



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Rita Sousa Kadic

Lisboa, Maio de 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Rita Sousa Kadic

Sob Orientação de Ilda Lourenço

Lisboa, Maio de 2012

RESUMO

Foi com o desígnio de adquirir e desenvolver competências especializadas em enfermagem que realizei o 4º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

O presente trabalho, enquanto instrumento de avaliação do meu percurso, pretende comunicar o processo de aquisição, desenvolvimento e certificação de competências nesta área de especialização, através da análise e reflexão crítico-construtivas das atividades desenvolvidas e das vivências experimentadas em cada estágio. Apresento os objetivos delineados para cada estágio, as atividades desenvolvidas e as vivências experienciadas. Reflito e analiso criticamente o meu desempenho, fundamentando e destacando as competências especializadas que adquiri e desenvolvi. Sendo que as competências do enfermeiro especialista se afirmam, também, no domínio da promoção da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem, pretendo demonstrar como a minha intervenção contribuiu para a melhoria contínua dos mesmos.

A vertente prática deste curso incluiu a realização de três módulos de estágio. O módulo I, referente a enfermagem de urgência, decorreu em contexto de trabalho no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Cascais. Neste estágio cuidei do doente e família em situação de urgência e emergência, aprimorando todas as competências necessárias a um cuidado especializado neste âmbito. Privilegiei a continuidade dos cuidados após a alta/transferência interinstitucional e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. O módulo III, referente ao estágio de opção, foi cumprido na Comissão de Controlo de Infecção de um Hospital da Área de Lisboa e Vale do Tejo. Neste estágio visei como meta um contributo para a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde, em intervenções aplicadas a enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e visitantes, através da vigilância epidemiológica, de auditorias às práticas, de formação e informação sobre as boas práticas recomendadas. O módulo II, referente a enfermagem de cuidados intensivos/intermédios, foi creditado pela minha experiência profissional a cuidar de doentes e famílias em situação crítica internados na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital de Santa Cruz. Esta experiência foi basilar para que algumas das competências especializadas fossem desenvolvidas mais profundamente, otimizando tempo e resultados.

O crescimento pessoal e profissional proporcionado por este percurso revelou-se na aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica que me permitirão saber agir na assistência ao doente e família em estado crítico, zelando e promovendo a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, o desenvolvimento pessoal e profissional, a sustentação científica e a investigação em Enfermagem.

ABSTRACT

I decided to undertake the 4th Professional Master's Degree Course in the area of Medical and Surgical Nursing provided by the Health Science Institute of the Portuguese Catholic University in Lisbon with the purpose of acquiring and developing specialized skills in the nursing area.

While serving as an evaluation tool for my path as a medical and surgical nursing student, this work is meant to give an account of the skill acquisition, development and certification in this area of specialization by analyzing the activities developed and the experience obtained throughout every training period. I present the goals to be attained during each training period, the activity developed and the different cases I dealt with. I reflect upon my performance and analyze it from a critical point of view, explaining the reasons for the decisions taken and underling the specialized skills I obtained and developed in the process. In as much as a nurse's skills are equally reflected in the promotion of quality and security of nursing care, I try to demonstrate how my intervention contributed to the continuous improvement of these two factors.

The hands-on approach to this course included three training modules. Module I, related to emergency nursing, took place in my working environment, at the General Emergency Service of the Cascais Hospital. During this training period I dealt with patients and their families in emergency situations, which gave me the opportunity to improve on the specific skills needed to face this type of challenge. I privileged the continuity of after discharge/inter-institutional transfer care, as well as the professional development of nurses. Module III, concerning the optional training period, was carried out at the Infection Control Committee of a hospital in Lisbon and Vale do Tejo area. For this Module I established the goal of how to contribute for a drop in the occurrence of with health care associated infections through the careful monitoring of the activity of nurses, doctors, operational assistants and visitors. I performed epidemiological surveillance, audited practices, gave training and information on the good practices recommended. Module II, concerning intensive/intermediate nursing care, was credited to my previous professional experience caring for patients in critical condition and their families at the Coronary Intensive Care Unit of the Santa Cruz Hospital. This experience proved crucial in developing and improving some of the specialized skills previously acquired, thus optimizing both time and results.

The personal and professional growth brought about by this course has been translated into the acquisition and development of skills in the area of medical and surgical nursing which will enable me to improve my assistance to the patient in a critical condition and his family, while insuring and promoting the improvement of both the security and quality of nursing care, personal and professional development, scientific sustainability and research in Nursing Care.

“Saber que sabemos o que sabemos, e saber que não sabemos o que
não sabemos, isso é o conhecimento verdadeiro.”

Nicolau Copérnico

AGRADECIMENTOS

À minha professora orientadora, *Ilda Lourenço*, agradeço a solicitude, o rigor, o olhar crítico e sobretudo o carinho com que me envolveu durante todo este percurso.

Aos meus orientadores, Enfermeiro *José Friães* e Enfermeira *F.*, agradeço o empenho demonstrado na orientação e a confiança que sempre depositaram no meu trabalho.

À minha *família* e aos meus *amigos*, o reconhecimento de um apoio incondicional.

Ao *Luís* pela preciosa ajuda.

A todos aqueles com quem aprendi e que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, o meu muito obrigado.

E ao meu *avô*...

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS e ACRÓNIMOS

Abreviaturas

Consult.	Consultado a
ed.	Edição
N.º	Número
p.	Página(s)
Vol.	Volume

Siglas

CCI	Comissão de Controlo de Infecção
CVC	Cateter Venoso Central
DCV	Doença(s) Cardiovascular(es)
DGS	Direção Geral de Saúde
HALVT	Hospital da Área de Lisboa e Vale do Tejo
EPE	Entidade Pública Empresarial
HPP	Hospitais Privados de Portugal
HSC	Hospital de Santa Cruz
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
NQF	<i>National Quality Forum</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCI	Prevenção e Controlo de Infecção
SCA	Síndrome Coronária Aguda
SU	Serviço de Urgência
UCP	Universidade Católica Portuguesa
VE	Vigilância Epidemiológica

Acrónimos

ANA	<i>American Nurses Association</i>
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
SUG	Serviço de Urgência Geral
UNICOR	Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

0.	<u>INTRODUÇÃO</u>	17
1.	<u>ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO, DESENVOLVIMENTO E CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS</u>	21
1.1.	Módulo II: Enfermagem de Cuidados Intensivos/Intermédios - UNICOR do Hospital de Santa Cruz	22
1.2.	Módulo I: Enfermagem de Urgência/Emergência – Serviço de Urgência Geral do HPP-Hospital de Cascais	31
1.3.	Módulo III: Prevenção e Controlo de Infecção - Comissão de Controlo de Infecção de um Hospital da Área de Lisboa e Vale do Tejo	45
2.	<u>CONCLUSÃO</u>	57
3.	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	61
	<u>APÊNDICES</u>	69
I.	Dados Estatísticos do SUG: 2010-2011	71
II.	<i>Layout do Poster apresentado: “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca”</i>	105
III.	“Documento de Continuidade de Cuidados para o Exterior” e Lista de Intervenções e Diagnósticos de Enfermagem	109
IV.	Plano de Formação de Enfermagem para o SUG do HPP- Hospital de Cascais	133
V.	Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Cuidados de Enfermagem ao Doente com SCA”	155
VI.	Cartaz de Divulgação do “SharePoint de Enfermagem”	175
VII.	Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Recomendações de boas práticas para a PCI associadas à	179

inserção e manutenção da algália”

VIII.	Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Recomendações de boas práticas para a PCI associadas ao CVC”	189
IX.	Folheto “Higiene das mãos: o primeiro passo no combate à infeção”	199
X.	Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Prevenção e Controlo de Infeção: Princípios Fundamentais e Doente Algaliado: Doente de Risco”	203
XI.	Estudo “Conhecimentos e adesão dos médicos no âmbito das precauções básicas e precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão”	223
XII.	Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Prevenção e Controlo de Infeção”	249

0. INTRODUÇÃO

Na introdução do DECRETO-LEI 104/1998 de 21 de Abril, pode ler-se: “ (...) os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”. O enfermeiro assegura o direito das pessoas aos cuidados de enfermagem e, como tal, a sua prática deve adaptar-se e enfrentar os contextos atuais como o envelhecimento populacional, o acréscimo de doenças crónicas e de pessoas dependentes, a falta de apoio assegurada à família e ou cuidadores, o número crescente de reinternamentos, a falta de informação, a crise socioeconómica, o desenvolvimento exponencial da tecnologia da saúde, o aumento da complexidade dos cuidados, das expectativas e das necessidades das pessoas, entre outros (PAIVA e SILVA, 2007).

A relevância e a premência em especializar profissionais de enfermagem, em áreas específicas de intervenção, que garantam as competências apropriadas para responder eficazmente às necessidades de grupos específicos, são uma realidade. O enfermeiro especialista irá demonstrar as suas competências através da “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo do exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2009, p.10). Foi este propósito que prossegui.

No sentido de consolidar o meu crescimento profissional, através da aquisição, desenvolvimento e certificação de competências especializadas, realizei o 4º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa. Este curso “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente¹ adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UCP, 2007, p.8), sendo que este sempre foi um dos objetivos do meu projeto profissional.

Dando continuidade às componentes teóricas e práticas já cumpridas, o presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular *Relatório*, e tem como objetivos: 1) descrever as atividades realizadas e as vivências proporcionadas pelos estágios; 2) comunicar o processo de aquisição, desenvolvimento e certificação de competências nesta área de especialização, através da análise e reflexão crítico-construtivas e, 3) permitir uma avaliação do meu percurso.

¹ Serão utilizados os termos *doente* e *família*, como designações do alvo dos cuidados prestados. Inclui-se no termo *família*, o convivente significativo ou cuidador do doente.

A unidade curricular *Estágio* compreendeu 540 horas, que se subdividiram em três módulos distintos de 180 horas e que argumentam a realização deste relatório. Foram realizados pela seguinte ordem cronológica:

1. **Módulo II - Cuidados Intensivos/Intermédios:** Este estágio foi creditado ao abrigo do artigo 45º do DECRETO-LEI n.º74/2006 de 24 de Março, reconhecendo as competências que adquiri e desenvolvi ao longo de mais de cinco anos de experiência profissional a cuidar de doentes e famílias em situação crítica internados na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UNICOR) do Hospital de Santa Cruz (HSC) - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Entidade Pública Empresarial (EPE). Estas competências serão glorificadas em pormenor neste relatório, legitimando assim a sua certificação. Importa salientar que, as competências desenvolvidas e certificadas no contínuo da prática de cuidados ao doente e família em situação crítica, constituíram sólidos alicerces para a aquisição e desenvolvimento de novas competências no decorrer dos estágios realizados, facilitando a dinâmica de mobilização de saberes, o agir em situação e a renovação da prática profissional. Por ter sido uma experiência anterior e basilar, considereei pertinente apresentá-la previamente, sendo este o primeiro módulo abordado no capítulo seguinte;
2. **Módulo I – Serviço de Urgência:** Estágio realizado em contexto de trabalho no Serviço de Urgência Geral (SUG) dos Hospitais Privados de Portugal (HPP) – Hospital de Cascais, no período compreendido entre 27 de Abril e 24 de Junho de 2011²;
3. **Módulo III – Prevenção e Controlo de Infecção:** Estágio opcional que foi cumprido na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) de um Hospital da Área de Lisboa e Vale do Tejo (HALVT), no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011³.

A aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área de especialização supracitada requereu a realização de estágios que permitissem a aproximação à realidade. Segundo ALARCÃO e RUA (2005) estes são momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências, onde se espera que o estudante desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados. Desta forma, para além de requerem saberes, as competências também implicam contextos. No que se

² Foi concedida autorização pela Direção de Enfermagem desta instituição para a divulgação de dados neste relatório.

³ A Direção de Enfermagem deste hospital autorizou a apresentação de dados neste relatório mas com a salvaguarda da confidencialidade da origem dos dados obtidos, daí a denominação HALTV.

refere a contextos privilegiados para aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, a escolha dos locais de estágio tem uma importância significativa.

O SUG do HPP - Hospital de Cascais, dispõe das seguintes valências médicas: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, imagiologia e patologia clínica. Dispõe, igualmente, de um sistema de triagem de prioridades, a Triagem de Manchester. A escolha deste campo de estágio do **Módulo I** prendeu-se pela necessidade de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados na área de enfermagem ao doente e família em situação de urgência e emergência. A sua realização decorreu em contexto de trabalho, e esta opção deveu-se ao facto de ser um hospital e um serviço recente (Março 2010) e que integrei desde o início. A minha experiência e vivências diárias no serviço conferiram-me uma posição privilegiada de conhecimento da realidade do mesmo, benéfico sobretudo no ganho de tempo em atividades relacionadas com o conhecimento sobre a estrutura, dinâmica de funcionamento, adaptação ao serviço, integração na equipa e as situações/problemas a serem trabalhados.

A escolha pela realização do estágio opcional - **Módulo III** na CCI de um HALVT prendeu-se com a necessidade de desenvolver competências na área específica da prevenção e controlo de infeção – uma área transversal a todos os contextos de prática de cuidados de saúde. O hospital em questão correspondeu à opção por ser uma instituição acreditada e reconhecida pela sua cultura de qualidade e segurança em cuidados de saúde.

Para dar suporte ao percurso de estágio tornou-se vital a elaboração de um *Projeto de Estágio*, uma matriz norteadora, que compreendia os objetivos delineados, as atividades a realizar, os indicadores de avaliação e as competências a adquirir e/ou desenvolver. A realização dos estágios tentou convergir sempre para os objetivos académicos e profissionais, nunca descuidando os objetivos padronizados para o serviço nem a missão institucional. A orientação dos estágios esteve sempre sob a responsabilidade de enfermeiros especialistas. Todos os trabalhos desenvolvidos, bem como a documentação mais relevante, foram incluídos no *Portfólio de Estágio*.

Do ponto de vista estrutural, pretendo que este documento demonstre, de forma clara, concisa, objetiva e agradável, o meu desempenho no desenvolvimento de competências ao longo dos estágios. Dando seguimento a esta fase introdutória segue-se um capítulo onde abordo os módulos de estágio realizados, bem como o módulo creditado. São apresentados os objetivos delineados, a descrição das atividades realizadas e das principais vivências, bem como, a fundamentação teórica e análise das competências adquiridas, desenvolvidas e certificadas (tendo por base o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional da UCP-ICS, 2007). De seguida apresento a conclusão onde, num momento de análise reflexiva em torno do percurso desenvolvido, se demarcam os contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional, as dificuldades encontradas e os projetos pretendidos

para o futuro. Por último, em apêndices, exponho todos os documentos por mim elaborados e que firmam este relatório. A referenciação bibliográfica apresentada baseou-se na NORMA PORTUGUESA 405-1 (1994).

A metodologia utilizada na construção deste relatório baseou-se no método descritivo, na análise e reflexão sobre a *praxis* e na revisão da literatura. Serão feitas referências a diversas autoras que relevo como preciosos contributos para a ciência de Enfermagem, como *Patricia Benner*, *Katharine Kolcaba*, *Florence Nightingale* e *Virginia Henderson*, uma vez que acredito que uma só filosofia, modelo conceptual ou teoria não fundamenta a complexidade dos cuidados de enfermagem. Procurei também fundamentar-me nas referências da OE para a excelência do exercício profissional, em recomendações de boas práticas emitidas por organizações nacionais e internacionais, bem como em investigação válida e atual pesquisada em base de dados como a *MedLine-PubMed*.

O percurso que partilho neste relatório espelha o que se entendem como os domínios de competência do enfermeiro especialista: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria da qualidade e segurança em cuidados de saúde; a gestão dos cuidados; o desenvolvimento das aprendizagens profissionais; a educação para a saúde ao doente e sua família; a formação, orientação, supervisão, avaliação e liderança de pares, e o desenvolvimento de linhas de investigação relevante para a profissão de Enfermagem (REGULAMENTO n.º122/2011).

1. ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO, DESENVOLVIMENTO E CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Neste capítulo pretendo partilhar o meu percurso de aquisição, desenvolvimento e certificação de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica. Pretendo, de igual forma, demonstrar como a minha intervenção contribuiu para a melhoria contínua da **qualidade e segurança** dos cuidados de enfermagem. Começo por descrever e analisar a minha experiência em enfermagem de cuidados intensivos, justificando as competências que me foram certificadas. De seguida apresento os objetivos delineados para cada um dos dois estágios, as atividades desenvolvidas para a consecução dos mesmos e as vivências experimentadas. Reflito criticamente sobre o meu desempenho, fundamentando-me e destacando as competências especializadas que adquiri e desenvolvi.

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde estão fundamentadas no trabalho diário de cada profissional de saúde (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010). Neste sentido, os enfermeiros devem assumir a responsabilidade de aproximar a sua prática e o seu desempenho dos padrões de excelência definidos, contribuindo para o crescimento e reconhecimento da profissão, bem como para a satisfação de quem cuidam. Sendo que as competências do enfermeiro especialista se afirmam, em grande parte, no domínio da promoção da qualidade e da segurança dos cuidados, foi este propósito que procurei trabalhar em ambos os estágios realizados. Nas minhas intervenções prossegui os **padrões de qualidade** dos cuidados de enfermagem (OE, 2001), procurando prevenir a doença e promover os processos de readaptação, satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida e procurar a adaptação funcional aos défices, através de processos de aprendizagem do doente. Os cuidados de enfermagem que prestei tiveram como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde de cada doente.

A qualidade dos cuidados de enfermagem implica a prestação de bons cuidados, e segundo HESBEEN (2001) pode ser entendida como o melhor, a perfeição ou a excelência. No entanto, o mesmo autor acrescenta que o conceito de qualidade, uma linha em evolução contínua, é vago e muito subjetivo, podendo a qualidade de uma mesma situação de cuidados ser apreciada de modos diferentes tendo em conta os contextos sociais, familiares, jurídicos, culturais, económicos e organizacionais. A prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa está a viver, requerendo uma atenção particular para com as pessoas e da utilização de vários recursos pelos profissionais. Nesta linha de pensamento, a OE (2001) afirma que os cuidados de qualidade significam coisas diferentes para diferentes pessoas, sendo que o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para prosseguir os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

O conceito de qualidade em saúde é, também, definido pela WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2009) como o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Estão incluídos o grau de conformidade com princípios e práticas aceites (padrões), o grau de adequação às necessidades do doente e o grau de obtenção de efeitos exequíveis (resultados) de acordo com a alocação ou uso de recursos apropriados (WHO, 2009, p.132 citando Slee *et al*, 1996).

O conceito de segurança do doente, enquanto componente essencial da qualidade, é definido pela WHO (2009) como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Implica “estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão” (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2011, p.74). Requer, desta forma, um trabalho consciente e contínuo dos profissionais e das instituições.

Foi com esta moldura que parti para o percurso que vou descrever nos próximos pontos, transportando a missão pessoal e profissional de fazer sempre mais e melhor pelos que cuido, por mim e pelos meus pares.

1.1. Módulo II: Enfermagem de Cuidados Intensivos/Intermédios – UNICOR do Hospital de Santa Cruz

Este estágio foi-me **creditado**, ao abrigo do artigo 45º do DECRETO-LEI nº74/2006 de 24 de Março, reconhecendo as competências que adquiri e desenvolvi ao longo de mais de cinco anos de experiência profissional (entre 2004 e 2010) a cuidar de doentes e família em situação crítica internados na **UNICOR** do Serviço de Cardiologia do HSC – CHLO, EPE.

Este serviço é composto por uma enfermaria e pela UNICOR (com 8 camas), e articula-se com a unidade de hemodinâmica, permitindo a prestação de cuidados de enfermagem a doentes em diferentes contextos assistenciais.

Iniciei a minha atividade profissional neste serviço no ano de 2004, imediatamente após a conclusão do último estágio do Curso de Licenciatura que decorreu neste mesmo local. A minha **integração** foi facilitada pela realização prévia do estágio académico, o que me conferiu conhecimentos acerca da equipa multidisciplinar, da dinâmica e da estrutura física, do clima organizacional, bem como, de normas e de protocolos de intervenção em vigor. De acordo com BENNER (2001) encontrava-me no nível de **enfermeira iniciada avançada**, pois já tinha tido oportunidades anteriores de prestar cuidados em contexto real e aprendido o suficiente para saber os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas; no entanto, existia

ainda uma ligação muito estreita às regras ensinadas, dificuldade em ver o doente como um todo e em realizar uma hierarquia de prioridades. Estava prestes a iniciar um longo e produtivo percurso de aquisição de competências no âmbito do doente em estado crítico.

Os **cuidados intensivos** abordam especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes com patologias que ameaçam a vida ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. O objetivo primordial destes cuidados é suportar e recuperar funções vitais, criando condições para tratar a doença subjacente e proporcionando oportunidades para uma melhor qualidade de vida (PORTUGAL, 2003). Durante a prestação de cuidados de enfermagem na UNICOR cuidei de doentes adultos e idosos em situação crítica, visando a prevenção e tratamento da doença, a antecipação de complicações e a promoção da saúde. A SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS e a ORDEM DOS MÉDICOS (2008, p.9) definem o **doente crítico** como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”

Sendo uma unidade de cuidados intensivos (UCI) de cardiologia, os doentes internados na UNICOR vivenciam **processos complexos de doença**, nomeadamente, síndrome coronária aguda (SCA), bradi-taquiarritmias, insuficiência cardíaca descompensada, edema agudo do pulmão, choque cardiogénico, choque hipovolémico, choque séptico e falência multiorgânica, alguns deles a aguardar transplantação cardíaca. A prestação de cuidados de enfermagem a estes doentes requereu, ao longo deste percurso, o domínio de terapêuticas/tecnologias adjuvantes especializadas como a monitorização hemodinâmica invasiva, a interpretação de traçados eletrocardiográficos, as técnicas de cardiologia de intervenção, a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, o balão de contrapulsção intra-aórtica, as técnicas de substituição renal, toda a farmacologia endovenosa de suporte, entre outros. Os cuidados a doentes em pós-operatório imediato e não imediato de cirurgia cardiorácica foram, também, uma realidade nesta unidade, o que contribuiu para adquirir competências a outros níveis, mais direcionados para a vertente dos cuidados intensivos cirúrgicos. Desta forma, considero ter executado cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao doente a vivenciar uma situação crítica e/ou falência multiorgânica. Desenvolvi a seguinte competência: “*Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada*” (UCP, 2007, p.5).

Na prática de cuidados intensivos, várias foram as situações onde foi necessário identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, diagnosticar precocemente complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, estabelecer prioridades de intervenção ao nível do plano de cuidados, demonstrar competências em técnicas de ressuscitação cardiopulmonar e atuar sob pressão. Com o percurso que desenvolvi considero ter adquirido e desenvolvido as seguintes competências: “*Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização*”;

“Realizar a gestão dos cuidados” e “Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas” (UCP, 2007, p.5).

A metodologia do processo de enfermagem era orientada pela filosofia de **Virginia Henderson**, autora definida pela Direção de Enfermagem, para conceptualizar os cuidados prestados na instituição. O plano de cuidado incidia nas catorze necessidades humanas, que se inscrevem nos contextos biofisiológico, psicossocial e cultural, e que os doentes deveriam ver satisfeitas com a ajuda dos enfermeiros. HENDERSON (2007) citando a própria (1978) define Enfermagem como a ajuda que os profissionais prestam às pessoas doentes ou saudáveis, na satisfação das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou morte serena), que a pessoa realizaria, sem ajuda, se tivesse o conhecimento, a força ou vontade necessárias - promovendo a independência tão precocemente quanto possível. Ainda segundo a autora, os cuidados de enfermagem assentam na relação interpessoal enfermeiro-pessoa, em que o profissional assume três papéis: 1) substituto; 2) ajudante e 3) parceiro, trabalhando em interdependência com outros profissionais.

Irei descrever algumas das intervenções de enfermagem realizadas, que considero mais relevantes e que se traduziram na ajuda defendida por *Henderson*. Apesar de todas as pessoas terem necessidades comuns, estas são satisfeitas por padrões de vida infinitamente variados, em que não há dois iguais. Assim, cada plano de cuidados se torna diferente de qualquer outro (HENDERSON, 2007).

Ajudar o doente a respirar. Observei judiciosamente o padrão respiratório e ajudei na adoção de posicionamentos que favorecem as trocas gasosas em doentes com insuficiência cardíaca descompensada, em edema agudo do pulmão e submetidos a ventilação mecânica, entre outros. Prestei atenção aos sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas, procedendo à *toilette* das mesmas e otimizando o tubo endotraqueal ou a traqueostomia. Cuidei de doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, dominando as modalidades ventilatórias e a interpretação dos valores de gasimetria arterial promovendo, em interdependência com a equipa médica, a extubação precoce, a reeducação funcional respiratória e o restabelecimento do padrão respiratório normal para cada doente. Tive, também, a oportunidade de frequentar o curso de Suporte Avançado de Vida que me permitiu adquirir competências na área da ressuscitação cardiopulmonar.

Ajudar o doente a eliminar. Neste âmbito saliento os cuidados a doentes com insuficiência renal (no contexto de choque cardiogénico ou sépsis, por exemplo) submetidos a técnicas de substituição renal, como a hemodiafiltração veno-venosa contínua. O domínio destas técnicas constituiu um grande desafio no meu desenvolvimento de competências, pois são muito complexas e apresentam riscos iatrogénicos graves associados, exigindo uma monitorização rigorosa dos sinais vitais, balanço hídrico e valores analíticos.

Ajudar o doente a manter uma boa postura quando anda, se senta e se deita; e ajudá-lo a mudar de posição. Os doentes internados em UCI encontram-se frequentemente limitados na mobilidade, quer pela necessidade de manter o repouso, quer pela alteração do estado de consciência, quer pela incapacidade gerada pela doença. Enquadram-se aqui as intervenções que realizei no sentido de adequar a postura corporal ideal para cada doente em função da sua situação clínica, de prevenir a rigidez articular (movimentos articulares passivos e ativos) e de prevenir as úlceras de pressão (alternância de decúbitos, colchão anti-escaras e massagem). Recordo, a título de exemplo, a limitação que o balão de contrapulsção intra-aórtica gera na possibilidade de mobilidade do doente, exigindo do profissional um cuidado exímio na salvaguarda de complicações graves para o doente. Quanto às úlceras por pressão, a taxa de incidência das mesmas nas unidades hospitalares é definida como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem pela *National Database of Nursing Quality Indicators*, desenvolvida pela AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA) (2009) e baseada nos indicadores do NATIONAL QUALITY FORUM (NQF) (2004). Neste sentido, todas as intervenções que realizei no sentido da sua prevenção foram um contributo para a qualidade dos cuidados prestados.

Ajudar o doente a manter a temperatura do corpo num nível normal. Neste âmbito, e tendo em conta o contexto de UCI, gostaria de salientar as situações em que houve a necessidade de aplicação de dispositivos de aquecimento (como a manta térmica) em casos de hipotermia (doentes a realizar técnicas de substituição renal ou em pós-operatório imediato, por exemplo); e o recurso à hipotermia terapêutica no tratamento do doente crítico, capaz de fornecer neuroproteção em lesões cerebrais causadas, por exemplo, por paragem cardiorrespiratória (ANJOS *et al*, 2008). Ambas as intervenções descritas estão associadas a complexos processos de doença e requerem uma monitorização contínua e rigorosa das funções vitais. Recordo o caso de um doente (relativamente jovem e saudável) que tinha sido encontrado em paragem cardiorrespiratória e que foi submetido à técnica de hipotermia terapêutica. Aconteceu num turno da noite e exigiu um grande trabalho de equipa, pois era a primeira vez que a implementávamos e porque o sucesso da técnica depende da rapidez com que se atinge a temperatura terapêutica.

Ajudar o doente a manter o corpo limpo, com bom aspeto e a proteger os tegumentos. Neste âmbito gostaria de salientar a importância que conferi aos cuidados à orofaringe nos doentes entubados orotraquealmente, como forma de zelo, não só pela higiene e prevenção de infeções, mas também pela boa aparência física do doente, que se reflete no seu bem-estar e na visibilidade que conferimos aos cuidados prestados. HENDERSON (2007,p.5) afirma que “a condição da boca é um dos melhores indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem”.

Ajudar o doente a comunicar com os outros, expressando as suas necessidades e sentimentos. A comunicação é uma das competências mais importantes em enfermagem, sendo que em cuidados intensivos o compromisso da comunicação constitui um dos principais

fatores de *stress* para o doente submetido a ventilação mecânica. Está relacionado com a incapacidade para falar, com as explicações insuficientes dos profissionais, com a compreensão inadequada, com o medo da incapacidade em comunicar e com a dificuldade dos métodos de comunicação (THELAN *et al*, 1996). Estive sempre atenta a esta questão, explicando ao doente os procedimentos que iriam ser realizados, estimulando o recurso à linguagem não-verbal mediante gestos, sinais, toque, mímica facial, pestanejo ou aperto da mão. O recurso ao quadro branco ou bloco de folhas e caneta, ou a quadros alfabéticos e de figuras, foram outras das habilidades comunicacionais que afluíram na tentativa de otimizar a capacidade de comunicação do doente. Prestei também atenção à alteração dos sinais vitais do doente como forma de tentativa de expressão. Assim, considero ter demonstrado conhecimentos em técnicas de comunicação perante o doente em situação crítica, implementando estratégias facilitadoras e adaptativas da comunicação de acordo com complexidade da situação. Facilitei, igualmente, o processo de comunicação entre o doente e o seu ente querido. Desenvolvi a competência: “*Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*” (UCP, 2007, p.5).

Ajudar o doente a aprender. A permanência em UCI é, geralmente, transitória pelo que faz parte de um processo que tem início no momento em que o doente foi vítima do acontecimento que lhe condicionou o risco de vida (PORTUGAL, 2003). Por vezes estes acontecimentos têm na sua base, falhas na gestão da saúde, e podem criar novas imposições ao nível da adesão a um regime, da aceitação do estado de saúde e do autocuidado. Estas novas exigências fazem emergir novas necessidades de aprendizagem, e os enfermeiros desempenham um papel essencial na educação para a saúde e na promoção do **empowerment** junto do doente e família. A promoção da saúde é, aliás, enunciada nos indicadores e critérios de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Segundo a mesma fonte, os enfermeiros fomentam a excelência do exercício profissional ao ajudar o doente/família a alcançar o máximo potencial de saúde através da identificação da situação de saúde, do fornecimento de informação geradora de aprendizagem e da promoção de estilos de vida saudáveis.

A **educação para a saúde** e o **empowerment** são ferramentas essenciais para a manutenção e promoção da saúde e que não devem ser descuradas pelos enfermeiros. Uma das iniciativas da Organização Mundial de Saúde para 2011, no âmbito da segurança do doente é, exatamente, potenciar o **empowerment** do doente com vista à sua segurança (WHO, 2011).

O conceito de *empowerment* ou “empoderamento” (na sua tentativa de tradução para português) surge na sequência da Declaração de *Alma-Ata* (1978), que reconheceu, pela primeira vez, a importância das pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde (SOUSA, 2009).

SHEARER (2009), citando a própria (2004) e Labonte (1989), refere que o *empowerment* é visto como um processo relacional que emerge do reconhecimento que cada pessoa tem dos seus recursos pessoais e sociais, e que se baseia em quatro princípios: 1) é um poder inerente e contínuo do indivíduo; 2) é um processo relacional expressivo da reciprocidade entre a pessoa e o ambiente; 3) é um processo contínuo e inovador de mudança e 4) é expressivo de um padrão de bem-estar do ser humano. “Empoderar” implica, deste modo, dar informação, poder e autonomia para que o doente, motivado e conhecedor dos recursos, tome decisões, participe e controle ativamente o seu processo de saúde.

Ciente de que o *empowerment* conduz a uma maior capacitação do doente para a promoção de saúde, através de um processo de aquisição de conhecimentos e competências, procurei dar relevância a este ponto na minha prática de cuidados. A educação para a saúde com vista ao *empowerment* é essencial quando nos referimos a doenças como as cardiovasculares, que estão diretamente relacionadas a fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo e os hábitos alimentares.

A Doença Cardiovascular (DCV) é a maior causa de mortalidade e morbilidade na Europa, sendo responsável por mais de 4,3 milhões de mortes por ano neste continente e causando cerca de metade da totalidade dos óbitos (EUROPEAN HEART NETWORK, 2008). As doenças do aparelho circulatório foram, em 2009, a primeira causa de morte entre os portugueses, com 33.314 mortes atribuíveis (*versus* 36.570 em 2005), num total de 104.434 óbitos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), 2010a e 2010b). Das DCV, as doenças isquémicas do coração (incluindo o SCA) são as mais mortíferas (EUROSTAT, 2006). Em 2009 estimaram-se em 14.663 os anos potenciais de vida perdidos por doenças isquémicas do coração (INE, 2010c). A DCV é também uma das principais causas na origem de morbilidade, incapacidade e de redução da qualidade de vida (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY E EUROPEAN HEART NETWORK, 2007). Portugal é o 2º país da União Europeia com menor taxa de mortalidade por esta causa e tanto em Portugal como na União Europeia estão a registar-se taxas de mortalidade decrescentes por DCV; no entanto a morbilidade é crescente, o que se relaciona com o aumento da longevidade e da sobrevivência das pessoas com DCV (EUROSTAT 2006; EUROSTAT 2011a e 2011b; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY E EUROPEAN HEART NETWORK, 2007). Estima-se que os custos anuais da DCV na União Europeia rondem os 192 milhões de euros, de entre os quais, 57% se referem a custos dos cuidados de saúde, 22% aos cuidados informais a pessoas com DCV e 21% a perdas de produtividade (EUROPEAN HEART NETWORK, 2008).

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, sendo que os enfermeiros promovem a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde (OE, 2004). Neste sentido, e perante os factos evidenciados, considero ter atribuído poder ao doente/família, ajudando-os a adquirir competências que lhes permitissem adotar um regime

(terapêutico, dietético, funcional, entre outros) favorável à promoção da saúde. Promovi o *empowerment* dos doentes e famílias que cuidei ao orientá-los para a adoção de comportamentos que contribuíssem para a redução dos fatores de risco modificáveis e, conseqüentemente, para a prevenção da doença. Considero, assim, ter desenvolvido a competência: “*Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização*” (UCP, 2007, p.5).

Ao concluir aqui a análise de algumas das necessidades defendidas por *Virginia Henderson*, que considerei pertinentes relevar no contexto da minha experiência em enfermagem de cuidados intensivos, penso ter demonstrado conhecimentos sobre o bem-estar físico e psicossocial na resposta às necessidades do doente/família e ter “*desenvolvido uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e família*” (UCP, 2007, p.5).

Como enfermeira de cuidados intensivos mobilizei competências relacionais, ético-legais, técnicas e científicas, no sentido de oferecer cuidados de qualidade ao doente e família. Na esfera da família importa salientar que a OE (2001) defende que o exercício profissional de enfermagem se caracteriza pela parceria estabelecida com o doente que, em variadas circunstâncias, deverá ser alargada às pessoas significativas do doente.

A obra de FRIEDMAN, BOWDEN e JONES (2003) realiza uma resenha da forma como conceito de **família** é abordado, ao longo do tempo, por algumas teóricas de enfermagem, das quais destaquei *Imogene King* - que definiu a família como um pequeno grupo de indivíduos agregados numa vinculação que visa a socialização entre os seus membros e a transmissão de valores e normas durante a vida - e *Betty Neuman*, que no seu Modelo de Sistemas, considera o doente e a família como um sistema aberto (indivíduo, o grupo, a família, a comunidade ou qualquer agregado) em interação constante com o ambiente. Foi assumindo o doente e família/pessoa significativa como uma unidade em interação que prestei cuidados de enfermagem.

Nos cuidados que prestei tive a oportunidade de constatar que a família é muitas vezes confrontada com sentimentos ambivalentes, ao confiar o tratamento do seu ente querido a um grupo de profissionais treinados e competentes, mas também invadida pela angústia de constatar a panóplia de tecnologia que rodeia o doente. Reconhecendo que, ao nível da unidade familiar, a doença de um dos seus membros afeta todos os outros, procurei sempre incluir a família na prestação de cuidados. A integração da família ao serviço, as informações prévias ao momento de visita (explicando a situação do doente e a imagem que iriam encontrar), a minha presença e disponibilidade, a flexibilidade perante os horários das visitas e o incentivo para a personalização, possível, da unidade do doente com fotografias ou objetos significativos, entre outros, foram intervenções que conduziram ao conforto dos doentes e famílias que cuidei, e pelas quais emergia um profundo sentimento de gratidão.

Foram várias as situações em que acompanhei as famílias no **momento da morte**. Proporcionava a sua permanência junto do doente, incentivando o toque e as palavras que pudessem confortar ambos no momento de partida. Desenvolvi uma relação terapêutica com os familiares de doentes em fim de vida, que acredito terem constituído contributos positivos no **processo de luto**. Desta forma, considero ter implementado, gerido e avaliado o processo da relação terapêutica. Pelo acima explanado considero ter abordado “*questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família*” (UCP, 2007, p.5).

A minha capacidade de prestação de cuidados diferenciados e holísticos ao doente crítico foi, deste modo, conseguida através de um percurso crescente que foi evidenciando as competências adquiridas ao longo de vários anos de aperfeiçoamento profissional. Destaco a aquisição e o desenvolvimento de competências ao nível da liderança e gestão de equipas, a supervisão e gestão de cuidados, assim como na formação e integração de novos profissionais e estudantes de enfermagem.

Desenvolvi competências no domínio da **gestão da equipa** e dos **cuidados**, nas funções que exerci como chefe de equipa, de 2008 a 2010. Organizei e coordenei a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, utilizando os recursos de forma eficiente. Geri os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem, em articulação com a equipa multiprofissional. Orientei, supervisionei e avaliei as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade. Fomentei, junto da equipa, a tomada de decisão baseada na deontologia e na legislação, bem como nas recomendações de boas práticas. Apliquei estratégias de motivação da equipa, adaptando os estilos de **liderança** às diferentes situações e promovendo um ambiente de trabalho positivo, visando a otimização da qualidade dos cuidados. Implementei estratégias, que me permitissem reconhecer antecipadamente os conflitos, sentimentos e emoções, e geri-los eficazmente em ordem a uma resposta eficiente da equipa. Considero, desta forma, ter adquirido e desenvolvido as competências: “*Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização*”; “*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*”; “*Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*” e “*Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização*” (UCP, 2007, p.5).

Oriei, supervisionei e avaliei **estudantes de enfermagem** em estágio e fui responsável pela **integração de novos elementos** na equipa de enfermagem, de 2006 a 2010. Procurei ser um vetor para o desenvolvimento de outros enfermeiros, favorecendo o seu processo de aprendizagem, de reflexão e de reconhecimento de recursos e limites pessoais e profissionais. Rentabilizei as oportunidades de aprendizagem e transmiti conhecimentos, discutindo as práticas diárias. Adquiri e desenvolvi a seguinte competência: “*Colaborar no processo de integração de novos profissionais*” (UCP, 2007, p.5).

Desenvolvi uma prática profissional baseada na evidência científica e sustentada na deontologia profissional e na experiência adquirida no percurso profissional. Nesse sentido, a **formação profissional contínua** foi sempre uma aposta e constante preocupação no sentido da fundamentação rigorosa de uma prática de qualidade. Ao longo da minha atividade no HSC frequentei várias ações de formação, cursos, congressos, encontros e jornadas no âmbito da enfermagem de cuidados intensivos e da cardiologia. De outras temáticas destaco: “Gestão de Equipas e Liderança – Chefias”; “Academia de Feridas”; “Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores” e “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)® e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem®”. Em 2009, com o objetivo de sustentar a minha *praxis* clínica em padrões de conhecimento de qualidade, frequentei o **Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Cuidados Intensivos** (na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), que foi concluído com a classificação de Excelente. Com o objetivo de desenvolver competências na prestação de cuidados a doentes submetidos a procedimentos na área da cardiologia de intervenção, realizei um **estágio profissional** (extra-laboral) na unidade de hemodinâmica, que considero ter sido uma mais-valia. Considero, desta forma, ter mantido “*de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*” e incorporado “*na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização*” (UCP, 2007, p.4-5).

Promovi a formação em serviço, atuando como formadora do CHLO, no **Curso de Atualização de Cuidados Intensivos Cardíacos**, com os temas “Cuidados de Enfermagem ao Doente com SCA” e “Cuidados de Enfermagem ao Doente com Balão de Contrapulsção Intra-Aórtica”. Considero ter desenvolvido a seguinte competência: “*Promover a formação em serviço na área de especialização*” (UCP, 2007, p. 5).

Fui convidada a **moderar** a Mesa Redonda “SCA – Prevenção e Internamento”, nas VII Jornadas de Cardiologia de Évora, em 2008, o que constituiu o reconhecimento das minhas competências na área da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com SCA. Considero ter desenvolvido as seguintes competências: “*Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da sua especialização*” e “*Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.*” (UCP, 2007, p.4-5).

Tive a oportunidade de acompanhar a evolução de sistemas de informação em enfermagem ao integrar o grupo responsável pela implementação da **CIPE® (versão Beta 2)** e do **Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem®** no serviço de cardiologia. Este processo iniciou-se com um período de formação, seguido por um período de elaboração do padrão documental e de parametrização do serviço, tendo sido concluído com o acompanhamento dos profissionais nas primeiras semanas de operacionalização. Promovi a utilização de um instrumento com contributos para a melhoria contínua dos cuidados de saúde, ao nível da prática, do ensino, da gestão, da política e da investigação. Por tudo o que tenho descrito e tendo em conta a

realização deste projeto, considero ter zelado “*pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização*” (UCP, 2007, p.5).

A reflexão constante “*na e sobre a sua prática, de forma crítica*” (UCP, 2007, p.5) foi uma das competências que desenvolvi e que fui aprimorando ao longo deste percurso, promovendo o meu autoconhecimento. As interrogações a que me fui submetendo enquanto profissional permitiram-me criar reminiscências das situações, encará-las de diferentes perspetivas, e analisá-las à luz da lei, da deontologia e dos princípios éticos que contornam a Enfermagem. Assim, pude, de forma crítica, delinear estratégias que me permitissem saber agir melhor em contexto, ou seja, ser mais competente.

Após um percurso de cerca de seis anos a aperfeiçoar competências em enfermagem em cuidados intensivos, considero ter atingido o nível de **enfermeira proficiente**, capaz de apreender as situações na sua globalidade, baseando o meu desempenho e perceção em máximas e em experiências anteriores, demonstrando-me capaz de reconhecer facilmente situações complexas e tomar decisões de forma mais ágil e consistente (BENNER, 2001).

As competências e o corpo de conhecimentos que adquiri nesta área foram determinantes para a experiência profissional que se seguiu: a prestação de cuidados de enfermagem em serviço de urgência. Consequentemente, também o estágio académico que realizei neste contexto e que é apresentado no subcapítulo seguinte, foi otimizado.

1.2. Módulo I: Enfermagem de Urgência/Emergência - Serviço de Urgência Geral do HPP- Hospital de Cascais

Ao iniciar um estágio num serviço que lhe é novo, o estudante necessita de um período de integração que possibilite a sua melhor adaptação. O facto de realizar este estágio em contexto de trabalho permitiu-me alguns ganhos, nomeadamente, a experiência profissional, o conhecimento da estrutura e dinâmica do SUG, a integração na equipa, a consciência do clima organizacional e o conhecimento de normas e de protocolos de intervenção em vigor. Tive a possibilidade de me concentrar de imediato na consecução dos objetivos traçados.

Os **objetivos gerais** formulados para este estágio foram:

- I. “Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto de Serviço de Urgência (SU)” (UCP, 2007, p.4);

- II. “Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (UCP, 2007, p.4).

Para orientar mais especificamente as atividades a desenvolver, defini três **objetivos específicos**:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade ao doente e família que recorre ao SUG;
2. Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados através da elaboração de um instrumento que aprimore os registos de enfermagem e garanta a melhor continuidade dos cuidados a prestar ao doente e família no momento da sua transferência/alta do SUG;
3. Desenvolver competências na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do SUG do Hospital de Cascais.

A concretização dos objetivos acima enunciados decorreu ao longo de todo o estágio, de forma contínua, criativa, inter-relacionada e dinâmica.

*

Objetivo 1: Prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade ao doente e família que recorre ao SUG.

Procurando definir o que é um SU, o DESPACHO NORMATIVO n.º11/2002 de 6 de Março, descreve no seu artigo 1.º que “os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”. Encontra-se então, estabelecido legalmente, de acordo com o DESPACHO n.º18459/2006 de 12 de Setembro, que se “entende por emergência e urgência médica a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”.

É no contexto de prestação de cuidados a doentes e famílias em situação crítica, que diariamente os enfermeiros dos SU afirmam a sua prática. SHEEHY (2001) descreve que a enfermagem de urgência envolve uma diversidade acentuada de conhecimentos, de doentes com um espectro alargado de idades, de processos de doença, de problemas reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais, exigindo dos profissionais um conjunto ímpar de competências. Durante este estágio tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem ao doente e família em todas as valências do SUG (Sala de Triagem, Sala de Reanimação, Sala de Tratamentos, Sala de Pequena Cirurgia e Sala de Observação).

Pactuo e esforcei-me por reproduzir na minha prática que “os cuidados de enfermagem, pela sua natureza, permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado” (HESBEEN 2000, p.69). O mesmo autor afirma que estes cuidados proporcionam oportunidades únicas de promover mais serenidade às pessoas através do **conforto**, da **doçura**, do **calor** e da **atenção aos mil e um pormenores**. É a partir deste quaternário que vou, também, enquadrar algumas das minhas atividades de estágio.

Na linha de pensamento de **promoção de conforto**, recorri à obra de *Katherine Kolcaba*, teórica de enfermagem que se dedicou à conceptualização e operacionalização deste conceito. KOLCABA (2003) citando a própria (1997) define conforto como a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação de necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, psico-espiritual, social e ambiental). Consciente desta teoria, procurei aqui partilhar situações concretas em que proporcionei conforto a quem cuidei.

O **conforto físico** foi promovido sempre que prestei atenção às sensações e condições corporais, como o alívio da dor, os cuidados de higiene, a nutrição, a eliminação, os cuidados à pele, a prevenção de úlceras de pressão e a antecipação de situações de instabilidade clínica. Através da satisfação destas necessidades, contribui para o **alívio** do doente.

Promovi o **conforto psico-espiritual** nas situações que procurei aumentar a autoestima do doente, devolver-lhe a esperança ou o sentido da vida e fomentar as suas relações com um ser superior ou uma crença. A este nível dediquei especial atenção ao acompanhamento do doente em fim de vida, à transmissão de más notícias, à gestão do medo e da ansiedade, ao suporte emocional e à escuta ativa, contribuindo para a **transcendência** do doente/família.

Ao envolver a família nos cuidados, ao permitir as visitas mesmo fora do horário estipulado, ao utilizar a criatividade na relação interpessoal e ao estabelecer a relação de ajuda contribui para o **conforto social**. Quando, através destas intervenções, o doente/família ficavam mais calmos ou, até mesmo, mais contentes, revelou-se o conforto ao nível da **tranquilidade**.

