a resposta a cinco questões: quem? diz o quê? em que canal? a quem? com que efeito?

Comunicação em saúde

Quando se fala de comunicação em saúde não se pode deixar de falar, também, na difusão de orientações e de normas nacionais de boa prática profissional (Despacho, nº 1400-A/2015).

A legislação portuguesa consagra ao cidadão o direito de ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução do seu estado de saúde (Despacho, nº 1400-A/2015).

O conselho da União Europeia recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução de sua doença.

Sendo a comunicação uma área transversal à sociedade, aos diversos acontecimentos de âmbito individual e/ou coletivo, é fácil assumirmos desde logo a sua relevância também na área da saúde.

A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, assim como de organização e gestão em saúde e das políticas de saúde, constituindo-se igualmente um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Thomas, 2006; Ramos, 2012).

O Institute for Healthcare communication (2011), faz referência a dados de investigação que indicam que há fortes relações positivas entre a capacidade de comunicação de um membro de equipa de saúde e a capacidade do doente reagir as recomendações médicas e adotar comportamentos preventivos em saúde.

A comunicação é um tema transversal em saúde, com relevância em diferentes contextos como a relação entre os profissionais de saúde e entre estes e os doentes e na formação dos profissionais, refletindo-se na qualidade dos cuidados de saúde e desta forma na satisfação das pessoas (Teixeira, 2004).

A que se refere então a expressão comunicação em saúde?

A comunicação em saúde remete-nos para o estudo e utilização de estratégias de comunicação, para informar e influenciar as decisões das pessoas e das comunidades, com base em conhecimentos, atitudes e praticas, no sentido de promover a sua saúde e

ainda, a melhoria do acolhimento e da humanização dos cuidados de saúde (Ramos, 2012; Teixeir,2004).

As definições de comunicação em saúde são de fato vastas na sua abrangência, permitindo abraçar as diferentes áreas da comunicação, relevantes em saúde, bem como os diferentes níveis de intervenção, de análise e de impacto em que esta poderá situar-se e que são as seguintes de acordo com Thomas (2006):

- Individual: a mudança em saúde tem como alvo principal o indivíduo, considerando-se que as situações são alteradas pelos comportamentos individuais. Nesta perspectiva, a comunicação em saúde pode influenciar a motivação, os conhecimentos, as atitudes, a autoeficácia e a capacidade de mudança de comportamentos;

- Rede social: o impacto na saúde de cada indivíduo pode ter influência das relações individuais e grupais. Programas específicos de comunicação em saúde poderão atuar pela influência do grupo, podendo os líderes de um determinado grupo ser interlocutores privilegiados para campanhas de comunicação e de prevenção;

- Organizações: incluem geralmente grupos formais com estrutura definida, tais como associações, clubes, locais de trabalho, escola, centros de saúde, ou seja, grupos que podem transmitir mensagens de saúde, fornecer apoio e colocar em ação estratégias e mudanças políticas que conduzam a mudanças de comportamento;

- Comunidade: a nível da comunidade, instituições como escola, unidades de saúde, empresas, grupos comunitários ou departamentos governamentais, poderão ser planeadas iniciativas e ações que apõem estilos de vida e ambientes saudáveis suportados no desenvolvimento de estruturas e políticas que promovam o bem-estar e a saúde das comunidades;

- Sociedade: a sociedade, no seu conjunto, exerce grande influência no comportamento do indivíduo e do grupo, a nível de normas e valores, atitudes e opiniões, leis e políticas, ambiente económico, político, cultural e informacional. Dos diversos papéis que a comunicação em saúde pode assumir destacam-se os seguintes:

- Promover o conhecimento e consciência de determinada situação, problema ou proposta de intervenção;

- Mostrar os benefícios de mudanças de comportamento;

- Promover uma procura adequada dos serviços de saúde;

- Consciencializar para a necessidade de mudanças de atitudes e comportamentos;

- Promover a literacia em saúde;

- Facilitar a tomada decisão em matéria de saúde (Thomas, 2006).