A otimização do ambiente físico, com vista à criação de um ambiente terapêutico, foi condutora do **conforto ambiental**. Apesar das condições do SUG, com espaços físicos por vezes pouco favoráveis (espaços sobrelotados, salas abertas que impedem a privacidade, ruído permanente, falta de luz natural, entre outros), poderem constituir barreiras à comunicação, à relação terapêutica e ao conforto, a consciencialização e a partilha de tais factos constituiu-se como, um vetor para a mudança de comportamentos. Neste sentido, esforcei-me por promover a privacidade do doente (mantendo as cortinas fechadas durante a prestação de cuidados, utilizando o biombo ou conduzindo o doente para outra sala), por reduzir ruídos e favorecer o sono e o repouso (desligando as luzes durante a noite, e o mais precocemente possível), por regular a temperatura ambiente, entre outros. Agilizei as transferências, o mais precocemente

possível, para as enfermarias, permitindo ao doente usufruir mais rapidamente de um ambiente menos confuso e ruidoso. Também aqui creio ter ajudado no **alívio** e na **tranquilidade**.

Regressando a HESBEEN (2000), a **doçura** pressupõe uma enorme capacidade de atenção ao outro, e deve ser discreta e comedida, como a adequação de um tom de voz, um ouvido atento, um toque, um sorriso, o ir ao encontro de alguém que exprime o seu sofrimento. Muitas foram as ocasiões neste estágio em que demonstrei esta capacidade. Concretizo uma situação que acabou por constituir um **incidente crítico**, o caso da M., uma jovem de 37 anos com Síndrome de MELAS (*Mitochondrial myopathy, Encephalopathy, Lactic Acidosis with Stroke-like episodes*), que por uma agudização da sua doença foi levada ao SUG pelo pai. A forma como acolhi aquela família durante a noite na sala de tratamentos traduziu-se numa enorme gratidão expressa no momento da alta, acompanhada pelo reconhecimento da importância de uma equipa que valorize a família e que mostre disponibilidade para estar com as pessoas. Sei que as minhas intervenções marcaram a diferença para aquela família naquele momento e, em paralelo, deram visibilidade aos cuidados de enfermagem de qualidade. De facto, foram o toque no ombro daquela pessoa, o apresentar-me pelo nome, o sorrir e estar disponível para escutar as angústias de um pai desesperado com o sofrimento da filha, que marcaram toda a diferença. Os cuidados foram realizados e a dor/sofrimento que os mesmos por vezes envolveram não estiveram ausentes, mas a doçura que imprimi nas intervenções quando cumpro o plano de cuidados, foi o que realmente prevaleceu.

O **calor** é o que permite tornar acolhedor um lugar de cuidados, como a alegria da equipa, o calor que esta liberta na sua interação entre si e com os beneficiários dos cuidados, o sorriso autêntico dirigido apenas àquela pessoa e naquele contexto (HESBEEN, 2000). A arte da profissão emerge dos recursos que conseguimos utilizar para saber agir em contexto, e que se prendem sobretudo com a nossa criatividade. Concordo com os autores que advogam que no correto recurso ao humor, como ferramenta preciosa da comunicação e relação, se revela a arte da profissão. O **humor** foi um dos recursos que utilizei na minha prática no SUG, quer com doente e família, quer no seio da equipa multiprofissional, tendo por base o estudo feito por JOSÉ (2002). Esta autora demonstrou que o humor é um estilo de comunicação e uma estratégia importante ao dispor de profissionais e doentes no sentido de os ajudar, desde que utilizado criteriosa e conscientemente, numa relação terapêutica e respeitosa. Os doentes consideram-no uma competência do enfermeiro que pode exercer enormes benefícios na promoção do seu bem-estar. Utilizei este recurso introduzindo no cuidado material humoroso, como expressões engraçadas, trocadilhos, anedotas e piadas salutares. O importante foi que ficasse sempre claro que estava a rir com o outro e não do outro, o que coartaria a relação.

Os **mil e um pormenores** são reveladores de um genuíno olhar dirigido ao outro e aos detalhes (HESBEEN, 2000). Fi-lo sempre que reparei numa pessoa com expressão facial de tristeza ou dor, numa lágrima que caía no rosto, num apelo de aconchego, mas também, numa

idosa que apesar da avançada idade ainda conduzia um automóvel, fazia desporto ou se maquilhava, e intervim, minorando a tristeza ou elogiando quando foi o caso.

Pelo acima descrito, considero ter desenvolvido as seguintes competências: *“Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família”*; *“Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas”* e *“Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada”* (UCP, 2007, p.4-5).

Prestei **cuidados técnicos de alta complexidade** ao doente em situação crítica (SCA, edema agudo do pulmão, arritmias, intoxicações, hemorragia digestiva, traumatismos vertebro-medulares, trauma térmico, politraumatismos, transporte do doente crítico, entre outros), demonstrando conhecimentos atualizados ao nível de suporte avançado de vida, ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica contínua, interpretação de gasimetria, interpretação de traçados eletrocardiográficos, técnicas de imobilização e outras terapêuticas/tecnologias adjuvantes especializadas. Penso ter tido uma resposta eficaz perante situações imprevistas e complexas, antecipando focos de instabilidade do doente e atuando eficazmente sob pressão.

Penso ter feito uma **gestão** adequada e atempada da prestação de **cuidados** em situações de urgência e emergência, hierarquizando as minhas prioridades de intervenção e procurando prevenir e tratar complicações. Tendo em conta toda a experiência profissional anterior, bem como, as oportunidades de aprendizagem deste estágio, penso que nas situações de urgência e emergência me consegui destacar como uma enfermeira perita, detentora de experiência profissional exímia e com capacidade de compreender de maneira intuitiva cada situação, apreendendo imediatamente o problema (BENNER, 2001). Ainda segundo esta autora (2001) as funções de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente, a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida e a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos são importantes domínios dos cuidados de enfermagem. Desta forma, considero ter adquirido/desenvolvido as seguintes competências: *“Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”*; *“Realizar a gestão dos cuidados”* e *“Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspetiva profissional avançada”* (UCP, 2007, p.5).

A qualidade dos cuidados prestados às pessoas que acorrem a este SUG será tanto maior quanto melhor estes cuidados se adequarem às suas reais necessidades. Consequentemente, considerei determinante a realização de um estudo que caracterizasse a população que foi cuidada neste serviço durante o primeiro ano da sua existência. Desta forma, procedi à colheita dos dados relevantes, em registo informático e manual, do período compreendido entre de 1 de Março de 2010 a 28 de Fevereiro de 2011, com a autorização do enfermeiro chefe do SUG. Visei conhecer a população, quanto à idade, motivo de vinda ao SUG, proveniência, destino, entre outros. Elaborei um **documento** que espelha estes **dados estatísticos** (Apêndice I) e

que ficou disponível para consulta no serviço. Realço que 56% dos doentes saem do hospital referenciados, o que reforça a importância da garantia da continuidade dos cuidados, um tema que destaquei neste estágio. Apesar de cada pessoa ser única, com uma esfera inigualável, sabemos que se conhecermos as situações que com maior frequência nos deparamos, cuidaremos com um maior nível de eficácia e prosseguiremos a melhoria crescente da qualidade dos cuidados. PONCE e TEIXEIRA (2006) afirmam que é crucial que os profissionais saibam exatamente o que fazer perante as situações mais graves e/ou frequentes e que as logísticas inerentes estejam presentes e preparadas.

Um dos aspetos relacionados com este estágio e que gostaria de salientar prende-se com a tomada de decisão em contexto de enfermagem de urgência e emergência. A **tomada de decisão** é um dos conceitos incluídos no sistema social defendido por KING (1981). A autora refere nesta sua obra que as decisões são julgamentos feitos em situações específicas que afetam o curso da ação a ser desenvolvida, influenciados pelo tempo, quantidade de informação disponível e pessoas envolvidas. São sempre situacionais e dirigidas a metas a serem alcançadas, num processo contínuo, que envolve uma situação ou um problema.

O SU recebe doentes com sintomatologia súbita que poderá, ou não, envolver risco de vida, sendo que o maior desafio exigido aos profissionais é a capacidade de avaliação inicial, identificação de problemas e necessidades, intervenções imediatas, adequadas e priorizadas, e avaliação de resultados. A atuação em situações imprevisíveis, a antecipação de focos de instabilidade, a ação sob pressão e a capacidade de tomada de decisão imediata caracterizam a enfermagem de urgência. No domínio da tomada de decisão e juízo clínico pode ler-se no REGULAMENTO n.º122/2011, de 11 de Fevereiro, que o enfermeiro especialista é aquele que tem “um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

A tomada de decisão implica o recurso a **evidência**, a informação adquirida através da avaliação científica da prática. Neste sentido, realizei pesquisa bibliográfica, consultando bases de dados científicos, sobre as recomendações mais atuais no âmbito dos cuidados ao doente em situação crítica e sobre as ciências sociais e do comportamento - prática facilitadora da implementação de cuidados de qualidade. No entanto, sabendo que a aplicação de evidência científica, sem o julgamento adequado, resulta numa abordagem tipificada dos cuidados de enfermagem, procurei integrá-la no todo holístico do doente e família. Foram assim desenvolvidas as seguintes competências: *“Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”, “Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência” e “Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes”* (UCP, 2007, p.4-5).

Procurei alicerçar a *praxis* na evidência que, de acordo com CRAIG e SMYTH (2004), significa fazer as coisas da forma mais eficaz, como os mais elevados padrões possíveis, a cada doente. De acordo com os autores, tal implica a integração da competência profissional individual (perícia) com o que de melhor existe disponível em evidência pela investigação, e envolve a interpretação das necessidades e perspetivas de cada doente na tomada de decisão. Neste sentido, *Trammer et al* (1998) e *Youngbult e Brooten* (2001), citados pela CANADIAN NURSES ASSOCIATION (2002) advertem para que os mais altos níveis de evidência não eliminem a necessidade de julgamento clínico que considere as preferências de quem cuidamos, já que julgamos quando avaliamos as alternativas e tomamos decisões quando escolhemos entre as alternativas. *Ciliska et al* (2001) e *Mulhall* (1998) citados pela CANADIAN NURSES ASSOCIATION (2002) acrescentam, ainda, que a tomada de decisão em enfermagem emerge, então, da incorporação da evidência proveniente da investigação, da experiência, do conhecimento e das preferências do doente, sendo também influenciada pelos valores individuais, pelo ambiente organizacional e pelo código ético-deontológico.

Considero ter revelado uma prática fundamentada dado que evidenciei conhecimentos atualizados sobre os cuidados de enfermagem em situação de urgência e emergência, aplicando-os na prestação de cuidados especializados, seguros e de qualidade. As competências já adquiridas e desenvolvidas durante a minha prática profissional, bem como, todo o vasto leque de conhecimentos que sempre me esforcei por alcançar ao longo deste percurso, foram vitais para que nesta fase pudesse ter amplificado as seguintes competências: *“Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”, “Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em conta diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara” e “Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos”* (UCP, 2007, p.4).

Sendo uma realidade constante na profissão de Enfermagem, a tomada de decisão baseada na evidência é uma prática que exige muita perícia e que se vai adquirindo com a experiência. BENNER (2001) defende que as decisões mais holísticas são as tomadas pelas enfermeiras peritas, que são capazes de dar opiniões clínicas ou gerir situações complexas de uma maneira notável. Penso que a minha experiência profissional e o facto de já exercer funções de chefe de equipa neste SUG facilitaram o processo de tomada de decisões neste estágio. Preocupe-me sempre em ajuizar e refletir em torno das minhas tomadas de decisão, fomentando igual prática no seio da equipa de enfermagem. Dei relevância ao que NUNES (2006) relata: face a uma situação nova, ou inesperada, em que se exige uma decisão, somos desafiados, ou forçados, a refletir sobre as nossas ações, explicando os motivos que nos levaram, ou não, a agir de determinada forma.

A tomada de decisão baseada na evidência, sendo um importante elemento da qualidade dos cuidados em todos os domínios da prática de Enfermagem, essencial para otimizar resultados,

aprimorar a prática, alcançar ganhos em saúde e assegurar a responsabilização e a transparência (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2002), foi um aspeto que relevei no meu desempenho e que promovi junto da equipa.

O carácter da prática baseada na evidência deve, de igual forma, levar-nos a parar e a refletir sobre o que fazemos e porquê. A **prática reflexiva** é uma componente chave de cuidados de enfermagem baseados na evidência, em que se reflete sobre os pressupostos considerados como certos e que norteiam a *praxis* (CRAIG e SMYTH, 2004). Ao longo deste percurso, refleti sempre sobre as minhas práticas, discutindo-as com os orientadores, e promovi momentos de reflexão informais com a restante equipa de enfermagem sempre que considerei necessário e oportuno. Também a redação de duas reflexões de estágio e de incidentes críticos constituíram atividades importantes enquanto momentos sistemáticos de reflexão. Desta forma e por tudo o que é descrito, considero ter desenvolvido as seguintes competências: *“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família”* e *“Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica”* (UCP, 2007, p.4-5).

Procurei ser sempre a “advogada” do doente e família, no sentido em que promovi o **direito ao cuidado**, zelando pela melhor qualidade dos mesmos, debruçando-me sobre as questões ético-deontológicas e morais decorrentes das intervenções de enfermagem por mim implementadas e também pela restante equipa. Neste âmbito elaborei a **reflexão crítica** “Direito ao Cuidado de Enfermagem no SU”, que deu continuidade a um trabalho realizado para a unidade curricular *Direito da Saúde*. Considero ter desenvolvido a competência: *“Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas”* (UCP, 2007, p.5).

No âmbito do **trabalho em equipa**, penso ter desenvolvido a competência de *“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”* (UCP, 2007, p.5) ao inscrever a minha *praxis* numa atuação de complementaridade funcional (baseada no respeito e na abertura às outras disciplinas) em relação aos restantes profissionais de saúde que trabalham no SUG. Foram tomadas decisões e implementadas intervenções de forma interdependente com vista ao único e comum objetivo: a melhor qualidade de cuidados a prestar àquele doente e família, em situação singular.

Na prestação de cuidados ao doente e família procurei sempre implementar a **metodologia do processo de enfermagem**, realizando uma avaliação inicial, identificando os problemas/necessidades em cuidados de enfermagem para os quais iria criar um diagnóstico de enfermagem, nunca desatendendo a outros problemas que fossem suscetíveis de serem referenciados para redes de suporte, como por exemplo, ao Serviço Social, à Psicologia ou os Serviços Religiosos. A partir dos diagnósticos de enfermagem, implementei intervenções autónomas e interdependentes que propusessem a resolução do problema ou a sua diminuição. Estas intervenções foram sempre sujeitas a uma avaliação final, que permitiu a

manutenção, a reformulação ou o fim dos diagnósticos erigidos ao doente e família. Através deste método sistemático e dinâmico, e da relevância de todos os aspetos que tenho vindo a descrever, considero ter desenvolvido a competência: “*Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e família*” (UCP, 2007, p. 5).

Tive sempre o cuidado de identificar o **familiar de referência** que acompanhava o doente ao SU e realizei o seu acolhimento no serviço permitindo a sua presença sempre que possível. Em presença, realizei a colheita de dados, tentando recolher as informações que pudessem ser importantes para o correto diagnóstico/tratamento de cada pessoa. Incentivei, sempre que possível, o envolvimento da pessoa de referência nos cuidados a realizar ao doente, ensinando a supervisionar ou a colaborar nos cuidados a respeitar após a alta. Procurei gerir adequadamente o tempo e os cuidados para que no momento da visita, por exemplo, pudesse estar perto dos doentes e familiares, disponibilizando-me para a relação, esclarecendo dúvidas, transmitindo informações referentes às intervenções de enfermagem e, sobretudo, dando visibilidade aos ganhos em saúde que se obtêm quando existe o envolvimento da família nos cuidados ao doente. Desta forma considero ter envolvido a família no sentido de assegurar que as necessidades identificadas fossem satisfeitas com a máxima qualidade.

Cuidamos de pessoas e como tal é frequente o contacto com diferentes culturas na nossa profissão. Em todo este processo procurei conhecer preferências e hábitos, respeitar crenças e cultura, e sobretudo, adequar os cuidados a cada pessoa, de forma global. LEININGER e McFARLAND (2006) citando Leininger (1994) realçam que o carácter universal da prática de cuidados ganha particularidades nos diferentes contextos culturais, requerendo dos enfermeiros um **domínio das bases culturais** e, também, de abordagens criativas. Isto é de especial relevância se pensarmos que a qualidade de cuidados, bem como, o caminho para a sua excelência, podem ser apreciados de formas muito distintas em diferentes contextos e culturas.

Procurei sempre estabelecer uma **relação de ajuda** com o doente/família. LAZURE (1994) defende que a relação de ajuda visa possibilitar ao doente identificar, sentir, saber, escolher e decidir se deve mudar para: 1) ultrapassar uma provação; 2) resolver um problema atual ou potencial; 3) encontrar um funcionamento pessoal mais eficaz ou 4) detetar o sentido da existência. Estar nesta relação implicou disponibilidade para a escuta ativa, utilização de técnicas de comunicação terapêutica, transmissão de informação pertinente e adaptação da comunicação à complexidade do estado do doente e família. Sabendo que nem todo o contacto interpessoal entre enfermeiro-doente é relação de ajuda, que esta implica comunicação mas o inverso não é necessariamente verdade, e que escutar não é o mesmo que ouvir, enquadrei a minha prática num contexto de disponibilidade, respeito, confiança e silêncio para com o outro. Pelo contributo da teoria de Peplau, e tendo em conta a relação que estabeleci com doente e família neste estágio, considero que durante as quatro fases da relação (orientação, identificação, exploração e resolução) fui desempenhando os vários papéis: de pessoa

estranha, pessoa de recurso, professora, líder, substituta e conselheira (PEPLAU, 1991). Neste sentido, desenvolvi a seguinte competência: “*Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura*” (UCP, 2007, p.5).

Também a questão da **morte e do fim de vida no SU** foram problemáticas sobre as quais refleti durante todo o estágio. Para tal, procedi a uma revisão da literatura, numa obra que considero de referência, o livro *Bioética*. ARCHER, BISCAIA e OSSWALD (1996) dissertam sobre a problemática da morte e suas circunstâncias, assunto que conduziu à realização de uma **reflexão crítica**. Perante as situações de doente em fim de vida, foi minha preocupação criar um ambiente terapêutico, colocando-o numa sala onde pudesse estar com a sua família, com o menor ruído e mais salvaguardado dos olhares alheios. As minhas intervenções centraram-se nas medidas de controlo da dor (farmacológicas e não farmacológicas) e promoção de conforto. Estar presente no momento em que os sinais vitais se esbatem, colocar uma mão sobre a cabeça ou na mão do outro, sussurrar um “descanse em paz” e incentivar a família a partilhar esses momentos, foram também práticas realizadas. Facultei ao doente e família, a oportunidade de partilharem o momento da partida, de poderem trocar as últimas palavras e gestos, e sobretudo, de estarem juntos como em tantos outros momentos das suas vidas. Soube, igualmente respeitar quando não era essa a vontade manifestada.

Outras das atividades desenvolvidas neste estágio foram a frequência do “1st Lisbon Internacional Meeting on Quality and Patient Safety” que decorreu em Lisboa nos dias 27 e 28 de Maio e a participação nas “I Jornadas Internacionais de Enfermagem: A Pessoa em Situação Crítica”, que decorreram nos dias 2 e 3 de Junho de 2011 em Évora. Pela sua pertinência, ambas mereceram a realização de uma reflexão crítica. A assiduidade em **eventos científicos** contorna-se de toda a relevância pois traduz-se em momentos de formação e partilha de saberes que são promotores do desenvolvimento profissional, divulgando o conhecimento produzido em estudos de investigação em enfermagem. Os profissionais de Enfermagem devem basear a sua prática profissional em conhecimentos atualizados resultantes da evidência científica. De acordo com o artigo 88º, alínea C, do DECRETO-LEI n.º 111/2009, “o enfermeiro procura, em todo os atos profissionais, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”. Um dos alicerces da competência do enfermeiro são os conhecimentos científicos sólidos e atualizados que deve incorporar na sua prática, pois apenas assim conseguirá, de forma fundamentada, perseguir a melhoria crescente da qualidade dos cuidados que presta. Para as jornadas supracitadas elaborei, em coautoria, um **poster** intitulado “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca” que foi apresentado nesse evento (Apêndice II). Considero ter contribuído para a produção e divulgação de conhecimento na área em que me especializo, desenvolvendo as competências “*Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto*

ao público em geral” e “Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas” (UCP, 2007, p.4).

*

Objetivo 2: Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados através da elaboração de um instrumento que aprimore os registos de enfermagem e garanta a melhor continuidade dos cuidados a prestar ao doente e família no momento da transferência/alta do SUG.

O zelo pela **transmissão de toda a informação de enfermagem**, no momento da alta/transferência do doente, quer pela composição da documentação escrita, quer através da educação para a saúde, foi um dos pontos a que atribuí especial valor no desenrolar do meu estágio. PAIVA e SILVA (2007) afirma que existem cada vez mais pessoas dependentes do autocuidado no domicílio e com doença crónica, cujas necessidades não estão forçosamente relacionadas com o diagnóstico nem com o tratamento. Não são raras as pessoas que têm alta hospitalar sem qualquer competência para viver a transição de vida a que vão ser sujeitas, sendo que o mesmo se passa com os membros da família que vão assumir o papel de cuidadores informais. As consequências são as readmissões precoces, os custos acrescidos e as implicações para a qualidade de vida do doente e seus cuidadores.

Com a crescente realidade da sobrelotação dos serviços de internamento e a permanência dos doentes no SU durante mais dias, assistimos a uma mudança de paradigma de internamento, sendo cada vez mais frequente as altas decorrentes diretamente destes serviços. Na verdade, são cada vez mais os doentes que têm alta diretamente dos SU com dependências ao nível do autocuidado, com necessidade de ajuda na gestão do seu regime terapêutico, com novos dispositivos médicos que carecem de cuidados especializados, entre outros. Também, os doentes que não chegam a ser internados mas que requerem a continuidade dos cuidados em ambulatório devem ser acompanhados e detentores de informação objetiva que responda de forma proficiente às suas necessidades em cuidados de saúde. Muitas vezes, doente e família não veem reunidas condições para aprenderem a lidar com um novo papel, uma vez que a informação transmitida é escassa ou inexistente.

A garantia da continuidade dos cuidados nos doentes residentes em lares, por exemplo, trará, certamente, contributos na diminuição do recurso às urgências hospitalares, um dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos identificados no estudo de ALEIXO *et al* (2011).

Na minha prática diária, tive a possibilidade de constatar que a ausência de uma carta de alta/transferência de enfermagem em suporte informático (quando todo o sistema de informação clínica o é) poderia constituir real barreira à transmissão de toda a informação pertinente para a alta/transferência do doente. Os dados a recolher encontravam-se dispersos

e fragmentados no processo do doente e o tempo necessário para os realçar e compilar tornava-se substancialmente maior. A criação de um instrumento informático que agilizasse (em termos de gestão de tempo e qualidade de registos) a informação do doente relativamente aos diagnósticos de enfermagem e intervenções a dar continuidade emergiu como uma prioridade de intervenção.

Segundo a lei, o direito ao cuidado manifesta-se também pela garantia da sua **continuidade**. Encontra-se consagrado na alínea c) do artigo 83.º do DECRETO-LEI n.º 111/2009, que o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.” A nota de alta/transferência de enfermagem constitui, assim, um importante instrumento na continuidade dos cuidados aos utentes. Neste sentido, a transmissão de informação escrita sobre o utente, entre os enfermeiros que dele cuidam no hospital e os que o fazem no exterior, e vice-versa, é determinante para que não exista interrupção no processo assistencial (GROU MOITA *et al*, 2007).

O HPP – Hospital de Cascais encontrava-se, no momento da realização deste estágio, a trabalhar para o processo de acreditação pela *Joint Commission International*. Esta comissão, reconhecida pela acreditação de instituições de saúde, apoia a melhoria da qualidade, da segurança e da eficiência dos serviços de saúde prestados. Um dos padrões-requisito com foco no paciente é a continuidade do cuidado, que prevê que a instituição elabore e execute processos para proporcionar a continuidade e coordenação dos cuidados ao doente. Também o padrão referente à alta, referência e acompanhamento prevê que nestes momentos seja entregue ao doente um documento que contenha informação pertinente como: o motivo de admissão, diagnósticos, comorbilidades, alergias, procedimentos e terapêutica realizada, a condição do doente, as instruções relativas ao acompanhamento, entre outros (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Neste sentido, e para a concretização deste objetivo, elaborei o ***Documento de Continuidade de Cuidados para o Exterior*** preparado para reunir, informaticamente, toda a informação pertinente acerca do doente, do cuidador, da admissão, do internamento, da alta, do motivo pela qual se assegura a continuidade dos cuidados, e onde os enfermeiros devem colocar os diagnósticos de enfermagem ativos em cada doente e as respetivas intervenções. Recorri à CIPE® (versão Beta 2 - a padronizada na instituição nessa data), para a designação dos focos diagnósticos e intervenções de enfermagem a planear, parametrizando os que mais se adequavam ao SU. Elaborei um *layout* do perfil final do documento, bem como a lista de diagnósticos e intervenções de enfermagem (Apêndice III).

No final do estágio, apesar do aplicativo ainda não ter ficado em funcionamento (devido a motivos burocráticos relacionados com a reformulação recente do sistema de registos informatizados e da disponibilidade da equipa de informática), a sua apresentação, aplicabilidade e ganhos em cuidados de saúde foram divulgados junto dos enfermeiros,

durante os momentos de passagem de turno. Penso que a consciencialização e partilha deste problema junto da equipa foram conducentes de um maior cuidado na preparação para a alta/transferência, mesmo sem o referido instrumento se encontrar em funcionamento. Este projeto terá continuidade imediata, uma vez que, pela sua importância e necessidade, passará a ser um projeto da prática profissional.

O domínio dos cuidados de enfermagem “assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde” (BENNER 2001, p.72) transparece na realização e implementação deste documento. Através dele, os enfermeiros poderão prestar cuidados de melhor qualidade que contribuam para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Considero ter desenvolvido as seguintes competências, já trabalhadas também no objetivo anterior: *“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a doente e família”*; *“Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família”*; *“Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e família”* e *“Zelar pela qualidade dos cuidados prestados”* (UCP, 2007, p.4-5).

*

Objetivo 3: Desenvolver competências na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do SUG do Hospital de Cascais.

A competência do enfermeiro alicerça-se num conjunto de características como:

“ (...) personalidade equilibrada, humanista e responsável; conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados; capacidade para analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares; uma atitude de aprendizagem continuada” (ALARCÃO e RUA, 2005, p.375).

Com vista ao cumprimento deste objetivo realizei um conjunto de atividades que se iniciaram com a revisão da literatura sobre a importância do desenvolvimento pessoal e profissional contínuo dos enfermeiros. Procurei, de igual forma, desenvolver o meu autoconhecimento, refletindo na e sobre a minha prática profissional.

Ao mesmo tempo tentei, junto da equipa de enfermagem demonstrar, através de momentos de diálogo e reflexão informal, a importância de refletir na e sobre a prática, como um vetor para o crescimento pessoal e profissional. A prática reflexiva em torno de questões ético-deontológicas, morais e legais, foi uma preocupação na comunicação estabelecida com a equipa. Aproveitei situações como a morte, a reanimação, um conflito, um sucesso, para promover a discussão em equipa a fim de analisar as intervenções da mesma e detetar

possíveis “situações problema” que pudessem ser colmatadas. Promovi o exercício profissional fundamentado com o Código Deontológico, os Padrões de Qualidade de Enfermagem, recomendações recentes de boas práticas, entre outras diretrizes.

A formação contínua contribui para o desenvolvimento do enfermeiro sendo determinante para a orientação tomada pelos profissionais e, consequentemente, para a qualidade dos cuidados prestados à população (HESBEEN, 2000). Neste sentido, efetuei o **diagnóstico de necessidades de formação** dos enfermeiros do SUG, atividade que ainda não tinha sido realizada no serviço desde a sua inauguração. Realizei um estudo exploratório, que poderá ser consultado no Apêndice IV, com os seguintes objetivos: 1) identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem do SUG e 2) caracterizar a amostra dos enfermeiros que exercem funções neste serviço tendo em consideração as suas necessidades de formação. Concluiu-se que existe uma homogeneidade significativa entre as necessidades formativas identificadas pelos enfermeiros, sendo que os temas “suporte avançado de vida”, “cuidados ao doente politraumatizado” e “cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva” foram os mais escolhidos. Os enfermeiros que fizeram recair a sua preferência nestes temas eram tendencialmente mais novos e com menos tempo de atividade profissional e ligada ao SU. Os enfermeiros que escolheram temas relacionados com comunicação, ética e deontologia eram todos do sexo feminino e significativamente mais velhos e com mais tempo de atividade profissional.

Após a identificação das necessidades formativas da equipa, dei início à conceção do *layout* do plano de formação para o 2º semestre de 2011, que incluiu o estudo realizado (Apêndice IV). Tal como afirmam RODRIGUES e FERRÃO (2006), um plano de formação é um instrumento orientador da atividade formativa a desenvolver num determinado período e visa melhorar o perfil de competências dos profissionais no sentido da melhoria da qualidade dos serviços prestados. A formação profissional é, por seu lado, essencial na gestão de recursos humanos no contexto organizacional. Os mesmos autores defendem que é um investimento da organização no sentido da melhoria da *performance* organizacional por via da aquisição e desenvolvimento de competências pelos seus colaboradores, neste caso dos enfermeiros.

Por indicação do Enfermeiro Chefe, tanto a construção do plano de formação como a sua operacionalização, foi adiada por existirem algumas questões organizacionais para a formação dos colaboradores que ainda não se encontravam esclarecidas. Assim sendo, assumi o compromisso profissional de dar continuidade a este projeto, assim que possível.

Procurando dar resposta a uma das necessidades de formação mais mencionadas pelos enfermeiros no diagnóstico de necessidades de formação (a sexta mais mencionada), planeei uma **sessão de formação** intitulada “*Cuidados de Enfermagem ao Doente com Síndrome Coronária Aguda*”, que apresentei no dia 14 de Junho de 2011 (Apêndice V). Neste argumento e, tendo em conta a minha experiência profissional na área especializada de cardiologia, optei

por ministrar este momento de formação à equipa, contribuindo para a melhor fundamentação e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com SCA. Para garantir que a totalidade da equipa de enfermagem pudesse ter acesso à mesma formação, foram realizadas mais duas sessões, embora já fora do tempo agendado para estágio. O *feedback* dos profissionais, espelhado nas fichas de avaliação da sessão foi, na sua globalidade, muito bom.

Com este trabalho, considero ter favorecido a consciência dos recursos e limites pessoais e profissionais dos elementos da equipa de enfermagem, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem. Favoreci, também, o desenvolvimento de competências, atuando como dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa.

Englobado no *SharePoint* do SUG (uma pasta informática disponível na *intranet* para os profissionais do SUG e administrada pelo enfermeiro chefe), criei o ***SharePoint de Enfermagem***. O objetivo da conceção deste ponto de partilha foi motivar os enfermeiros a realizarem pesquisa sobre investigação validada e documentação pertinente e a partilharem-na, para que toda a equipa se desenvolva em termos pessoais e profissionais, promovendo, assim, a melhoria crescente da qualidade dos cuidados prestados. Este aplicativo inclui um vasto leque de documentos recentes (nacionais e internacionais), relacionados com legislação da saúde, procedimentos de enfermagem, recomendações de boas práticas, artigos científicos *guidelines*, entre outros. O *SharePoint de Enfermagem* foi divulgado junto da equipa durante os momentos de passagem de turno e através da exposição de um cartaz informativo (Apêndice VI), tendo sido, também, partilhada a importância da prática baseada na evidência.

No que diz respeito a este objetivo, considero ter adquirido/desenvolvido as seguintes competências: “*Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*”; “*Identificar necessidades formativas*”; “*Promover formação em serviço*”; “*Participar e promover a investigação em serviço*” e “*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros*” (UCP, 2007, p.4-5).

1.3. Módulo III: Prevenção e Controlo de Infecção – Comissão de Controlo de Infecção de um Hospital da Área de Lisboa e Vale do Tejo

A prevenção e controlo de infeção revelam-se determinantes numa era em que as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) assumem uma dimensão preocupante com repercussões para doentes, família, profissionais e instituições.

As IACS designam as infeções adquiridas pelos doentes durante a prestação de cuidados de saúde, quer em hospitais quer em ambulatório, que não estavam presentes ou incubadas no

momento da admissão, que podem manifestar-se após a alta e que podem afetar os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional (WHO, 2002). São o maior efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde (BATES, 2009) e são consideradas **incidentes de segurança**, pois são eventos que podem resultar, ou resultam, em dano desnecessário para o doente (WHO, 2009), diminuindo a qualidade dos cuidados. Como tal, as IACS justificam todas as medidas emanadas para prevenção e controlo de infeção.

A taxa de prevalência de IACS constitui atualmente um **indicador de qualidade dos cuidados de saúde** (ANA, 2009 e NQF, 2004). Também a OE (2004) assume a redução da taxa de infeção nosocomial como um ganho em saúde. No nosso país a taxa de prevalência destas infeções aumentou de 8,4% em 2003 (PORTUGAL, 2007), para 9,8% em 2009 (PORTUGAL, 2009b) e 11,7% em 2010 (PORTUGAL, 2010), evidenciando a necessidade de intervenção sistémica e sistemática nesta área.

Vários são os estudos desenvolvidos que demonstram as consequências das IACS, quer para as instituições, quer para o doente e família. Segundo o EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2008) são afetados anualmente na Europa, aproximadamente 4.131.000 doentes por cerca de 4.544.100 episódios de IACS, o que se traduz numa prevalência de 7,1%. As estimativas europeias indicam que estas infeções são responsáveis anualmente por 16 milhões de dias de hospitalização extra e 37.000 mortes atribuíveis apenas a esta causa, para além do contributo negativo de mais 110.000 mortes. O impacto destas infeções reflete-se também em perdas financeiras substanciais, com um custo acrescido de cerca de 7 biliões de euros por ano. BURKE (2003) e ALLEGIANZI *et al* (2011) corroboram que as IACS são responsáveis pelo acréscimo do tempo de internamento, da morbilidade e mortalidade, dos custos económicos, da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e do impacto pessoal e familiar da doença.

A **prevenção e controlo de infeção (PCI)** revelam-se, assim, como **áreas transversais** a todos os contextos de saúde, que abarcam todas as instituições, todos os profissionais, doentes e visitantes da instituição, e que protegem todos os que contactam com os serviços de saúde. No que concerne ao **enfermeiro**, em particular, este assume um papel determinante na promoção da saúde e bem-estar, em todas as atividades que desenvolve para e com os doentes. Enquanto profissional de saúde, cabe-lhe respeitar e cumprir o emanado pelas recomendações de boas práticas. Isto implica que conheça as diretrizes, que as cumpra e que as faça cumprir, ensinando e supervisionando, enquanto “advogado” do doente. Encontra-se previsto no Regulamento das **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** (REGULAMENTO nº122/2011) que este deve reconhecer a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, assim como adotar e promover medidas apropriadas, intervindo com uma conduta preventiva e antecipatória e gerindo as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança do doente.

A prevenção e controlo, vigilância e notificação de infeção são também considerados uma das medidas-chave incluídas nas atividades institucionais relacionadas com a qualidade e segurança dos cuidados (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Foi assumindo estes aspetos que considerei a realização do estágio opcional em CCI uma mais-valia neste percurso académico. Os **objetivos gerais** por mim selecionados para este estágio foram os seguintes:

- I. “Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares” (UCP, 2007, p.4);
- II. “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” (UCP, 2007, p.4).

Por forma a orientar mais especificamente as atividades a desenvolver, defini três **objetivos específicos** que me permitiram desenvolver competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e que passo a apresentar:

1. Adquirir e desenvolver competências técnicas e científicas no âmbito da vigilância epidemiológica, das recomendações de boas práticas e da formação e informação a profissionais de saúde, de forma a promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados;
2. Colaborar na conceção de um plano PCI para resposta às necessidades de um ou mais serviços do HALVT, no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica.

Irei abordar algumas atividades de estágio comuns a ambos os objetivos e as competências adquiridas/desenvolvidas. De seguida abordarei cada objetivo específico isoladamente.

As **CCI** são constituídas por uma equipa multidisciplinar de acessoria técnica do Órgão de Gestão das unidades de saúde que têm como responsabilidade cumprir o disposto pela Direção Geral de Saúde (DGS), implementando uma cultura de prevenção e controlo das IACS em todas as atividades quotidianas dos profissionais, com vista ao incremento da **qualidade dos cuidados e segurança do doente** (PORTUGAL, 2008). Os objetivos dos programas institucionais de prevenção e controlo de infeções, emanados pelas CCI, são identificar e reduzir os riscos de adquirir e transmitir infeções entre doentes, profissionais de saúde e outros, voluntários, estudantes e visitantes (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010). Tive a oportunidade de constatar que num hospital a CCI abrange não só áreas clínicas, como também, não clínicas (farmácia, gestão de compras logística e distribuição, gestão hoteleira, entre outros). Ao integrar-me na equipa da CCI, incorporando o plano de ação anual da mesma nos meus objetivos de estágio, tomando conhecimento dos procedimentos multisectoriais emanados, participando nas reuniões periódicas, cooperando com os elos dinamizadores das unidades, conhecendo a estrutura de articulação com outros serviços e participando

ativamente nas atividades propostas pela coordenação da CCI, desenvolvi a seguinte competência: *“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”* (UCP, 2007, p.5).

No sentido de criar uma **moldura conceptual** para este estágio, senti necessidade de recorrer à consulta de bibliografia sobre a história da PCI. A preocupação com as medidas de prevenção e controlo de infeção remonta à era antes de Cristo (MILLER, RAHIMI e LEE, 2005), sendo que as práticas para prevenir e debelar infeções são descritas ao longo do tempo. No entanto a história desta disciplina ficará perpetuamente marcada por uma enfermeira - **Florence Nightingale**.

No século XIX, Nightingale destacou-se pela pesquisa que desenvolveu nos hospitais, sobretudo militares. Os seus relatórios, descrevendo as condições sanitárias e de saúde dos mesmos, levaram-na a ser considerada uma perita em estatística (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Foi, aliás, considerada uma das precursoras da vigilância epidemiológica, criando registos pormenorizados dos doentes e dos óbitos existentes. A sua intervenção durante a Guerra da Crimeia ficou imortalizada pela implementação de medidas de limpeza e desinfeção, que permitiram reduzir a taxa de mortalidade de 42% para 2% (FONTANA, 2006). Segundo esta autora, Nightingale defendeu que as secreções e fluídos corporais constituíam um risco, que os doentes com infeções deveriam estar separados dos restantes e que as enfermarias deveriam ser pequenas e ligadas por corredores abertos, com ambientes muito limpos.

A filosofia de Nightingale assume, no pressuposto do **ambiente**, que as condições de higiene da comunidade e das instituições de saúde devem ser controlados. É notória a preocupação de Nightingale com o ambiente físico e a convicção de que o controlo deste permite a manutenção da saúde através da prevenção da doença. As enfermeiras assumem aqui um papel essencial incidindo em áreas como a qualidade do ar ambiente (arejamento), a qualidade da água, a luz natural e a limpeza dos espaços, das pessoas e das roupas (NIGHTINGALE, 2005).

Considero importante transpor aqui o **conceito meta paradigmático** de ambiente, do paradigma da categorização para os paradigmas da integração e da transformação. **Virginia Henderson** contempla, também, o “ajudar o doente a evitar os perigos do ambiente (...) tais como infeções” como uma das catorze necessidades básicas (HENDERSON, 2007, p.51). A autora refere, na sua obra, que os cuidados de enfermagem devem proporcionar a cada doente a proteção máxima, e incluem a lavagem das mãos e o uso de equipamento de proteção, bem como, a utilização de material descartável, desinfetado ou esterilizado. Desperta também a atenção para as horas de cuidados de enfermagem destinadas às precauções universais, que são sempre relativamente numerosas. **Kolcaba** assume o ambiente como qualquer elemento do doente, família ou instituição que poderá ser manipulado pelos profissionais de enfermagem, ou pelos entes queridos, para melhorar o conforto (KOLCABA, 2003). As autoras partilham a importância do controlo do ambiente e influência que este exerce nos indivíduos.

Apesar do tempo decorrido, as considerações de Nightingale acerca da importância da qualidade do ambiente mantêm-se ainda atualizadas, particularmente quanto aos princípios de PCI. O ambiente constitui um elementar componente na cadeia de transmissão da infecção, uma vez que as condições ambientais podem ser mais ou menos favoráveis à sobrevivência e multiplicação microbiana (WILSON, 2003), sendo determinante uma intervenção adequada dos profissionais nesse sentido.

Abordando ainda o enquadramento teórico que senti necessidade de criar para consecução dos objetivos de estágio, preocupei-me em realizar pesquisa bibliográfica, nacional e internacional, fundamentando-me com resultados de investigação validada e atual. Ao basear a minha prática na evidência científica, considero ter demonstrado conhecimentos atualizados sobre PCI, aplicando-os ao nível da vigilância epidemiológica, das recomendações de boas práticas e da formação e informação a profissionais de saúde. A este nível foram desenvolvidas as seguintes competências: *“Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*; *“Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização”*; *“Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”* e *“Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara”* (UCP, 2007, p.4-5).

Este pilar de sustentação de conhecimentos que fui construindo ao longo do estágio, em **permeabilidade contínua** com toda a bagagem de fundamentação que trazia, permitiu-me desenvolver as seguintes competências: *“Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”* e *“Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas”* (UCP, 2007, p.4-5), uma vez que fui capaz de responder às questões que me foram colocadas pelos profissionais, e **tomar decisões fundamentadas** ao longo da minha intervenção em PCI.

Refleti criticamente sobre e nas minhas práticas, discutindo-as com os orientadores, e promovi momentos de reflexão informais com as equipas multiprofissionais sempre que foi necessário e oportuno. Redigi duas reflexões críticas que irei mencionar no decurso deste trabalho. Considero ter desenvolvido as seguintes competências: *“Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica”* e *“Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização”* (UCP, 2007, p.4-5).

Procurei sempre promover cuidados de saúde competentes, seguros e de qualidade, envolvendo-me na discussão e partilha das recomendações de boas práticas emanadas a nível nacional e internacional junto de diferentes grupos profissionais. Apresentei **raciocínio crítico e analítico** que me permitiu estar atenta às práticas e intervir sempre que necessário e oportuno. Ao intervir ao nível da prevenção e controlo das IACS, **promovi e zelei por**

cuidados de saúde seguros e de qualidade, que conferissem os maiores ganhos de saúde aos doentes/famílias e que minimizassem o impacto que as mesmas têm para as instituições de saúde. Considero ter zelado “*pela qualidade dos cuidados prestados*” (UCP, 2007, p.4-5).

*

Objetivo 1: Adquirir e desenvolver competências técnicas e científicas no âmbito da vigilância epidemiológica (VE), das recomendações de boas práticas e da formação e informação a profissionais de saúde, de forma a promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A **vigilância epidemiológica** é uma das atividades que dá resposta ao emanado pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo de IACS, constituindo uma ferramenta essencial para avaliar o desempenho das instituições de saúde em relação à prevenção das IACS e segurança do doente. Consiste na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre doentes e infeções, com vista à implementação de medidas adequadas de PCI (PORTUGAL, 2008). A monitorização das infeções adquiridas no HALVT é uma atividade diária da CCI em que tive a oportunidade de colaborar.

Realizei a **VE das infeções nosocomiais da corrente sanguínea**, de acordo com o protocolo da DGS, através da consulta dos resultados emitidos diariamente pelo Laboratório de Microbiologia (agente infeccioso e antibiograma), da consulta dos processos clínicos (fatores de risco intrínsecos do doente, situação clínica, e a exposição a fatores de risco extrínsecos) e do preenchimento dos formulários individuais da DGS. Os dados posteriormente introduzidos na respetiva plataforma da DGS.

Realizei, também, a **VE de microrganismos alerta** (multirresistentes e considerados epidemiologicamente significativos) do HALVT através dos isolamentos microbiológicos diários emitidos pelo mesmo laboratório. Os dados eram recolhidos por um sistema informático e registados em suporte de papel para posterior tratamento de dados. Esta atividade permite à CCI, entre outras, detetar padrões de infeção, identificar práticas que possam estar na origem das IACS e assim, definir as estratégias e prioridades de intervenção em PCI nas unidades clínicas. Com estas atividades considero ter desenvolvido “*uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e família*” (UCP, 2007, p.5).

Outra atividade de estágio foi a realização de **auditorias** no âmbito das recomendações de boas práticas do **cateter venoso central** (CVC) e do **cateter vesical** em quatro unidades clínicas diferentes. Importa salientar que as UCI, as unidades clínicas de especialidades cirúrgicas e as de especialidades médicas ocupam os primeiros lugares da tabela de prevalência de IACS por áreas assistenciais no nosso país em 2010; as infeções urinárias são as segundas IACS mais frequentes a nível nacional (e também no HALVT); e o CVC aumenta em 50% o risco de infeção da corrente sanguínea (PORTUGAL, 2010).

Comecei por realizar uma revisão às grelhas de observação/conhecimento, tendo por base as recomendações do CDC (*Centers for Disease Control*) e as *bundles*. De seguida, realizei as auditorias nos diferentes serviços, elaborando o relatório final que foi entregue aos respetivos enfermeiros chefes.

Por forma a divulgar os resultados destes relatórios e sensibilizar os profissionais para as boas práticas, planei a realização de sessões de formação, relativas à PCI em doentes algaliados e com CVC, em três destas unidades clínicas (não foi possível realizar a formação na UCI Polivalente por motivos relacionados com a disponibilidade do serviço). Estes momentos de formação, intitulados “Recomendações de boas práticas para a PCI associadas à inserção e manutenção da algália” (Apêndice VII) e “Recomendações de boas práticas para a PCI associada ao CVC” (Apêndice VIII) tiveram como objetivos: 1) Contribuir para a PCI em doentes com CVC e cateter urinário; 2) Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com CVC e cateter urinário e 3) Divulgar resultados das auditorias realizadas. No total, assistiram às formações 43 profissionais. O *feedback* recebido pelos mesmos foi que estes momentos foram muito importantes para a atualização de conhecimentos e discussão de dúvidas, com vista à promoção de cuidados seguros e de qualidade. Desta forma, atuei como dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa segura e de qualidade. Desenvolvi as seguintes competências: “*Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a doente e família*” e “*Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto aos enfermeiros, quanto ao público em geral*” (UCP, 2007, p.5).

No âmbito das auditorias às práticas, tive também a oportunidade de participar na preparação de uma **auditoria às copas e refeitórios** de todo o HALVT. Também aqui é visível a transversalidade da intervenção da CCI numa instituição de saúde. Embora não tivesse estado presente na auditoria, colaborei posteriormente na elaboração do relatório.

A monitorização da adesão dos diferentes grupos profissionais às práticas recomendadas para a higiene das mãos, no âmbito da **Campanha Nacional da Higiene das Mãos**, foi outra atividade que realizei neste estágio. É uma das iniciativas da WHO que se desenvolve desde 2004, com a criação da *World Alliance for Patient Safety*. Em Portugal a campanha “Medidas Simples Salvam Vidas”, desenvolve-se desde 2008, altura da adesão oficial do nosso país ao desafio *Clean Care is Safer Care*, da WHO. Esta campanha dirige-se a todos os grupos profissionais e tem como objetivo a prevenção das infeções cruzadas, a redução de infeções associadas aos cuidados de saúde e o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, ao nível nacional e à escala mundial (PORTUGAL, 2011). Apesar de esta iniciativa ser conhecida e divulgada à escala mundial, as taxas de adesão ainda não atingiram os níveis ideais. Os últimos dados publicados no Relatório da Campanha Nacional para a Higiene das Mãos de 2010-2011 (PORTUGAL, 2011), demonstram que a taxa de adesão média nacional foi de 64%, ainda longe do ideal definido pela WHO: 90%. Os momentos com

maior taxa de adesão são “depois do risco de exposição a sangue e fluidos orgânicos” e “depois do contacto com o doente”, sendo o momento “antes do contacto com o doente” o menos aderido. Os enfermeiros são quem detêm as mais elevadas taxas de adesão à higienização das mãos (72%). Este facto foi concordante com o que tive oportunidade de observar durante este estágio e também na minha prática profissional diária.

Realizei as observações da higiene das mãos em dois serviços diferentes, registando-as no respetivo formulário. Pude constatar que existe uma diferença no comportamento dos profissionais quando sabem que estão a ser observados. Existe um incremento de adesão à higiene das mãos quando existe alguém a observar as práticas, o que é expectável, sendo que estes momentos de auditoria contribuem, também, para a sensibilização dos profissionais. Também, se na maioria das vezes, não é por não existirem à disposição os recursos necessários para a higiene das mãos que os profissionais não a praticam, centramo-nos cada vez mais no comportamento humano. O que poderá então contribuir para a não adesão a esta prática, tão divulgada à escala mundial? Existem vários estudos acerca desta problemática e daqui adveio a necessidade de realizar uma **reflexão crítica** sobre esta temática.

Em Portugal foi realizado por AIRES *et al* (2010) um estudo que demonstrou que existe um deficiente conhecimento sobre as precauções básicas, sendo que, em relação às diferentes categorias profissionais, os enfermeiros são os que revelam mais conhecimentos. No entanto, nem sempre a detenção de conhecimentos e o cumprimento na prática caminham paralelamente. Um estudo de WANDEL *et al* (2010) em UCI concluiu que os conhecimentos teóricos não demonstraram ser preditores de boas práticas. Num outro estudo desenvolvido por MORTEL *et al* (2001) ficou demonstrado existir relação entre o género, a profissão e a higiene das mãos, sendo que as mulheres e os enfermeiros de ambos os géneros têm tendência a serem mais cumpridores. Estes resultados são corroborados por OLIVEIRA, CARDOSO e MASCARANHAS (2009) que revelam que as mulheres, neste âmbito, têm um comportamento mais apropriado, bem como os profissionais de enfermagem. As mesmas autoras (2010) concluíram que os fatores identificados como dificultadores para a higiene das mãos foram o esquecimento, a falta de conhecimentos, a distância aos recursos, a irritação da pele e a falta de material, razões mencionadas diariamente pelos profissionais. Todos estes estudos devem ser utilizados para a reformulação das estratégias que visam sensibilizar, consciencializar e responsabilizar os profissionais nas práticas de PCI. Existe ainda um longo percurso de trabalho a desenvolver no que diz respeito à mudança consciente de comportamentos dos profissionais no sentido de uma prática que defenda permanentemente o doente e que minore os potenciais efeitos adversos da hospitalização. Abraçar este compromisso irá refletir-se em benefícios diretos na qualidade e segurança dos doentes.

Ainda no âmbito da higiene das mãos elaborei um **folheto** informativo (Apêndice IX) dirigido aos visitantes do hospital sobre a importância desta prática na prevenção da infeção cruzada. Alargar a intervenção aos visitantes torna-a mais abrangente e eficaz. Este folheto, cujo

formato e cores cumprem o preconizado pelo HALVT, foi enviado ao Departamento de Qualidade do mesmo para ser aprovado e posteriormente distribuído.

Outro desafio que abracei com muita dedicação foi a participação, como formadora, na formação **“Prevenção e Controlo de Infecção – Intervenção do Assistente Operacional”**, que decorreu entre os dias 14 e 16 de Novembro no HALVT, e contou com a presença de vários formadores. Planei a minha intervenção antecipadamente, tendo particular atenção à terminologia a utilizar para garantir a clareza da informação que pretendia transmitir, uma vez que os formandos seriam assistentes operacionais. Abordei os conceitos básicos em PCI, a cadeia linear de transmissão, as IACS (fatores de risco, consequências e prevenção) e também as recomendações de boas práticas de manutenção do cateter vesical para assistentes operacionais (Apêndice X). Estiveram presentes cerca de 20 profissionais e o *feedback* de avaliação quer da orientadora, quer dos formandos, foi muito positivo, tendo sido salientada a forma explícita e sintética com que foram abordados os temas. Esta experiência foi muito gratificante pois o grupo estava muito interessado em aprender e foi um momento muito dinâmico de esclarecimento de dúvidas quotidianas. Creio ter deixado um contributo para o desenvolvimento destes profissionais e para o seu desempenho em PCI. Considero ter comunicado *“aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”* e abordado *“questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família”* (UCP, 2007, p.4-5).

A frequência de duas jornadas no âmbito da PCI foram também atividades desenvolvidas neste estágio que mereceram a realização de uma reflexão crítica. As primeiras jornadas decorreram no Hospital da Luz a 3 de Maio de 2011, no âmbito do 4º dia internacional do controlo da infeção, intitulando-se **“IACS 2011: Em Direção a um Controlo Global”**. Nesta altura encontrava-me a realizar o estágio em Serviço de Urgência, mas tendo em conta que iria realizar o estágio opcional em CCI, considerei que seria por certo uma mais-valia no percurso de aprendizagem. As segundas jornadas -**“IV Jornadas ANCI”**- promovidas pela Associação Nacional de Controlo de Infecção decorreram a 4 de Novembro de 2011, em Lisboa. Para além dos conteúdos apresentados e debatidos nas jornadas, abordei na **reflexão crítica** a importância da partilha e discussão do conhecimento proveniente de investigação validada como contributo para o incremento da qualidade da *praxis*. A grande mais-valia da frequência criteriosa destas jornadas, congressos ou reuniões é que nos possamos questionar, acrescentando novo conhecimento, identificando necessidades de formação, reconhecendo competências e mantendo-nos curiosos com o que nos rodeia. Penso ser este o único caminho para que o fruto destes momentos se traduza na prestação de cuidados de qualidade e na visibilidade crescente na nossa profissão. Considero assim ter demonstrado *“compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”* (UCP, 2007, p.5).

*

Objetivo 2: Colaborar na conceção de um plano PCI para resposta às necessidades de um ou mais serviços do HALVT, no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica.

Para dar resposta a este objetivo parti de **duas situações problema:** 1) o aumento do número de infeções numa unidade clínica cirúrgica desde hospital num determinado espaço de tempo e 2) a fraca adesão de um grupo profissional às iniciativas da CCI.

Relativamente ao primeiro ponto, tive a oportunidade de colaborar nas auditorias às práticas e aos processos clínicos da unidade clínica em causa, colaborar na VE de microrganismos alerta nesse serviço, bem como, colaborar na vigilância da adequação da prescrição de antimicrobianos. O relatório de todas estas intervenções encontra-se a ser elaborado pela CCI para posteriormente ser apresentado à unidade e à direção clínica e se proceder a um plano de ações corretivas que visem a diminuição da infeção nesta unidade do hospital.

Nesta atividade, a problemática da **resistência aos antimicrobianos** despertou-me especial interesse pois constitui atualmente uma das maiores ameaças à saúde de toda a população, no âmbito da PCI. Os antimicrobianos são utilizados no combate às infeções com vista à redução da morbilidade e mortalidade. No entanto, segundo PORTUGAL (2009a), existe uma associação consistente e estatisticamente relevante entre o consumo de classes específicas de antimicrobianos e a resistência a essas mesmas classes. Este uso maciço, e muitas vezes inadequado, de terapêutica antimicrobiana facilitou a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes, produzindo um efeito contraproducente: com a perda de eficácia e de opções nesta classe de fármacos existe um aumento da morbilidade e mortalidade e, invariavelmente, dos custos associados aos cuidados de saúde. O Plano Nacional de Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos (PORTUGAL, 2009a) salienta que as estratégias a implementar para fazer face a este problema de gravidade major passam pela utilização judiciosa de antimicrobianos e a prevenção e controlo das IACS.

Quanto ao segundo ponto, e dando continuidade ao trabalho de uma estudante deste curso que também realizou estágio nesta CCI e que estudou previamente o grupo profissional de enfermagem, considerei pertinente realizar um **estudo** com o objetivo de identificar os conhecimentos e a adesão de um grupo profissional – **médicos** – aos procedimentos da CCI no âmbito das precauções básicas e das precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão. De acordo com a informação obtida na CCI, a classe médica apresenta uma fraca adesão às iniciativas de formação nesta área, sendo que em 2010 apenas 3 médicos frequentaram sessões de formação da CCI. Por outro lado, apesar das diretrizes emanadas e do apoio disponibilizado pela CCI verifica-se, durante as práticas e através das auditorias realizadas, que existem ainda muitas lacunas na adesão às práticas recomendadas PCI. Foi, por isso, importante confrontar estas informações com a realização de um estudo (Apêndice XI). O objetivo do estudo foi atingido na medida em que foram identificados, de forma representativa, os conhecimentos dos profissionais quer em relação aos procedimentos

multissetoriais, quer em relação às medidas corretas de precauções básicas e de isolamento baseadas nas vias de transmissão, bem como as percepções da não adesão às mesmas. Seria interessante realizar estudos mais aprofundados e com população alargada (confrontando os conhecimentos dos profissionais, com as suas percepções e com observações da prática clínica) que visassem conhecer qual a razão pela qual os profissionais não colocam em prática as recomendações de boas práticas emanadas pela formação da CCI e pelos órgãos nacionais e internacionais dedicados a PCI.

Aquando da entrega e recolha dos questionários divulguei o plano da sessão de formação onde iriam ser divulgados os dados (Apêndice XII). Posteriormente foram realizadas duas **sessões**, uma em cada unidade clínica, intituladas “Prevenção e Controlo de Infecção” e com os seguintes objetivos: 1) divulgar e discutir os resultados do estudo realizado; 2) contribuir para a prevenção e controlo das IACS e 3) promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente (Apêndice XII). No total estiveram presentes na audiência 17 dos 23 médicos que participaram no estudo. Tive a preocupação de tornar estes momentos tão reflexivos quanto formativos. A minha intenção foi dar a conhecer os resultados do estudo para que os profissionais tomassem consciência e ficassem sensibilizados para esta problemática, “agitando e inquietando-os” para a importância de práticas competentes em PCI. É importante que os profissionais se identifiquem com os procedimentos adequados e os introduzam na sua prática diária. O *feedback* dos profissionais acerca destas sessões foi muito positivo, mencionando o tempo de duração da sessão, a investigação produzida e a apresentação de resultados de outros estudos recentes, que permitiram comparar alguns resultados.

No que diz respeito a este objetivo, considero ter adquirido/desenvolvido as seguintes competências: *“Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação, de forma autónoma, sistemática e crítica”*; *“Identificar necessidades formativas”*; *“Promover formação em serviço”*; *“Participar e promover a investigação em serviço”* e *“Promover o desenvolvimento pessoal e profissional”* (UCP, 2007, p.4-5).

A formação e informação a profissionais de saúde, as auditorias às práticas e a VE que realizei neste estágio vão de encontro ao preconizado nas metas do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS a atingir até 2013 (PORTUGAL, 2007). O trabalho desenvolvido promoveu a prevenção e controlo das IACS nesta instituição, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados na mesma. A JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2010) preconiza que uma instituição de saúde acreditada em qualidade identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infeção e implementa estratégias para reduzir esse risco, fornecendo educação sobre práticas de prevenção e controle de infeção aos profissionais, doentes e aos familiares. Penso que a minha intervenção foi um contributo neste sentido.

Durante este estágio foram adquiridas e desenvolvidas competências que me permitirão saber agir em PCI, e também, no desenvolvimento pessoal e profissional de toda a equipa multidisciplinar.

A impossibilidade de realizar o módulo opcional em CCI previamente ao módulo de enfermagem de urgência não foi limitativa de uma intervenção continuada. A transposição de competências e a minha intervenção em PCI no SUG do Hospital de Cascais tornou-se muito mais evidente e sustentada, permitindo-me ter um olhar mais atento às práticas diárias, às estruturas físicas e aos materiais. A promoção de momentos de reflexão e formação sobre a *praxis*, bem como, o esclarecimento de dúvidas junto dos elementos da equipa multidisciplinar, são agora uma realidade frequente, dando relevância à prática de enfermagem especializada.

2. CONCLUSÃO

Considero ter prosseguido a consecução dos objetivos de estágio, desenvolvendo as atividades planeadas e acrescentando todas aquelas que foram pertinentes para atingir os objetivos e responder o melhor possível aos indicadores de avaliação. Considero terem sido globalmente atingidos, traduzindo-se na aquisição e desenvolvimento das competências descritas ao longo deste relatório. O quaternário formado pela prestação de cuidados, gestão, formação e investigação em enfermagem foram, ao mesmo tempo, alicerces e objetivos de todo este percurso.

A meta de todas as minhas intervenções passou sempre pela promoção e zelo de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, baseados numa relação terapêutica, que conferissem os maiores ganhos de saúde ao doente e família, como a máxima autonomia, o *empowerment*, a preparação para transições no processo saúde-doença, o conforto, a dignidade em fim de vida, um sorriso, a satisfação, entre muitos outros.

A responsabilidade, o profissionalismo, o brio, o rigor, a reflexão, a análise crítica, a partilha, a iniciativa e a humildade para a aprendizagem, estiveram sempre presentes no meu desempenho. A tomada de decisão e o julgamento clínico, baseados na evidência e nos princípios ético-deontológicos e morais, foram também, aspetos a que procurei dar relevância.

Implementei, em ambos os estágios, ações promotoras da melhoria contínua da qualidade e segurança em saúde, contribuindo para que os profissionais assumissem uma atitude proactiva relativamente aos padrões de qualidade definidos pela OE.

No módulo de enfermagem de urgência cuidei do doente e família em situação de urgência e emergência. Desenvolvi a capacidade da tomada de decisão em enfermagem, de avaliação e de previsão de complicações, e aptidão para atuar de forma antecipatória. Ampliei a minha capacidade comunicacional e relacional no cuidado da unidade familiar, nomeadamente em situações de más notícias e no acompanhamento em fim de vida. Dediquei-me à promoção do conforto, adotando um cuidado multidimensional promotor de um ambiente personalizado. Privilegiei a continuidade dos cuidados de enfermagem, construindo um documento que fomenta a comunicação interinstitucional. Realizei um estudo que permitiu identificar as necessidades de aprendizagem dos enfermeiros e dei resposta a uma delas, realizando formação sobre os cuidados de enfermagem ao doente com SCA. Criei, também, um espaço informático de partilha de documentação de enfermagem, pertinente e atual. As atividades de estágio que não foram concluídas, verão continuidade e conclusão a curto e médio prazo, assumindo-se como objetivos profissionais. O facto de ter estagiado no meu local atual de trabalho foi um ponto forte neste estágio.

No módulo de PCI toda a intervenção visou a diminuição das IACS, através da vigilância epidemiológica, da realização de auditorias às práticas, da realização de formação sobre as boas práticas recomendadas e da informação aos visitantes através da elaboração do folheto informativo sobre a higiene das mãos. Saliento a extensão e transversalidade das intervenções, que foram realizadas a enfermeiros, assistentes operacionais e médicos. Por esta mesma transversalidade a todos os contextos da prática de cuidados de saúde, e pela sua importância no incremento de cuidados seguros e de qualidade, arriscaria sugerir que este estágio seria uma mais-valia no percurso de qualquer estudante deste curso.

As competências e o corpo de conhecimentos que já detinha na área da prestação de cuidados ao doente e família em situação crítica, decorrente da minha prática profissional em unidade de cuidados intensivos, foi basilar para que algumas das competências fossem desenvolvidas mais profundamente, otimizando tempo e resultados. Este foi um dos pontos fortes deste percurso. Considero que a consistência da qualidade do meu desempenho se deveu à capacidade de mobilizar, integrar e transferir os recursos que já faziam parte da minha aprendizagem pessoal e profissional para novos contextos.

A preocupação constante em atualizar os meus conhecimentos com investigação validada foi também fundamental para que as intervenções de enfermagem implementadas emergissem com sustentação científica. Também a fundamentação com autoras de enfermagem foi um precioso contributo para a conceptualização das minhas intervenções.

O crescimento pessoal e profissional proporcionado por estes estágios revela-se na aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e que serão maturadas ao longo do meu percurso profissional enquanto enfermeira especialista. Entram no domínio destas competências, não só todas as capacidades e habilidades que me permitirão saber agir na assistência ao doente em estado crítico, mas também, no meu desenvolvimento pessoal e profissional e dos meus pares. Todas estas competências ganharão visibilidade no futuro, sustentando e justificando a minha prática especializada.

Enquanto locais de estágio, o SUG do Hospital de Cascais e a CCI do HALVT proporcionaram-me as vivências necessárias para atingir os meus objetivos, quer em termos de diversificação das experiências de aprendizagem, quer pela sua estrutura, recursos, organização, equipa multidisciplinar e relações humanas estabelecidas. Enalteço as competências científicas e pedagógicas dos orientadores, que se revelaram determinantes para o meu desenvolvimento e para o sucesso destes estágios.

Os momentos de ansiedade e cansaço, consequências da enorme exigência que este projeto acarretou, dão agora lugar a um sentimento grandioso de missão cumprida. Saliento, contudo, que a realização deste mestrado não se afigura como a conclusão de um percurso, mas sim

como o vetor para a renovação do compromisso de prosseguir uma melhor enfermagem, capaz de garantir uma prestação de cuidados de excelência. Pretendo afirmar-me como um profissional agente de mudança, que demonstre um desempenho sustentado e inovador, capaz de oferecer ao doente um certificado de qualidade na prestação de cuidados e que promova a segurança dos mesmos.

No final deste desafio considero-me motivada para continuar a contribuir para a Enfermagem Avançada, enquanto enfermeira especialista, sustentando a minha prática com evidência científica, promovendo a investigação em enfermagem como sustentação do corpo científico da profissão, zelando pela valorização das intervenções autónomas de enfermagem, proporcionando cuidados que espelhem o mais alto nível dos padrões de qualidade, e dando visibilidade à profissão que escolhi e que é única e insubstituível.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIRES, Sofia [et al] – Avaliação dos Conhecimentos e Atitudes sobre Precauções Padrão. [Em linha] Acta Médica Portuguesa. Vol. 23 (2010) 191-202. [Consult. 6 Nov. 2011] Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/2/191-202.pdf>
- ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília – Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. [Em linha] Texto e Contexto Enfermagem. Vol.14. N.º3 (Jul-Set 2005) 373-382. [Consult. 06 Abr. 2011] Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414308.pdf>
- ALEIXO, Telmo [et al] – Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. Revista de Enfermagem Referência. III série. N.º3 (Mar 2011) 141-149.
- ALLEGIANZI, Benedetta [et al] – Burden of endemic health care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. The Lancet. Vol. 377 (2011) 228-241.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION – National Database of Nursing Quality Indicators: Transforming Data into Quality Care. [Em Linha] Kansas City: ANA, 2009. 6p. [Consult. 1 Jan. 2012] Disponível em <https://www.nursingquality.org/>
- ANJOS, Cláudia [et al] - O Potencial da Hipotermia Terapêutica no Tratamento do Paciente Crítico. [Em linha] O Mundo da Saúde. Vol. 32. N.º1. (Jan-Mar 2008) 74-78. [Consult. 15 Dez. 2011] Disponível em http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/74a78.pdf.
- ARCHER, L; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. – Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. 406p. ISBN 972-22-1719-4.
- BATES, David. [et al] – Global priorities for patient safety research. British Medical Journal. Vol. 338 (2009) 1775-1779.
- BENNER, Patrícia – De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 295p. ISBN 972-8535-97-X.
- BURKE, John. – Infection Control: a problem for patient safety. New England Journal of Medicine. Vol. 348 (2003) 651-656.
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION – Position Statement: Evidence-based decision-making and nursing practice. [Em linha] 2002. 3p [Consult. 15 Jan. 2012]. Disponível em <http://www.cna->

[aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS63 Evidence based Decision making Nursing Practice e.pdf](http://aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS63_Evidence_based_Decision_making_Nursing_Practice_e.pdf)

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2. Loures: Lusodidacta, 2011. 205p. ISBN:978-92-95094-35-2.
- CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind – Prática Baseada na Evidência – Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência, 2004. 309p. ISBN 972-8383-61-4.
- DECRETO-LEI n.º 74/2006. D.R. 1ª Série. 60 (06-03-24) 2242-2257.
- DECRETO-LEI n.º 104/1998. D.R. 1ª Série A. 93 (98-04-21) 1739-1757.
- DECRETO-LEI n.º 111/2009. D.R. 1ª Série. 180 (09-09-16) 6528-6550.
- DESPACHO n.º 18459/2006. D.R. 2ª Série. 176 (06-09-12) 18611-18612.
- DESPACHO NORMATIVO n.º 11/2002. D.R. 1ª Série B. 55 (02-03-06) 1865-1866.
- EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in the EU and EEA/EFTA countries. [Em linha] Stockholm: 2008. 332p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf
- EUROPEAN HEART NETWORK – European Cardiovascular Disease Statistics 2008. [Em Linha] Brussels: 2008. 112p. [Consult. 17. Dez. 2011] Disponível em <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>
- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY; EUROPEAN HEART NETWORK – European Heart Health Charter. [Em Linha] 2007. [Consult. 16 Dez. 2011] Disponível em <http://www.heartcharter.org/read-charter/default.asp>
- EUROSTAT - Causes of death in the EU25. Significant differences among Member States. Two thirds of deaths due to diseases of the circulatory system and cancer. [Em linha] 2006. 3p. [Consult. 17 Dez. 2011] Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-18072006-AP/EN/3-18072006-AP-EN.PDF
- EUROSTAT – Death due to ischaemic heart diseases, by NUTS 2 regions. [Em Linha] 2011a. [Consult. 17 Dez. 2011] Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tgs00059&plugin=0>

- EUROSTAT – Death due to ischaemic heart diseases, by gender. [Em Linha] 2011b. [Consult. 17 Dez. 2011] Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00119&plugin=0>
- FONTANA, Rosane. – As Infecções Hospitalares e a Evolução Histórica das Infecções. [Em Linha] Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.59. N.º5 (2006) 703-706. [Consult. 26 Nov. 2011] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a21.pdf>
- FRIEDMAN, M.; BOWDEN, V.; JONES, E. – Family Nursing: research, theory and practice. 5ª ed. New Jersey: Prentice Hall, 2003. 714p. ISBN 0-13-060824-6.
- GROU MOITA, Augusta. [et al]– Nota de Alta/Transferência de Enfermagem: retrato de uma prática. Pensar Enfermagem. Vol. 11. N.º2 (2º semestre 2007) 12-24.
- HENDERSON, Virginia – Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE. Loures: Lusodidacta, 2007. 74p. ISBN: 978-989-8075-00-0.
- HESBEEN, Walter – Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8.
- HESBEEN, Walter – Qualidade em Enfermagem – pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 2001. 219p. ISBN 972-8383-20-7.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Óbitos (N.º) por local de residência e causa de morte em 2009. [Em Linha] 2010a. [Consult. 17 Dez. 2011] Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004280&contexto=bd&selTab=tab2
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Óbitos (N.º) por sexo e causa de morte em 2009. [Em Linha] 2010b. [Consult. 17 Dez. 2011] Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001675&contexto=bd&selTab=tab2
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Anos potenciais de vida perdidos por doenças isquémicas do coração (anos) por local de residência e sexo em 2009. [Em Linha] 2010c. [Consult. 17 Dez. 2011] Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003978&contexto=bd&selTab=tab2
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL – Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4ª ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2010. 288p. ISBN 978-85-61459-07-9.
- JOSÉ, Helena – Humor nos Cuidados de Enfermagem – Vivências de doentes e enfermeiros. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2002. 183p. ISBN 972-8383-34-7.

- KING, Imogene – A theory for nursing: systems, concepts, process. [Em linha]. New York: John Wiley & Sons, 1981. 1981p. ISBN 0-8273-4267-5. [Consult. 14 Jan. 2012] Disponível em http://books.google.pt/books/about/A_theory_for_nursing.html?id=BTxtAAAAMAAJ&redir_esc=y
- KOLCABA, Katharine – Confort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research. [Em linha] New York: Springer Publishing Company, 2003. 265p. ISBN 0-8261-1663-7. [Consult. 15 Jul. 2011] Disponível em http://books.google.com/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- LAZURE, Hélène – Viver a Relação de Ajuda. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 215p. ISBN 972-95399-5-2.
- LEININGER, Madeleine; McFARLAND, Marilyn – Culture Care Diversity and Universality – a worldwide nursing theory. [Em Linha] 2ª ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. 300p. ISBN 978-0-7637-3437-4. [Consult. 16 Jul. 2011] Disponível em http://books.google.com/books?id=NmY43MysbxC&printsec=frontcover&hl=EN&source=gbs_hp#v=onepage&q&f=false
- MILLER, J.; RAHIMI, S.; LEE, M. – History of Infection Control and its Contributions to the Development and Success of Brain Tumor Operations. [Em Linha] Journal of Neurosurgery. Vol.18. Nº4 (2005) 1-5. [Consult. 26 Nov. 2011] Disponível em <http://thejns.org/doi/pdfplus/10.3171/foc.2005.18.4.5>
- MORTEL, Van [et al] - Gender influences handwashing rates in the critical care unit. [Em Linha] American Journal of Infection Control. Vol. 29 (2001) 395–399. [Consult. 6 Nov. 2011] Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(01\)96896-8/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(01)96896-8/abstract)
- NATIONAL QUALITY FORUM – National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Measure Set. [Em Linha] Washington: National Quality Forum, 2004. 100p. [Consult. 1 Jan. 2012] Disponível em http://www.qualityforum.org/Projects/n-r/Nursing-Sensitive_Care_Initial_Measures/Nursing_Sensitive_Care_Initial_Measures.aspx
- NIGHTINGALE, Florence – Notas Sobre Enfermagem. Loures: Lusociência, 2005. 201p. ISBN: 972-8383-92-4.
- NORMA PORTUGUESA 405-1. 1994. Informação e Documentação. Instituto Português da Qualidade.
- NUNES, Lucília – Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem. [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consult. 11 Jul. 2011] Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_Com_LN.pdf

- OLIVEIRA, A.; CARDOSO, C.; MASCARENHAS, D. – Intensive Care Unit Professional's Knowledge and Behaviour Related to the Adoption of Contact Precautions. [Em linha] Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol. 17. N.º 5 (2009) 625-631. [Consult. 6 Nov. 2011] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000500005&script=sci_arttext
- OLIVEIRA, A.; CARDOSO, C.; MASCARENHAS, D. – Contact Precautions in Intensive Care Units: facilitating and inhibiting factors for professional's adherence. [Em linha] Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Vol. 44. N.º 1 (2010) 159-163. [Consult. 6 Nov. 2011] Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a23v44n1.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 11p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 45p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Quadro de Referência para a Construção de Indicadores de Qualidade e Produtividade na Enfermagem. Suplemento da Revista nº13. (2004) 3-8.
- PAIVA e SILVA, Abel – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir. Vol. 55. N.º01-02 (Jan-Abr 2007) 11-20.
- PEPLAU, Hildegard – Interpersonal Relations in Nursing – a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. [Em linha] New York: Springer Publishing Company, 1991. 335p. ISBN 978-0-8261-7911-1. [Consult. 15 Jul. 2011] Disponível em http://books.google.de/books?id=ck8-E6FL-1UC&printsec=frontcover&dq=hildegard+peplau&source=bl&ots=OCZZCsJajM&sig=iHCu8TVjFcJmrBfvNY9TpNbzt0&hl=de&ei=9zinTPLhLovtOf6WmNQM&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCEQ6AEwATgC#v=onepage&q&f=false
- PONCE, Pedro; TEIXEIRA, Jorge – Manual de Urgências e Emergências. Lisboa: Lidel, 2006. 343p. ISBN-13: 978-972-757-365-3.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. [Em linha] Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. 72p. ISBN: 972-675-097-0 [Consult. 04 Set. 2011] Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2007. 20p. [Consult. 08 Out. 2011]. Disponível em http://srsdocs.com/parcerias/publicacoes/diversos/programa_nacional_infeccao.pdf

- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização. [Em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2008. 81p. [Consult. 08 Out. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=0020AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. [Em linha] Lisboa: Direção Geral de Saúde, Departamento da Qualidade, 2009(a). 10p. [Consult. 9 Nov. 2011] Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150040AAAAAAAAAAAA>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Relatório do Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção. [Em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2009(b). 18p. [Consult. 08 Out. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012628.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Relatório do Inquérito de Prevalência de Infecção 2010. [Em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2010. 16p. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Campanha Nacional de Higiene das Mãos: Relatório 2010-2011. [Em linha] Lisboa: Direção Geral de Saúde, Departamento da Qualidade, 2011. 17p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/Relatorio_Maos.pdf
- REGULAMENTO n.º122/2011 (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista). D.R. 2ª Série. 35 (11-02-18) 8648-8653.
- RODRIGUES, Manuela; FERRÃO, Luís – Formação Pedagógica de Formadores. 9ª ed. Lisboa: Lidel, 2006. 295p. ISBN: 978-972-757-500-8.
- SHEARER, Nelma – Health Empowerment Theory as a Guide for Practice. [Em linha] Journal of Geriatric Nursing. Vol. 32. N.º 2. (2009) 4-10. [Consult. 15 Dez. 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873187/pdf/nihms197242.pdf>
- SHEEHY, Susan – Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS; ORDEM DOS MÉDICOS – Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. [Em linha] Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008. 45p. [Consult. 15 Dez. 2011]. Disponível em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- SOUSA, Fábio – Os enfermeiros e o empowerment em saúde. [Em Linha] Ponta Delgada: Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional da R. A. dos Açores: 2009. [Consult. 17 Dez. 2011]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>

- THELAN, Linne. [et al] – Enfermagem em Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1996. 1050p. ISBN 972-96610-2-2.
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750p. ISBN: 972-8383-74-6.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Regulamento Geral Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2007. 14p.
- WANDEL, David [et al] – Behavioral Determinants of Hand Hygiene Compliance in Intensive Care Units. [Em linha] American Journal of Critical Care. Vol. 19 (2010) 230-239. [Consult. 5 Nov. 2011] Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/19/3/230.short>
- WILSON, Jennie – Controlo de Infecção na Prática Clínica. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 386p. ISBN 972-8383-57-6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Prevention of Hospital-acquired infections: a practical guide. 2nd edition. [Em linha] Geneva: WHO, 2002. 72p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whocdscsreph200212.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, Technical Report. [Em Linha]. Geneva: WHO, 2009. 153p. [Consult. 1 de Jan 2012]. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Patient Empowerment in Safety: WHO initiatives for 2011. [Em linha] Geneva: WHO, 2011. 25p. [Consult. 13 Jun. 2011]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ev_20110126_co04_en.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Dados Estatísticos do SUG: 2010-2011



**HPP HOSPITAL
DE CASCAIS**

DR. JOSÉ DE ALMEIDA



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dados Estatísticos

Serviço de Urgência Geral

Enfermeira Rita Kadic

2010-2011



Este trabalho foi realizado por Rita Sousa Kadic, enfermeira deste serviço e estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Inserir-se no âmbito do Estágio – Módulo I, em Serviço de Urgência, que decorreu neste serviço, no período compreendido entre 27 de Abril e 24 de Junho de 2011.

O mesmo decorreu sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e do Enf. José Friães.

Índice

Introdução	3
Apresentação dos Dados	5
Considerações Finais	30
Referências Bibliográficas	31

Introdução

O Serviço de Urgência Geral (SUG) do novo HPP Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, foi inaugurado a 1 de Março de 2010, cerca de uma semana após a inauguração oficial do Hospital, a 23 de Fevereiro do mesmo ano.

Integrado na rede de serviços de urgência, este SUG é considerado um serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), correspondendo, de acordo com o DESPACHO n.º18459/2006 de 12 de Setembro, ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Dispõe de recursos humanos (equipas de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde) de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU. Dispõe igualmente das valências médicas obrigatórias (medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório aberto vinte e quatro horas, imagiologia e patologia clínica). Tal como preconizado neste despacho, este SUG dispõe de um sistema de triagem de prioridades, a Triagem de Manchester, em funcionamento desde o primeiro dia. As especialidades médicas para encaminhamento dos doentes são a Medicina Interna, a Cirurgia Geral e a Ortopedia.

O DESPACHO NORMATIVO n.º11/2002 de 6 de Março, descreve no seu artigo 1.º que “os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”. De acordo com o DESPACHO n.º18459/2006 de 12 de Setembro, “entende-se por emergência e urgência médica a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”.

É neste contexto de prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, que diariamente os enfermeiros dos SU afirmam a sua prática. SHEEHY (2001) descreve que a enfermagem de urgência envolve uma diversidade acentuada de conhecimentos, de doentes com um espectro

alargado de idades, de processos de doença, de problemas reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais, exigindo dos profissionais um conjunto ímpar de competências.

A qualidade dos cuidados prestados às pessoas que acorrem ao SUG será tanto maior quanto melhor estes cuidados se adequarem às suas reais necessidades. Consequentemente e, cerca de um ano depois da sua inauguração, contorna-se de todo o sentido, a realização de um estudo que caracterize a população que foi cuidada neste serviço durante o seu primeiro ano de existência. Visa-se conhecer a população em aspetos como idade, motivo de vinda ao SUG, proveniência, destino, entre outros, para que possamos redirecionar os nossos cuidados às suas reais necessidades. Apesar de cada pessoa ser única, com uma esfera inigualável, sabemos que se conhecermos as situações que com maior frequência nos deparamos, cuidaremos com um maior nível de eficácia e prosseguiremos a melhoria crescente dos cuidados. PONCE e TEIXEIRA (2006) afirmam que é crucial que os profissionais saibam exatamente o que fazer perante as situações mais graves e/ou frequentes e que as logísticas inerentes estejam presentes e preparadas.

Desta forma, procedeu-se à colheita de dados, em registo informatizado e registo manual, do período compreendido entre de 1 de Março de 2010 a 28 de Fevereiro de 2011, com a colaboração e autorização do HPP- Hospital de Cascais. Os mesmos serão apresentados descritivamente e sob a forma de gráficos, tendo sido a sua apresentação autorizada pelo Enfermeiro Chefe.

Apresentação dos Dados

No primeiro ano de serviço à população, o SUG do HPP – Hospital de Cascais, atendeu um total de 94.591 doentes, com uma média de 259 doentes atendidos por dia.

Relativamente às faixas etárias dos doentes (Gráfico 1), cerca de 72% dos mesmos situa-se entre os 15 e os 64 anos, correspondendo a população em idade ativa. Por inexistência de dados, não foi possível distribuir os doentes por género.

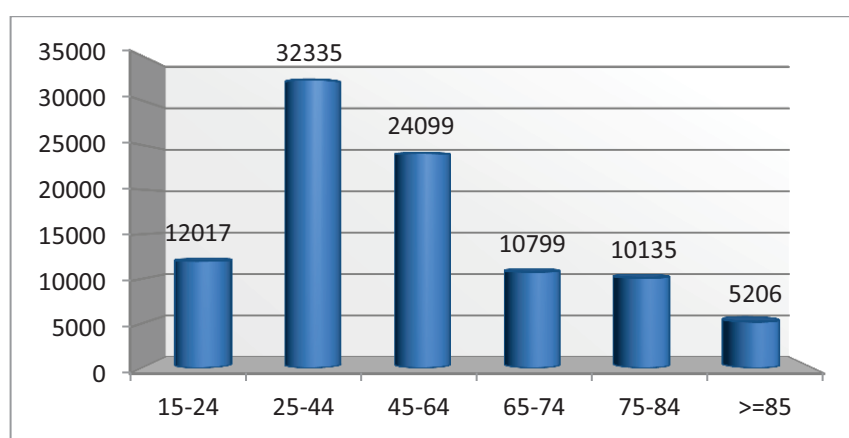


Gráfico 1: Distribuição dos doentes por faixas etárias (anos).

A grande maioria dos doentes chega ao SUG vindo do “exterior” (Gráfico 2), o que pode incluir qualquer tipo de domicílio, como o próprio, de familiares/cuidadores ou lares. Apenas 3 a 4% dos doentes vêm referenciados de outras instituições de saúde.

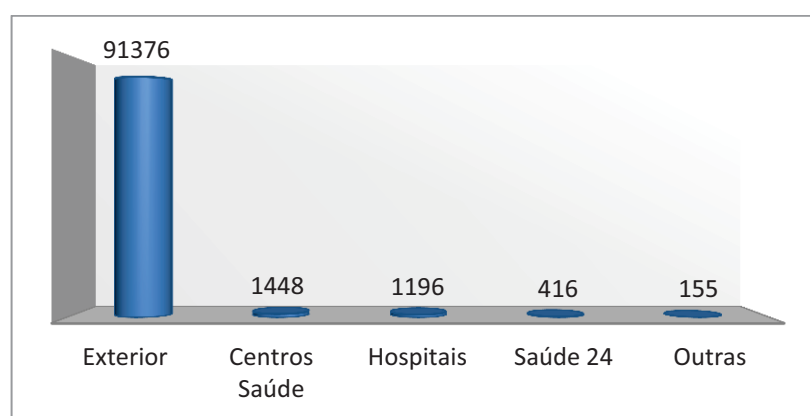


Gráfico 2: Proveniência dos doentes que chegam ao SUG.

Cerca de 88% dos doentes são da área de influência do hospital (Gráfico 3).

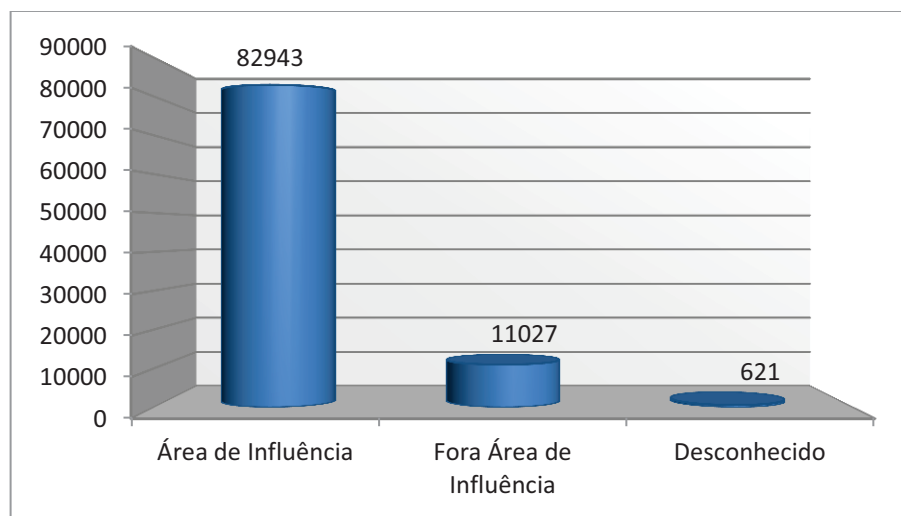


Gráfico 3: Proveniência dos doentes relativamente à área de influência do hospital.

Relativamente à distribuição da afluência pelos meses do ano, não se observam diferenças significativas, como demonstra o Gráfico 4.

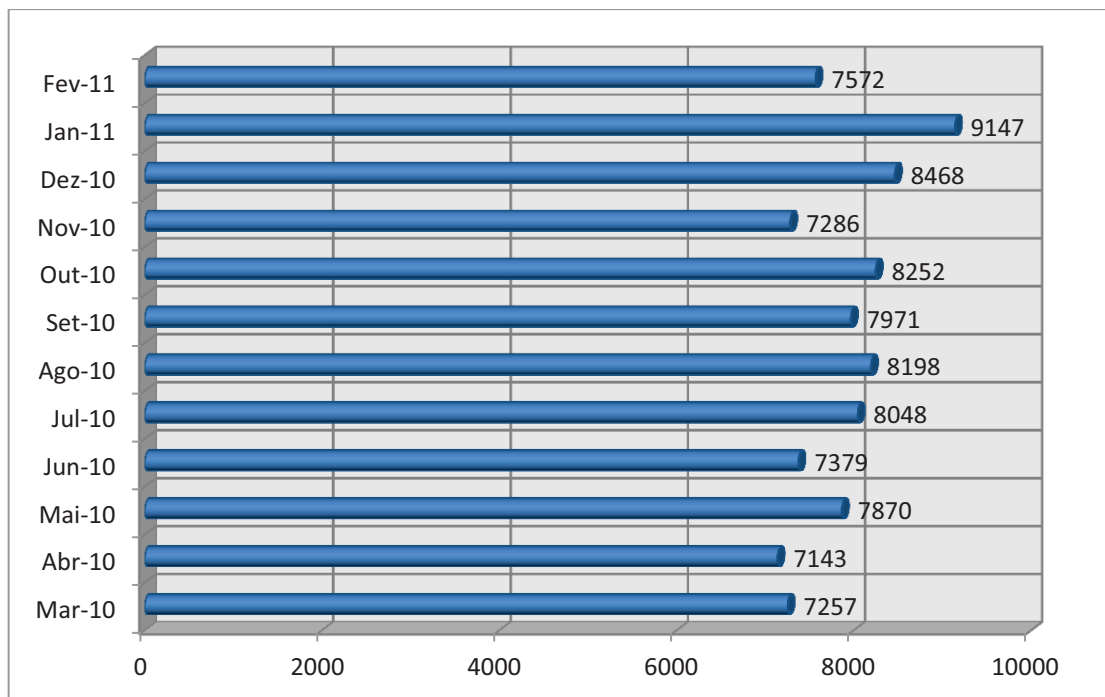


Gráfico 4: Distribuição do total de atendimentos por meses do ano.

Na tentativa de conhecer o que motiva a vinda dos doentes ao SUG, e dado que não há possibilidade de acesso aos diagnósticos de todos os doentes, optou-se por estudar as categorias em que o tipo de episódio se poderá incluir, criadas pelo próprio sistema de gestão de informação do hospital. No entanto estas são pouco específicas, incluindo grande parte dos motivos na categoria de “doença” (Gráfico 5).

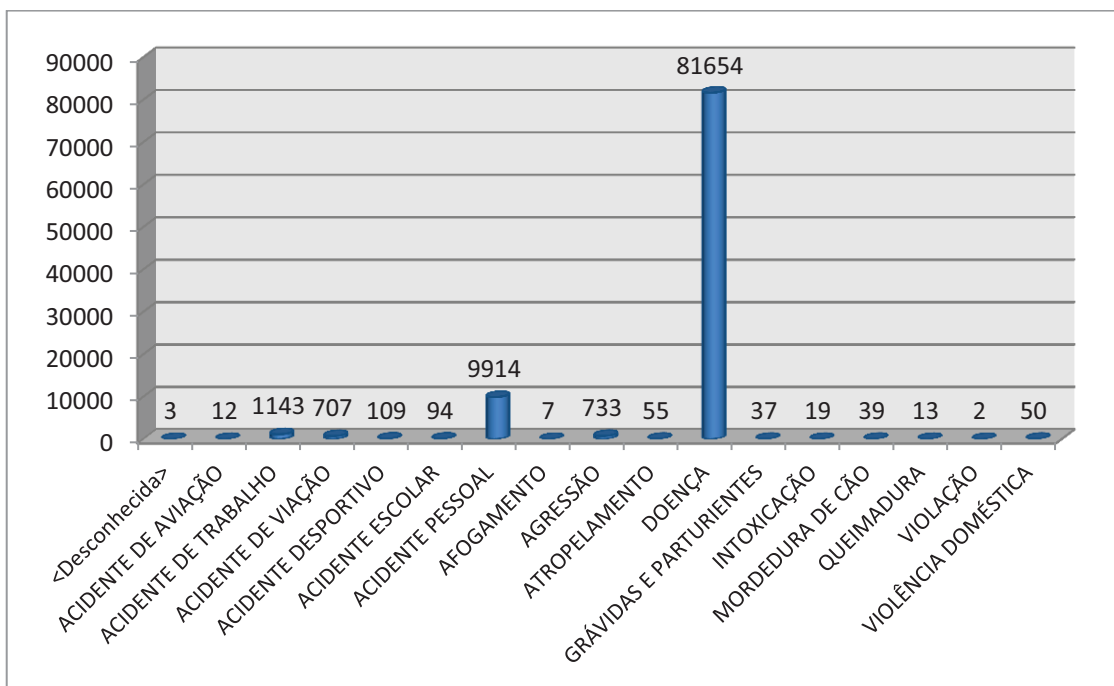


Gráfico 5: Distribuição dos doentes por motivo de ida ao SUG.

Face a estes resultados, e dado que o sistema de Triage de Manchester categoriza os motivos de vinda ao SU em fluxogramas e discriminadores (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002), correspondendo a cada doente um único discriminador e fluxograma, optou-se por fazer um estudo dos mesmos. No gráfico seguinte (Gráfico 6) são apresentadas as causas de vinda ao SUG por fluxograma de Triage de Manchester (os 43 fluxogramas correspondentes a adultos).

Existe uma diferença de cerca de 1600 episódios entre o total de doentes admitidos e os registos informatizados do sistema de Triage de Manchester, o que corresponde aos doentes que foram triados manualmente nas situações de falha do sistema informático.

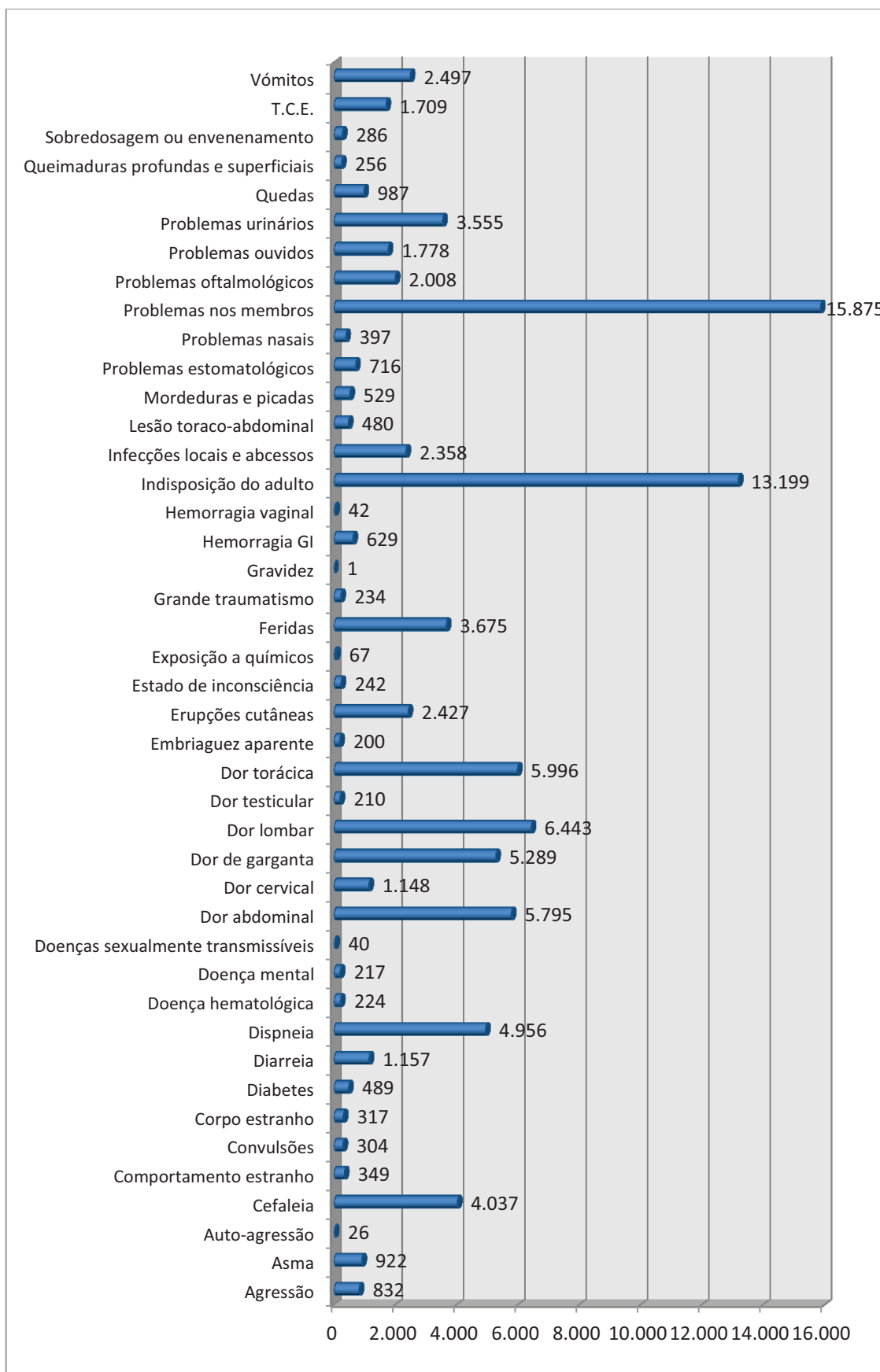


Gráfico 6: Distribuição dos doentes por fluxogramas do sistema de Triagem de Manchester.