Pode assim afirmar-se, que a importância da comunicação em saúde advém também do fato de se tratar de um processo com caráter transversal a várias áreas e contexto de saúde, nos serviços de saúde ou na comunidade central – na relação entre técnicos de saúde e doentes estabelecida na prestação de cuidados; e estratégico – relacionado com a satisfação dos doentes (Teixeira, 2004).

As principais dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes de acordo com Teixeira (2004) centram-se nos seguintes aspetos: transmissão de informação, atitudes comunicacionais, comunicação afetiva, literacia de saúde dos doentes, barreira à comunicação.

No que respeita à transmissão de informação pelos profissionais de saúde, os principais problemas podem ocorrer devido as seguintes razões: informação insuficiente ou imprecisa relacionada com o comportamento de saúde (regime alimentar), ou com a natureza da doença, exames complementares e tratamento; informação muito técnica sobre aspetos relacionados com a doença ou com os exames complementares de diagnóstico; pouco tempo dedicado à informação em consulta e intervenções.

Quanto as atitudes dos profissionais de saúde e dos doentes em relação à comunicação, importa ter em conta que os profissionais encorajam pouco os doentes a fazer perguntas e assim não conhecem a perspetiva ou as expectativas dos doentes. Deste modo, não incentivam a serem proativos, levando-os à atitudes passivas, tornando-se dependentes (Teixeira, 2004).

Os problemas de comunicação referentes à comunicação afetiva dos profissionais de saúde, levam-nos para as situações em que ocorre distanciamento afetivo manifestado, por exemplo, em evitar temas difíceis, no desinteresse pelas preocupações dos doentes em relação do futuro e na dificuldade dos profissionais em tornarem como fonte de apoio emocional e de segurança (Teixeira, 2004).

A baixa literacia de saúde dos doentes remete para a dificuldade que apresentam em compreender o seu estado de saúde e os diferentes aspetos relacionados com planos de tratamento e mudanças necessárias (Teixeira, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a literacia em saúde como “as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar as informações de forma a promover e manter uma boa saúde” (OMS,2016).

A literacia em saúde pressupõe a aquisição de conhecimentos e competências que possibilitem o empreendimento de medidas de melhoria da saúde pessoal e comunitária, mas para que aconteça é necessário utilizar uma comunicação eficaz.

Existem barreiras que podem dificultar a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, essas barreiras podem ser externas (contexto, características físicas do local, organização das atividades) ou internas (linguagem, estilo de comunicação, valores e crenças, cansaço ou doença, palavras ambíguas, falta de disponibilidade). (Serqueira, 2016).

Estratégias para minimizar as barreiras podem ser as seguintes: treinar e desenvolver competências de comunicação, preparar o local onde decorrem as intervenções adequadamente, reunir os materiais necessário antes das intervenções, definir o tipo de comunicação a privilegiar, utilizar estratégias para reduzir a ansiedade (do profissional e do doente) (Serqueira, 2016).

Comunicação em enfermagem

A comunicação deve fazer parte do exercício profissional dos enfermeiros, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que contribuem para uma melhoria de qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem (Bertone, Ribeiro & Guimarães). É fundamental que os profissionais de saúde utilizem a comunicação de forma a minimizar o risco de erro no diagnóstico e potencializar a ação terapêutica das suas intervenções.

A comunicação funciona como que um canal para possibilitar o contato entre o enfermeiro e as pessoas que precisam de ajuda e cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros passam mais tempo com os doentes e suas famílias isso leva a que desenvolvam habilidades comunicacionais de modo a aumentar a eficácia na qualidade de cuidados que prestam aos doentes.

Poder-se-ia dizer para que uma comunicação seja eficaz é necessário desenvolver um conjunto de competências centradas em atitudes básicas como o respeito, a escuta ativa, a aceitação e empatia.