Estudaram-se todos os discriminadores de cada um dos 43 fluxogramas, com o objetivo de especificar com maior pormenor a situação do doente à chegada ao SU. Os resultados são apresentados nos Gráficos 7 a 48, com exceção do fluxograma “Gravidez” que inclui apenas uma pessoa à qual correspondeu o discriminador “dor”.

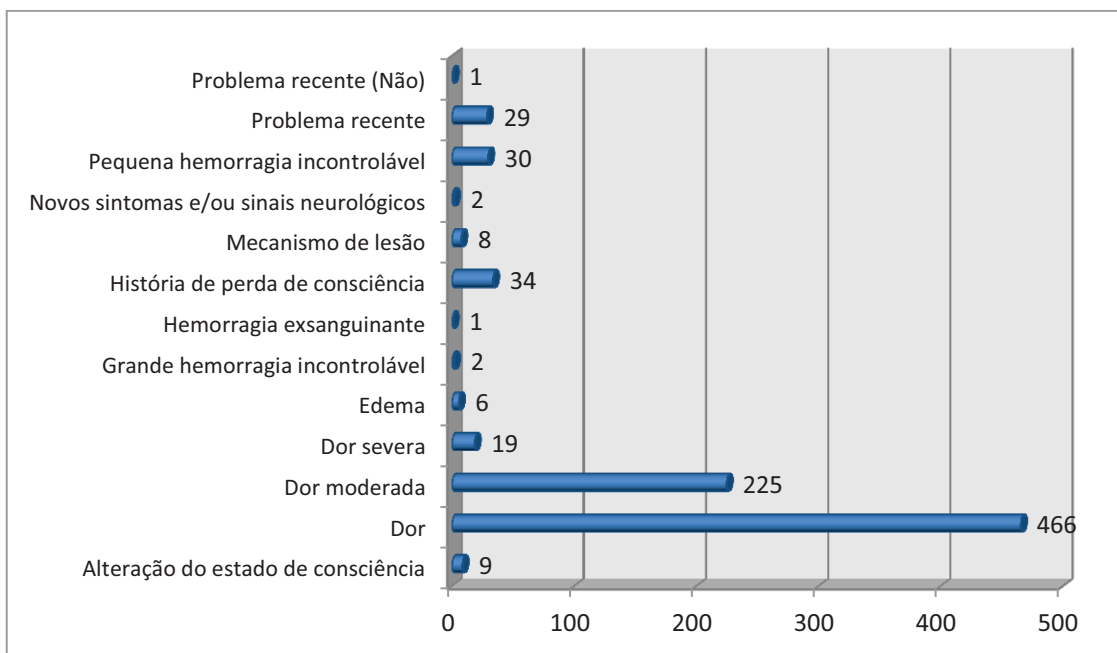


Gráfico 7: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Agressão”.

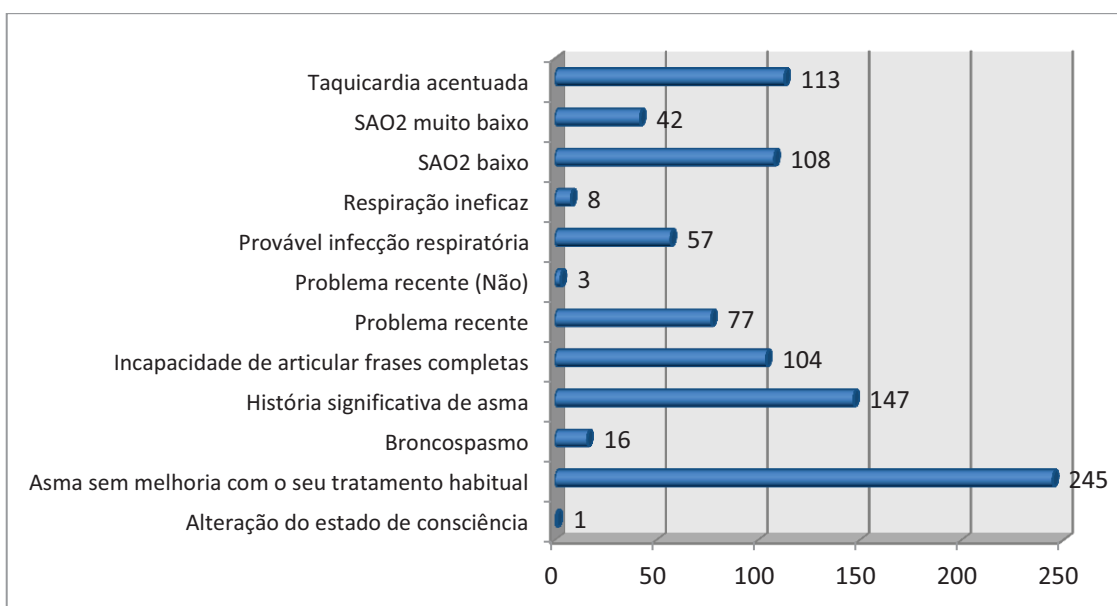


Gráfico 8: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Asma”.

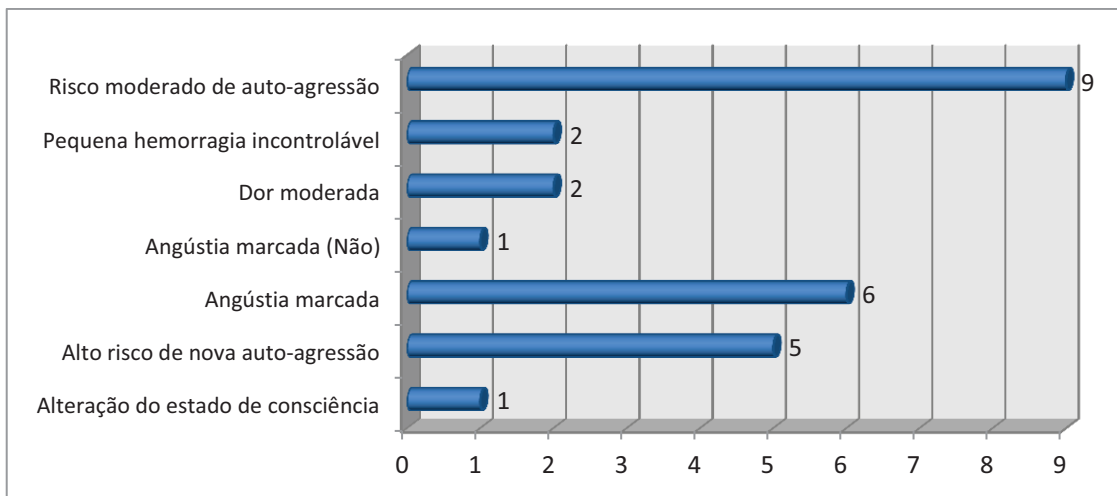


Gráfico 9: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Auto-Agressão".

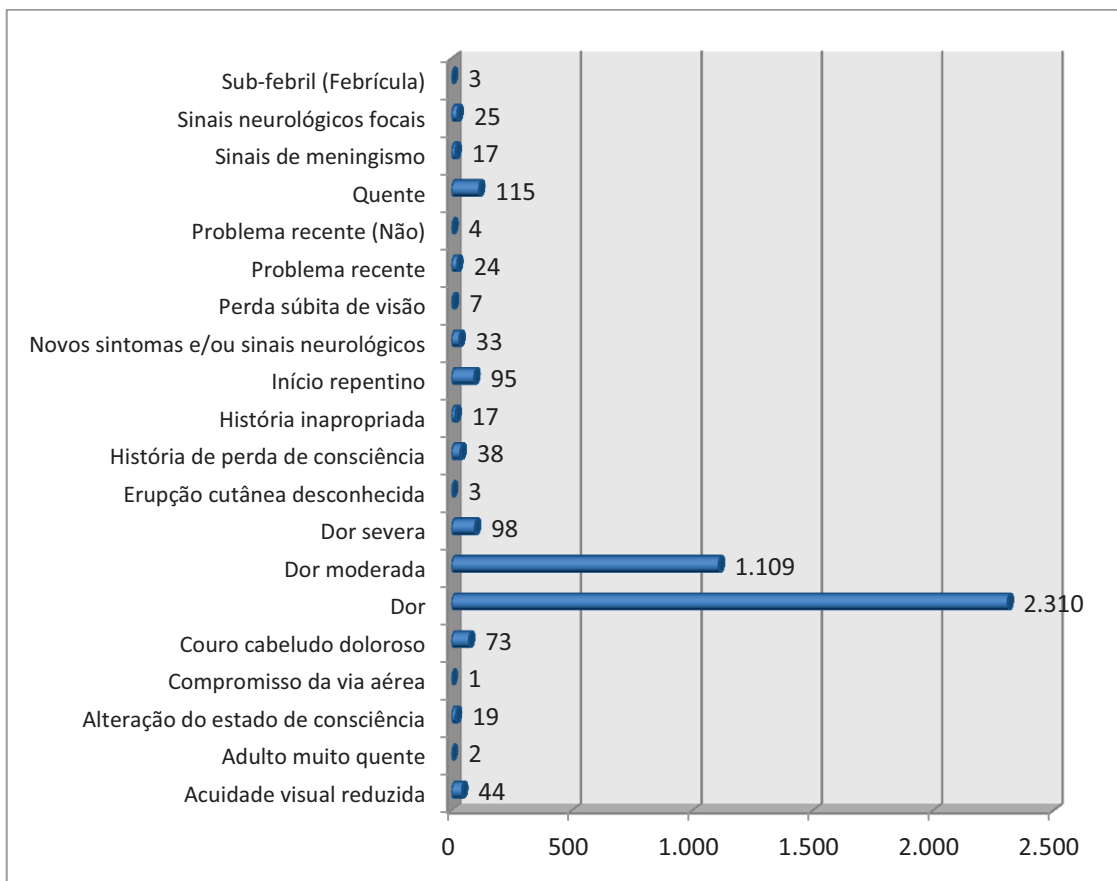


Gráfico 10: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Cefaleia".

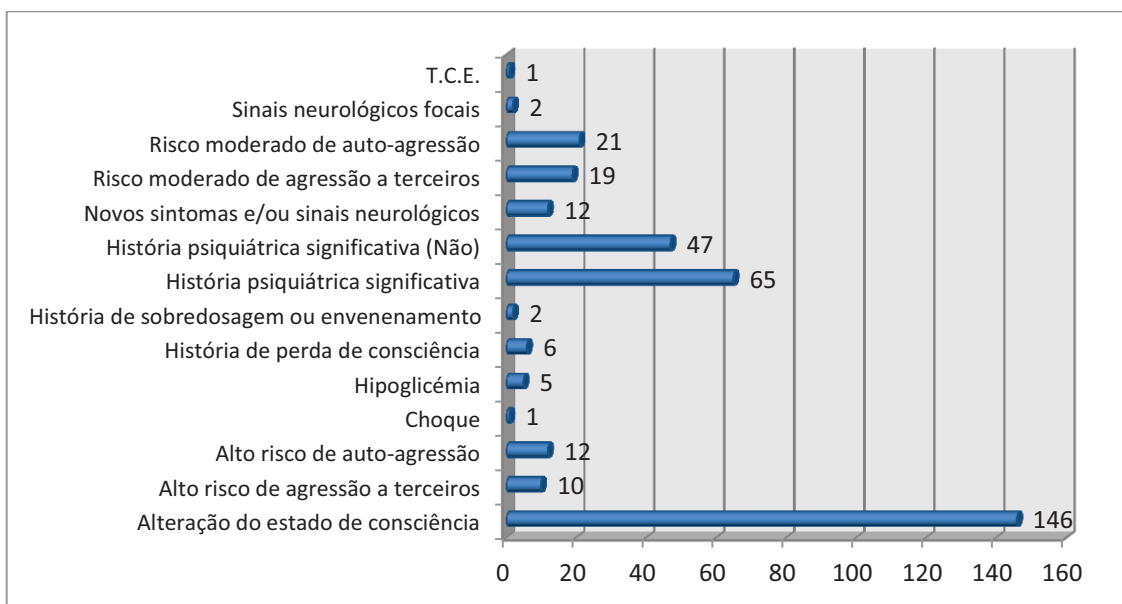


Gráfico 11: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Comportamento Estranho".

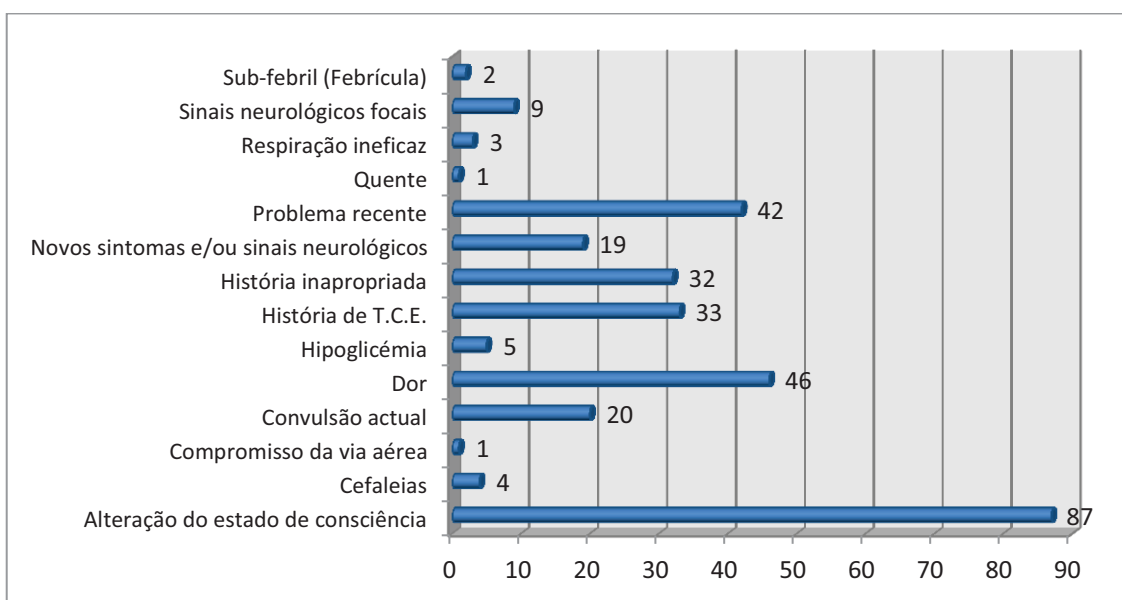


Gráfico 12: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Convulsões".

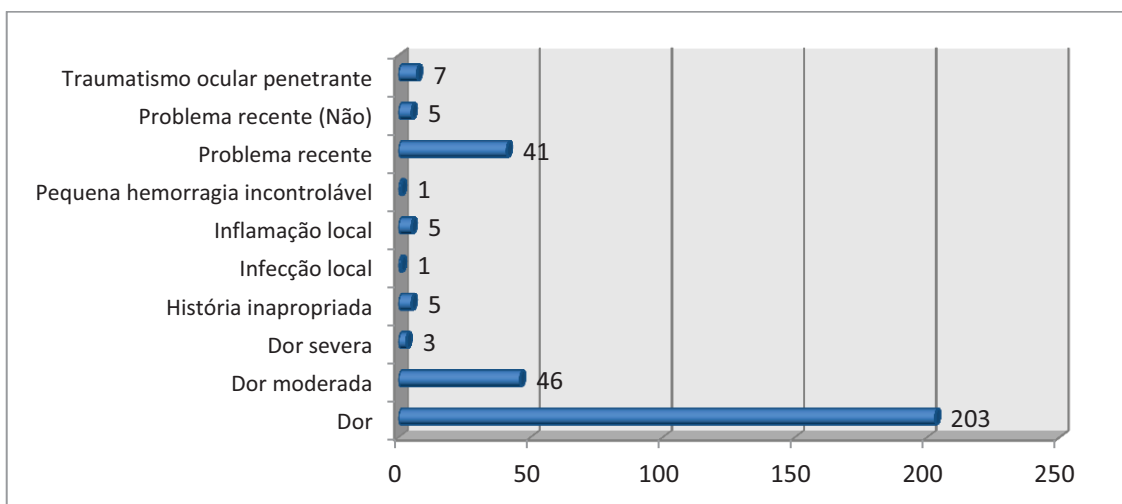


Gráfico 13: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Corpo Estranho".

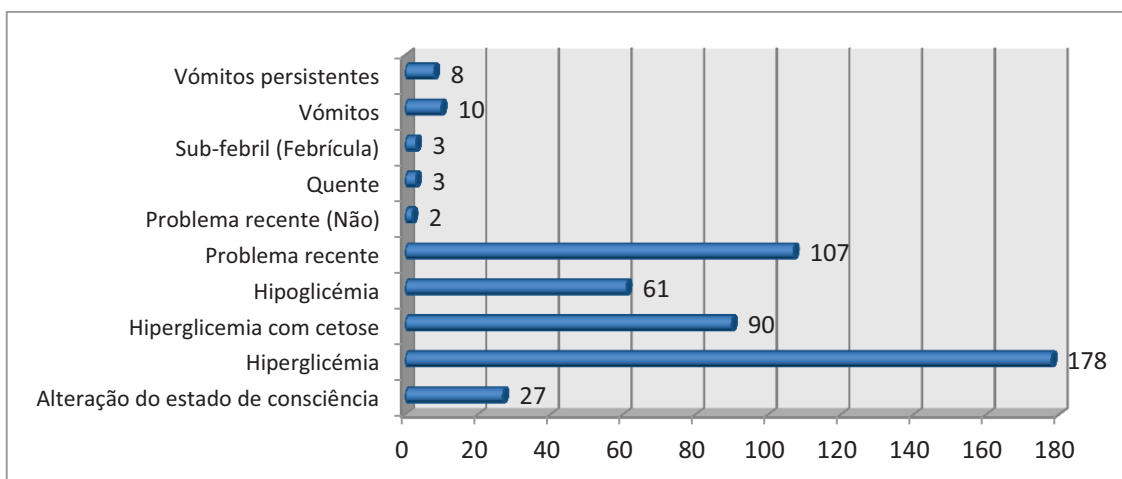


Gráfico 14: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Diabetes".

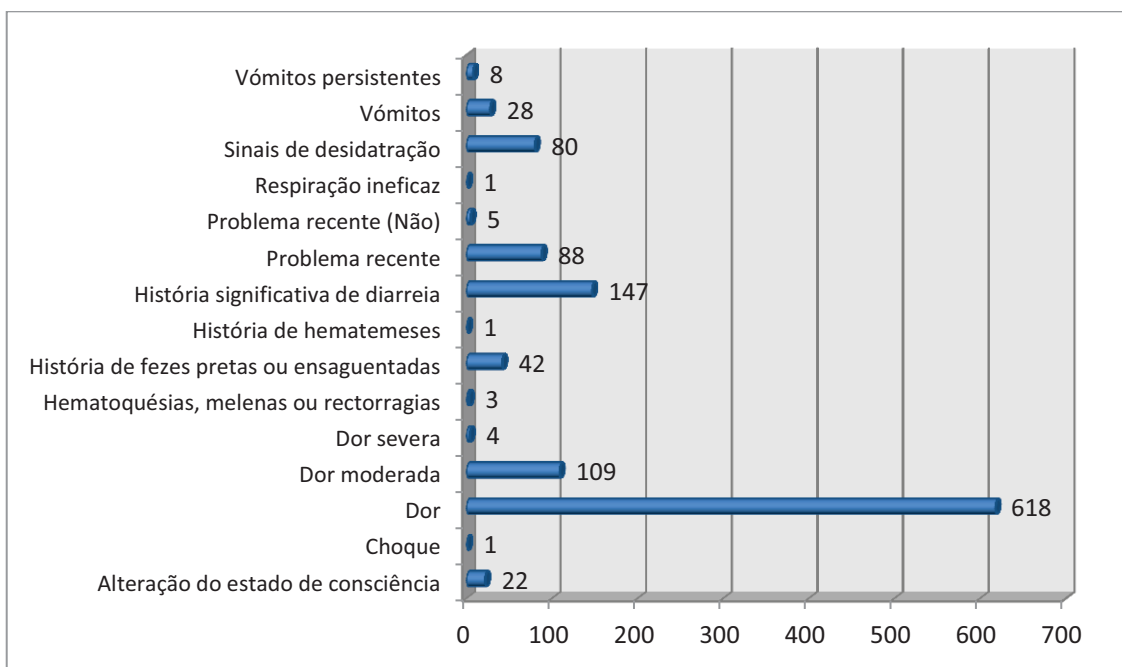


Gráfico 15: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Diarreia”.

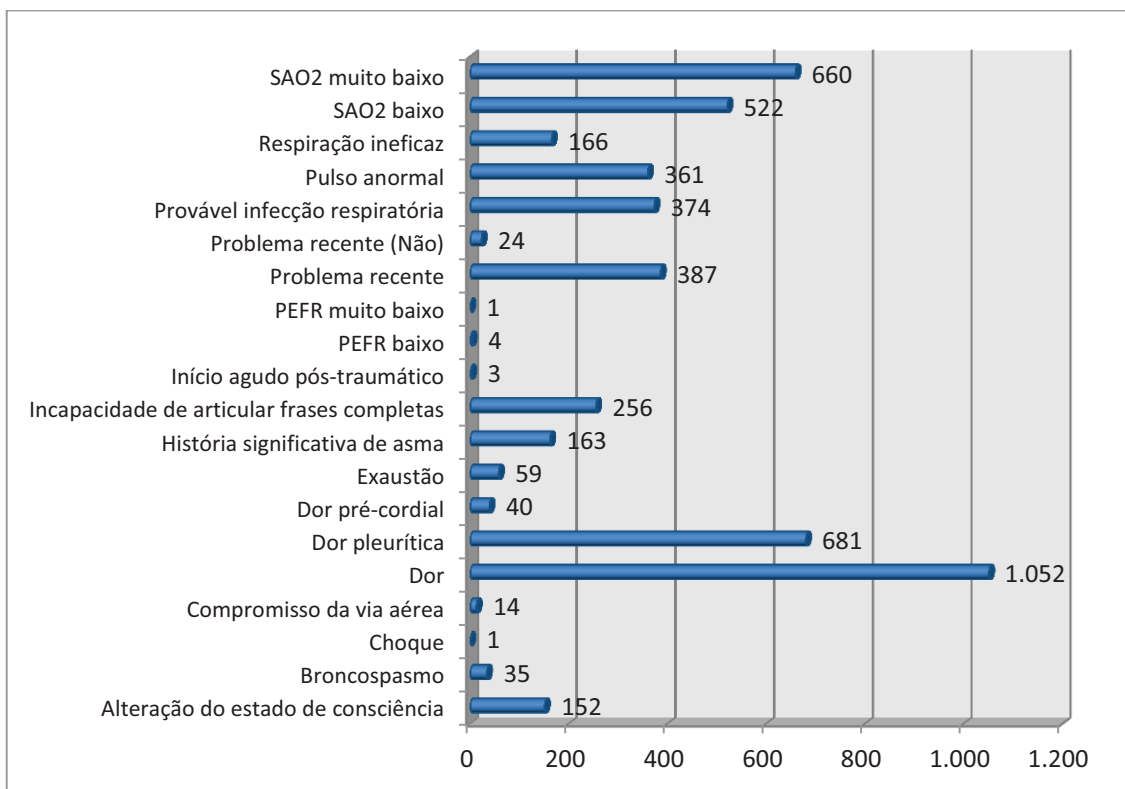


Gráfico 16: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “**Dispneia**”.

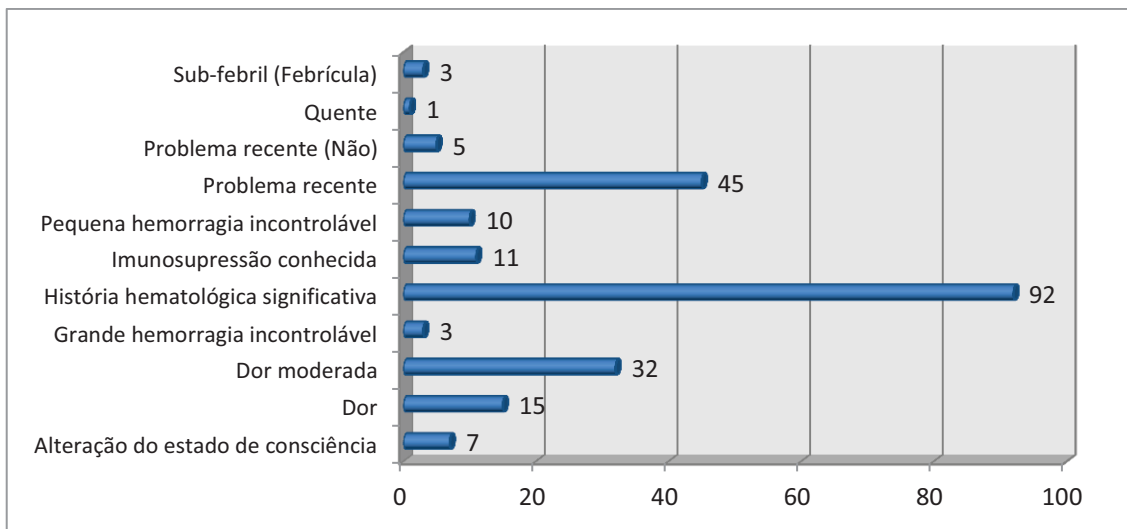


Gráfico 17: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “**Doença Hematológica**”.

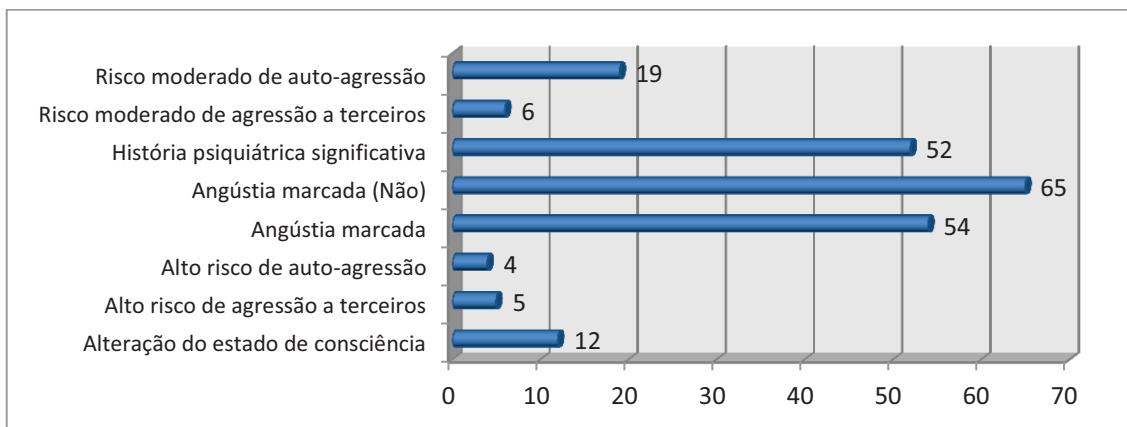


Gráfico 18: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “**Doença Mental**”.

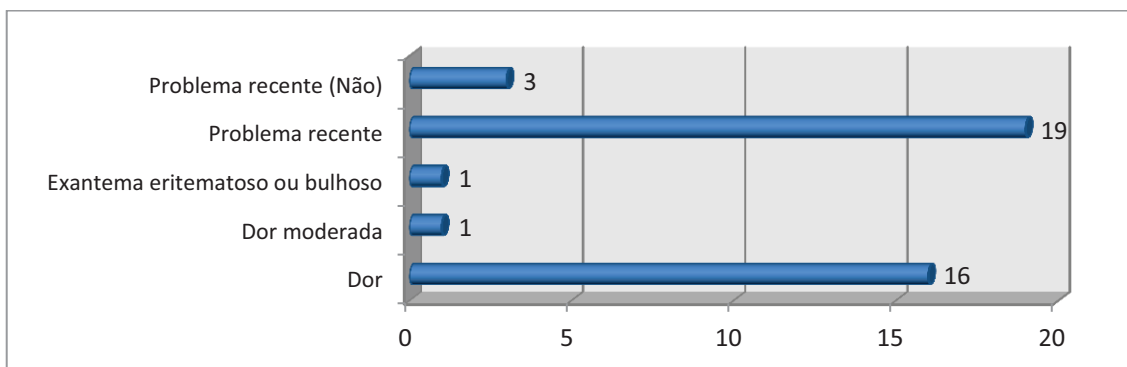


Gráfico 19: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “**Doenças Sexualmente Transmissíveis**”.

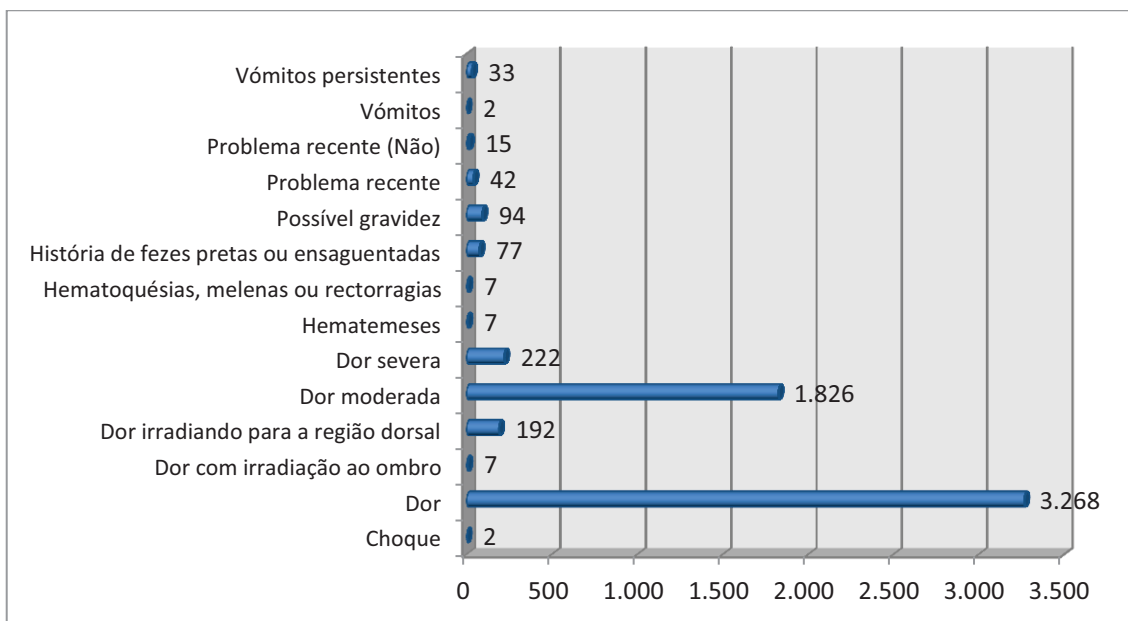


Gráfico 20: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Dor Abdominal".

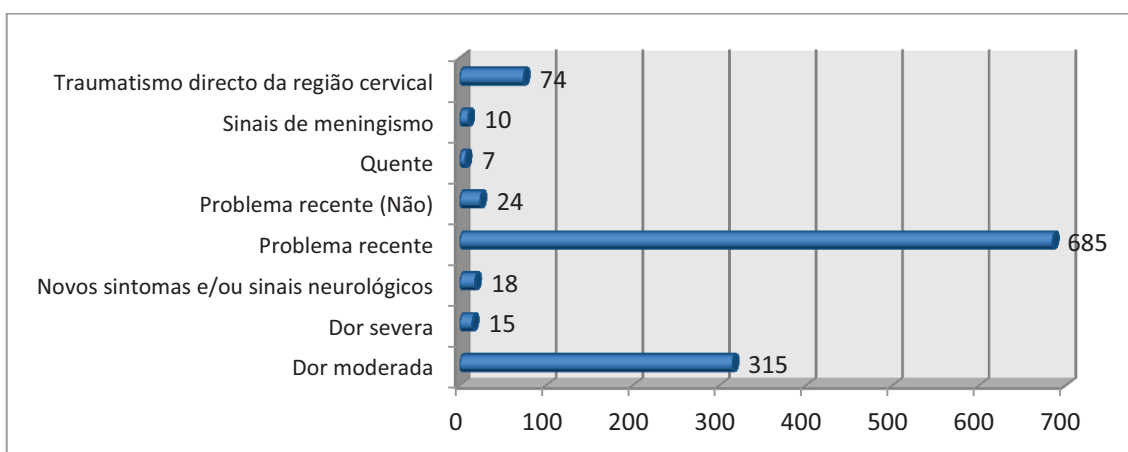


Gráfico 21: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Dor Cervical".

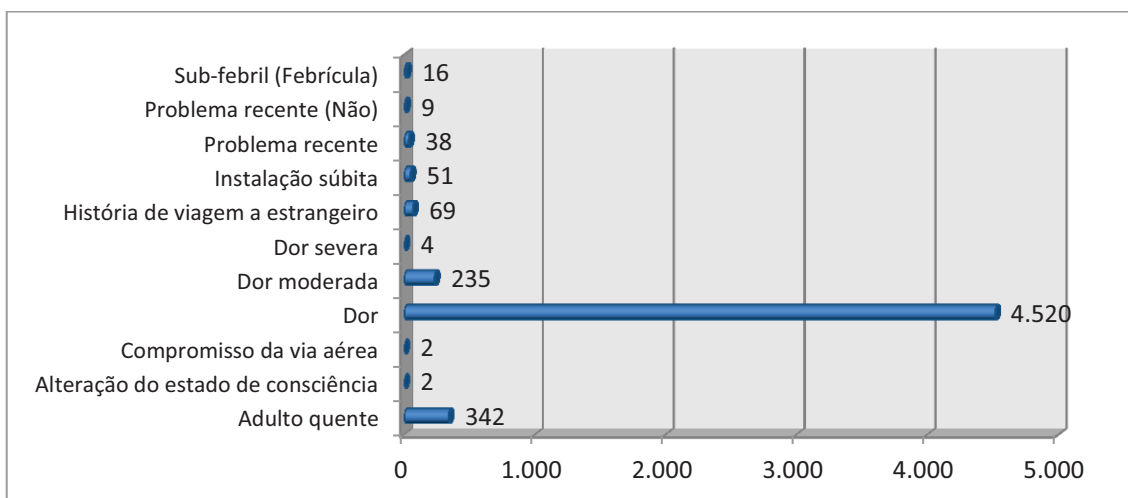


Gráfico 22: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Dor de Garganta".

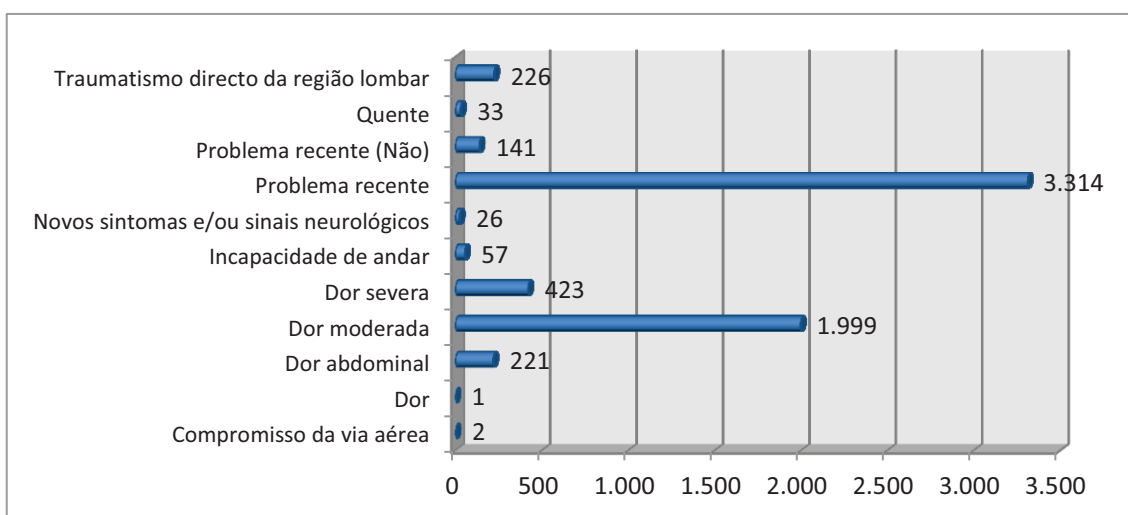


Gráfico 23: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Dor Lombar".

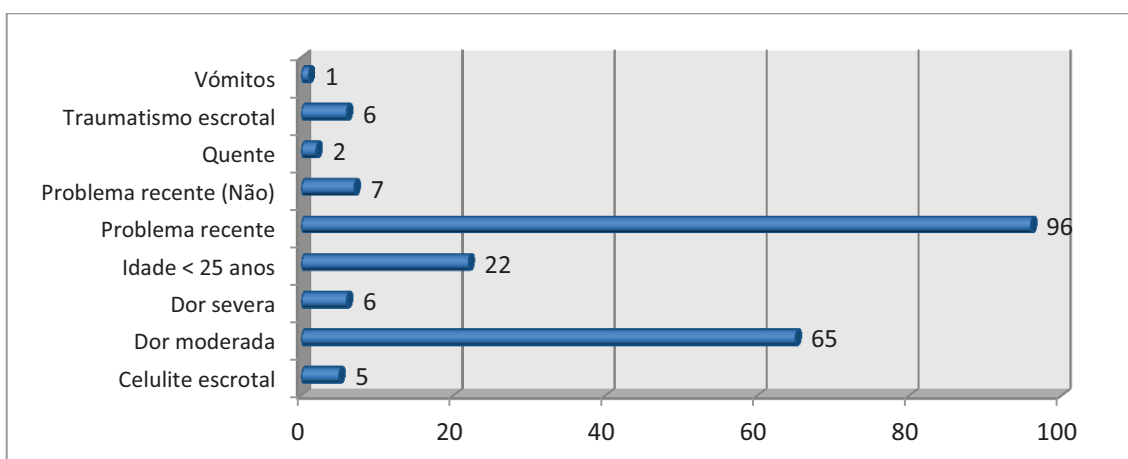


Gráfico 24: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Dor Testicular”.

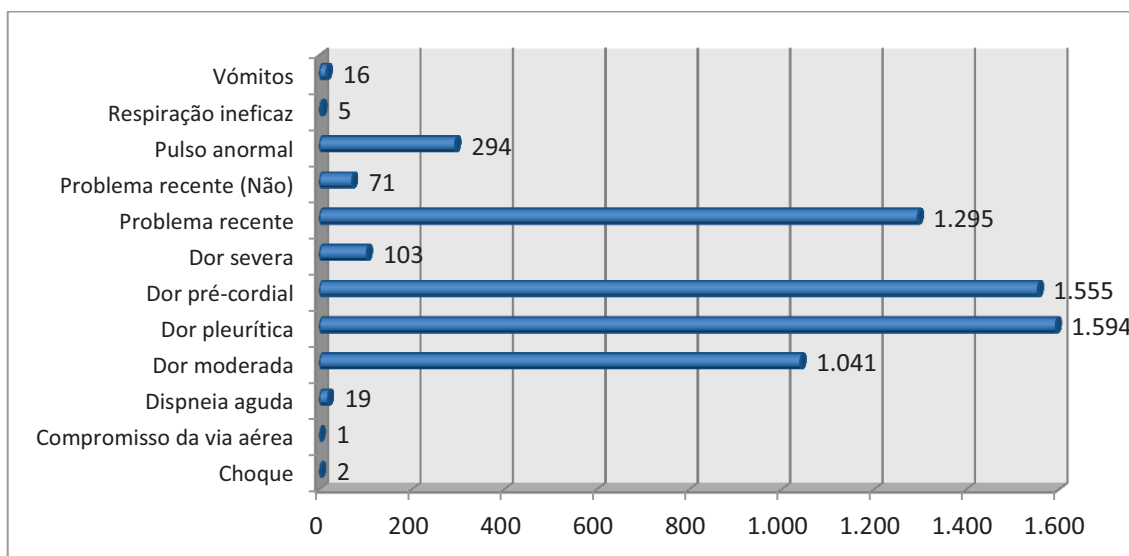


Gráfico 25: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Dor Torácica”.

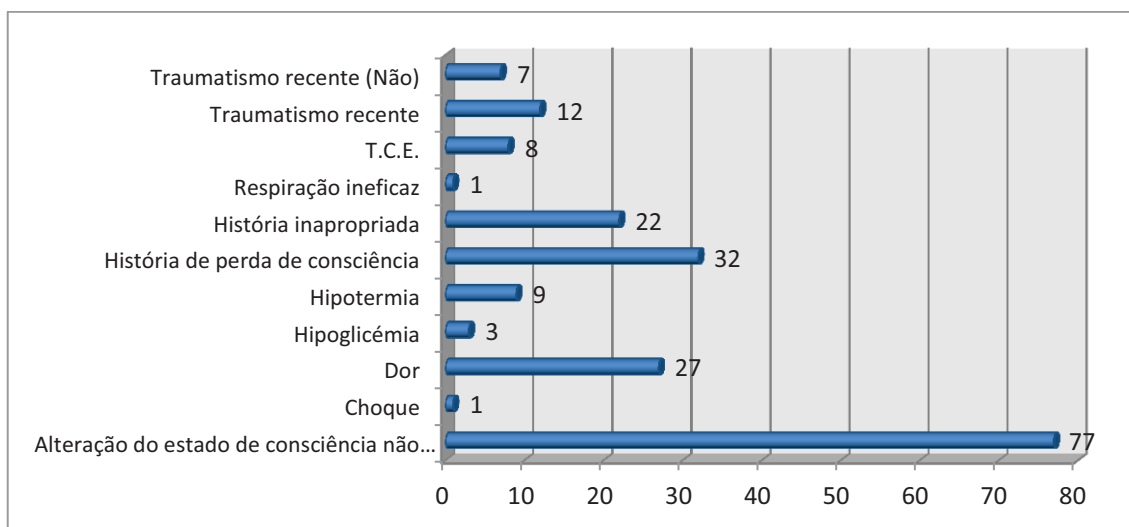


Gráfico 26: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Embriguez Aparente”.

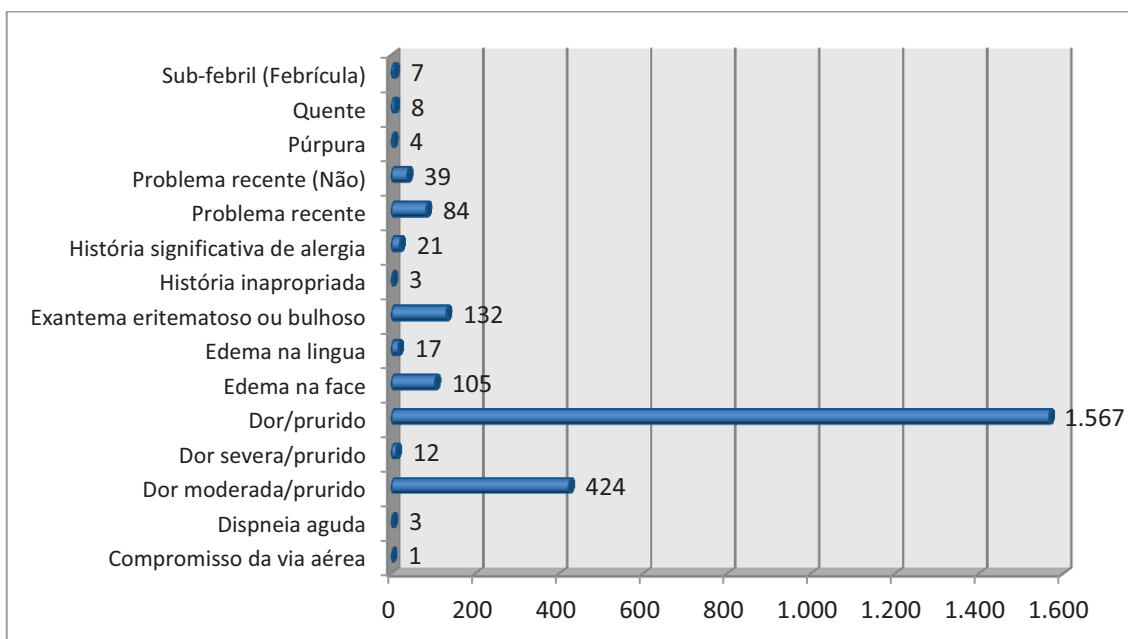


Gráfico 27: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Erupções Cutâneas”.

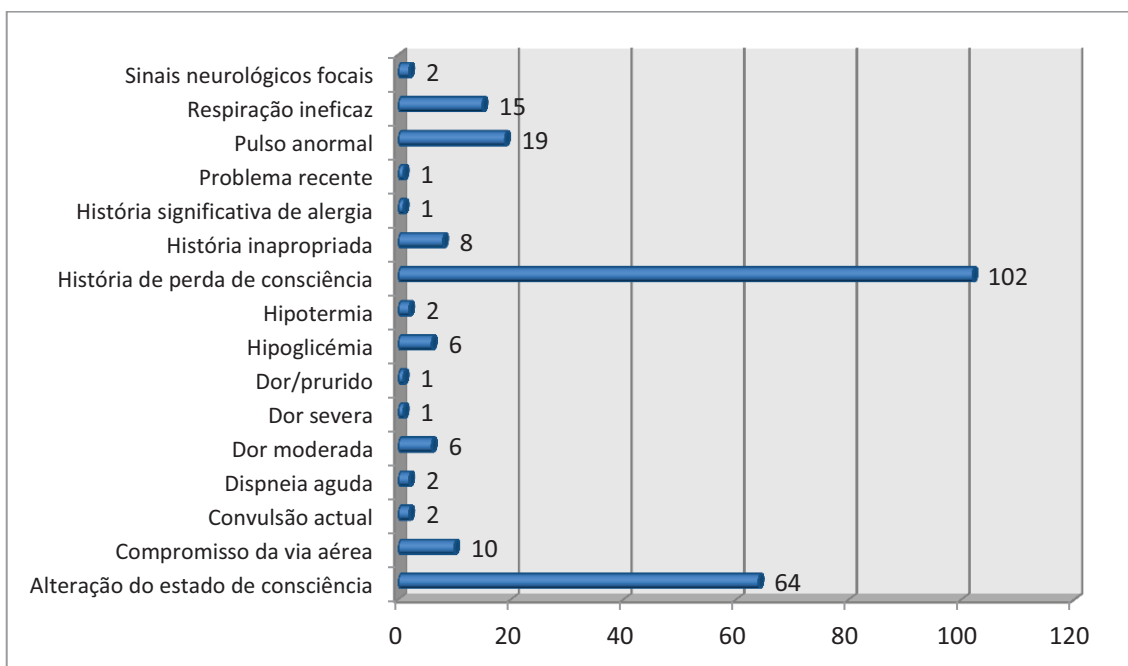


Gráfico 28: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Estado de Inconsciência”.

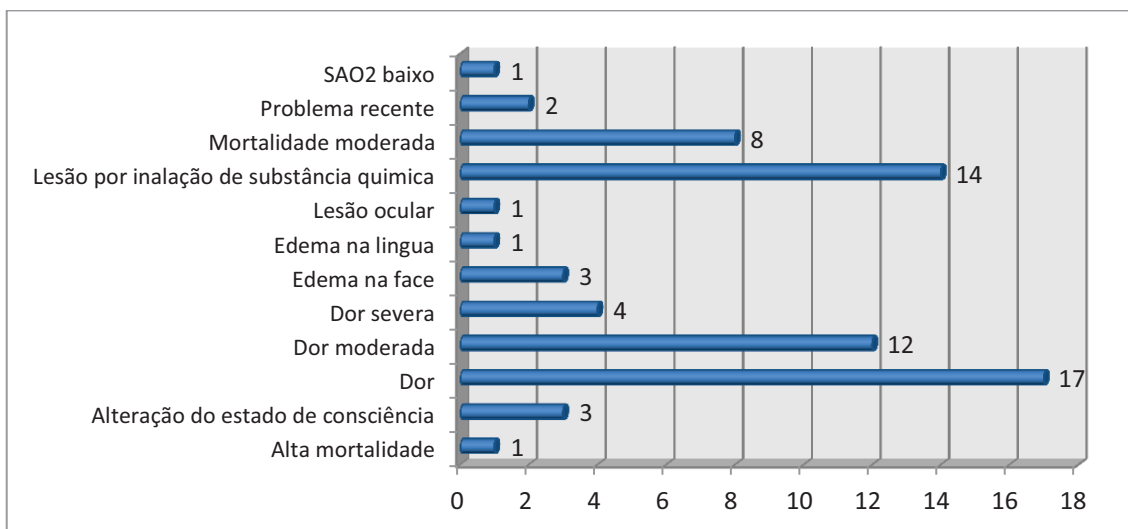


Gráfico 29: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Exposição a Químicos".

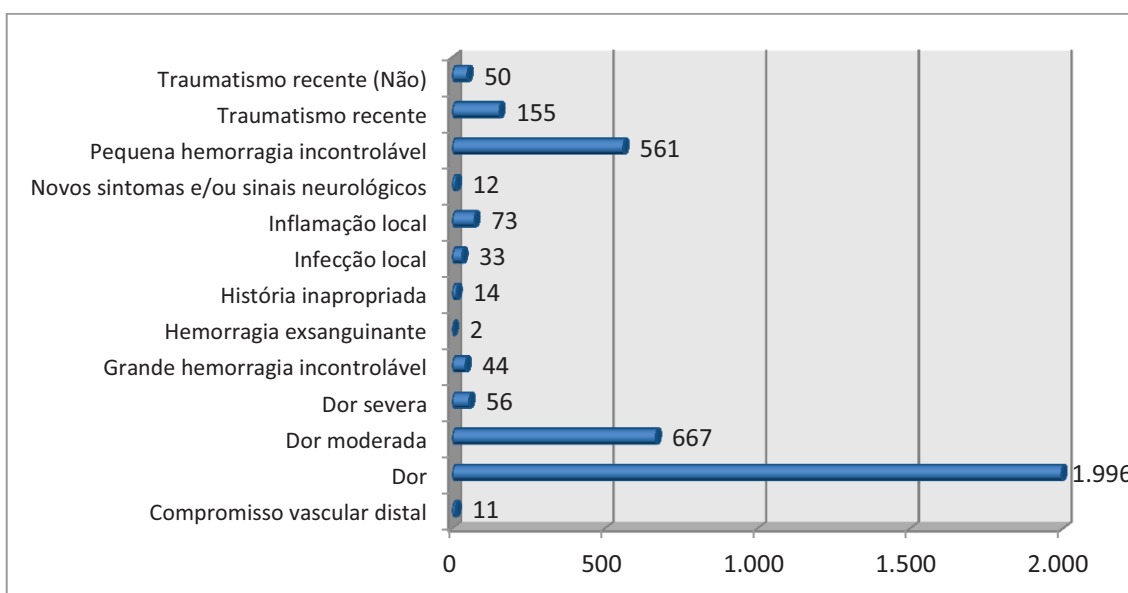


Gráfico 30: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Feridas".

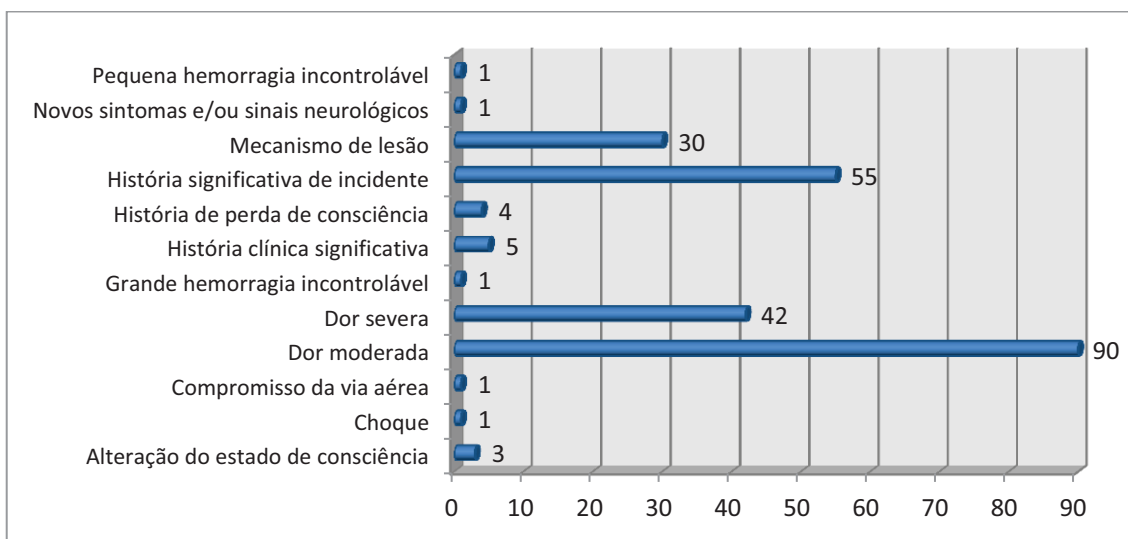


Gráfico 31: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Grande Traumatismo".

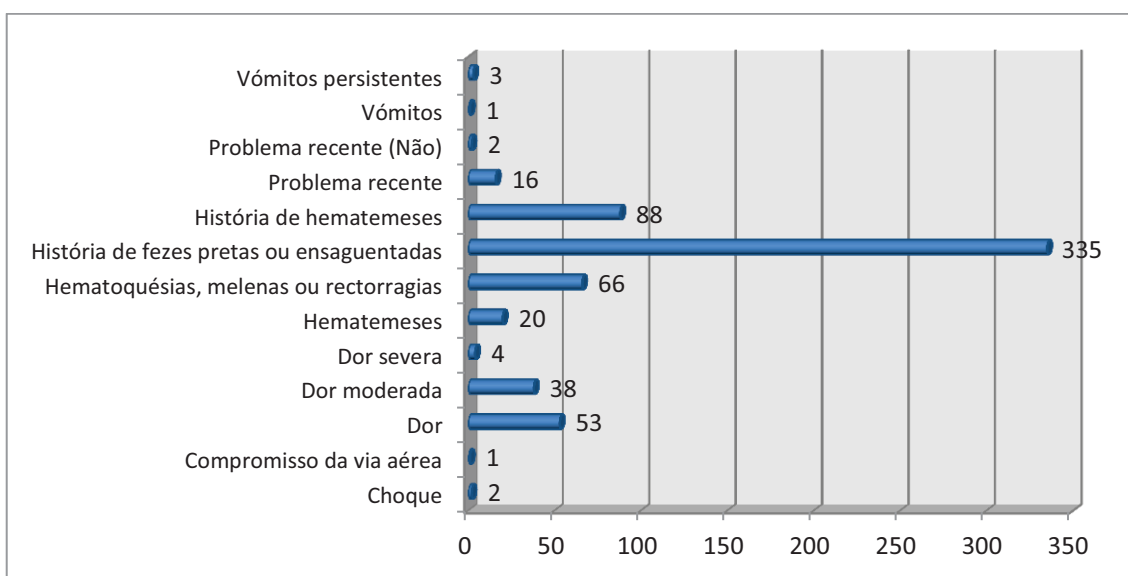


Gráfico 32: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Hemorragia GI".

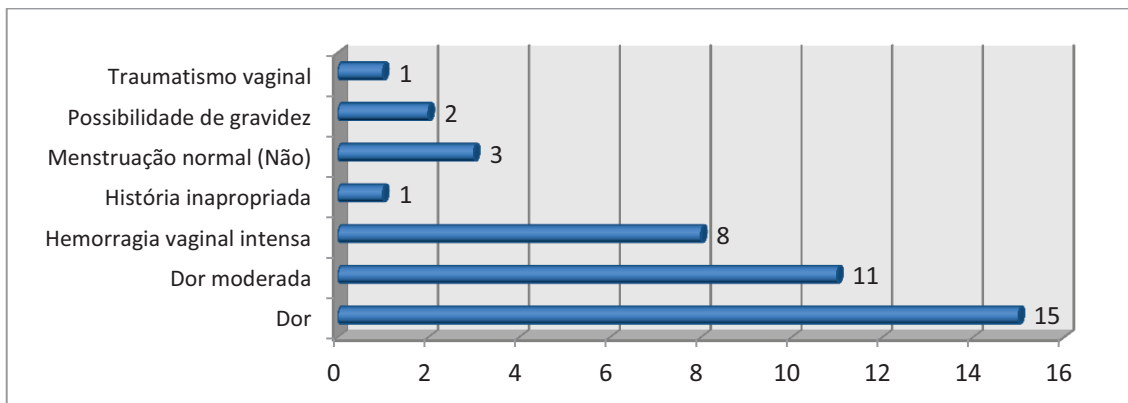


Gráfico 33: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Hemorragia Vaginal".

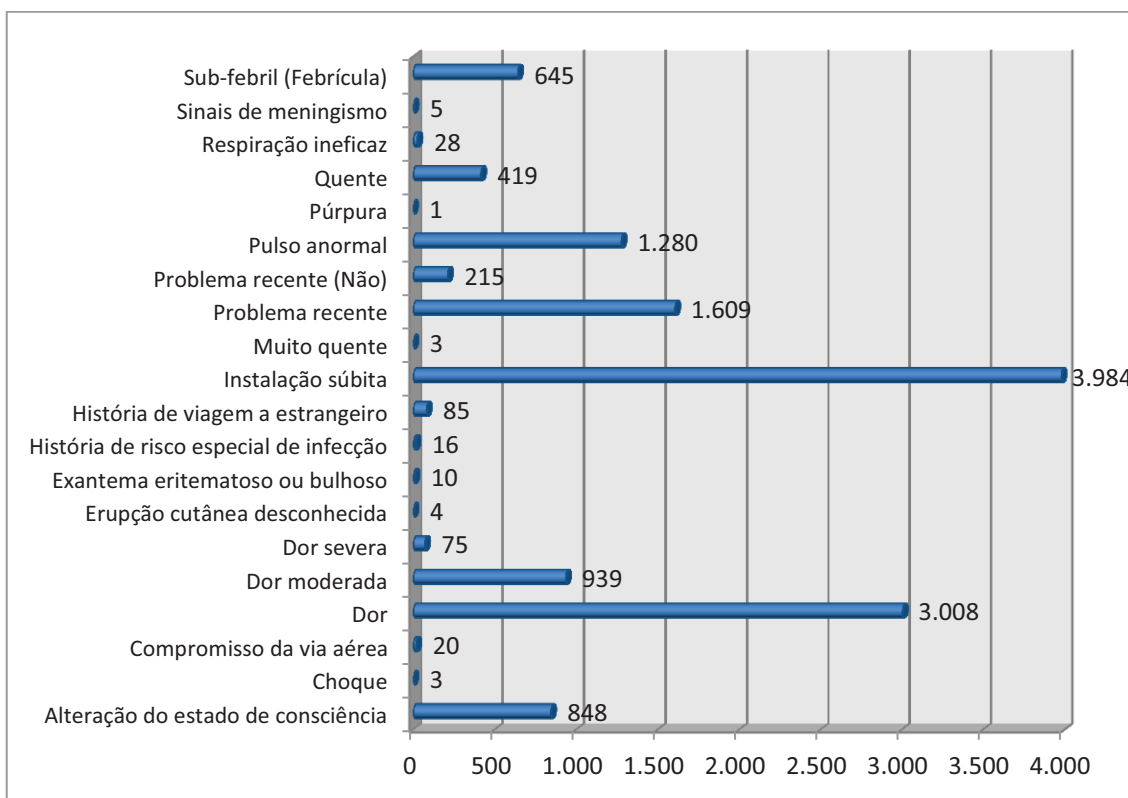


Gráfico 34: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Indisposição no Adulto".

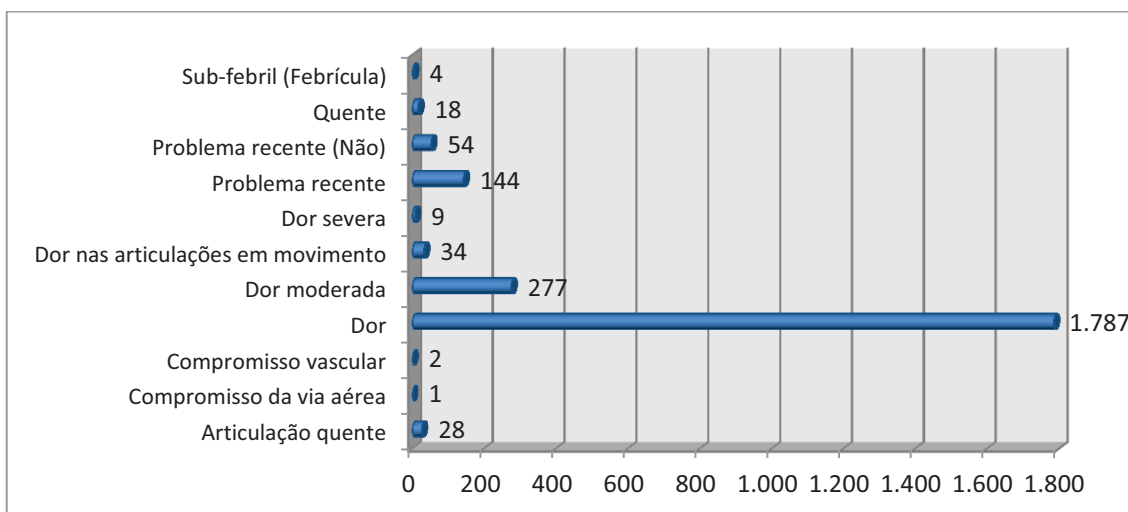


Gráfico 35: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Infeções Locais e Abscessos".

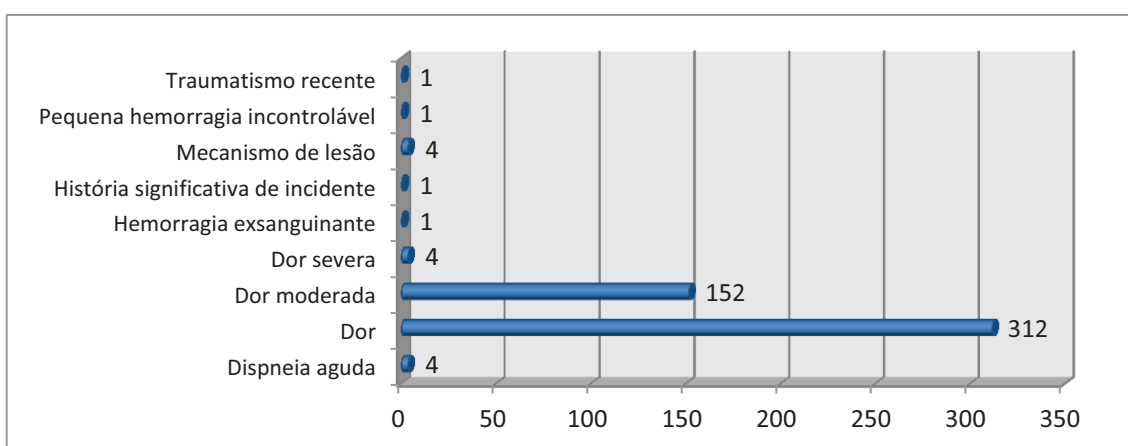


Gráfico 36: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Lesão Toraco-Abdominal".

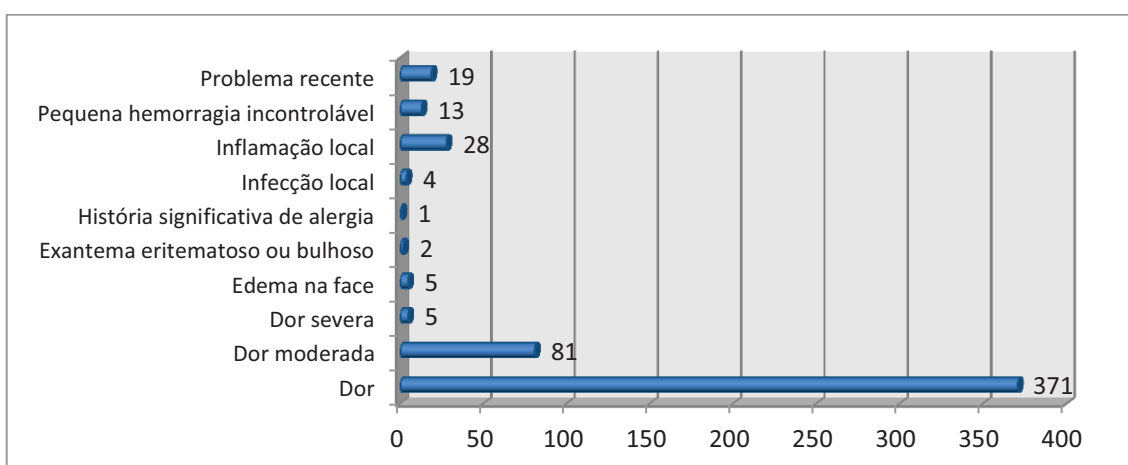


Gráfico 37: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Mordeduras e Picadas”.

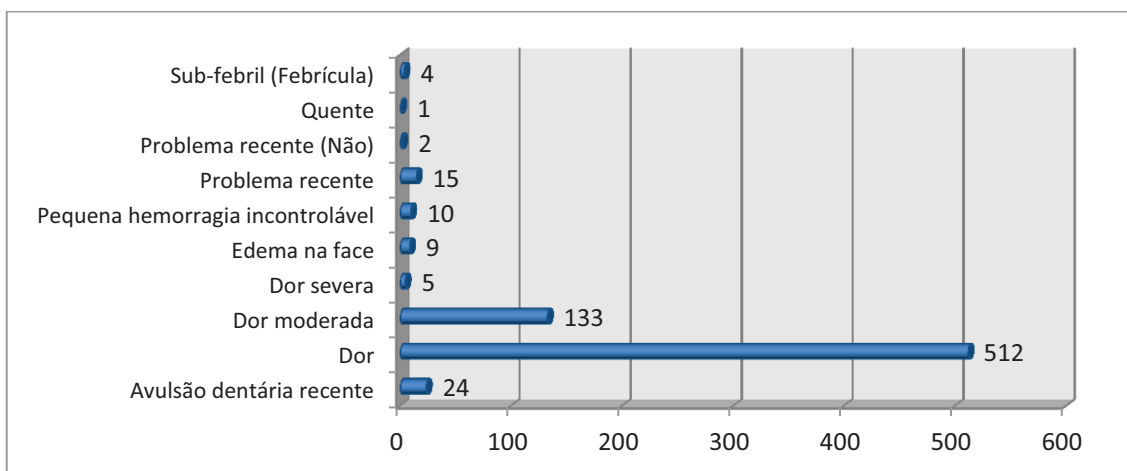


Gráfico 38: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Problemas Estomatológicos”.

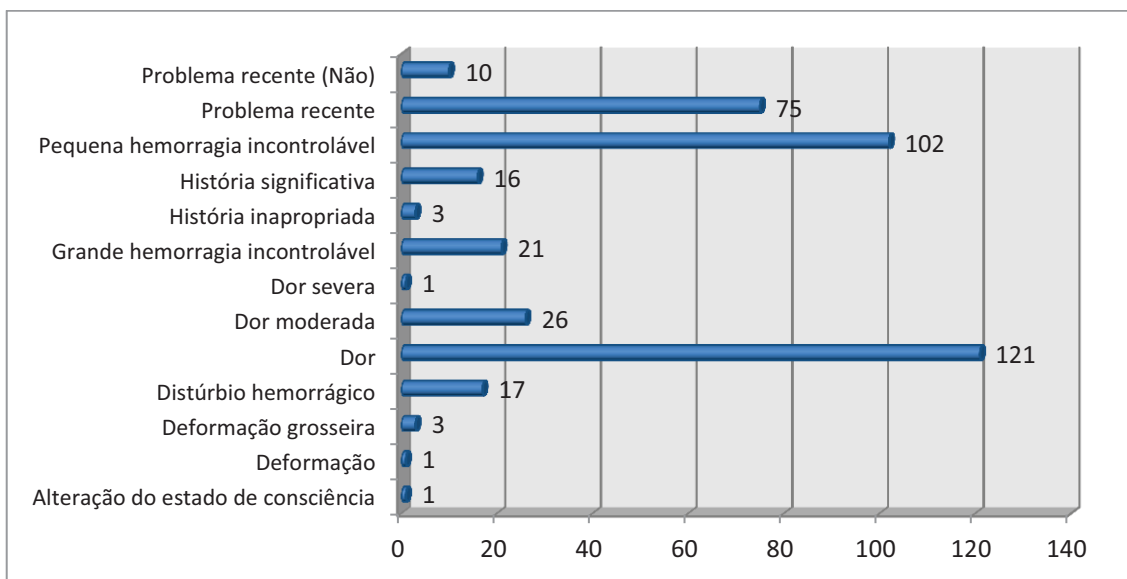


Gráfico 39: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Problemas Nasais”.

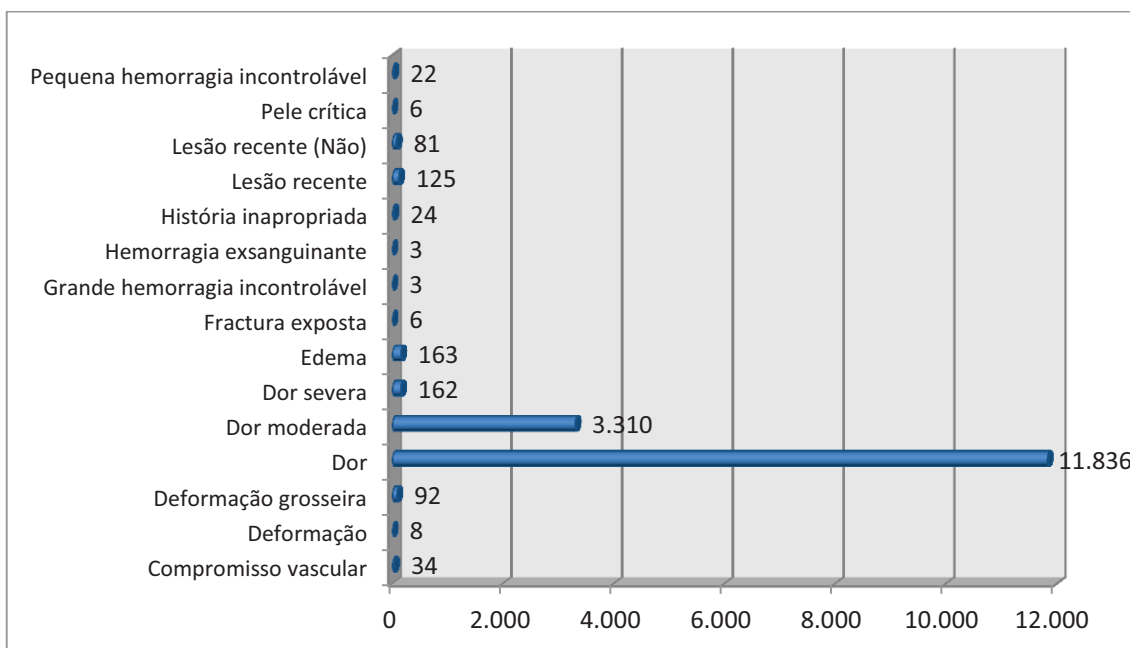


Gráfico 40: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Problemas nos Membros”.

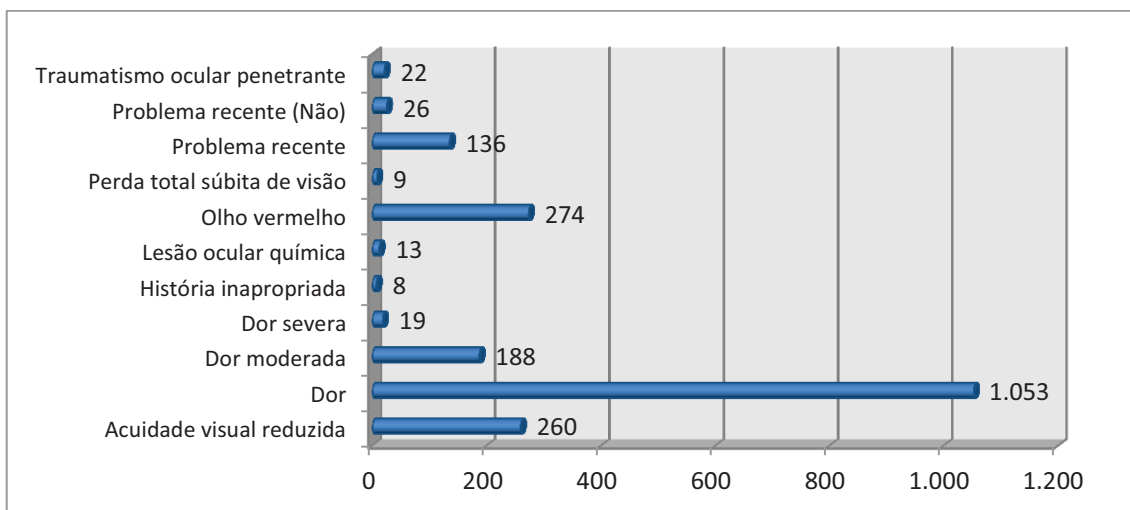


Gráfico 41: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Problemas Oftalmológicos”.

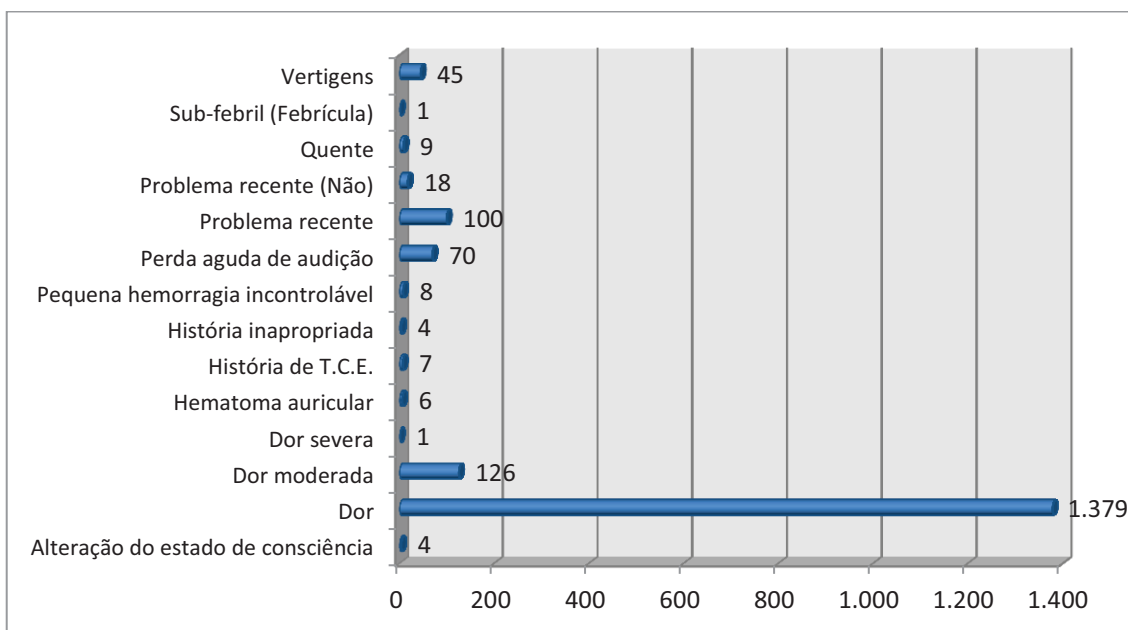


Gráfico 42: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Problemas dos Ouvidos".

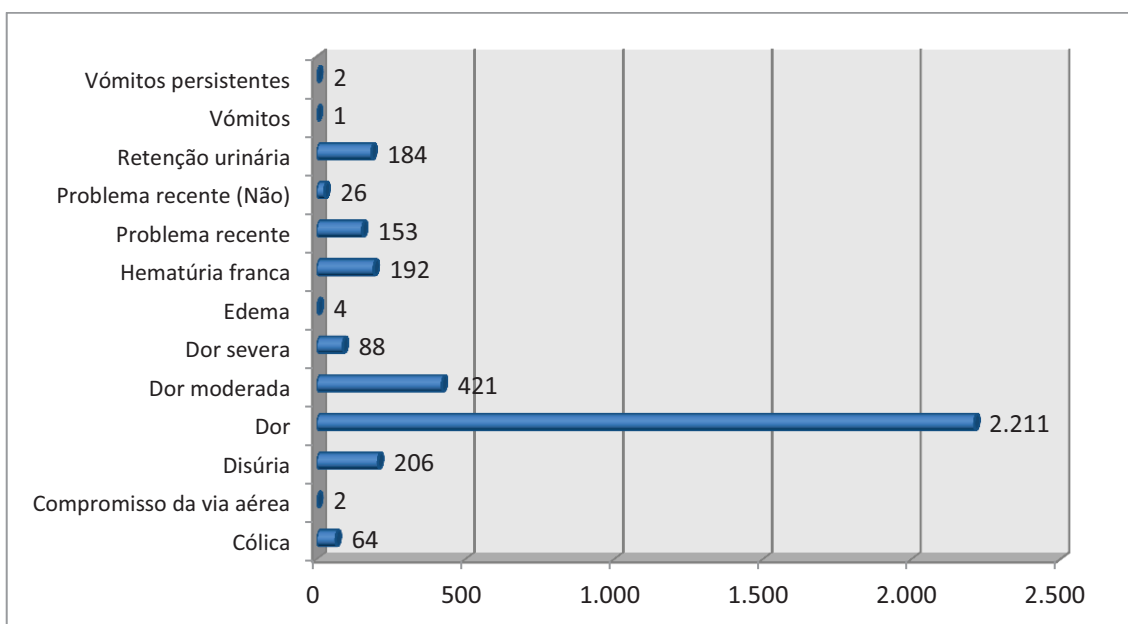


Gráfico 43: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Problemas Urinários".

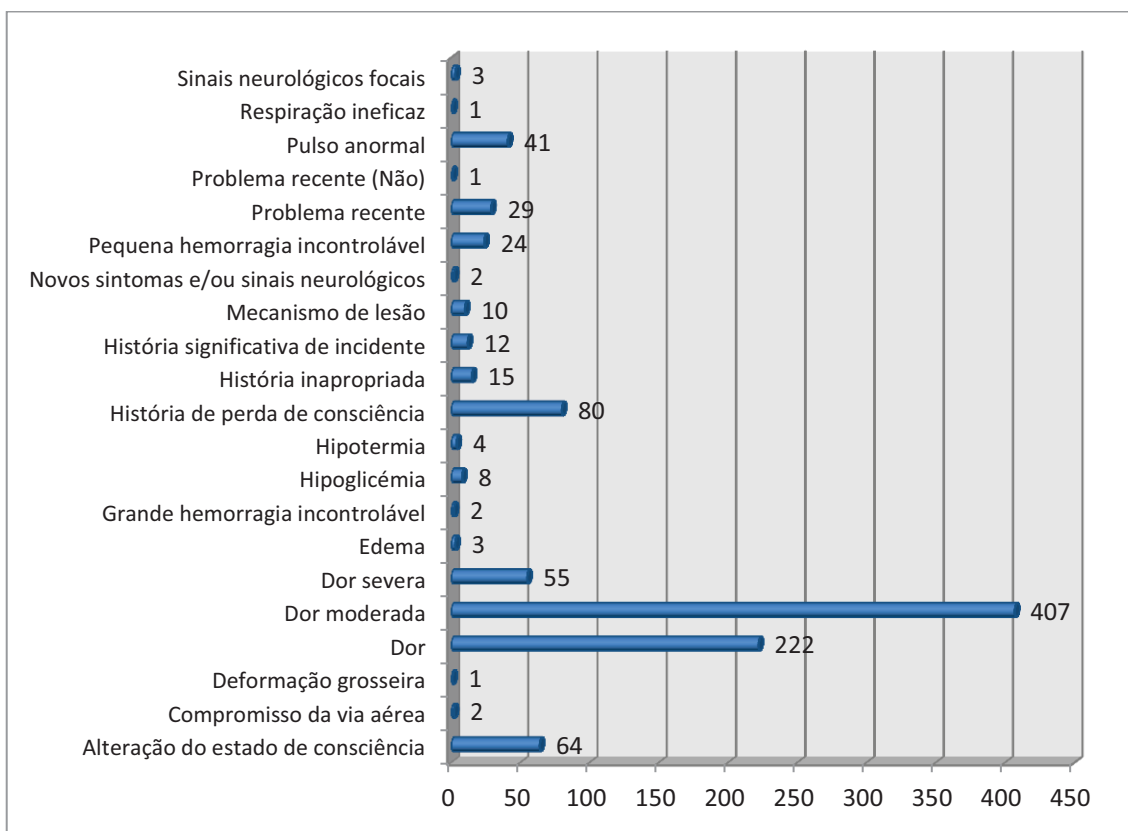


Gráfico 44: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Queda".

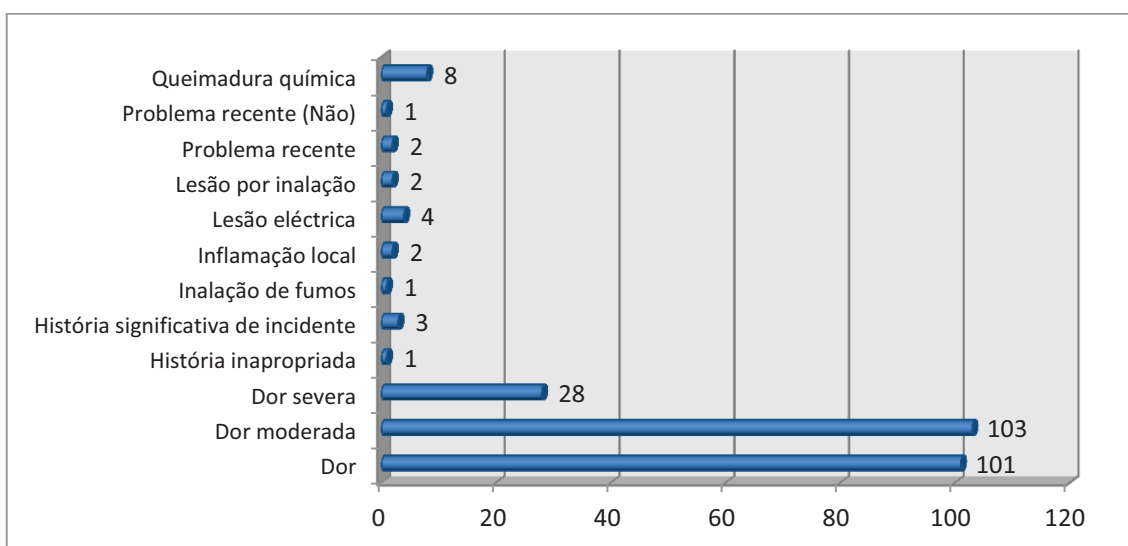


Gráfico 45: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Queimaduras Profundas e Superficiais".

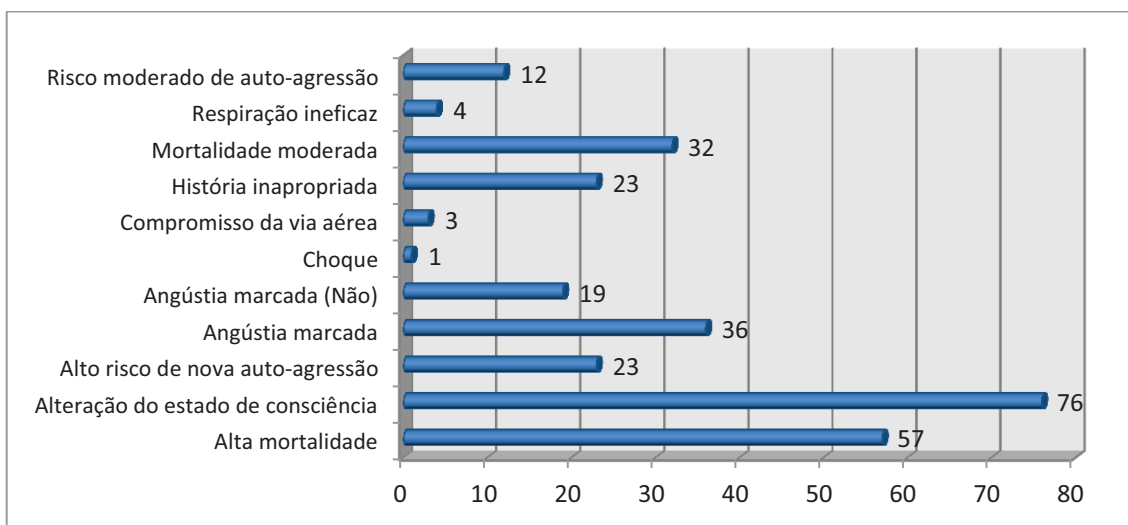


Gráfico 46: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "Sobredosagem ou Envenenamento".

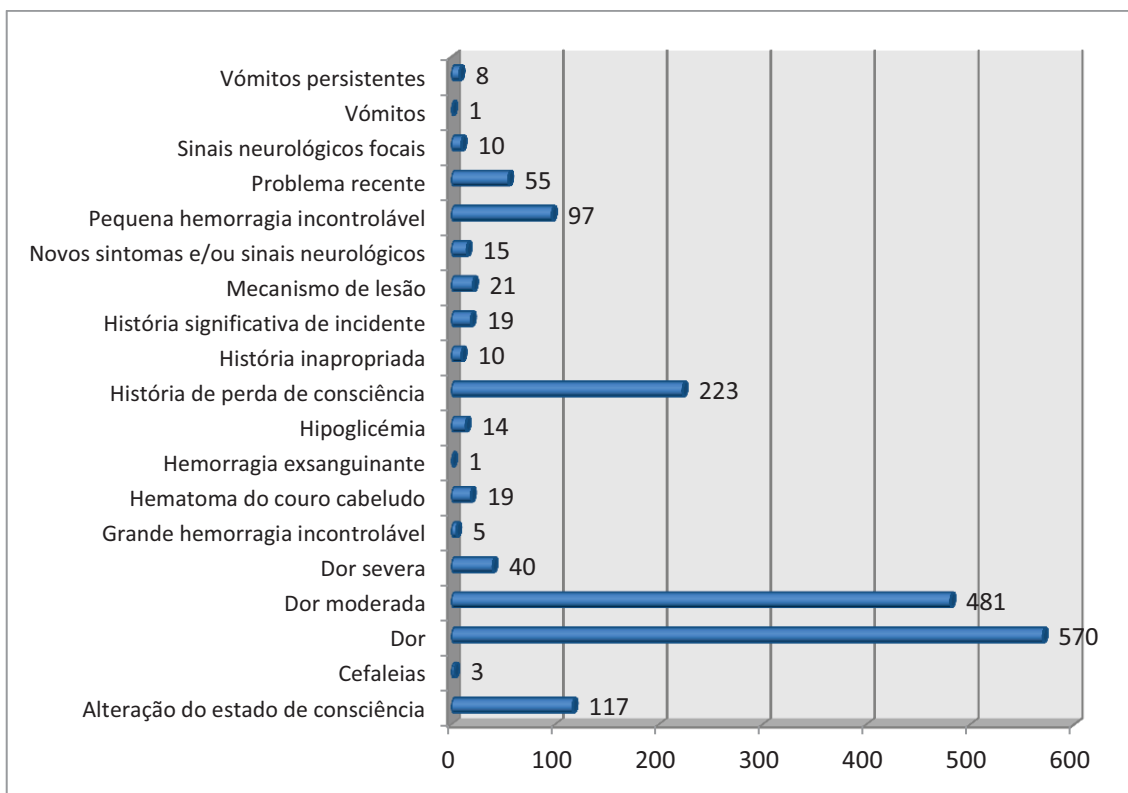


Gráfico 47: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma "TCE".

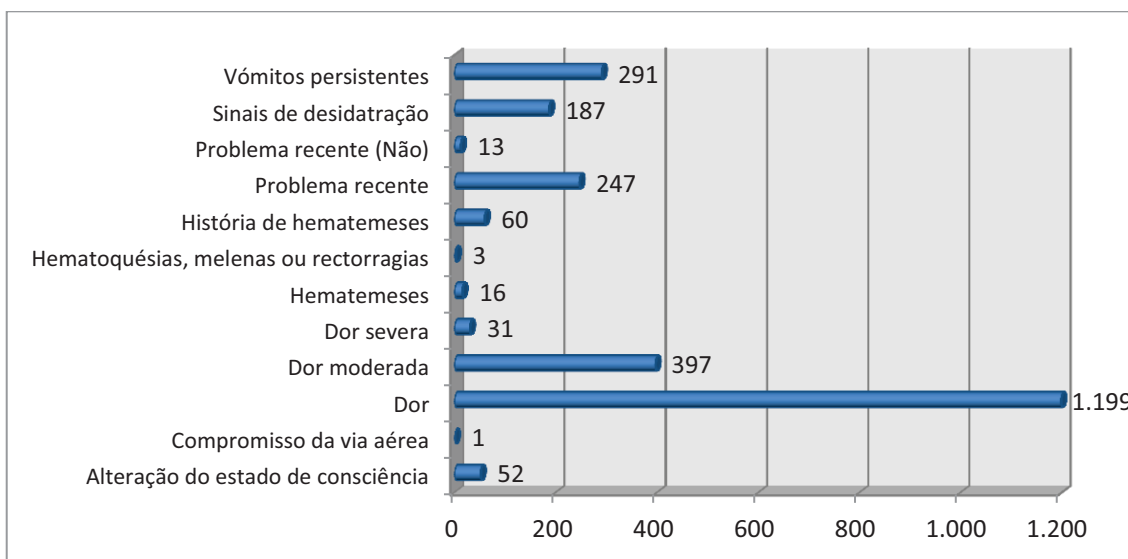


Gráfico 48: Distribuição dos doentes por discriminadores do fluxograma “Vómitos”.

Pode verificar-se que a dor – 5º sinal vital - é o discriminador mais frequente entre todos os fluxogramas.

Quanto à prioridade de atendimento dos doentes (Gráfico 49), pode-se verificar que 55% dos doentes tem um grau “pouco urgente” (verde), 31% tem um grau “urgente” (amarelo), 10% tem um grau “muito urgente” (laranja), 1% tem um grau “emergente” e 1% tem um grau “não urgente”. O grau “não compatível com o SUG” (realizar exames ou tratamentos, mostrar exames, acidentes de trabalho de colaboradores, entre outros) agrupa 2% dos casos.

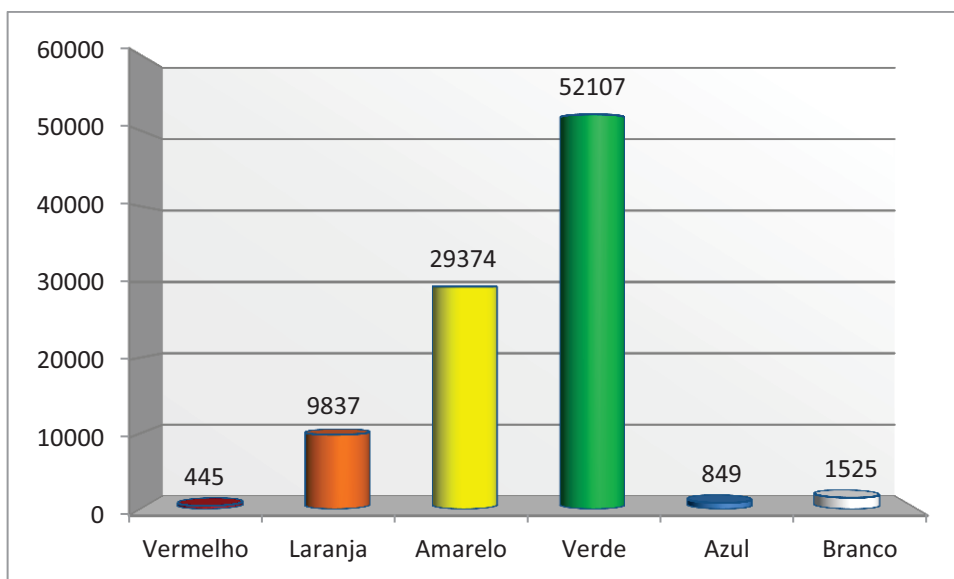


Gráfico 49: Distribuição dos doentes por cor de prioridade de atendimento.

Apesar do número total de doentes com prioridade “emergente” ser de 445, e da maioria destes doentes ser encaminhado para a Sala de Reanimação, o número total de reanimações foi de 746 (com uma média de 2 reanimações por dia). Tal diferença pode ser justificada com os doentes que têm outros graus de prioridade mas que pelos cuidados que necessitam são encaminhados para a Sala de Reanimação.

O tempo médio de observação dos doentes é de 4 horas e 36 minutos.

O tempo médio de permanência em SO é de 16 horas e 23 minutos.

A taxa média de ocupação do SO foi sempre superior a 100% ao longo deste ano.

O número total de transportes extra-hospitalares com enfermeiro foi de 316.

Relativamente ao destino do doente no momento da alta (Gráfico 50), verifica-se que 56% dos doentes saem do hospital referenciados. Este resultado reforça a importância da garantia da continuidade dos cuidados.