Para que a comunicação aconteça é preciso mudança de atitude e de foco, do fazer para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades e assim planear ações.

Pode-se concluir que a comunicação faz parte da vida quotidiana da pessoa. Desde que se nasce nós comunicamos quer verbalmente quer não verbal, com gestos e palavras, olhares e expressões.

Bibliografias

Despacho nº 1400-A/2015. Diário da República nº 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 10 de fevereiro de 2015.

Teixeira, J.A (2004). Comunicação em saúde. Relações técnicas de saúde

Serqueira, C. (2016). Comunicação clínica e relação de ajuda. Lisboa. Lidel.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e avaliação. Loures. Lusociência.

7.3. APÊNDICE III - Cronograma do estágio CCIRA

	Novembro																												
									0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Visita com demonstração de circuito de limpos e sujos																													
Visita à Central de esterilização																													
Visita ao Gabinete de Segurança e Higiene e Gabinete de Saúde Ocupacional																													
Avaliação intermédia																													
HORÁRIO		*														*													

Cronograma do estágio CCIRA

*Avaliação Intermédia realizada às 9h30

*Seminário (S) 9h às 13h

Manhã (M) – 8 horas

Nome: Catarina Vicente de Sousa Almeida

	CRONOGRAMA ESTÁGIO CCIRA																													
	Dezembro																													
									0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
Avaliação Final																														
HORÁRIO														*																

* Seminário(S) 9h às 13h

* Avaliação final

7.4. APÊNDICE IV - Projeto: Estágio Final e Relatório



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO CIRURGICA

Unidade Curricular

Estágio Final e Relatório

Projeto de Estágio

Estudante: Catarina Vicente de Sousa Almeida

Sob orientação de: Prof. Doutora Amelia Ferreira

Porto, setembro de 2023

Índice

1. INTRODUÇÃO	77
2. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS.....	78
3. CONCLUSÃO	82

1. Introdução

O presente projeto surge no âmbito do estágio da unidade curricular- Estágio final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto. O estágio decorrerá em dois contextos: Serviço de Medicina Intensiva entre 04/09/2023 à 24/10/2023 e Comissão de Controlo de infeção entre 25/10/2023 à 16/12/2023 do Hospital de Pedro Hispano.

Apesar de todos os contextos de estágio integrarem a gestão e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, os mesmos devem ser exercidos de uma forma específica dependendo do tipo e o local onde é realizado.

Referente ao serviço de Medicina Intensiva, penso que exige elevado grau de competências por causa da gravidade e dependência dos doentes e à aplicação de tecnologia em procedimentos invasivos. Isso leva a que o enfermeiro esteja em constante e permanente aquisição de novos conhecimentos, para assim responder as necessidades da pessoa em situação crítica.

Este estágio será um grande desafio, porque pretendo adquirir conhecimentos e desenvolver competências para responder as necessidades e desafios do meu país de origem.

Com a realização deste projeto pretendo elaborar os objetivos e as atividades que permitam adquirir competências, conhecimentos e integração de saberes no que se refere à assistência de enfermagem avançada à pessoa em situação crítica.

Esta estruturado com uma introdução, objetivos e atividades a desenvolver e conclusão.

2. Objetivos, atividades e competências

Segundo o regulamento nº140/2019, 6 de fevereiro de 2019, publicado pelo Diário da República, 2ª série – nº26, o “enfermeiro especialista é aquele que se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem.

“Unidade de cuidados intensivos ou Serviço de medicina intensiva é o espaço em que se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento de doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida potencialmente reversível (Ministério de Saúde, 2013).

Os objetivos gerais definidos pela Universidade Católica para esta unidade curricular são:

- Capacidade para trabalhar de forma adequada na equipa multiprofissional e interdisciplinar;
- Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização;
- Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- Capacidade para decisões fundamentadas incorporando na prática os resultados da investigação, válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências atendendo as suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de participar e promover a investigação aplicada na sua área de especialização;
- Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta;
- Refletir sobre implicações dos atos que pratica e sua responsabilidade ética e social e sobre situações que os condicionam.