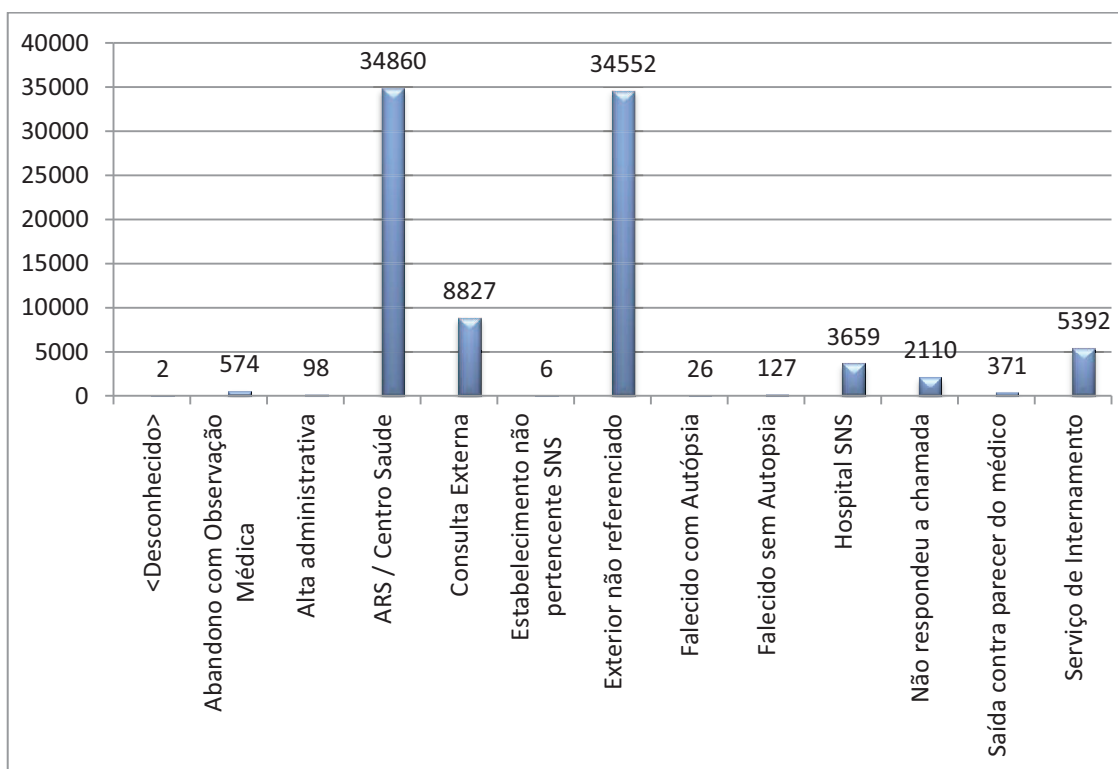


Gráfico 50: Distribuição dos doentes por destino após a alta.

O número total de reingressos em menos de 24h foi de 3389, o que perfaz cerca de 3,6%.

Considerações Finais

Considera-se que o objetivo do estudo foi cumprido, no entanto o fator tempo constituiu uma limitação ao desenvolvimento de um trabalho com discussão de dados ou até a um estudo comparativo com outros SUMC. Já o facto de grande parte dos dados trabalhados estarem disponíveis em registos informáticos, constituiu uma mais-valia na gestão do tempo para a realização deste trabalho. Este trouxe a oportunidade de constatar que ainda poderão ser incluídos nestes registos, outros dados que irão permitir conhecer melhor a população que ocorre ao SUG.

Tal como preconiza o Despacho n.º18459/2006 de 12 de Setembro, o SUG deve dispor de recursos humanos de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU. Desta forma, a realização destes estudos com alguma periodicidade vai permitir ajustar os recursos às necessidades da população, contribuindo para a crescente melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Este trabalho verá continuidade no cruzamento de dados com as necessidades de formação dos enfermeiros deste serviço identificadas no diagnóstico de necessidades de formação, permitindo a contextualização e fundamentação das suas escolhas, e também, a criação de um plano de formação orientado para as necessidades mais frequentes dos doentes.

Referências Bibliográficas

- DESPACHO NORMATIVO n.º11/2002. D.R. I Série B. 55 (2002-03-06) 1865-1866
- DESPACHO n.º18 459/2006. D.R. 2ª Série. 176 (2006-09-12) 18611-18612
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – Triagem no Serviço de Urgência – Manual de Serviço. 2ª ed. BMJ Publishing Group, 2002. 159 p.
- PONCE, P.; TEIXEIRA J. – Manual de Urgências e Emergências. Lisboa: Lidel, 2006. 343 p. ISBN-13: 978-972-757-365-3.
- SHEEHY, Susan – Enfermagem de Urgência – da teoria à prática. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p. ISBN: 972-8383-16-9.

APÊNDICE II

***Layout do Poster* apresentado: “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
Classe I Nenhuma limitação: exercícios físicos comuns não causam fadiga, dispneia ou palpitações	Independente Pessoa que só necessita de supervisão/orientação nos auto-cuidados ou estes são prestados por familiar	Dependente em Grau REDUZIDO	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.
Classe II Limitação ligeira das actividades físicas: assintomático em repouso mas actividades comuns causam fadiga, dispneia ou palpitações	Ajuda Parcial 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	Dependente em Grau MODERADO	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
Classe III Limitação acentuada das actividades físicas: assintomático em repouso mas sintomático para pequenos esforços	Ajuda total (com cuidados especiais) Pessoa incapaz de assegurar os auto-cuidados ou que necessita da presença contínua do enfermeiro e cuidados com maior frequência e maior complexidade	Dependente em Grau ELEVADO / MUITO ELEVADO	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
Classe IV Sintomático em repouso com agravamento dos sintomas para o mínimo esforço			

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 nº 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 III

“Documento de Continuidade de Cuidados para o Exterior” e Lista de Intervenções e Diagnósticos de Enfermagem

Identificação do Doente

Nome:
HC:
Data de Nascimento:
Idade:
Morada:
Telefone:
Centro Saúde:

Identificação do Cuidador

Nome:
Família:
Grau Parentesco:
Outro:
Morada:
Contacto Telefónico:

Dados da Admissão

Data Admissão:
Proveniência:
Referenciado:
Motivo:
Diagnóstico:

Dados da Alta

Data da Alta:
Destino:
Referenciado:

Antecedentes Pessoais

Patologias:
Intervenções anteriores:
Internamentos recentes:
Alergias:
Medicação habitual:
Grau de Dependência nos Auto-Cuidados à Entrada:
Integridade Cutânea à Entrada:

Motivo para a Continuidade dos Cuidados

- ☐ Dependência nos Auto-Cuidados
- ☐ Défices Sensoriais
- ☐ Deterioração Cognitiva
- ☐ Controlo de Sintomas
- ☐ Tratamento de Ferida
- ☐ Tratamento de Úlcera de Pressão
- ☐ Reabilitação
- ☐ Manutenção de Dispositivos
- ☐ Gestão do Regime Terapêutico
- ☐ Necessidades de Ensino/Aprendizagem do Doente/Cuidador

Dependência nos Auto-Cuidados

	Grau Reduzido	Grau Moderado	Grau Elevado
Higiene	☐	☐	☐
Vestuário	☐	☐	☐
Actividade Física	☐	☐	☐
Alimentar-se	☐	☐	☐
Uso do Sanitário	☐	☐	☐

Défices Sensoriais e Motores

- ☐ Inconsciente
- ☐ Afasia
- ☐ Disartria
- ☐ Amaurose
- ☐ Hemiplegia/parésia
- ☐ Tetraplégia/parésia
- ☐ Paraplégia/Parésia
- ☐ Outros

Deterioração Cognitiva

- ☐ Confusão/Desorientação

Controlo de Sintomas

- ☐ Convulsão
- ☐ Desidratação
- ☐ Diarreia
- ☐ Dispneia
- ☐ Dor
- ☐ Eritema de Fraldas
- ☐ Metabolismo Energético
- ☐ Obstipação
- ☐ Retenção Urinária
- ☐ Sofrimento
- ☐ Sono
- ☐ Vómito
- ☐ Outros

Tratamento de Ferida

- ☐ Ferida Traumática
- ☐ Ferida Cirúrgica

Tratamento de Úlcera

- ☐ Úlcera de Pressão
- ☐ Úlcera Venosa

Manutenção de Dispositivos

- ☐ Traqueostomia
- ☐ Oxigenoterapia
- ☐ Aspiração Secreções
- ☐ VNI
- ☐ VMI
- ☐ SNG
- ☐ PEG
- ☐ Cateter Vesical
- ☐ Urostomia
- ☐ Colostomia
- ☐ Outro

Gestão do Regime Terapêutico

- ☐ Adesão ao Regime Terapêutico

Necessidades de Ensino/Aprendizagem ao Doente Cuidador

- ☐ Doente
- ☐ Papel de Prestador de Cuidados

Últimos Sinais Vitais

Pressão Arterial:

Frequência Cardíaca:

Frequência Respiratória:

Saturação Orogénio:

Temperatura:

Dor:

Outros Parâmetros

Escala Coma Glasgow:

Glicémia Capilar:

Débito Urinário:

Última Terapêutica Administrada

Dieta Administrada

Observações

Lista de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem a seleccionar no Documento Continuidade Cuidados

Auto-Cuidado: Alimentar-se

Aconselhar	sobre nutrição
Administrar	líquidos
Administrar	soros
Alimentar	a pessoa através de sonda gástrica
Alimentar	a pessoa (dependente em grau elevado)
Aspirar	conteúdo gástrico através de sonda gástrica
Assistir	a pessoa a alimentar-se (dependente em grau moderado)
Avaliar	glicemia capilar
Avaliar	nutrição
Avaliar	pele e mucosas
Controlar	perturbações alimentares
Ensinar	a pessoa sobre náuseas e vómitos
Ensinar	a pessoa sobre sinais de hipoglicemia
Ensinar	o prestador de cuidados sobre a alimentação por sonda gástrica
Ensinar	o prestador de cuidados sobre náuseas e vómitos
Ensinar	sobre hábitos alimentares
Executar	terapia nutricional
Gerir	a ingestão de líquidos
Gerir	regime medicamentoso
Incentivar	a pessoa a alimentar-se (dependente em grau reduzido)
Iniciar	pausa alimentar
Inserir	sonda gástrica
Instruir	o prestador de cuidados sobre alimentação por sonda gástrica
Monitorizar	apetite
Monitorizar	entrada e saída líquidos
Monitorizar	glicemia capilar
Monitorizar	peso corporal
Optimizar	sonda gástrica
Planear	dieta
Referir	falta de apetite ao médico
Remover	sonda gástrica
Supervisionar	a ingestão de líquidos
Treinar	a pessoa a otimizar sonda gástrica permanente
Treinar	o prestador de cuidados a otimizar sonda gástrica permanente
Treinar	o prestador de cuidados sobre a alimentação por sonda gástrica
Trocar	sonda gástrica
Vigiar	a náusea
Vigiar	a pele periférica ao estoma
Vigiar	a refeição
Vigiar	hábitos alimentares
Vigiar	o conteúdo gástrico
Vigiar	o reflexo de deglutição
Vigiar	o vómito
Vigiar	o reflexo de tosse
Elogiar	ingestão de alimentos adequada
Elogiar	ingestão de líquidos adequada
Ensinar	sobre gestão de líquidos
Ensinar	sobre estratégias adaptativas para alimentar-se
Incentivar	a restrição de líquidos
Providenciar	equipamento adaptativo para alimentar-se
Requerer	serviço de nutrição
Supervisionar	a pessoa a alimentar-se
Supervisionar	a dieta

Auto-Cuidado: Uso do Sanitário

Aconselhar	sobre os hábitos de eliminação intestinal
Administrar	enema
Aplicar	dispositivo urinário externo
Aplicar	fralda (dependente em grau elevado)
Aplicar	saco colector estéril para recolha de urina
Assistir	a pessoa no auto cuidado: uso do sanitário de forma contínua (dependente em grau elevado)
Assistir	a pessoa no auto cuidado: uso do sanitário (dependente em grau moderado)
Avaliar	pele e mucosas
Ensinar	a pessoa sobre ostomia de eliminação
Ensinar	o prestador de cuidados sobre diarreia
Ensinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
Ensinar	o prestador de cuidados sobre ostomia de eliminação
Executar	lavagem vesical
Gerir	regime medicamentoso
Incentivar	a pessoa no auto cuidado: uso do sanitário
Inserir	cateter urinário
Inserir	sonda de enteroclise
Inserir	sonda vesical
Instruir	a pessoa sobre ostomia de eliminação
Instruir	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
Instruir	o prestador de cuidados sobre ostomia de eliminação
Irrigar	intestino
Monitorizar	a eliminação através de dreno
Monitorizar	débito urinário
Monitorizar	eliminação intestinal
Monitorizar	entrada e saída líquidos
Optimizar	a fralda
Optimizar	cateter urinário
Optimizar	dispositivo urinário externo
Optimizar	dispositivos de ostomia de eliminação
Orientar	a família sobre medidas de prevenção de contaminação
Providenciar	arrastadeira / urinol
Remover	cateter urinário
Remover	dreno
Remover	fecalomas
Retirar	sonda vesical
Supervisionar	a otimizar os drenos
Supervisionar	a pessoa sobre a ostomia de eliminação
Supervisionar	medidas de prevenção de contaminação
Supervisionar	o auto cuidado: uso do sanitário (independente)
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre ostomia de eliminação
Treinar	a pessoa sobre medidas de prevenção de contaminação
Treinar	a pessoa sobre ostomia de eliminação
Treinar	o intestino
Treinar	o prestador de cuidados sobre drenos
Treinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
Treinar	o prestador de cuidados sobre ostomia de eliminação
Trocar	o saco de ostomia
Vigiar	a pele
Vigiar	a pele e mucosas
Vigiar	a pele periférica ao estoma
Vigiar	as perdas sanguíneas
Vigiar	a eliminação intestinal
Vigiar	a eliminação urinária
Vigiar	o globo vesical
Ensinar	sobre estratégias adaptativas para o auto-cuidado: uso do sanitário

Informar	sobre equipamento adaptativo para o auto-cuidado: uso do sanitário
Instruir	a utilização de estratégias adaptativas para o auto-cuidado: uso do sanitário
Optimizar	ostomia de eliminação
Proteger	a pele
Providenciar	equipamento adaptativo para o auto-cuidado: uso do sanitário
Treinar	o uso de estratégias adaptativas para o auto-cuidado: uso do sanitário
Trocar	catéter urinário
Vigiar	a perfusão do estoma

Auto-Cuidado Higiene	
Aplicar	creme hidratante
Aspirar	secreções
Assistir	a pessoa a lavar a boca
Assistir	a pessoa no auto cuidado: higiene de forma contínua (dependente em grau elevado)
Assistir	a pessoa no auto cuidado: higiene (dependente em grau moderado)
Cortar	as unhas
Dar Banho	na cama (dependente em grau elevado)
Dar Banho	no chuveiro (dependente em grau elevado)
Ensinar	a pessoa sobre auto cuidado: higiene
Ensinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene
Ensinar	sobre o papel do prestador de cuidados no auto cuidado: higiene
Incentivar	a pessoa no auto cuidado: higiene (independente)
Instruir	a pessoa sobre auto cuidado: higiene
Instruir	o prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene
Lavar	a boca
Lavar	cabelo
Lavar	o períneo
Massajar	partes corpo
Promover	a melhoria da imagem corporal
Supervisionar	o auto cuidado: higiene
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene
Treinar	a pessoa no auto cuidado: higiene
Treinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene
Cortar	barba
Ensinar	sobre estratégias adaptativas para o auto-cuidado: higiene
Instruir	a utilização de estratégias adaptativas para o auto-cuidado: higiene
Providenciar	equipamento adaptativo para o auto-cuidado: higiene

Auto-Cuidado: Vestuário	
Assistir	a pessoa no auto cuidado: vestuário (dependente em grau moderado)
Assistir	a pessoa no auto cuidado: vestuário de forma contínua (dependente em grau elevado)
Ensinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
Incentivar	a pessoa no auto cuidado: vestuário
Instruir	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
Optimizar	o vestuário
Promover	a melhoria da imagem corporal
Supervisionar	a pessoa no auto cuidado: vestuário
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
Treinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
Ensinar	sobre estratégias adaptativas para o auto-cuidado: vestuário
Vestir	o doente

Auto-Cuidado: Actividade Física	
Assistir	a pessoa a deambular (dependente em grau moderado)
Assistir	a pessoa no levante (dependente em grau moderado)
Assistir	a pessoa no posicionamento (dependente em grau moderado)
Assistir	a pessoa nos exercícios musculartoarticulares activos

Elevar	a cabeceira da cama
Elevar	braços
Elevar	pernas
Ensinar	o prestador de cuidados sobre posicionar a pessoa
Ensinar	o prestador de cuidados sobre transferir a pessoa
Executar	exercícios musculoesqueléticos passivos
Executar	técnica de 1º levante
Executar	técnicas de exercício muscular e articular
Gerir	a actividade
Imobilizar	a pessoa
Incentivar	a pessoa a alternar posicionamentos (independente)
Incentivar	a pessoa a elevar os membros inferiores
Incentivar	a pessoa a elevar os membros superiores
Incentivar	a pessoa a levantar-se (independente)
Incentivar	a pessoa a transferir-se (independente)
Incentivar	a pessoa na actividade física (independente)
Incentivar	a pessoa na deambulação (independente)
Incentivar	a pessoa nos exercícios musculoesqueléticos activos
Incentivar	actividade física
Incentivar	repouso
Instruir	a pessoa a posicionar-se
Instruir	a pessoa a transferir-se
Manter	grades da cama
Manter	medidas de segurança
Manter	repouso na cama
Monitorizar	o risco de queda
Optimizar	o ambiente físico
Optimizar	o posicionamento
Posicionar	a pessoa (dependente em grau elevado e muito elevado)
Promover	conforto, segurança e prevenção
Promover	exercício
Promover	envolvimento familiar
Providenciar	equipamento adaptativo para o posicionar-se
Providenciar	equipamento adaptativo para o transferir-se
Restringir	a actividade motora
Supervisionar	a pessoa a transferir-se
Supervisionar	a pessoa nos exercícios musculoesqueléticos activos
Supervisionar	o levante
Supervisionar	o posicionamento (independente)
Supervisionar	a deambulação
Transferir	a pessoa (dependente em grau elevado e muito elevado)
Treinar	a pessoa a posicionar-se
Treinar	a pessoa a transferir-se
Assistir	a pessoa ao mover-se em cadeira de rodas
Assistir	a pessoa na transferência
Assistir	a pessoa no levante
Ensinar	sobre hábitos de exercício
Ensinar	a pessoa a posicionar-se
Ensinar	a pessoa a andar com auxiliar de marcha
Ensinar	estratégias adaptativas para o transferir-se
Ensinar	estratégias adaptativas para o deambular
Ensinar	estratégias adaptativas para o posicionar-se
Ensinar	sobre exercícios musculoesqueléticos activos
Incentivar	a pessoa a andar com auxiliar de marcha
Instruir	a pessoa a andar com auxiliar de marcha
Providenciar	cadeira de rodas
Providenciar	equipamento adaptativo para deambular
Supervisionar	a pessoa a andar com auxiliar de marcha
Supervisionar	a pessoa a mover-se em cadeira de rodas

Adesão ao Regime Terapêutico

Determinar	metas mútuas
Encorajar	tomada decisão relativa ao comportamento de adesão
Ensinar	a pessoa sobre auto-administração de terapêutica
Ensinar	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
Ensinar	sobre hábitos de saúde
Ensinar	sobre resposta/reacção aos medicamentos
Facilitar	o processo de aprendizagem
Gerir	regime medicamentoso
Informar	a pessoa/prestador de cuidados sobre a doença
Informar	sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
Informar	sobre recursos comunitários
Informar	sobre tratamentos
Informar	sobre vigilância de saúde
Instruir	a pessoa sobre auto-administração de terapêutica
Instruir	a pessoa sobre regime medicamentoso
Instruir	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
Instruir	sobre técnicas de administração de medicamentos
Planear	encontro com o prestador de cuidados
Promover	a auto-responsabilização
Promover	aceitação do estado de saúde
Promover	comportamento de adesão ao regime terapêutico
Promover	envolvimento familiar
Promover	mudança de comportamento
Supervisionar	adesão ao regime terapêutico
Supervisionar	gestão do regime terapêutico
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
Treinar	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
Treinar	a pessoa sobre técnica de auto-administração de terapêutica
Validar	adaptação da doença
Vigiar	o comportamento da pessoa
Assistir	a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
Elogiar	resultados obtidos
Encorajar	pessoa a esclarecer dúvidas
Negociar	adesão ao regime terapêutico
Orientar	para serviços de saúde

Papel de Prestador de Cuidados

Apoiar	o prestador de cuidados na tomada de decisão
Apoiar	a família
Avaliar	aceitação do papel do prestador de cuidados
Encorajar	o prestador de cuidados na expressão de emoções
Ensinar	o prestador de cuidados sobre a alimentação por sonda gástrica
Ensinar	o prestador de cuidados sobre diarreia
Ensinar	o prestador de cuidados sobre drenos
Ensinar	o prestador de cuidados sobre gestão da alucinação
Ensinar	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
Ensinar	o prestador de cuidados sobre gestão e segurança na agitação
Ensinar	o prestador de cuidados sobre hipertermia
Ensinar	o prestador de cuidados sobre náuseas e vômitos
Ensinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene
Ensinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
Ensinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
Ensinar	o prestador de cuidados sobre ostomia de eliminação
Ensinar	o prestador de cuidados sobre posicionar a pessoa
Ensinar	o prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação

Ensinar	o prestador de cuidados sobre transferir a pessoa
Ensinar	o prestador de cuidados sobre traumatismo craneano
Ensinar	o prestador sobre precauções de segurança na convulsão
Ensinar	sobre o papel do prestador de cuidados no auto cuidado: higiene
Escutar	o prestador de cuidados
Informar	a pessoa/prestador de cuidados sobre a doença
Informar	a pessoa/prestador de cuidados sobre a doença e alucinação
Informar	a pessoa/prestador de cuidados sobre os cuidados a ter no domicílio
Instruir	a pessoa/cuidador sobre alteração do pensamento
Instruir	o prestador de cuidados sobre alimentação por sonda gástrica
Instruir	o prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene
Instruir	o prestador de cuidados sobre drenos
Instruir	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapeutico
Instruir	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
Instruir	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
Instruir	o prestador de cuidados sobre ostomia de eliminação
Orientar	a família sobre medidas de prevenção de contaminação
Planear	encontro com o prestador de cuidados
Promover	envolvimento familiar
Promover	papéis de cuidador
Proteger	o prestador de cuidados
Requerer	prestação de serviço na comunidade
Requerer	serviço social
Requerer	serviços domiciliários
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapeutico
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
Supervisionar	o prestador de cuidados sobre ostomia de eliminação
Treinar	o prestador de cuidados a otimizar sonda gástrica permanente
Treinar	o prestador de cuidados sobre a alimentação por sonda gástrica
Treinar	o prestador de cuidados sobre drenos
Treinar	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapeutico
Treinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene
Treinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário
Treinar	o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário
Treinar	o prestador de cuidados sobre ostomia de eliminação
Apoiar	prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados
Elogiar	envolvimento do prestador de cuidados
Elogiar	resultados obtidos no desempenho do papel de prestador de cuidados
Encorajar	o envolvimento da família
Encorajar	o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções
Encorajar	o prestador de cuidados para o desempenho do papel de prestador de cuidados
Ensinar	o prestador de cuidados sobre a preparação/selecção de alimentos
Ensinar	o prestador de cuidados sobre a prevenção da infecção
Ensinar	o prestador de cuidados sobre a técnica de posicionamento
Ensinar	o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão
Ensinar	o prestador de cuidados sobre a exercícios musculoesqueléticos assistidos e passivos
Ensinar	o prestador de cuidados sobre a preparação/selecção de alimentos
Ensinar	o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador
Ensinar	o prestador de cuidados sobre o equipamento
Ensinar	o prestador de cuidados sobre prevenção de aspiração
Ensinar	o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio
Ensinar	o prestador de cuidados sobre prevenção de maceração
Ensinar	o prestador de cuidados sobre sinais de infecção
Ensinar	o prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão
Ensinar	o prestador de cuidados sobre técnica de arrefecimento natural
Ensinar	o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação
Facilitar	a adaptação do prestador de cuidados a novos estilos de vida

Facilitar	a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados
Incentivar	relação dinâmica do prestador de cuidados com a família
Incentivar	relação dinâmica do prestador de cuidados com os serviços de saúde
Incentivar	relação dinâmica do prestador de cuidados com a comunidade
Instruir	o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoesqueléticos assistidos e passivos
Instruir	o prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão
Instruir	o prestador de cuidados sobre como assistir no alimentar-se
Instruir	o prestador de cuidados sobre como gerir o regime terapêutico
Instruir	o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador
Instruir	o prestador de cuidados sobre cuidados ao estoma
Instruir	o prestador de cuidados sobre oxigenoterapia
Instruir	o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento
Referir	ao dietista
Referir	ao fisioterapeuta
Referir	ao médico
Referir	ao serviço social
Referir	aos cuidados continuados
Treinar	o prestador de cuidados no auto-cuidado alimentar-se
Treinar	o prestador de cuidados a executar inaloterapia
Treinar	o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoesqueléticos assistidos e passivos
Treinar	o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico
Treinar	o prestador de cuidados a utilizar o equipamento de prevenção de úlcera de pressão
Treinar	o prestador de cuidados na técnica de posicionamento
Treinar	o prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão
Treinar	o prestador de cuidados sobre os cuidados ao estoma
Treinar	o prestador de cuidados sobre os cuidados à pele peri-estoma

Ferida Traumática

Aplicar	frio
Aplicar	ligadura
Elevar	a cabeceira da cama
Elevar	braços
Elevar	pernas
Executar	drenagem de ferida abcedada/seroma
Executar	penso da ferida
Incentivar	repouso
Informar	sobre recursos comunitários
Informar	sobre tratamentos
Informar	sobre vigilância de saúde
Instruir	a pessoa sobre medidas de prevenção de contaminação
Instruir	o prestador de cuidados sobre drenos
Manter	medidas de prevenção de contaminação
Manter	repouso na cama
Monitorizar	a eliminação através de dreno
Monitorizar	dor
Monitorizar	temperatura corporal
Orientar	a família sobre medidas de prevenção de contaminação
Prevenir	hemorragias
Registar	queda
Remover	dispositivo de tracção
Remover	dreno
Remover	ligadura
Remover	material de sutura
Requerer	prestação de serviço na comunidade
Requerer	serviços domiciliários
Restringir	a actividade motora
Supervisionar	a optimizar os drenos
Supervisionar	medidas de prevenção de contaminação
Treinar	o prestador de cuidados sobre drenos

Vigiar	a dor
Vigiar	a eliminação através da dreno A
Vigiar	a eliminação através da dreno B
Vigiar	a eliminação através da dreno C
Vigiar	a ferida
Vigiar	a pele
Vigiar	a pele e mucosas
Vigiar	a pele periférica ao estoma
Vigiar	as perdas sanguíneas
Vigiar	o penso da ferida
Ensinar	sobre complicações da ferida
Ensinar	sobre medidas de prevenção de contaminação
Executar	tratamento ao local de inserção do dreno
Monitorizar	ferida

Ferida Cirúrgica	
Aplicar	frio
Aplicar	ligadura
Elevar	a cabeceira da cama
Elevar	braços
Elevar	pernas
Executar	drenagem de ferida abcedada/seroma
Executar	penso da ferida
Incentivar	repouso
Informar	sobre recursos comunitários
Informar	sobre tratamentos
Informar	sobre vigilância de saúde
Instruir	a pessoa sobre medidas de prevenção de contaminação
Instruir	o prestador de cuidados sobre drenos
Manter	medidas de prevenção de contaminação
Manter	repouso na cama
Monitorizar	a eliminação através de dreno
Monitorizar	dor
Monitorizar	temperatura corporal
Orientar	a família sobre medidas de prevenção de contaminação
Prevenir	hemorragias
Registar	queda
Remover	dispositivo de tracção
Remover	dreno
Remover	ligadura
Remover	material de sutura
Requerer	prestação de serviço na comunidade
Requerer	serviços domiciliários
Restringir	a actividade motora
Supervisionar	a optimizar os drenos
Supervisionar	medidas de prevenção de contaminação
Treinar	o prestador de cuidados sobre drenos
Vigiar	a dor
Vigiar	a eliminação através da dreno A
Vigiar	a eliminação através da dreno B
Vigiar	a eliminação através da dreno C
Vigiar	a pele
Vigiar	a pele e mucosas
Vigiar	a pele periférica ao estoma
Vigiar	as perdas sanguíneas
Vigiar	o penso da ferida
Monitorizar	ferida
Ensinar	sobre complicações da ferida cirúrgica

Ensinar	sobre medidas de prevenção de contaminação
Vigiar	a ferida cirúrgica
Executar	tratamento ao local de inserção do dreno

Úlcera de Pressão

Aplicar	creme hidratante
Aplicar	dispositivo de protecção
Assistir	a pessoa no posicionamento (dependente em grau moderado)
Avaliar	pele e mucosas
Executar	exercícios musculartoarticulares passivos
Executar	tratamento de úlcera de pressão
Explicar	sobre sensação de dor
Gerir	regime medicamentoso
Incentivar	a pessoa a alternar posicionamentos (independente)
Incentivar	a pessoa na actividade física (independente)
Incentivar	a pessoa nos exercícios musculartoarticulares activos
Incentivar	actividade física
Informar	sobre recursos comunitários
Informar	sobre tratamentos
Instruir	a pessoa sobre medidas de prevenção de contaminação
Massajar	partes do corpo (dependente em grau elevado)
Monitorizar	dor
Monitorizar	risco de úlcera de pressão
Optimizar	o posicionamento
Posicionar	a pessoa (dependente em grau elevado e muito elevado)
Requerer	prestação de serviço na comunidade
Requerer	serviço social
Requerer	serviços domiciliários
Supervisionar	medidas de prevenção de contaminação
Supervisionar	o posicionamento (independente)
Treinar	a pessoa sobre medidas de prevenção de contaminação
Vigiar	a dor
Vigiar	a pele
Vigiar	a pele e mucosas
Vigiar	a úlcera de pressão
Aliviar	zonas de pressão
Aplicar	colchão anti-úlcera de pressão
Aplicar	material de protecção
Ensinar	cuidados à pele
Manter	a pele seca
Monitorizar	o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden
Monitorizar	úlcera de pressão
Optimizar	o vestuário
Optimizar	roupas da cama
Vigiar	o penso da úlcera de pressão
Vigiar	sinais de úlcera de pressão

Confusão

Aplicar	dispositivo de imobilização
Apoiar	a família
Apoiar	a pessoa
Atender	na demência
Avaliar	memória
Diminuir	ansiedade
Disponibilizar	presença
Encorajar	a pessoa na expressão de emoções
Encorajar	expressão de sentimentos

Encorajar	o prestador de cuidados na expressão de emoções
Ensinar	o prestador de cuidados sobre gestão e segurança na agitação
Executar	contenção física
Executar	relação de ajuda
Executar	técnica calmante
Gerir	a comunicação
Gerir	regime medicamentoso
Imobilizar	a pessoa
Instruir	a pessoa sobre a gestão da agitação
Instruir	a pessoa sobre gestão da agitação
Instruir	a pessoa sobre orientação
Instruir	a pessoa/cuidador sobre alteração do pensamento
Manter	medidas de segurança
Manter	repouso na cama
Monitorizar	estado de consciência
Monitorizar	o risco de queda
Oferecer	escuta activa
Promover	conforto, segurança e prevenção
Promover	envolvimento familiar
Promover	relação de ajuda
Promover	suporte emocional
Proteger	a pessoa
Proteger	o prestador de cuidados
Referir	pensamento alterado ao médico
Referir	sonolência ao médico
Registar	queda
Remover	medidas de segurança
Restringir	sono durante o dia
Supervisionar	memória
Supervisionar	orientação
Supervisionar	pensamento
Validar	ensino sobre gestão e segurança na agitação
Vigiar	a agitação
Vigiar	a confusão
Vigiar	a consciência
Vigiar	a orientação
Vigiar	agitação
Vigiar	consciência
Vigiar	o comportamento da pessoa
Vigiar	o estado de consciência
Gerir	o ambiente físico

Convulsão

Aplicar	dispositivo de protecção
Assistir	em convulsões
Avaliar	glicemia capilar
Avaliar	sinais vitais
Ensinar	o prestador sobre precauções de segurança na convulsão
Gerir	regime medicamentoso
Manter	medidas de segurança
Monitorizar	convulsão
Monitorizar	estado de consciência
Monitorizar	o risco de queda
Posicionar	a pessoa (dependente em grau elevado e muito elevado)
Prevenir	complicações da convulsão
Prevenir	danos de convulsões
Promover	conforto, segurança e prevenção
Referir	convulsão ao médico

Registrar	queda
Vigiar	a consciência
Vigiar	a orientação
Vigiar	comportamentos da pessoa
Vigiar	consciência
Vigiar	convulsão
Vigiar	o estado de consciência
Gerir	o ambiente físico

Desidratação	
Aconselhar	sobre nutrição
Administrar	líquidos
Administrar	soros
Aplicar	creme hidratante
Avaliar	pele e mucosas
Avaliar	sinais vitais
Gerir	a ingestão de líquidos
Gerir	regime medicamentoso
Monitorizar	entrada e saída líquidos
Monitorizar	estado de consciência
Monitorizar	débito urinário
Supervisionar	a ingestão de líquidos
Vigiar	a consciência
Vigiar	a orientação
Vigiar	a pele
Vigiar	a pele e mucosas
Vigiar	o estado de consciência
Vigiar	a eliminação urinária
Ensinar	o prestador de cuidados sobre condições de risco para desidratação
Ensinar	sobre condições de risco para desidratação
Ensinar	o prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação
Ensinar	sobre prevenção da desidratação
Incentivar	a ingestão de líquidos
Planear	ingestão de líquidos
Vigiar	sinais de desidratação

Diarreia	
Aconselhar	sobre nutrição
Aconselhar	sobre os hábitos de eliminação intestinal
Administrar	líquidos
Avaliar	nutrição
Avaliar	pele e mucosas
Avaliar	sinais vitais
Ensinar	a pessoa sobre diarreia
Ensinar	sobre hábitos alimentares
Ensinar	sobre resposta/reacção aos medicamentos
Executar	terapia com fluidos e electrólitos
Gerir	a ingestão de líquidos
Gerir	regime medicamentoso
Iniciar	medidas de prevenção de contaminação
Inserir	sonda de enteroclise
Manter	sobre medidas de prevenção de contaminação
Monitorizar	a eliminação através de dreno
Monitorizar	eliminação intestinal
Monitorizar	peso corporal
Planear	dieta
Supervisionar	a ingestão de líquidos

Vigiar	a eliminação intestinal
Vigiar	a pele e mucosas
Vigiar	a refeição
Vigiar	hábitos alimentares
Ensinar	sobre gestão do regime terapêutico
Ensinar	medidas de prevenção de contaminação
Remover	sonda de enteroclise
Requerer	serviço de nutrição

Dispneia	
Administrar	oxigenioterapia
Aspirar	secreções
Assistir	a pessoa no posicionamento (dependente em grau moderado)
Avaliar	sinais vitais
Coordenar	hábitos de repouso
Elevar	a cabeceira da cama
Ensinar	sobre resposta/reacção aos medicamentos
Ensinar	o prestador de cuidados sobre posicionar a pessoa
Gerir	a ingestão de líquidos
Gerir	oxigenoterapia
Gerir	regime medicamentoso
Incentivar	repouso
Informar	a pessoa/prestador de cuidados sobre a doença
Informar	sobre recursos comunitários
Informar	sobre tratamentos
Informar	sobre vigilância de saúde
Inserir	sonda de oxigénio
Instruir	a pessoa a posicionar-se
Manter	repouso na cama
Manter	sonda de oxigénio
Monitorizar	estado de consciência
Monitorizar	frequência respiratória
Monitorizar	saturação de oxigénio
Monitorizar	sinais vitais
Optimizar	o ambiente físico
Optimizar	o posicionamento
Planear	auto cuidado
Planear	sono e repouso
Posicionar	a pessoa (dependente em grau elevado e muito elevado)
Promover	comportamento de adesão ao regime terapeutico
Remover	sonda de oxigénio
Requerer	prestação de serviço na comunidade
Requerer	serviço social
Requerer	serviços domiciliários
Restringir	a actividade motora
Supervisionar	gestão do regime terapeutico
Treinar	a pessoa a posicionar-se
Vigiar	a consciência
Vigiar	consciência
Vigiar	o estado de consciência
Vigiar	respiração
Ensinar	sobre técnica de posicionamento em semi-fowler
Gerir	repouso
Instruir	sobre oxigenoterapia
Optimizar	a ventilação através de técnica de posicionamento
Planear	actividade física

Dor

Aplicar	calor
Aplicar	frio
Apoiar	a pessoa
Assistir	na dor
Avaliar	sinais vitais
Diminuir	ansiedade
Disponibilizar	presença
Encorajar	expressão de sentimentos
Escutar	a pessoa
Estabelecer	relação com a pessoa
Executar	relação de ajuda
Executar	técnica de massagem simples
Executar	técnica de relaxamento
Explicar	sobre sensação de dor
Gerir	a actividade
Gerir	regime medicamentoso
Incentivar	uso de técnicas de relaxamento
Informar	sobre tratamentos
Instruir	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapeutico
Instruir	sobre técnicas de administração de medicamentos
Monitorizar	dor
Monitorizar	sinais vitais
Oferecer	escuta activa
Optimizar	o ambiente físico
Optimizar	o posicionamento
Promover	esperança
Providenciar	actividades de distração
Providenciar	material recreativo
Referir	dor ao médico
Requerer	prestação de serviço na comunidade
Requerer	serviço social
Requerer	serviços domiciliários
Restringir	a actividade motora
Supervisionar	gestão do regime terapeutico
Supervisionar	tristeza
Vigiar	a dor
Vigiar	humor
Assitir	sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor
Ensinar	a pessoa na identificação de estratégias não farmacológicas para alívio da dor
Ensinar	sobre gestão dos analgésicos
Gerir	repouso
Gerir	analgesia
Instruir	a pessoa sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor
Treinar	a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor

Eritema de Fraldas

Aplicar	creme hidratante
Avaliar	pele e mucosas
Ensinar	sobre prevenção de eritema
Gerir	regime medicamentoso
Lavar	o períneo
Optimizar	a fralda
Vigiar	a pele
Vigiar	a pele e mucosas
Manter	a pele seca
Vigiar	eritema

Metabolismo Energético

Aconselhar	sobre nutrição
Avaliar	glicemia capilar
Ensinar	a pessoa sobre auto-vigilância: glicemia
Ensinar	a pessoa sobre sinais de hiperglicemia
Ensinar	a pessoa sobre sinais de hipoglicemia
Ensinar	o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapeutico
Ensinar	sobre hábitos alimentares
Ensinar	sobre hábitos de saúde
Ensinar	sobre resposta/reacção aos medicamentos
Executar	sessão de educação para a saúde
Executar	sessão educação para a família
Gerir	regime medicamentoso
Informar	a pessoa/prestador de cuidados sobre os cuidados a ter no domicílio
Informar	sobre complicações da gestão do regime terapeutico ineficaz
Informar	sobre recursos comunitários
Informar	sobre tratamentos
Informar	sobre vigilância de saúde
Instruir	a pessoa sobre auto-vigilância: glicemia
Instruir	sobre técnicas de administração de medicamentos
Monitorizar	glicemia capilar
Monitorizar	peso corporal
Planear	dieta
Promover	comportamento de adesão ao regime terapeutico
Promover	envolvimento familiar
Promover	exercício
Promover	grupo de apoio
Supervisionar	a pessoa sobre auto cuidado - vigilância: glicemia
Supervisionar	adesão ao regime terapeutico
Supervisionar	gestão do regime terapeutico
Treinar	a pessoa sobre auto-vigilância: glicemia
Treinar	a pessoa sobre técnica de auto-administração de terapeutica
Validar	ensino
Vigiar	hábitos alimentares
Vigiar	o estado de consciência
Ensinar	sobre auto-administração de medicamentos
Ensinar	sobre cuidados à pele
Ensinar	sobre gestão do regime medicamentoso
Instruir	sobre gestão do regime medicamentoso
Requerer	serviço de nutrição
Treinar	sobre gestão do regime medicamentoso
Vigiar	a refeição
Vigiar	sinais de hipoglicémia
Vigiar	sinais de hiperglicémia

Obstipação

Aconselhar	sobre os hábitos de eliminação intestinal
Aconselhar	sobre nutrição
Administrar	enema
Ensinar	o prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação
Ensinar	sobre hábitos alimentares
Ensinar	sobre resposta/reacção aos medicamentos
Gerir	regime medicamentoso
Gerir	a ingestão de líquidos
Incentivar	actividade física
Irrigar	intestino
Optimizar	o ambiente físico

Planejar	dieta
Providenciar	arrastadeira / urinol
Remover	fecalomas
Vigiar	a eliminação intestinal
Ensinar	sobre desvantagens da auto-medicação
Ensinar	sobre estratégias não farmacológicas para tratamento da obstipação
Ensinar	sobre gestão do regime terapêutico
Ensinar	sobre hábitos de exercício
Incentivar	ingestão de líquidos
Requerer	serviço de nutrição
Vigiar	sinais de presença de fecalomas

Retenção Urinária	
Executar	lavagem vesical
Gerir	a ingestão de líquidos
Inserir	cateter urinário
Inserir	sonda vesical
Monitorizar	débito urinário
Monitorizar	entrada e saída líquidos
Optimizar	cateter urinário
Optimizar	o ambiente físico
Providenciar	arrastadeira / urinol
Remover	cateter urinário
Retirar	sonda vesical
Vigiar	a eliminação urinária
Vigiar	o globo vesical
Ensinar	sobre técnicas de estimulação urinária
Estimular	a eliminação urinária
Trocar	catéter urinário

Sofrimento	
Apoiar	a família
Apoiar	a pessoa
Apoiar	a pessoa na tomada de decisão
Assistir	na dor
Assistir	na morte
Assistir	na sedação da consciência
Assistir	no processo de luto
Aumentar	a auto-estima
Aumentar	a sensação de segurança física e psicológica
Aumentar	a socialização
Diminuir	ansiedade
Disponibilizar	presença
Encorajar	a pessoa na expressão de emoções
Encorajar	auto-controlo: medo
Encorajar	expressão de sentimentos
Encorajar	o prestador de cuidados na expressão de emoções
Escutar	a pessoa
Estabelecer	relação com a pessoa
Estimular	ocupação
Executar	relação de ajuda
Facilitar	comunicação expressiva de emoções
Gerir	a comunicação
Gerir	humor
Gerir	regime medicamentoso
Informar	sobre recursos comunitários
Informar	sobre tratamentos

Monitorizar	dor
Oferecer	escuta activa
Optimizar	o ambiente físico
Orientar	por antecipação a situação de crise
Planear	escuta activa
Planear	relação de ajuda
Promover	a participação em serviços religiosos
Promover	apoio espiritual
Promover	encontro com outras pessoas
Promover	envolvimento familiar
Promover	esperança
Promover	humor adequado
Promover	relação de ajuda
Promover	suporte emocional
Promover	aceitação do estado de saúde
Supervisionar	tristeza
Vigiar	humor
Vigiar	o comportamento da pessoa
Vigiar	a dor
Identificar	motivos de sofrimento
Optimizar	a comunicação
Requerer	apoio psicológico

Sono	
Facilitar	o sono
Gerir	regime medicamentoso
Instruir	a pessoa sobre regime medicamentoso
Planear	sono e repouso
Referir	insónia ao médico
Restringir	sono durante o dia
Optimizar	o ambiente físico
Vigiar	o sono
Assistir	nas técnicas relaxamento
Ensinar	sobre técnicas relaxamento
Instruir	técnicas relaxamento
Promover	hábitos de sono

Vómito	
Aconselhar	sobre nutrição
Aspirar	conteúdo gástrico através de sonda gástrica
Assistir	a pessoa a lavar a boca
Avaliar	pele e mucosas
Avaliar	nutrição
Avaliar	pele e mucosas
Ensinar	sobre hábitos alimentares
Ensinar	sobre resposta/reacção aos medicamentos
Ensinar	a pessoa sobre náuseas e vómitos
Ensinar	o prestador de cuidados sobre náuseas e vómitos
Ensinar	o prestador de cuidados sobre posicionar a pessoa
Ensinar	sobre hábitos alimentares
Executar	terapia com fluidos e electrólitos
Gerir	regime medicamentoso
Gerir	a ingestão de líquidos
Iniciar	pausa alimentar
Inserir	sonda gástrica
Instruir	a pessoa a posicionar-se
Instruir	a pessoa sobre regime medicamentoso

Lavar	a boca
Monitorizar	a eliminação através de dreno
Monitorizar	apetite
Monitorizar	frequência do vômito
Monitorizar	glicemia capilar
Optimizar	o ambiente físico
Optimizar	sonda gástrica
Planear	dieta
Posicionar	a pessoa (dependente em grau elevado e muito elevado)
Remover	sonda gástrica
Supervisionar	a ingestão de líquidos
Vigiar	a pele e mucosas
Vigiar	a refeição
Vigiar	hábitos alimentares
Vigiar	a náusea
Vigiar	o vômito
Drenar	conteúdo gástrico através de sonda gástrica
Ensinar	a pessoa sobre preparação/selecção dos alimentos
Interromper	ingestão de alimentos
Requerer	serviço de nutrição
Supervisionar	a dieta

APÊNDICE IV

Plano de Formação de Enfermagem para o SUG do HPP- Hospital de Cascais

Plano de Formação de Enfermagem

2º Semestre

2011

Serviço de Urgência Geral





HPP HOSPITAL
DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA



INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Este trabalho foi realizado por Rita Sousa Kadic, enfermeira deste serviço e estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Insere-se no âmbito do Estágio – Módulo I, em Serviço de Urgência, que decorreu neste serviço, no período compreendido entre 27 de Abril e 24 de Junho de 2011.

O mesmo decorreu sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e do Enf. José Friães.

Índice

Diagnóstico das Necessidades de Formação	3
Introdução	3
Objectivos	4
Metodologia	4
Apresentação e Discussão dos Resultados	7
Considerações Finais	12
Referências Bibliográficas	12
Fichas de Caracterização dos Cursos	14
Anexo – Questionário Aplicado	16



Diagnóstico das Necessidades de Formação dos Enfermeiros do SU do Hospital de Cascais

INTRODUÇÃO

A formação profissional é essencial na gestão de recursos humanos no contexto organizacional. É um investimento da organização no sentido da melhoria da performance organizacional por via da aquisição e desenvolvimento de competências pelos seus colaboradores¹, neste caso dos enfermeiros.

Os profissionais de Enfermagem devem basear a sua prática profissional em conhecimentos atualizados resultantes da evidência científica. De acordo com o artigo 88º, alínea C, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros², “o enfermeiro procura, em todo os atos profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”. Um dos alicerces da competência do enfermeiro é os conhecimentos científicos sólidos e atualizados que deve incorporar na sua prática. Apenas assim conseguirá perseguir a melhoria crescente da qualidade dos cuidados que presta.

Um plano de formação é um instrumento orientador da atividade formativa a desenvolver num determinado período¹, e visa melhorar o perfil de competências dos profissionais no sentido da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Este plano de formação surge na sequência das necessidades de formação expressas pelos enfermeiros deste serviço na resposta a um questionário. No seguimento deste levantamento e diagnóstico de carências formativas, compete ao serviço operacionalizar uma resposta formativa adequada¹.

Surge então este plano de formação, cujo objetivo é planificar a atividade formativa deste serviço para o 2º semestre do ano de 2011. Estruturalmente este plano inicia-se com a descrição do estudo realizado com vista ao diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros do serviço. Segue-se o planeamento das formações, em fichas distintas, onde constam os cursos a realizar, a designação do tipo de formação (inicial, desenvolvimento,



atualização) os objetivos, o programa, a duração, os formadores, o número de formandos a que se destina e o seu perfil, o local e data prevista de realização, entre outros.

Para além das necessidades formativas a que este plano de formação procura dar resposta *a priori*, poderão ser incluídas neste plano, atividades formativas que resultem de situações e necessidades não previstas.

A formação em serviço assume-se como essencial na aquisição e atualização dos conhecimentos dos enfermeiros e consequentemente no aperfeiçoamento da sua praxis.

A formação em serviço, sendo um direito, é também um dever dos profissionais de enfermagem e o seu sucesso depende do envolvimento de todos. ´

É essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais.

OBJECTIVOS

Os objetivos do estudo foram 1) identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral, com vista à supressão dessas carências formativas com a implementação de um plano de formação e 2) caracterizar o perfil dos enfermeiros em função dos assuntos selecionados.

METODOLOGIA

MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO E TIPO DE ESTUDO

Este é estudo descritivo com metodologia de investigação quantitativa.

AMOSTRA

A amostra do estudo é constituída por 47 (94%) dos 50 enfermeiros que se encontravam a exercer funções no Serviço de Urgência (SU) Geral do Hospital de Cascais, entre o período de tempo compreendido entre 6 e 14 de Maio de 2011 ($n=50$). Foram excluídos 3 enfermeiros: o



Enfermeiro Chefe de Serviço e 2 enfermeiros que se encontravam de licença por motivo de doença.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi feita através de um questionário anónimo (Anexo).

A primeira parte do questionário pretendia caracterizar alguns atributos sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros, como a idade, o género, a categoria profissional e tempo de atividade profissional (total, em qualquer serviço de urgência, e no SU do Hospital de Cascais, em anos).

Na segunda parte constava uma lista de vinte e dois temas específicos, de entre os quais os inquiridos deveriam escolher os cinco que consideravam mais importantes para serem trabalhados no contexto de formação em serviço e que pudessem contribuir para a melhoria crescente da qualidade dos cuidados de enfermagem, no contexto concreto daquele SU.

A opção pela aplicação de questionário prendeu-se com o facto de ser a forma mais célere de obter a informação pretendida de uma amostra relativamente homogénea. Os temas constantes do questionário foram selecionados com base na experiência e perceção individual da autora, tendo em conta as características específicas do SU em causa (urgência médico-cirúrgica), bem como na identificação dos assuntos mais frequentemente abordados na revisão de bibliografia realizada acerca das situações/patologias em SU.

Para possibilitar e facilitar a identificação de tendências nas escolhas efetuadas, os temas propostos foram agrupados em três categorias distintas de acordo com as semelhanças de conteúdo: “Grupo I – Patologia aguda”, “Grupo II – Comunicação, ética e deontologia” e “Grupo III – Procedimentos” (Tabela 1). A preferência por cada um dos grupos temáticos foi definida como a escolha de 3 ou mais alíneas de um dado conjunto de alíneas por parte de cada um dos participantes. No caso do Grupo II, por conter cerca de metade das variáveis dos restantes dois grupos, a preferência foi considerada nos casos em que foram selecionados dois (e não três) ou mais assuntos desta categoria. Adicionalmente foi dada a possibilidade aos inquiridos de livremente sugerirem outros temas que não constassem da lista predefinida.

Tabela 1. Temas constantes no questionário

GRUPO I. Patologia Aguda

Cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado
 Cuidados de enfermagem ao Doente com Patologia Ortopédica
 Primeiros Cuidados ao Doente Queimado no SU
 Intoxicações
 Cinemática do Trauma
 Choque
 Cuidados de Enfermagem ao Doente com Disfunção Neurológica Aguda
 Cuidados de Enfermagem ao Doente com Síndrome Coronária Aguda
 Cuidados de Enfermagem ao Doente com Patologia Abdominal Aguda

GRUPO II. Comunicação, ética e deontologia

Princípios de Comunicação em Enfermagem
 Processos de Liderança e Gestão de Conflitos com o Doente/Família e na Equipa
 Questões Legais, Éticas e Deontológicas no SU
 Principais intervenções do enfermeiro ao Doente Litigante e Agressivo

GRUPO III. Procedimentos

Suporte Avançado de Vida
 Suporte Básico de Vida
 Monitorização de Úlceras de Pressão no Doente Admitido no SU - Prevenção e Tratamento
 Gestão de Risco no SU
 Prevenção e Controlo de Infecção no SU
 Transporte do Doente Crítico
 Ventilação Mecânica Invasiva
 Ventilação Mecânica Não Invasiva
 Monitorização Cardíaca e Leitura de Traçados Eletrocardiográficos

RECOLHA DE DADOS

Previamente à recolha de dados foi solicitada autorização ao Enfermeiro Chefe do SU e à Direção de Enfermagem, para a aplicação do questionário e divulgação dos resultados em âmbito de serviço e em âmbito académico, que foi concedida.

O pré-teste do questionário foi realizado através da sua aplicação aos dez primeiros elementos da amostra. Tendo sido considerado claro e não suscitando dúvidas aos inquiridos, estes dez questionários foram incluídos na análise e tratamento de dados.

O período de colheita de dados teve lugar entre 6 e 14 de Maio de 2011. Os questionários foram entregues pessoalmente, recolhidos em envelope fechado, não identificado, e sujeitos



às regras de confidencialidade. Foram recebidos todos os questionários entregues ($n=47$).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As considerações éticas como o consentimento informado, a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade foram cuidadosamente asseguradas durante todo o percurso de colheita, análise e tratamento de dados. A mesma foi igualmente autorizada pelo Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência Geral. Os participantes foram informados do objetivo do estudo, expresso na introdução do questionário.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis contínuas foram expressas através da média e desvio padrão (ou através da mediana, intervalo interquartil, mínimo e máximo ou estimadores-M) e as variáveis dicotómicas através do seu valor absoluto e percentagem. A distribuição normal foi testada através da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para a comparação entre variáveis absolutas utilizou-se o teste de χ^2 (com correção de Yates quando apropriado) e os testes *t* de *Student* ou de *Mann-Whitney* ou de *Kruskal-Wallis* para as variáveis contínuas com distribuição normal e não-paramétrica, respetivamente. Utilizou-se um modelo de regressão binária utilizando como variáveis independentes a idade (como variável contínua), sexo, tempo de atividade profissional e tempo de atividade ligada ao SU para determinar os preditores independentes da escolha preferencial de temas de cada um dos três grupos definidos, em detrimento dos outros dois. Sempre que adequado foram calculados intervalos de confiança. Para todas as comparações e análises efetuadas, um valor de $p<0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. A análise estatística foi efetuada com o *software* informático SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da amostra selecionada, 100% respondeu ao questionário, o que torna os resultados representativos para a amostra em estudo.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Vinte e nove dos enfermeiros (62%) eram do sexo feminino e 18 (38%) do sexo masculino. O predomínio pelo sexo feminino pode ser justificado pelo facto da profissão de enfermagem ser maioritariamente exercida por mulheres. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2010)⁴ em 2009 existiam em Portugal 45355 enfermeiros do sexo feminino e apenas 10573 enfermeiros do sexo masculino.

A média ($\pm$ DP) de idades foi de $28,8 \pm 5,1$ anos e não foi significativamente diferente entre ambos os sexos ($27,6 \pm 2,2$ nos indivíduos do sexo masculino vs $29,6 \pm 6,2$ no sexo feminino; $p=0,1$) (Gráfico 1). Dos 47 enfermeiros apenas dois pertenciam à categoria de Enfermeiro Especialista, o que poderá ser justificado pela baixa média de idades da amostra em estudo.

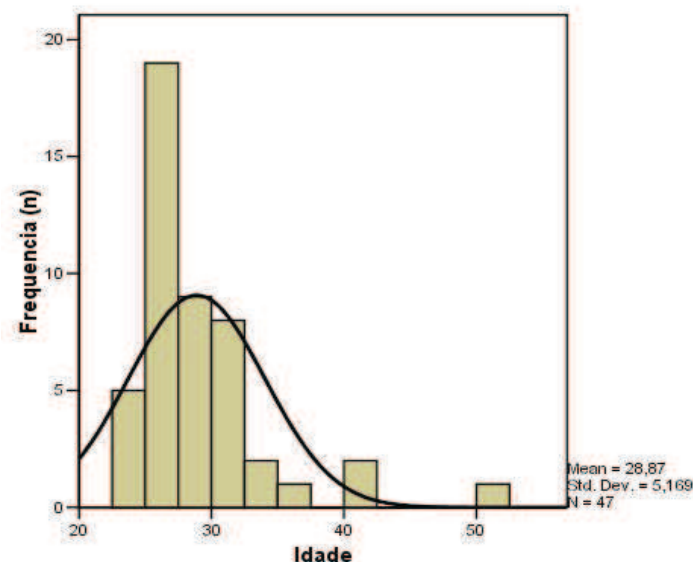


Gráfico 1: Histograma de Distribuição Etária da Amostra

A mediana do tempo de atividade profissional dos enfermeiros foi de 4 anos, variando entre 5 meses e 33 anos (Tabela 2). Os enfermeiros com idade abaixo da média tinham um tempo de atividade ligado ao serviço de urgência que não foi significativamente diferente da duração da atividade no SU de Cascais e foi apenas ligeiramente inferior à duração total da atividade, sugerindo que numa proporção importante de casos essa tenha constituído a sua primeira experiência profissional (Tabela 2). Relativamente aos enfermeiros com idade acima da média, a diferença de tempo entre a atividade profissional total e a atividade em SU, bem como a



diferença de tempo entre a atividade em qualquer um SU e o SU do Hospital de Cascais sugerem que estes enfermeiros tiveram outras experiências profissionais prévias.

Tabela 2. Perfil profissional da amostra do estudo de acordo com o escalão etário*

Tempo de atividade profissional (anos)	Total ⁽¹⁾ (n=47)	≤ 28 anos ⁽²⁾ (n=29)	>28 anos ⁽²⁾ (n=18)
Total ¶	4 (0,4 - 33)	3,1	8,2
Ligado ao Serviço de Urgência †	2 (0,1 - 3)	1,8	4,6
No serviço de urgência do Hospital de Cascais ‡	1 (0,1 - 2)	1,3	1,5

(1) Mediana (mínimo e máximo)

(2) Estimador M de Huber

*determinado relativamente à média na amostra total

¶p<0,001; †p=0,007; ‡p=NS (para as comparações entre escalões etários)

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Os resultados das escolhas efetuadas relativamente aos cinco temas considerados mais importantes para serem trabalhados no contexto de formação em serviço e que pudessem contribuir para a crescente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar (o objetivo primário do estudo) encontram-se resumidos no Gráfico 2. Quarenta e um enfermeiros (87%) selecionaram “Suporte Avançado de Vida”, o que pode sugerir carência formativa de base, ou carência de atualização face às novas *guidelines* recentemente divulgadas em 2010. Os cinco temas mais votados concentraram 55% das respostas (129/[47x5]), refletindo uma significativa homogeneidade entre as preferências dos inquiridos.

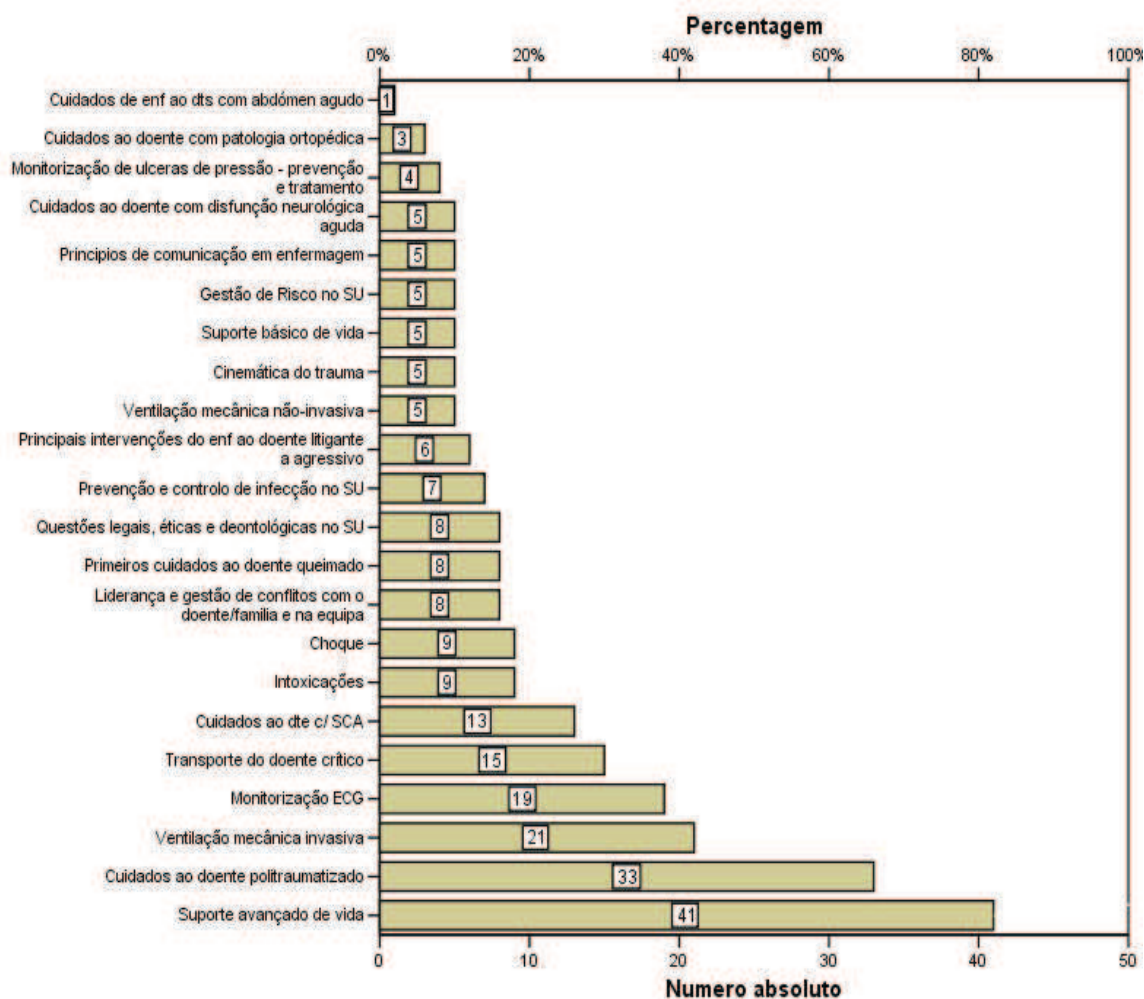


Gráfico 2: Distribuição dos temas de acordo com as preferências dos inquiridos.

Outras temáticas que os enfermeiros consideram importantes e que não constavam das possibilidades pré-determinadas pelo questionário foram:

- Dinâmica de Equipas em Reanimação Cardio-Pulmonar ($n=4$);
- A orientação e supervisão dos Assistentes Operacionais pelos Enfermeiros ($n=1$);
- Intervenções de Enfermagem a Doentes com Urgências Respiratórias ($n=1$);
- Interpretação de valores analíticos ($n=1$);
- Terapêutica de urgência ($n=1$);
- Triage Manchester ($n=1$);
- Fim de Vida com Dignidade no SU ($n=1$);
- A Humanização dos Cuidados no SU ($n=1$).



Considerando os três grupos de temas determinados *a priori* (Tabela 1 e Gráfico 2), 55,3% ($n=26$) dos inquiridos colocaram ênfase em 3 ou mais temas da categoria de “Procedimentos”. 19,1% ($n=9$) dos enfermeiros preferiram assuntos relacionados com “Patologia aguda”, sendo os “Cuidados ao doente politraumatizado” o mais prevalente.

Nenhum dos temas relacionados com “Comunicação, ética e deontologia” pode ser encontrado entre os cinco mais votados e apenas 21 enfermeiros (44,7%), menos de metade, considerou alguma das suas alíneas entre os assuntos mais importantes. O facto dos enfermeiros com relativamente pouco tempo de experiência profissional demonstrarem mais interesse em temáticas mais práticas e mais objetivas, em detrimento de temas mais relacionados com a comunicação, reflexão ético-deontológica e assuntos legais relacionados com a prática profissional, pode estar relacionado com a importância das técnicas e da rapidez de atuação em serviços de urgência.

Em sete casos, de acordo com as nossas definições, não se registou uma preferência clara por nenhum dos três grupos.

IDENTIFICAÇÃO DE PREDITORES DAS ESCOLHAS EFECTUADAS

Os temas do Grupo III (Procedimentos) foram os mais escolhidos. Os enfermeiros que fizeram recair a sua preferência nestes temas eram tendencialmente mais novos, com menos tempo de atividade profissional e ligada ao Serviço de Urgência (Tabela 3). Dos que escolheram temas do Grupo II (Comunicação, ética e deontologia), todos eram do sexo feminino e significativamente mais velhos e com mais tempo de atividade profissional.

Tabela 3. Características da amostra do estudo de acordo com os grupos temáticos*.

Variável	Grupo I	Grupo II	Grupo III	S/ preferência evidente	p
Frequência (n/%)	9 (19,1)	5 (10,6)	26(55,3)	7 (14,9)	-
Idade ⁽¹⁾	29,7±3,3	36,6±11	26,8±1,8	30±5,9	0,001¶
Sexo Feminino (n/%)	6(66,7)	5(100)	13(50)	5(71,4)	0.08
Duração total da atividade profissional ⁽²⁾	6	12	3,2	4,2	0,004
Duração da atividade ligada ao SU ⁽²⁾	5,1	1 ⁽³⁾	1,7	3,6	0,016

*A inclusão em cada categoria tem em conta a escolha de pelo menos um dos temas desse grupo.

(1) Média ±DP

(2) M de Huber

(3) Mediana (não foi possível calcular estimadores-M devido à escassa dispersão em torno da mediana)

¶ ANOVA



Após correção para as variáveis recolhidas a duração total da atividade profissional foi preditora independente da preferência por temas do Grupo II (OR 1,28; IC 95% 1,03-1,59; $p=0,025$) enquanto o aumento da duração do tempo de atividade ligada ao Serviço de Urgência se associou a uma *maior preferência* por temas relacionados com Patologia Aguda (OR 1,4; IC 95% 1,07-1,8; $p=0,025$) e a uma *menor preferência* pelo Grupo III (OR 0,7; IC 95% 0,5-0,9; $p=0,014$). Ou seja, independentemente sobretudo da idade e do tempo de atividade profissional, quanto menor a experiência em SU, maior o interesse relacionado com os assuntos eminentemente práticos do Grupo dos “Procedimentos”.

O preenchimento do questionário, e todos os seus itens, por todos os enfermeiros, bem como o baixo número de outras temáticas sugeridas pelos enfermeiros, sugere que o mesmo estava construído de forma perceptível e que concentrava a maior parte dos itens que os enfermeiros identificaram como sendo uma necessidade formativa. No entanto, identifica-se como uma limitação do estudo, o facto de o questionário conter poucas variáveis passíveis de caracterizar a amostra, o que limitou a robustez da análise multivariável. As habilitações académicas, as formações mais recentemente frequentadas e as experiências profissionais anteriores (em enfermagem) podem ser variáveis importantes a conter num próximo questionário a aplicar neste âmbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi atingido na medida em que foram identificadas, de forma representativa, as necessidades de formação dos enfermeiros do SU do Hospital de Cascais. Conclui-se que existiu uma homogeneidade significativa entre as necessidades formativas identificadas pelos enfermeiros, sendo que os temas relacionados com “Procedimentos” foram os mais escolhidos. Face aos resultados obtidos no diagnóstico realizado, torna-se necessário construir um plano de formação dirigido às carências formativas identificadas pelos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹RODRIGUES, Manuela; FERRÃO, LUÍS – Formação Pedagógica de Formadores. 9ª ed. Lisboa: Lidel, 2006. 295p. ISBN: 978-972-757-500-8.



²Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

³FORTIN, M. F.; FILION, F.; J. CÔTE – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. 388p. ISBN: 978-989-8075-18-5

⁴INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Número de enfermeiros por género em Portugal em 2009. INE. 2010.



Fichas de Caracterização dos Cursos/ Sessões de Formação

Designação da formação	
Caracterização da formação	
Conteúdos programáticos	
Formador / Formadores	
População Alvo /destinatários	
Definição dos objetivos pedagógicos	
Métodos e Técnicas pedagógicas	
Materiais e meios	
Duração total da formação	
Duração das sessões de formação	
Datas e horários	
Local	
Número de formandos por sessão	
Documentação de apoio	
Instrumentos de avaliação da formação	
Instrumentos de avaliação da aquisição de conhecimentos	

Anexo

Questionário Aplicado



DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HPP – HOSPITAL DE CASCAIS

Rita Sousa Kadic, enfermeira com a cédula profissional 5-E-46895, a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital Dr. José de Almeida - HPP de Cascais e a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

No âmbito do Curso supra mencionado, encontra-se a realizar o Estágio referente ao Módulo I – Serviço de Urgência, em contexto de trabalho, no período compreendido entre 27 de Abril e 24 de Junho de 2011, sob a orientação do Sr. Enf. Chefe José Friães e da Prof. Ilda Lourenço.

Pretende-se com este questionário, identificar as necessidades de formação dos enfermeiros deste serviço de urgência e colaborar para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, contribuir para o aprimorar da qualidade em cuidados de enfermagem prestados.

Neste contexto, os dados recolhidos serão anónimos e sujeitos às regras da confidencialidade. Os resultados serão divulgados após tratamento e análise dos dados recolhidos.

Este questionário deverá ser preenchido e entregue no próprio dia da sua receção, em envelope fechado, não identificado.

Desde já, grata pela sua colaboração,
Rita Kadic.



QUESTIONÁRIO

SEXO: ☐ F ☐ M

IDADE:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

TEMPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL:

TEMPO DE ATIVIDADE EM SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU):

TEMPO DE ATIVIDADE NESTE SU:

Dos temas que se apresentam, assinale com uma cruz (X) os cinco, que considera mais importantes para serem trabalhados no contexto de formação em serviço e que possam contribuir para a melhoria crescente da qualidade em cuidados de enfermagem a realizar neste serviço.

- ☐ Cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado
- ☐ Cuidados de enfermagem ao Doente com patologia ortopédica
- ☐ Principais intervenções do enfermeiro ao Doente Litigante e Agressivo
- ☐ Primeiros Cuidados ao Doente Queimado no SU
- ☐ Intoxicações
- ☐ Cinemática do Trauma
- ☐ Choque
- ☐ Monitorização Cardíaca – Leitura de traçados eletrocardiográficos
- ☐ Princípios de Comunicação em Enfermagem
- ☐ Processos de Liderança e Gestão de Conflitos com o Doente/Família e na Equipa
- ☐ Gestão de Risco no SU
- ☐ Prevenção e Controlo de Infecção no SU
- ☐ Monitorização de Úlceras de Pressão no Doente Admitido no SU - Prevenção e Tratamento
- ☐ Questões Legais, Éticas e Deontológicas no SU
- ☐ Suporte Avançado de Vida
- ☐ Suporte Básico de Vida
- ☐ Transporte do Doente Crítico
- ☐ Ventilação Mecânica Invasiva
- ☐ Ventilação Mecânica Não Invasiva
- ☐ Cuidados de Enfermagem ao Doente com disfunção neurológica aguda
- ☐ Cuidados de Enfermagem ao Doente com SCA
- ☐ Cuidados de Enfermagem ao Doente com patologia abdominal aguda

Neste âmbito, indique outras áreas temáticas que considere também importantes para a Formação em Serviço: _____

APÊNDICE V

Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Cuidados de Enfermagem ao Doente com SCA”

Plano da Sessão de Formação

Designação da formação	Cuidados de Enfermagem ao Doente com Síndrome Coronária Aguda
Caracterização da formação	Inicial
Conteúdos programáticos	• Doença Coronária • Dados Estatísticos Relevantes • Fatores de Risco • Sinais e Sintomas • Definições de Angina Estável e Instável, SCA, Isquémia, Lesão, EAM com e sem supra ST • Localização EAM e Diagnóstico • Complicações • Via Verde EAM • Recomendações de Tratamento • Cuidados de Enfermagem ao Doente/Família
Formadora	Enfermeira Rita Kadic, estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e do Enf. José Friães.
População Alvo /destinatários	Enfermeiros do SUG
Definição dos objetivos pedagógicos	No final da sessão os formandos deverão: • Definir corretamente SCA • Descrever a fisiopatologia das SCA • Identificar fatores de risco para as SCA • Enumerar sinais de sintomas das SCA • Saber identificar um EAM no ECG • Enumerar as possíveis complicações das SCA • Conhecer o objetivo da implementação do protocolo da Via Verde EAM • Conhecer as recomendações mais atuais do tratamento das SCA • Prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao Doente/Família com SCA.
Métodos e Técnicas pedagógicas	Expositivo, Interrogativo e Participativo
Materiais e Meios	<i>Datashow</i> , computador portátil, colunas áudio, poster, questionários em papel, mesa e cadeiras.
Duração total da formação	1 hora
Datas e horários	14 de Junho de 2011 às 16h15
Local	Sala de Reuniões do Serviço de Urgência Geral
Número de Formandos	Máximo 20
Documentação de apoio	Diapositivos em formato PDF, documentos partilhados no Sharepoint de Enfermagem.
Instrumentos de avaliação da formação	Questionário

HPP HOSPITAL DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Cuidados de Enfermagem ao Doente com Síndrome Coronária Aguda



Rita Kadic

Sob Orientação de Prof. Ilda Lourenço e Enf. Chefe José Friães

14. Junho. 2011

Objetivos

- Definir corretamente SCA
- Descrever a fisiopatologia das SCA
- Identificar fatores de risco para a doença cardiovascular
- Reconhecer sinais e sintomas das SCA
- Identificar um EAM no ECG
- Saber as possíveis complicações das SCA
- Saber o objetivo da implementação do protocolo Via Verde EAM
- Conhecer as recomendações mais atuais do tratamento das SCA
- Promover melhores cuidados de enfermagem a prestar ao Doente/Família com SCA.
- Contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros do SUG do HPP – Hospital de Cascais.

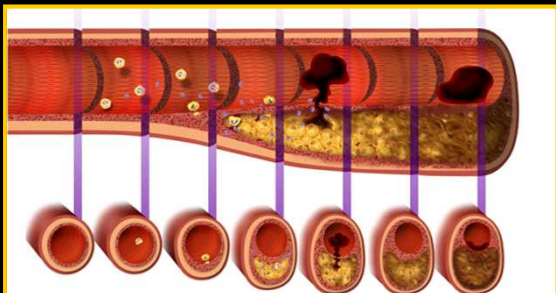
Sumário

Síndromas Coronárias Agudas

- ✓ Doença Coronária
- ✓ Dados Estatísticos Relevantes
- ✓ Fatores de Risco
- ✓ Sinais e Sintomas
- ✓ Definições de Angina Estável e Instável, SCA, Isquémia, Lesão, EAM com e sem supra ST
- ✓ Localização do EAM
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Complicações
- ✓ Via Verde EAM
- ✓ Recomendações de Tratamento
- ✓ Cuidados de Enfermagem ao Doente com SCA e sua Família/Convivente significativo

Síndromas Coronárias Agudas

DOENÇA CORONÁRIA



Depósito de Lípidos, Espessamento e Endurecimento

Rita Kadic

Carta Europeia para a Saúde do Coração

- A doença cardiovascular é a primeira causa de morte entre os homens e mulheres europeus.
- É responsável por cerca de metade de todas as mortes ocorridas na Europa, causando todos os anos 4,35 milhões de mortes nos 52 Estados membros da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) e mais de 1,9 milhões de mortes na União Europeia.
- A doença cardiovascular é também uma das principais causas de incapacidade e pior qualidade de vida.
- "Toda a criança nascida no novo milénio tem o direito de viver, pelo menos até aos 65 anos de idade, sem sofrer de uma doença cardiovascular evitável"**

Fonte: European Heart Network e Sociedade Europeia de Cardiologia, 2007.

Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas ESTATÍSTICA

Em 2009, estimaram-se em 14.663, os anos potenciais de vida perdidos por doenças isquémicas do coração

Em média, a cada 14 min., morre 1 pessoa por causa cardiovascular

AVC- 15.668 mortes
EAM- 8.059 mortes

11.670 internamentos hospitalares por EAM

Sexo	Causa de morte	2005
HM	Total	107.624
	Doenças do aparelho circulatório (25-30)	35.520
	Tumores malignos (88-14)	22.682
	Diabetes mellitus (181)	4.569
	Doenças do aparelho respiratório (31-32)	11.288
	Doenças do aparelho digestivo (33-34)	4.625
	Outras causas	22.247
H	Acidentes, envenenam. e violências (E47-E56)	4.481
	Total	55.493
	Doenças do aparelho circulatório (25-30)	15.574
	Tumores malignos (88-14)	13.591
	Diabetes mellitus (181)	1.959
	Doenças do aparelho respiratório (31-32)	6.130
	Doenças do aparelho digestivo (33-34)	2.749
M	Outras causas	11.644
	Acidentes, envenenam. e violências (E47-E56)	12.46
	Total	51.969
	Doenças do aparelho circulatório (25-30)	20.195
	Tumores malignos (88-14)	9.291
	Diabetes mellitus (181)	2.610
	Doenças do aparelho respiratório (31-32)	5.158
	Doenças do aparelho digestivo (33-34)	1.876
	Outras causas	11.603
	Acidentes, envenenam. e violências (E47-E56)	1.235

Rita Kadlic

Fonte: INE, 2007

Síndromas Coronárias Agudas ESTATÍSTICA

Causas de Morte em Portugal (%) (valores médios de 2004 a 2006)

	Mulheres	Homens
Doenças Infecciosas (A00-B99)	1,6	2,5
Tumores Malignos (C00-D48)	18,3	24,5
Doenças Nutricionais, Endócrinas e Metabólicas (E00-E90)	5,7	3,9
Doenças do Sistema Circulatório (I00-I99)	38,9	29,6
Doenças do Sistema Respiratório (J00-J99)	9,9	11,0
Doenças do Sistema Digestivo (K00-K93)	3,6	5,0
Causas Externas (V01-Y89)	2,4	5,8
Outras causas	7,3	6,2
Causas mal definidas (R00-R99)	12,3	11,4
Total	100,0	100,0

Fonte: Eurostat, European shortlist

Fonte: INE, 2009

Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas ESTATÍSTICA

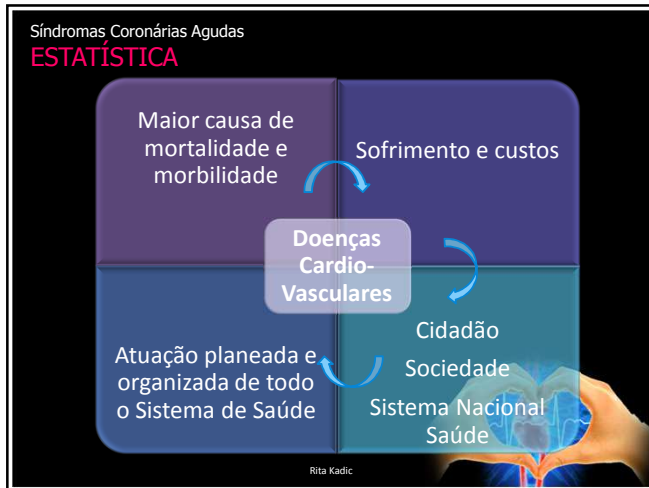
A maior parte dos doentes morre antes de chegar ao Hospital!

EAM	
Mortalidade Global (nº casos)	8.059
Letalidade Hospitalar (nº casos)	1.418
Local Óbito	6.641 doentes (82%) não morrem no Hospital

Fonte: Seabra-Gomes, 2007

Rita Kadlic





Síndromas Coronárias Agudas
FATORES DE RISCO

- ✓ História familiar
- ✓ Idade
- ✓ Sexo
- ✓ HTA
- ✓ DM
- ✓ Tabagismo
- ✓ Menopausa
- ✓ Obesidade
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Doença Vascular
- ✓ Dislipidémia
- ✓ Consumo de cocaína...

quadruple bypass burger!!!

Rita Kadlic

Carta Europeia para a Saúde do Coração

A **doença cardiovascular** é uma situação **multi-fatorial**: os fatores de risco devem ser abordados tanto a **nível social** como a **nível individual**.

Os **fatores de risco** podem ser **combatidos**:

- 1) pelos **decisores políticos** criando um enquadramento favorável, através de medidas legislativas, (nomeadamente na área da tributação ou da comercialização), ou outras medidas;
- 2) pelas **pessoas a título individual**, adotando comportamentos que favoreçam uma dieta saudável, sem consumo de tabaco e com prática de actividade física regular;
- 3) e ainda pelos **profissionais de saúde**, defendendo a identificação e o tratamentos das pessoas em alto risco.

Fonte: European Heart Network e Sociedade Europeia de Cardiologia, 2007.

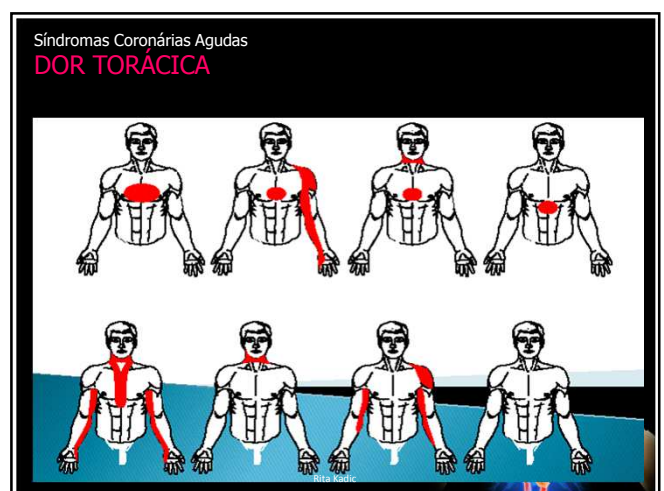
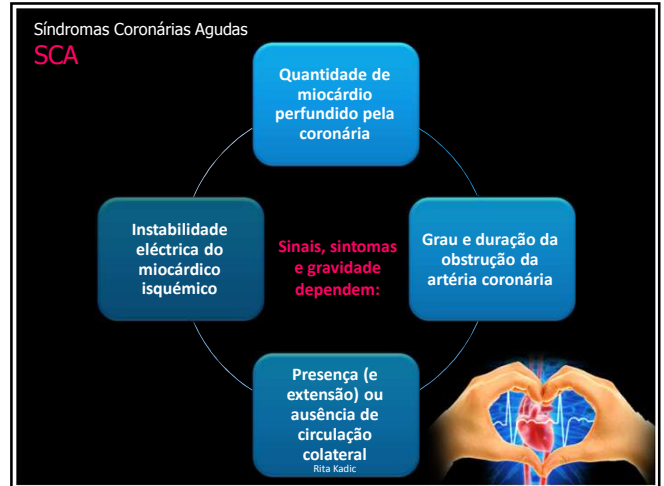
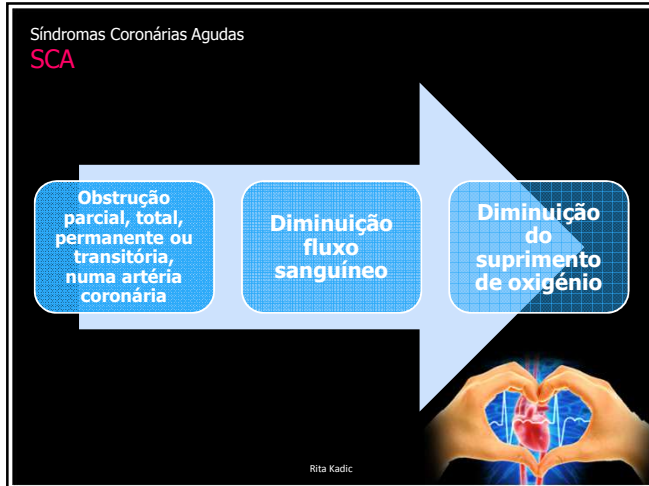
Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas
SCA

- ✓ Ruptura de Placa Aterosclerótica num local de densidade elevada de células inflamatórias
- ✓ Trombose
- ✓ Interrupção Fluxo Coronário
- ✓ Isquémia Miocárdica Grave

Angina Instável
EAM sem Supra ST
EAM com Supra ST

Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas

DOENÇA CORONÁRIA ESTÁVEL

Angina de peito típica de isquémia miocárdica

- Aperto, peso ou dor no peito
- Irradiação para o pescoço, braços, costas, maxilar ou epigastro
- Provocada pelo exercício, frio, emoções, refeições pesadas, consumo de drogas...
- Pára com a interrupção do esforço e cede à medicação

Isquémia Silenciosa: Teste de isquémia positivo num doente sem angor

Doença Silenciosa: Placas de Aterosclerose, mas sem sintomas nem demonstração de isquémia miocárdica



Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas

ANGINA INSTÁVEL

- Angina em repouso ou com esforços mínimos, em crescendo (redução do limiar de esforço)
- Dor recorrente e imprevisível, não relacionada com o exercício
- Episódio de dor prolongada; até 30' duração
- Não alivia com repouso ou nitratos
- Sem alterações laboratoriais de biomarcadores



Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas

ANGINA DE PRINZMETAL

- Forma incomum de angina
- Resulta de intenso espasmo de um segmento de uma artéria coronária
- Pode ocorrer em indivíduos saudáveis
- Episódios de poucos minutos mas que podem ser suficientes para originar complicações graves
- ECG com supra desnivelamento de ST
- Biomarcadores elevados, ou não

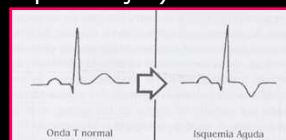


Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas

ISQUÉMIA

- ✓ Redução temporária e reversível do fluxo coronário;
- ✓ Sofrimento metabólico da célula miocárdica;
- ✓ Representada por alterações da onda T, que se torna invertida e simétrica (devido a afeção na repolarização).



Fonte: Lipman, 2001



Síndromas Coronárias Agudas

LESÃO

- ✓ Redução **aguda e prolongada** do fornecimento de sangue ao miocárdio;
- ✓ Reversível se o fluxo de sangue for restaurado antes de ocorrer morte do tecido;
- ✓ Representada por **alterações do segmento ST** - elevação ou depressão- (devido a alterações da repolarização);



Síndromas Coronárias Agudas

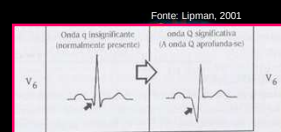
EAM

- ✓ Lesão **irreversível** do músculo cardíaco por isquemia grave devido a oclusão prolongada;
- ✓ Aparecimento de **ondas Q patológicas** nas derivações relacionadas com a área danificada;

EAM com e sem elevação do segmento ST

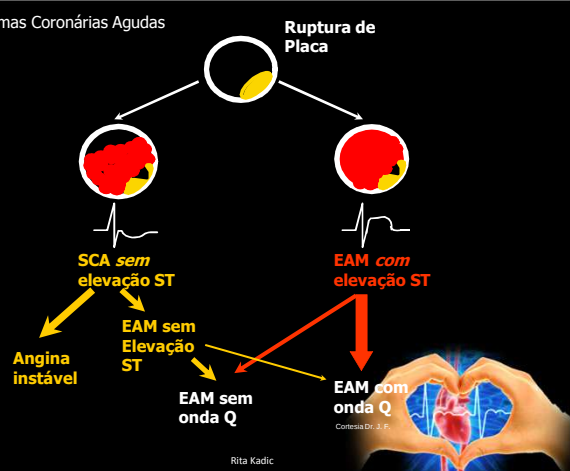


- ✓ As ondas Q anômalas representam áreas eletricamente silenciosas do músculo cardíaco com **necrose**.



Síndromas Coronárias Agudas

SCA



Síndromas Coronárias Agudas

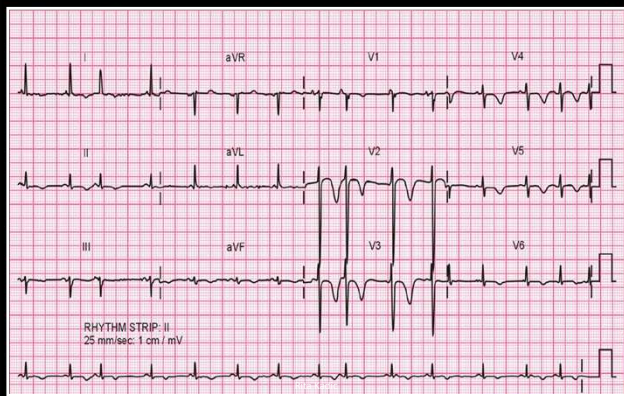
EAM SEM SUPRA ST

- Sintomas sugestivos
- Alterações inespecíficas no eletrocardiograma
 - Segmento ST não elevado
- Biomarcadores de necrose miocárdica elevados
- Geralmente não desenvolve ondas Q

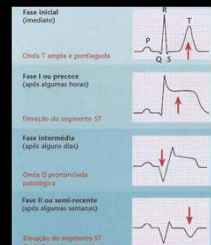
Coronária aberta, com trombo sobreposto à placa que instabilizou, mas que permite ainda a passagem de sangue!



Síndromas Coronárias Agudas EAM SEM SUPRA ST



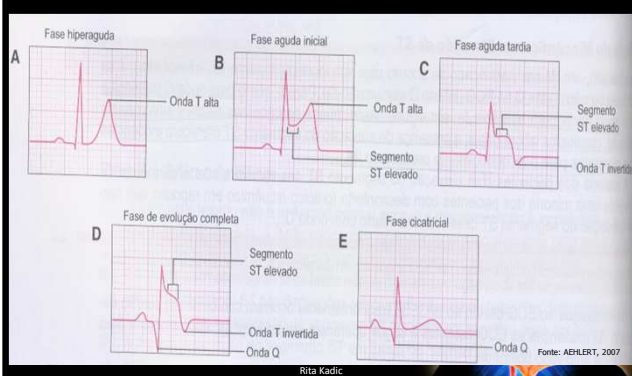
Síndromas Coronárias Agudas EAM COM SUPRA ST



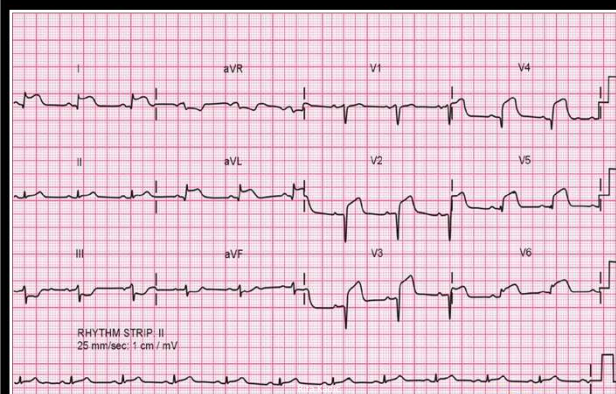
- Dor torácica **prolongada** (>30 min);
- **Elevação** aguda do segmento **ST**;
- ECG revela alterações da despolarização com aparecimento de **ondas Q** na maioria dos casos (não na fase aguda);
- **Biomarcadores** de necrose cardíaca **elevados**;
- Acompanhado de graus variáveis de **alteração da função ventricular** esquerda diastólica e sistólica (fração ejeção);
- O tratamento precoce e eficaz pode evitar a progressão do EAM.

Rita Kadic

Síndromas Coronárias Agudas EAM COM SUPRA ST- Padrão Evolutivo do ECG



Síndromas Coronárias Agudas EAM COM SUPRA ST – Antero-lateral



Síndromas Coronárias Agudas

DIAGNÓSTICO



- Diagnóstico difícil apenas pela Hx Clínica
- 20 a 25% dos EAM podem não ocorrer com dor no peito – mais frequente nos idosos
- Só cerca de 20% dos doentes com dor no peito têm EAM

Hx Clínica, ECG,
Biomarcadores, Rx Tórax,
Ecocardiograma

Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas

DIAGNÓSTICO



CLÍNICA

ECG

BIOMARCADORES

DIAGNÓSTICO



Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas

LOCALIZAÇÃO DO EAM

A correlação entre derivações que apresentam alterações ECG e a área cardíaca a que estas correspondem permite:

1. A identificação da localização do enfarte;
2. Previsão de potenciais complicações elétricas ou mecânicas.

Derivação ECG	Superfície Ventricular	Artéria Coronária
II; III; aVF	Inferior	CD/Cx
I; aVL; V5; V6	Lateral	Cx/Diag/DA
V3; V4	Anterior	DA
V1; V2	Apical/Septal	DA
V1; V2; V3 (espelho)	Posterior	Cx/CD
V1R - V6R	VD	CD

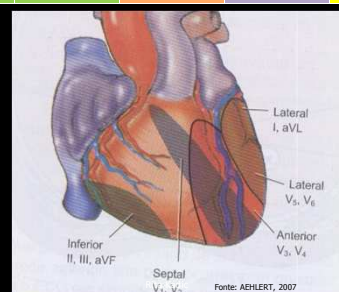
Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas

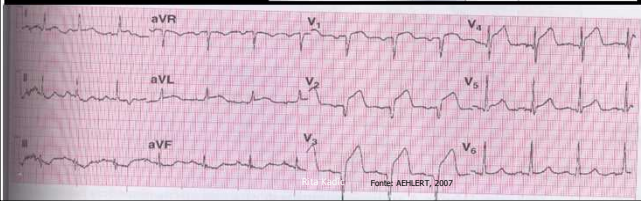
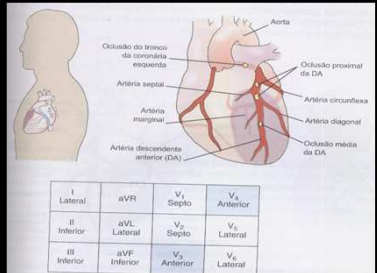
LOCALIZAÇÃO DO EAM

I Lateral	aVR -----	V1 Septo	V4 Anterior	V4R VD
II Inferior	aVL Lateral	V2 Septo	V5 Lateral	V5R VD
III Inferior	aVF Inferior	V3 Anterior	V5 Lateral	V6R VD



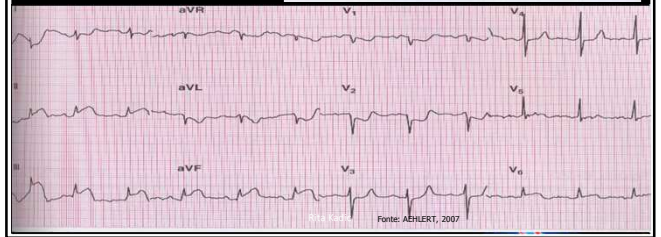
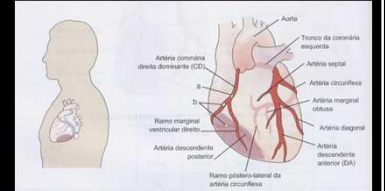
Fonte: AEHLERT, 2007

Síndromas Coronárias Agudas EAM ANTERIOR

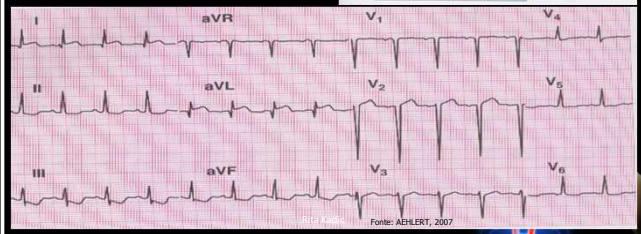
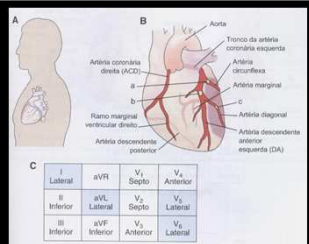


Síndromas Coronárias Agudas EAM INFERIOR

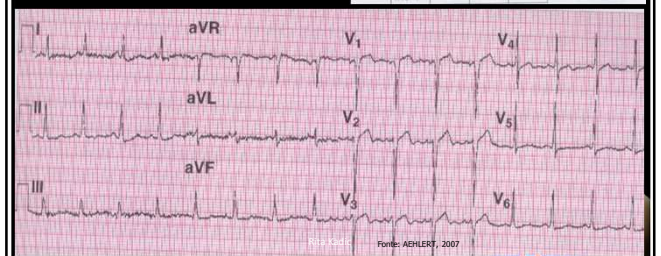
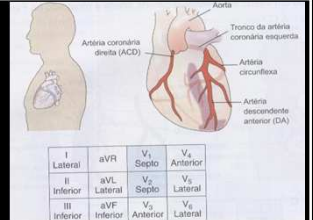
I Lateral	aVR	V ₁ Septo	V ₄ Anterior
II Inferior	aVL Lateral	V ₂ Septo	V ₅ Lateral
III Inferior	aVF Inferior	V ₃ Anterior	V ₆ Lateral



Síndromas Coronárias Agudas EAM LATERAL



Síndromas Coronárias Agudas EAM SEPTAL



Síndromas Coronárias Agudas

MONITORIZAÇÃO LABORATORIAL

TROPONINA: Complexo constituído por proteínas. A maior parte da troponina no miocárdio encontra-se ligada as miofibras do músculo. Durante o EAM estas são libertadas para a corrente sanguínea.