Com base nos objetivos gerais traçados pela Universidade Católica Portuguesa do Porto, delineei alguns objetivos específicos e as atividades que espero atingir ao longo do estágio.

2.1.Objetivo específico: Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multiprofissional e interdisciplinar;

Atividades:

- Adota uma postura de disponibilidade, abertura e humildade no processo de aprendizagem;
- Colabora com a equipa nas tomadas de decisões;
- Colabora na garantia de qualidade dos cuidados e da sua continuidade.

2.2.Objetivo específico: Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Atividades:

- Reconhece a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores;
- Conhece as patologias e formas de tratamento das mesmas.

2.3.Objetivo específico: Atuar na prevenção e controlo de infeção em resposta as necessidades da pessoa que necessita de cuidados de enfermagem no serviço de Medicina Intensiva e na Comissão de controlo de infeção;

Atividades:

- Identifica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;
- Identifica os principais problemas ligados ao controlo de infeção que surgem no contexto da prática de enfermagem;
- Conhece, cumpre e divulga os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção.

2.4.Objetivo específico: Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;

Atividades:

- Desenvolve as práticas de cuidados que garanta a segurança, a privacidade e a dignidade do doente;
- Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança na administração de substâncias terapêuticas;
- Desenvolve uma prática ética, legal e profissional.

2.5.Objetivo específico: Participar na gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

Atividades:

- Conhece as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor;
- Identifica as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar.

2.6.Objetivo específico: Participar na gestão de risco no serviço de medicina intensiva e na Comissão de controlo de infeção;

Atividades:

- Coopera na organização do trabalho de forma a reduzir a possibilidade de ocorrência de erro humano;
- Colabora na implementação e adoção de medidas para a segurança de dados e registos de ocorrências.

2.7.Objetivo específico: Reconhecer precocemente a instabilidade e risco de falência orgânica e presta cuidados à pessoa em situação crítica;

Atividades:

- Conhece e aplica a metodologia ABCDE;
- Demonstra competência na área de suporte básico e avançado de vida;
- Assegura as condições de segurança e compreende a abordagem estruturada e sistematizada em situações emergentes;

- Observa e participa na preparação e administração de terapêutica;
- Demonstra competência na gestão de sentimentos/emoções, ansiedade e medo em situações imprevistas e complexas.

2.8.Objetivo específico: Conhecer a estrutura física, a organização, os equipamentos, a equipa multidisciplinar e o funcionamento do serviço de medicina intensiva e Comissão de controlo de infeção;

Atividades:

- Visita as instalações para melhor familiarizar com o espaço e os profissionais;
- Identifica e caracteriza os equipamentos existentes no serviço;
- Observa os recursos materiais e técnicos existentes no serviço;
- Conhece o plano de formação contínua do serviço.

3. Conclusão

Neste projeto foi delineado as linhas orientadoras para o estágio, com objetivo de adquirir competências na especialização em enfermagem Médico – cirúrgica.

Ao longo do estágio pretendo ir realizando reflexões contínuas sobre o trabalho que vai sendo realizado de forma a promover uma responsabilização e crescimento pessoal.

Sendo um projeto, deve ser dinâmico e aberto a modificações, podendo ser acrescentado posteriormente. Salguardo desde já que este documento é flexível, podendo existir alterações decorrentes das dificuldades, das oportunidades e do conhecimento mais aprofundado no local do estágio. No final do estágio espero adquirir e desenvolver competências necessárias para assim poder responder as exigências e necessidades do meu país de origem.

4. Bibliografia

Regulamento nº140/2019, 6 de fevereiro de 2019 – Diário da República, 2ª Série –
nº26

Ministério de saúde 2013. Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados
intensivos. Lisboa