CREATINA KINASE: Enzima que se encontra no citoplasma das células do músculo e do cérebro.

MIOGLOBINA: Proteína que fornece oxigénio as células musculares, tanto cardíacas como esqueléticas. No EAM, são libertadas para circulação por ruptura das células musculares.

Fonte: Dr. JF, 2007

Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas

ELEVAÇÃO DE BIOMARCADORES**Troponinas I e T:**

Elevada sensibilidade e especificidade

Elevação: 4-6h;

Pico: 12-14h;

Positividade: até 10-14 d

Isoenzima MB da creatinaquinase (CK-MB):

Elevada sensibilidade do doseamento da massa

Elevação: 4-6h;

Pico: 12h;

Positividade: até 48-72h

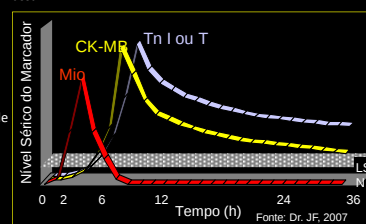
Mioglobina:

Elevada precocidade e baixa especificidade

Elevação: 2h;

Pico: 6h;

Positividade: até 12-18h



Fonte: Dr. JF, 2007

Síndromas Coronárias Agudas

COMPLICAÇÕES**Eléctricas:**

Disritmias (BS, BAV, RJ, FA, TV, FV...)

Mecânicas:Choque Cardiogénico

Ruptura Ventricular

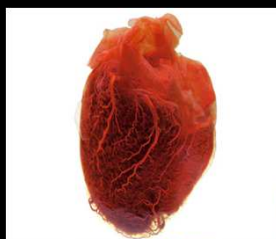
Ruptura Parede Septo

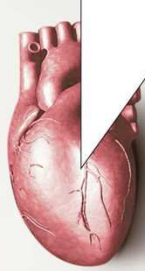
Ruptura do Músculo Papilar

CIV, EAP, ICC

Aneurismas, ...

Rita Kadlic





SEJA MAIS RÁPIDO QUE UM ENFARTE
LIGUE DE IMEDIATO 112

O ENFARTE É UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

É a morte de uma parte do coração, causada pelo entupimento de uma artéria. Os doentes com sinais de enfarte devem ser transportados para um hospital com unidade especializada no tratamento desta doença. A intervenção médica especializada é vital para o sucesso do tratamento e qualidade de vida do doente.

COMEÇA OS SINAIS DE ALARME

DOR NO PEITO, QUE VAI PARA O PESCOÇO, QUEIXO, BRAÇOS OU COSTAS

«MAU-ESTAR, SUORES FRIOS E SENSIBILIDADE DE NAÚSEAS OU VÔMITOS

A dor não varia com a respiração ou mudança de posição

O enfarte ocorre repentinamente em repouso, a meio da noite ou de madrugada, sem outra causa aparente.

São sintomas de risco: Pressão arterial elevada, colesterol elevado, excesso de peso, diabetes, stress intenso e tabagismo da família.

Se os sinais de alarme durarem mais de 5 minutos... Não perca tempo.

LIGUE DE IMEDIATO 112

Não recuse ao hospital pelos seus próprios meios

O **INEM** (Instituto Nacional de Emergência Médica) é o tratamento especializado para os doentes que o hospital não tem.

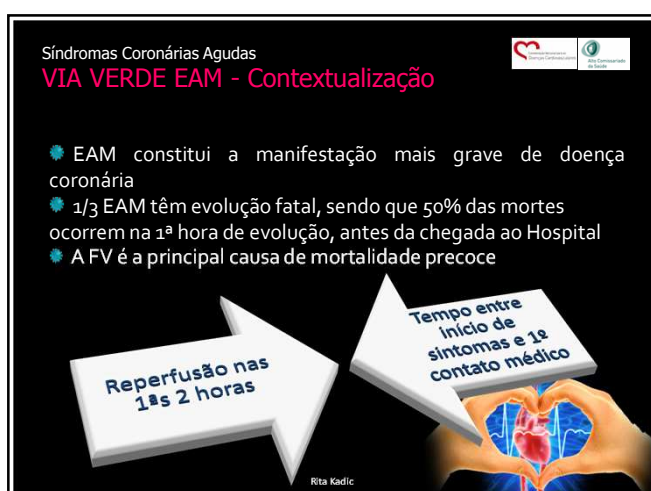
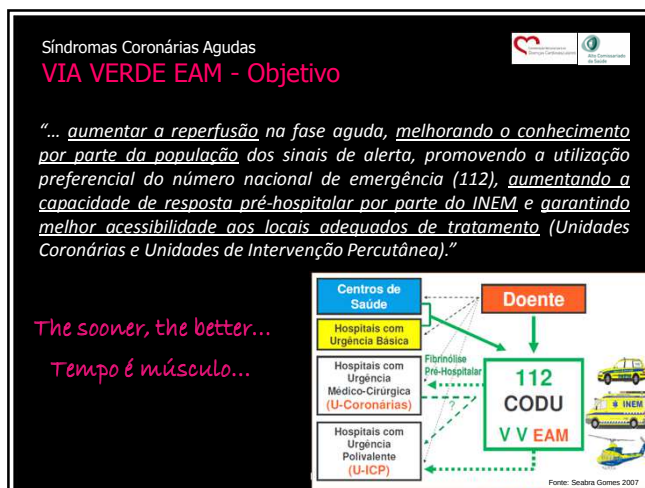
Ligue 112 é a forma mais rápida de ser tratado.

Cuide-se e não deixe esta informação!

Doente ►► 112 ►►



►► Hospital



Síndromas Coronárias Agudas
VIA VERDE EAM – Terapêutica

Recomendações:

- O_2 por máscara quando $SatO_2 < 94\%$
- Nitroglicerina SL (0,5mg de 5 em 5' até um total de 3 comp.)
- Nitratos EV com sintomas persistentes, sinais de estase e controlo de HTA
- Sulfato Morfina (2 a 4mg EV podendo ser repetida num intervalo de 5-15')
- AAS 250mg/300mg mastigado
- Clopidogrel
 - 600mg nos doentes que vão ser submetidos a ICP primária
 - 300 mg nos doentes sem Supra ST
 - 300mg nos doentes com idade ≤ 75 anos que vão receber fibrinólise
 - 75mg nos restantes que vão receber fibrinólise

M (morfina) O (oxigénio) ? N (nitratos) A (Anti agregantes) C (Clopidogrel)

Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas
VIA VERDE EAM – Terapêutica de Reperusão

Tempo decorrido desde início dos sintomas Risco de EAMCSST

Tempo para chegar à hemodinâmica Risco Hemorragia

Estratégia de Reperusão

Fibrinólise vs ICP

Quadro clínico sugestivo de isquémia $>30'$ + ECG sugestivo de EAM em fase aguda $\uparrow$ ST e BCRE novo + contato médico nas 1^{as} 12 horas de evolução

Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas
VIA VERDE EAM – Terapêutica de Reperusão

Recomendações:

- EAMCSST com ≤ 2 horas evolução de sintomas :
 - se transporte demorar $<30'$ até centro especializado: ICP
 - se transporte demorar $>30'$: fibrinólise pré-hospitalar
 - se CI para fibrinólise: ICP
- EAMCSST >2 horas e ≤ 6 de evolução sintomas:
 - se transporte demorar $<30'$ até centro especializado: ICP
 - se transporte $>30'$: fibrinólise
- EAMCSST com >6 horas e < 12 horas de evolução de sintomas:
 - coronariografia e eventual ICP em $\leq 90'$; se impossível: fibrinólise
- EAMCSST >12 horas evolução (instabili// eléctrica ou hemodinâmica, persistência sintomas)
- EAMCSST com choque cardiogénico (1^{as} 18h após início do choque)
- EAMCSST com CI para fibrinólise
- EAMCSST com EAP

Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas
TRATAMENTO

OBJETIVOS:

- ✓ Reduzir a quantidade de necrose miocárdica, preservando função ventricular e evitando a IC
- ✓ Prevenir complicações
- ✓ Tratar as complicações

Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas

INTERVENÇÕES ENFERMAGEM**Em todos SCA:**

Preparação da Unidade para Admissão do Doente
Trabalho em Equipe!
Atitude Calma e Segura!

- Abordagem segundo **ABCDE**
- Avaliação da Dor
- "MONAC" – O2?
- "CHAMU"
- ECG 12 deriv. nos primeiros 10'.
- Monitorizar ECG **com vigilância de ST** (e atenção às distritmias!)
- Avaliar sinais vitais e Sat. O2
- Cabeceira elevada e repouso
- Canalizar vias periféricas
- Colheitas sangue seriadas
- Dieta 0
- Monitorizar Débito Urinário/BH
- Vigiar sinais Insuf. Cardíaca
- Transmissão Informação à Família
- Proporcionar visita assim que oportuno!

Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas

INTERVENÇÕES ENFERMAGEM**Angina instável ou EAM sem supra ST****Administração Terapêutica**

- **Morfina** (Diminui dor e ansiedade – e também a TAI)
- **Nitratos** (DNI puro, TNG s.l.)
- **B- bloqueantes** (diminuem a FC, reduzem o consumo miocárdico de O₂ - melhoram eficácia da bomba)
- **Heparina Baixo Peso Molecular**
- **AAS/Clopidogrel**
- **DM: Insulina e não ADO!**

Se "alto risco" :

Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa: Eptifibatide (*Integrilin®*), Tirofiban (*Aggrastat®*), Abciximab (*Reopro®*)

Prever efeitos terapêuticos VS efeitos secundários (Vigilância)

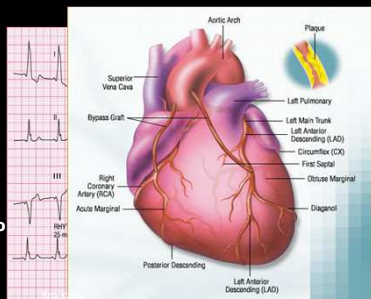
Síndromas Coronárias Agudas

INTERVENÇÕES ENFERMAGEM**EAM com supra ST ou BCRE**

Heparina Não Fraccionada!

Terapêutica de reperfusão miocárdica precoce:

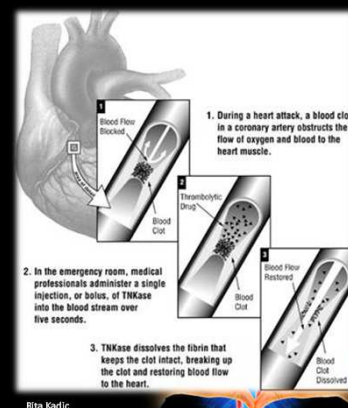
- Terapêutica trombolítica
- ICP
- Cirurgia de revascularização miocárdica



Síndromas Coronárias Agudas

FIBRINÓLISE

✓Lise do trombo com preservação da função ventricular



Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas

FIBRINÓLISE



Contra-indicações Absolutas

Hemorragia intracraniana (HIC) prévia ou risco elevado de HIC ($\geq 4\%$)
 Lesão vascular estrutural cerebral (p.ex. malformação arterio-venosa)
 Neoplasia intracraniana (primária ou metastática)
 AVC isquémico ≤ 3 meses (EXCEPTO se < 3 horas)
 Traumatismo craniano ou facial significativo < 3 meses
 Suspeita de dissecação da aorta
 Hemorragia activa ou diátese hemorrágica (EXCEPTO menstruação)

Contra-indicações Relativas

Hipertensão grave (PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg)
 Terapêutica anticoagulante oral
 Gravidez e 1ª semana após o parto
 Úlcera péptica activa
 AVC isquémico > 3 meses
 Cirurgia maior < 3 semanas
 Reanimação cardiorespiratória traumática ou prolongada (> 10 minutos)
 Punções vasculares não compressíveis
 Endocardite infecciosa

Ex:
 Alteplase (tPA)
 Reteplase (rtPA)
 Tenecteplase (TNK)

Síndromas Coronárias Agudas

FIBRINÓLISE - Complicações

Hemorragia:

- Hemorragia superficial ou periférica, envolvendo locais de punção periférica ou locais de cirurgia ou trauma recente
- Hemorragia interna grave (intracraniana, abdominal ou torácica)

Arritmias:

- Bradicardia
- Taquicardia Ventricular

Trombocitopenia

Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas

FIBRINÓLISE – Intervenções Enfermagem

- Explicar o procedimento ao doente, se oportuno
- Administrar a terapêutica conforme prescrição
- Monitorizar ECG e Sinais Vitais
- Vigiar sinais de reperfusão (arritmias)
- Vigiar sinais de agravamento da isquémia
- Vigiar sinais hemorrágicos
 - Gengivorragias
 - Hematomas
 - Hematúria
 - Hematemeses
 - Melenas
 - Hemoptises
 - Epistaxis
 - Petéquias
 - Equimoses
- Vigiar ECG Glasgow
- Colheitas de sangue seriadas, controlo de aPTT e ajuste da perfusão de Heparina
- Vigiar reacções alérgicas

Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas

FIBRINÓLISE – Intervenções Enfermagem

Monitorizar a ocorrência de Hemorragia de 15/15' durante a 1ª H de terapêutica

Ver locais de procedimentos invasivos ou orifícios corporais

Hemorragia Interna?

Avaliar Estado Neurológico

SUSPENDER TERAPÊUTICA

Estado neurológico alterado, dor abdominal com vômitos castanhos ou fezes escuras, hematúria, dores articulares

Possível Hemorragia Intra Craniana?

Rita Kadlic



Síndromas Coronárias Agudas

FIBRINÓLISE – Intervenções Enfermagem

- ✓ Protocolos de administração do serviço
- ✓ Tempo de administração entre 30 a 60'
- ✓ Observar reacções de hipersensibilidade

Erupção, dispneia, febre, alterações de cor da face, edema periorbital, asma

➡ **Avisar o médico**

Ter disponível Adrenalina, um anti-histamínico e equipamento reanimação preparado para possível reacção anafilática

Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas

REFERENCIAÇÃO URGENTE INTER-HOSPITALAR

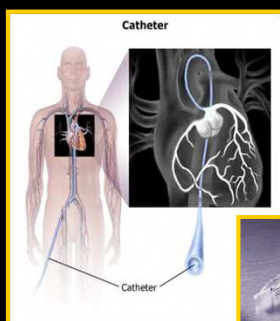
- Persistência de manifestações isquémicas e ausência de resolução >50% do supradesnivelamento de ST aos 45-60 min após o início de fibrinólise;
- Choque cardiogénico com indicação para revascularização;
- Instabilidade hemodinâmica e/ou eléctrica persistente;
- EAM com complicações mecânicas (ruptura do septo interventricular, ruptura da parede livre VE, etc.)

Ambulância medicalizada
Médico e Enfermeiro
Equipamento de monitorização de SV e ECG
Desfibrilhador
Material para SAV

Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas

INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA

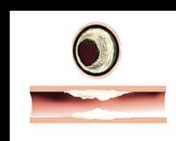


Rita Kadlic

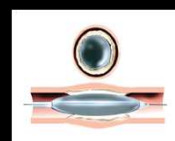


Síndromas Coronárias Agudas

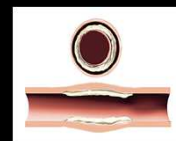
INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA



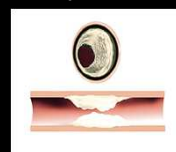
Dça Coronária



ICP balão



Resultado pós ICP



Reestenose



Stent



Reestenose Intra-Stent

Rita Kadlic

Síndromas Coronárias Agudas ICP – Intervenções de Enfermagem

- Monitorizar ECG, Sinais Vitais e SatO₂
- Vigiar sinais de reperfusão (arritmias)
- Vigiar ECG Glasgow
- Vigiar sinais hemorrágicos (antiagregantes)
 - Gengivorragias
 - Hematomas
 - Hematúria
 - Hematemeses
 - Melenas
 - Hemoptises
 - Epistaxis
 - Petéquias
 - Equimoses
- Colheitas de sangue seriadas
- Vigiar reacções alérgicas (contraste)
- Respeitar 2 horas jejum e iniciar com dieta ligeira
- Vigiar local inserção dos introdutores (hemorragia/hematoma)
- Vigiar diurese
- Vigilância do membro de acesso (compromisso neurocirculatório)
- Cumprimento de repouso no leito

Rita Kadic



Síndromas Coronárias Agudas CONSIDERAÇÕES FINAIS

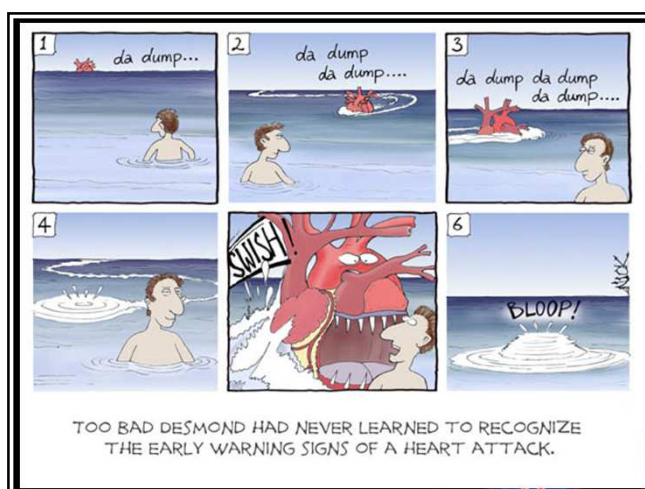
- Na triagem, a redução do tempo entre o início de sintomas e o primeiro contato médico depende do **reconhecimento correto e precoce de sinais e sintomas pelo enfermeiro**
- Importância do trabalho em equipa, da formação atualizada em Suporte Avançado de Vida e da promoção de um ambiente calmo e seguro para o doente e equipa.
- A diminuição da ansiedade, a transmissão de informação e a promoção de conforto ao doente/família são intervenções de enfermagem inerentes ao cuidado do doente com SCA.
- Uma **avaliação e atuação rápida** pode ser decisiva – Tempo é músculo!
- Aposta no diagnóstico precoce, no tratamento adequado da doença, reabilitação e prevenção, nomeadamente através do aconselhamento em prol de um estilo de vida adequado (*in* CESC)
- Ensino para a alta como área privilegiada da nossa atuação – Melhora Qualidade Vida pós EAM

Rita Kadic



Bibliografia e Webgrafia

- ✓ AEHLERT, Barbara – **ACLS – Emergências em Cardiologia**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- ✓ ALEXANDER, R. [et al] – **HURT'S – O Coração**, 9ª ed. Amadora: McGraw-Hill Portugal, 2000.
- ✓ ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares – **Recomendações Clínicas para o EAM e AVC**, Lisboa, 2007
- ✓ BRAUNWALD, E., [et al] – **Atlas de Doenças Cardíacas**, 3ª fascículo, 3ª ed. Lisboa: Euromédica – Edições Médicas, 2006.
- ✓ EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL – **Guidelines for Resuscitation 2010** (versão portuguesa), Conselho Português de Ressuscitação, 2010.
- ✓ LIPMAN, B.; CASCIO, T. – **ECG: Avaliação e Interpretação**, Loures: Lusociência, 2001.
- ✓ McLEAN, B.; ZIMMERMAN, J. – **Fundamental Critical Care Support**, 4ª ed. Illinois: Society of Critical Care Medicine, 2007.
- ✓ PONCE, P.; TEIXEIRA J. – **Manual de Urgências e Emergências**, Lisboa: Lidel, 2006.
- ✓ SCHAFFLER, A.; MENCHE, N. – **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem**, Loures: Lusociência, 2004.
- ✓ SEABRA GOMES, R. – **Vias Verdes FAM e AVC**, Lisboa, 2007
- ✓ SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência – da teoria à prática**, 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001.
- ✓ THELAN, L. [et al] – **Enfermagem em Cuidados Intensivos – diagnóstico e intervenção**, 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1996.
- ✓ THYGESEN, Kristian [et al] – Universal definition of myocardial infarction, *European Heart Journal*, Vol.28 (2007) 2525-2538.
- ✓ <http://www.acs-min-saude.pt/cndcv/>
- ✓ <http://www.lne.pt>
- ✓ <http://www.youtube.com/watch?v=QHE1JdK64M&feature=fvw>
- ✓ <http://www.youtube.com/watch?v=0HLOjMaLIIM&feature=related>
- ✓ <http://www.youtube.com/watch?v=wBwKdW-HQ&feature=related>

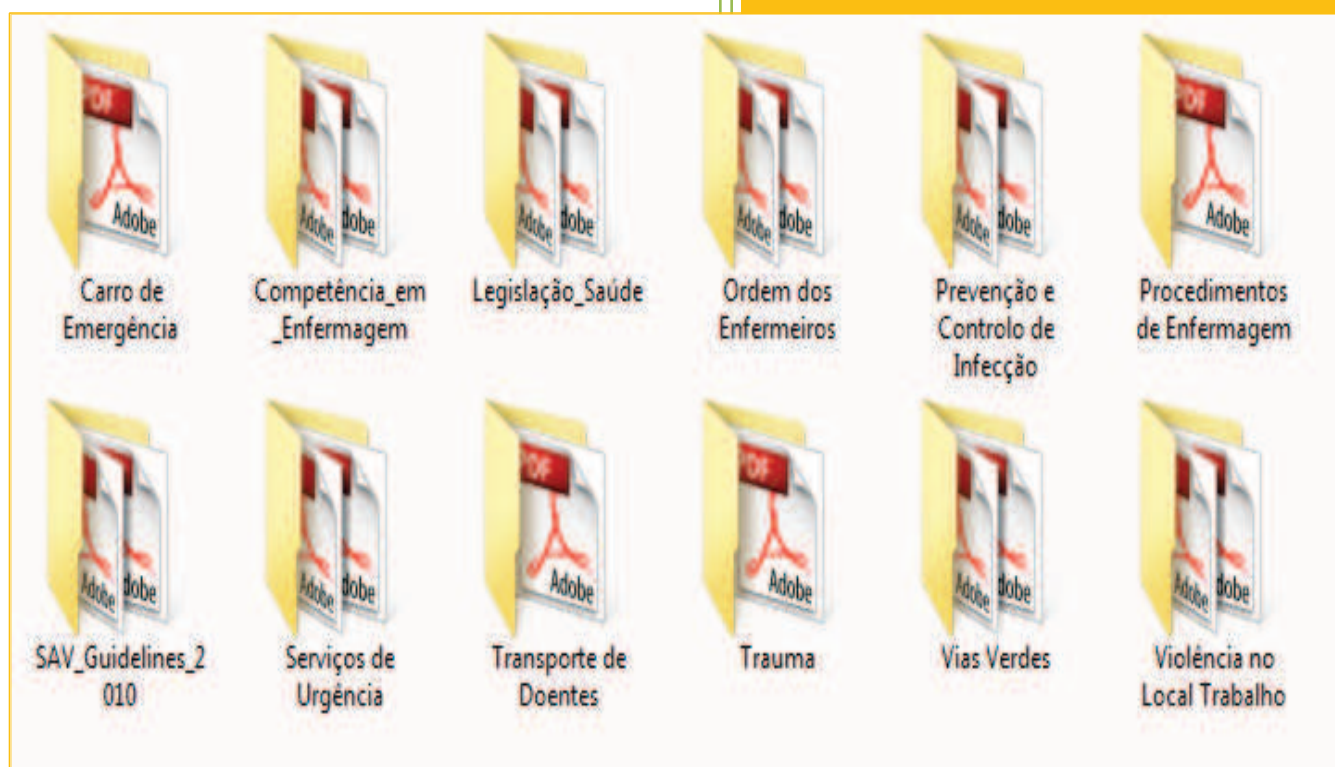


APÊNDICE VI

Cartaz de Divulgação do “SharePoint de Enfermagem”

Serviço de Urgência Geral

SharePoint de Enfermagem: Um espaço de partilha e atualização



Por Rita Kadic – Enfermeira e estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do ICS da UCP de Lisboa. Sob orientação de Enf. José Friães e Prof. Ilda Lourenço

APÊNDICE VII

Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Recomendações de boas práticas para a PCI associadas à inserção e manutenção da algália”

Plano da Sessão de Formação

Designação da formação	Recomendações de boas práticas para a Prevenção e Controlo de Infecção associadas à Inserção e Manutenção da Algália
Caracterização da formação	Atualização
Conteúdos programáticos	• Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) • A Infecção do Trato Urinário (ITU) como uma IACS • A algália como um fator de risco • Recomendações de boas práticas para a inserção e manutenção da algália, baseada nas <i>guidelines</i> mais recentes • Precauções básicas: Higiene das mãos • Equipamento de Proteção Individual (EPI) • Feedback dos resultados da auditoria • Oportunidades de melhoria
Formadora	Enfermeira Rita Kadic, estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e da Enf.ª F.
População Alvo /destinatários	Enfermeiros e Assistentes Operacionais de 3 unidades clínicas de um HALVT.
Definição dos objetivos pedagógicos	No final da sessão os formandos deverão: • Definir corretamente - IACS • Reconhecer a ITU como a 2ª IACS mais frequente • Reconhecer a algália como um fator de risco para a ITU associada aos cuidados de saúde • Conhecer os 5 momentos preconizados para a higiene das mãos • Conhecer as recomendações mais atuais de prevenção e controlo de infeção relativas à inserção e manutenção da algália • Contribuir para a prevenção e controlo da infeção em doentes com CVC • Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com CVC • Divulgar os resultados da auditoria.
Métodos e Técnicas pedagógicas	Expositivo, Interrogativo e Participativo
Materiais e Meios	Computador, Datashow, mesa e cadeiras
Duração total da formação	15 minutos
Datas e horários	Outubro e Novembro de 2011
Local	Sala de reuniões/sala de trabalho das diferentes unidades clínicas
Número de Formandos	Todos os disponíveis
Documentação de apoio	Procedimento multisectorial disponível na Intranet.



Objetivos

- Contribuir para a prevenção e controlo da infeção urinária em doentes algaliados;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente algaliado;
- Divulgar resultados da auditoria realizada.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

- Adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde. (WHO, 2002)
- Maior efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde. (BATES, 2009)
- Taxa de Prevalência de doentes com IACS: 11,7% (PORTUGAL, 2010)
- Taxa de Prevalência de doentes com IACS no HALVT (2010): 10,86%

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

- Na Europa são anualmente afetados, 4 milhões de doentes por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS: prevalência de IACS de 7,1%. (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008).
- 16 milhões de dias de hospitalização extra e 37 000 mortes atribuíveis anualmente. (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008).
- 7 biliões de euros/ano de custos acrescidos (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008).
- A proporção de doentes infetados nas UCI pode chegar aos 51% (VICENT, 2009).

Aumenta a morbilidade, mortalidade e tempo internamento

Aumenta a resistência aos antimicrobianos

Aumenta os custos económicos

Aumenta o impacto pessoal e familiar

BURKE (2003) e ALLEGIANZI et al (2011)

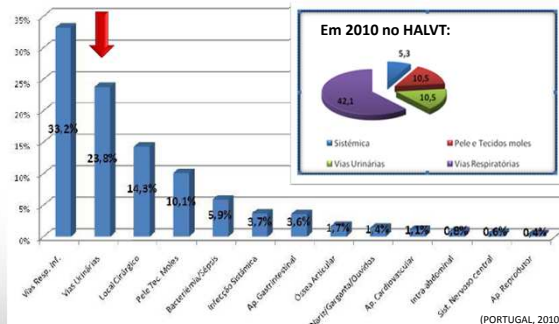
Prevalência de IACS por Áreas Assistenciais

Grupos de Serviços	N.º doentes estudados	N.º doentes/IN	N.º de IN	Preval.ª IN%
Unidades de Cuidados Intensivos	807	264	321	39,7
Cirurgia/outras Esp. Cirúrgicas	4540	488	740	16,3
Hematologia/Oncologia	352	51	56	15,9
Medicina/outras Esp. Médicas	7250	868	928	12,8
Ortopedia	1723	116	123	7,5
Pediatria/Esp. Pediátricas	998	56	70	7,0
S. Urgência (S.O.)	553	40	46	8,8
Neonatologia/Perinatologia	854	37	37	4,3
Urologia	571	32	33	5,8
Outros Serviços	264	31	29	11
Ginecologia/Obstetrícia	1487	26	27	1,8
Otorrinolaringologia	277	2	6	2,1
Reabilitação	273	25	26	9,5
Oftalmologia	117	2	7	5,9
Psiquiatria	945	12	15	1,3
TOTAL	21011	2087	2462	11,7%

(PORTUGAL, 2010)

A infeção urinária como uma IACS...

Distribuição das IACS por Localização



(PORTUGAL, 2010)

A algaliação como um fator de risco...

Prevalência de IACS em função de exposição a dispositivos invasivos

Fator de risco extrínseco	N.º total doentes com dispositivo	Local da IN	Taxa IN (%) Localização
Ventilação Invasiva	515	94	8,3 ► OR = 6
Sem ventilação	20496	724	3,5
Cateter urinário	4793	377	7,9 ► OR = 7,2
Sem cateter urinário	16218	189	1,2
Alimentação Parentérica	391	41	10,5
C. Vascular central	1668	117	7,0 ► OR = 50,2
Sem CVC	19343	29	0,1
C. Venoso periférico	13413	116	0,9
Sem CVP	7598	30	0,4

(PORTUGAL, 2010)

As Recomendações de Boas Práticas

HICPAC
HEALTHCARE INFECTION CONTROL
PRACTICES ADVISORY COMMITTEE

GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009



CAUTI Maintenance Bundle

Remove catheters as soon as possible, care for catheters individually

Procedimento Multisectorial

Instruções de Trabalho

Recomendações de Boas Práticas: Uso Adequado da Algália

- ✓ Algaliar apenas quando estritamente necessário;
- ✓ Evitar doentes de risco;
- ✓ Incontinência Urinária não é critério de algaliação;
- ✓ Ponderar dispositivos urinários externos;
- ✓ Desalgaliação tão precoce quanto possível;

GOULD [et al] (2009)

Recomendações de Boas Práticas para Algaliação

- ✓ Material esterilizado e de uso individual;
- ✓ Técnica asséptica;
- ✓ Lavagem genital com água e sabão;
- ✓ Soro Fisiológico para limpeza do meato;
- ✓ Algália de menor calibre possível;
- ✓ Material da algália escolhido de acordo com a duração prevista de manutenção da mesma;
- ✓ Conectar algália a saco de drenagem antes de algaliar;
- ✓ Água destilada para instilação no balão;

GOULD [et al] (2009)

Recomendações de Boas Práticas: Manutenção da Algália

- ✓ Manter circuito fechado;
- ✓ Não mudar sacos de drenagem por rotina;
- ✓ Manter saco abaixo do nível da bexiga, em suporte próprio;
- ✓ Higiene diária da região genital com água e sabão;
- ✓ Lavagens vesicais só recomendadas se previsto o risco de obstrução;
- ✓ Colheitas para análise através de picagem, com desinfecção prévia com álcool a 70°;
- ✓ Antes da desalgaliação não é necessário clampar o sistema;
- ✓ Registos rigorosos;

GOULD [et al] (2009)

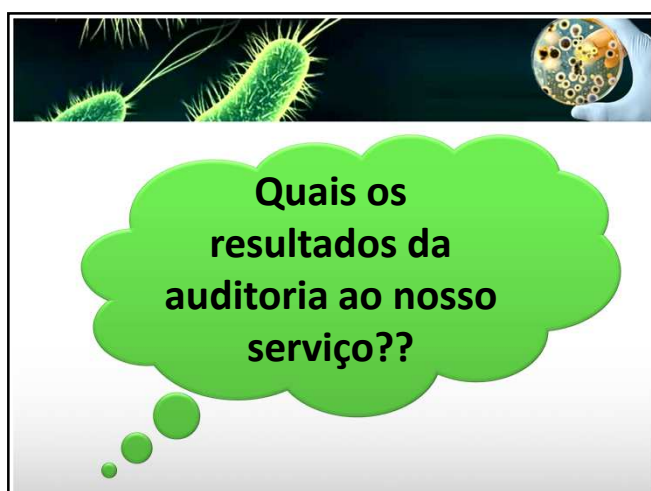
Recomendações de Boas Práticas: Manutenção da Algália

- ✓ O método de despejo do saco de drenagem é individualizado;
- ✓ Ao fazer os despejos, secar a torneira;
- ✓ Prevenir salpicos /derrames.



**Equipamento de
Proteção Individual**

GOULD [et al] (2009)



Oportunidades de Melhoria

- ✓ Manter a divulgação e discussão contínua do procedimento;
- ✓ Integrar o tema no Plano de Formação Anual do serviço;
- ✓ Elaborar instrução de trabalho;
- ✓ Importância das Precauções Básicas;
- ✓ Registrar rigorosamente o motivo de alegação para que seja avaliada permanentemente a possibilidade de desaligação precoce;

Oportunidades de Melhoria

- ✓ Registrar rigorosamente o volume de água instilada no balão para prevenir traumatismos;
- ✓ No final do despejo do saco coletor limpar sempre a torneira com uma compressa;
- ✓ Utilização de máscara com viseira pelo profissional sempre que se preveja o risco de salpico;
- ✓ Realização de auditorias internas no serviço.

Referências Bibliográficas

- ALLEGRAZI, B. [et al] – Burden of endemic health care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. Vol. 377 (2011) 228-241.
- BATES, D. [et al] – Global priorities for patient safety research. *British Medical Journal*. Vol. 338 (2009) 1775-1779.
- BURKE, J. – Infection Control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*. Vol. 348 (2003) 651-656.
- EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in the EU and EEA/EEA countries. [Em linha] Stockholm: 2008. 332p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf
- GOULD, C. V. [et al] – Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections. 2009. [Em linha] Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Department of Health and Human Services (CDC). 2009. 67p. [Consult. 08 Out. 2011] Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Relatório do Inquérito de Prevalência de Infecção 2010. [Em linha] Lisboa. Direcção Geral da Saúde. 2010. 16p. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>
- VINCENT, L. [et al] – International Study of the Prevalence and Outcomes of Infection in Intensive Care Units. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 302 (2009) 2323-2329.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention of Hospital-acquired infections: a practical guide. 2nd edition. [Em linha] Geneva: WHO, 2002. 72p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whodcscsreph200212.pdf>

Obrigada pela atenção!

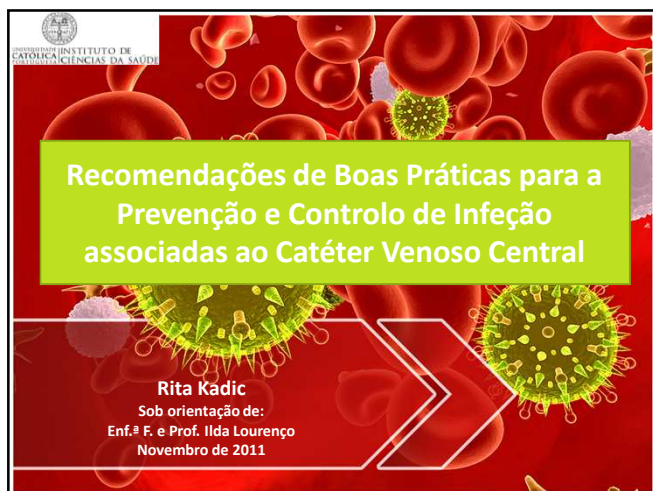
- Dúvidas?
- Pertinência da formação?
- Mais valias da formação?

APÊNDICE VIII

Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Recomendações de boas práticas para a PCI associadas ao CVC”

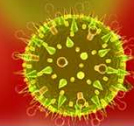
Plano da Sessão de Formação

Designação da formação	Recomendações de boas práticas para a Prevenção e Controlo de Infecção associadas à Inserção e Manutenção do Catéter Venoso Central (CVC)
Caracterização da formação	Atualização
Conteúdos programáticos	• Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) • O CVC como um fator de risco para a infeção da corrente sanguínea • Recomendações de boas práticas para a inserção e manutenção do CVC, baseada nas <i>guidelines</i> mais recentes • Precauções básicas: Higiene das mãos • Feedback dos resultados da auditoria • Oportunidades de melhoria
Formadora	Enfermeira Rita Kadic, estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e da Enf.ª F.
População Alvo /destinatários	Enfermeiros e Médicos de 2 unidades clínicas de um HALVT.
Definição dos objectivos pedagógicos	No final da sessão os formandos deverão: • Definir corretamente - IACS • Reconhecer o CVC como um fator de risco para a infeção da corrente sanguínea • Conhecer as recomendações mais atuais de prevenção e controlo de infeção relativas à inserção e manutenção do CVC • Contribuir para a prevenção e controlo da infeção em doentes com CVC • Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com CVC • Divulgar os resultados da auditoria.
Métodos e Técnicas pedagógicas	Expositivo, Interrogativo e Participativo
Materiais e Meios	Computador, Datashow, mesa e cadeiras
Duração total da formação	20 minutos
Datas e horários	Outubro e Novembro de 2011
Local	Sala de reuniões/sala de trabalho das diferentes unidades clínicas.
Número de Formandos	Todos os disponíveis
Documentação de apoio	Procedimento multisectorial disponível na Intranet.



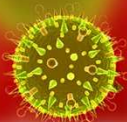
Objetivos

- Contribuir para a prevenção e controlo da infeção em doentes com catéter venoso central;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com catéter venoso central;
- Divulgar resultados da auditoria realizada.



A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

- Adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde. (WHO, 2002)
- Maior efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde. (BATES, 2009)
- Taxa de Prevalência de doentes com IACS: 11,7% (PORTUGAL, 2010)
- Taxa de Prevalência de doentes com IACS no HALVT (2010): 10,86%



A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

- Na Europa são anualmente afetados, 4 milhões de doentes por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS: prevalência de IACS de 7,1%. (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008)
- 16 milhões de dias de hospitalização extra e 37 000 mortes atribuíveis anualmente. (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008)
- 7 biliões de euros/ano de custos acrescidos (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008).
- A proporção de doentes infetados nas UCI pode chegar aos 51% (VICENT, 2009).

Aumenta a morbilidade, mortalidade e tempo internamento

Aumenta a resistência aos antimicrobianos

Aumenta os custos económicos

Aumenta o impacto pessoal e familiar

BURKE (2003) e ALLEGRAZI et al (2011)



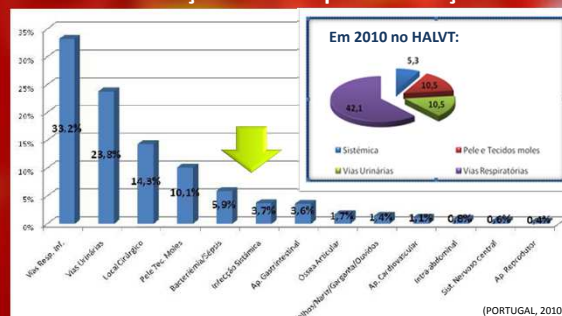
Prevalência de IACS por Áreas Assistenciais

Grupos de Serviços	N.º doentes estudados	N.º doentes/IN	N.º de IN	Preval.ª IN%
Unidades de Cuidados Intensivos	807	264	321	39,7
Cirurgia/outras Esp. Cirúrgicas	4540	488	740	16,3
Hematologia/Oncologia	352	51	56	15,9
Medicina/outras Esp. Médicas	7250	868	926	12,8
Ortopedia	1723	116	123	7,5
Pediatria/Esp. Pediátricas	998	56	70	7,0
S. Urgência (S.O.)	553	40	46	8,8
Neonatologia/Perinatologia	854	37	37	4,3
Urologia	571	32	33	5,8
Outros Serviços	264	31	29	11
Ginecologia/Obstetrícia	1487	26	27	1,8
Otorrinolaringologia	277	2	6	2,1
Reabilitação	273	25	26	9,5
Oftalmologia	117	2	7	5,9
Psiquiatria	945	12	15	1,3
TOTAL	21011	2087	2462	11,7%

(PORTUGAL, 2010)

A infeção relacionada com o CVC como uma IACS

Distribuição das IACS por Localização



O CVC como um fator de risco...

Prevalência de IACS em função de exposição a dispositivos invasivos

Fator de risco extrínseco	N.º total doentes com dispositivo	Local da IN	Taxa IN (%) Localização
Ventilação Invasiva	515	94	8,3 ► OR = 6
Sem ventilação	20496	724	3,5
Cateter urinário	4793	377	7,9 ► OR = 7,2
Sem cateter urinário	16218	189	1,2
Alimentação Parentérica	391	41	10,5
C. Vascular central	1668	117	7,0 ► OR = 50,2
Sem CVC	19343	29	0,1
C. Venoso periférico	13413	116	0,9
Sem CVP	7598	30	0,4

(PORTUGAL, 2010)

As Recomendações de Boas Práticas



Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011



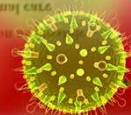
Central Vascular Catheter Maintenance Bundle

Central Vascular Catheter Maintenance Care Bundle

Avoid putting them in
Get them out as soon as possible
Perform optimal care

Procedimento Multisectorial

Instruções de Trabalho



Recomendações de Boas Práticas

COLOCAÇÃO

Usar só se for essencial e remover o mais precocemente possível :

- Terapêutica inotrópica, Alimentação Parentérica, Altas Concentrações de Potássio, outros fluidos veno-irritantes?
- Necessidade de monitorização PVC?
- Maus acessos venosos periféricos?
- Necessidade de Diálise sem FAV?



O'GRADY [et al] , (2011)
HEALTH PROTECTION SCOTLAND, (2008)

Recomendações de Boas Práticas

INSERÇÃO

- Lavagem cirúrgica das mãos
- Equipamento de Proteção Individual
- Técnica Assética e Campos esterilizados
- Utilização de anestesia/sedação
- CVC com mínimo de lúmens possível



O'GRADY [et al] , (2011)
HEALTH PROTECTION SCOTLAND, (2008)

Recomendações de Boas Práticas

INSERÇÃO

- Gluconato de Clorhexidina 2% em álcool a 70% para desinfecção do local inserção – deixar secar
- Preferir veia subclávia (excepto em HD) – Evitar a veia femoral!
- Aspiração de sangue de cada lúmen e lavagem dos mesmos com SF
- Penso de gaze ou penso transparente estéril!
- Confirmação com Rx Tórax
- Registos rigorosos



O'GRADY [et al] , (2011)
HEALTH PROTECTION SCOTLAND, (2008)

Recomendações de Boas Práticas

MANUTENÇÃO

- Higiene das mãos
- Técnica Assética
- Desinfecção do local de inserção com Gluconato de Clorhexidina a 2% em álcool a 70º - deixar secar
- Penso estéril: 7 dias máx. se penso transparente, 2 dias se de gaze
- Substituição dos sistemas e conexões às 96h, 24h se perfusão de derivados de sangue ou emulsões lipídicas, 12h se perfusão de Propofol



O'GRADY [et al] , (2011)
HEALTH PROTECTION SCOTLAND, (2008)

Recomendações de Boas Práticas

MANUTENÇÃO

- Descontaminação dos dispositivos de acesso intravascular com álcool a 70º
- Manter as tampas nas torneiras de 3 vias
- Observação e palpação do local de inserção
- Monitorização da temperatura corporal
- Não são feitas culturas bacteriológicas por rotina
- A ponta do CVC é sempre acompanhada de hemocultura
- Registos rigorosos

O'GRADY [et al], (2011)
HEALTH PROTECTION SCOTLAND, (2008)



Recomendações de Boas Práticas

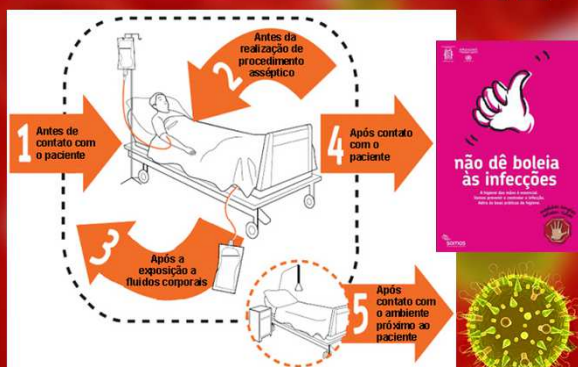
SUBSTITUIÇÃO/REMOÇÃO

- Remoção precoce
- Substituição se sinais de infiltração, infecção ou data de colocação desconhecida – não por rotina!
- Substituição se o CVC tiver sido colocado em situação de potencial quebra de assepsia

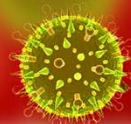
O'GRADY [et al], (2011)
HEALTH PROTECTION SCOTLAND, (2008)



Higiene das mãos

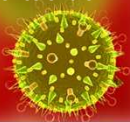


Quais os resultados da auditoria ao nosso serviço??



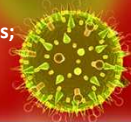
Oportunidades de Melhoria

- ✓ Manter a divulgação e discussão contínua do procedimento emanado pela CCI;
- ✓ Integrar o tema no *Plano de Formação da unidade clínica*;
- ✓ Criar Instrução de Trabalho deste procedimento;
- ✓ Realização de auditorias internas na unidade clínica;
- ✓ Continuar a apostar na formação dos profissionais relativamente às Precauções Básicas;
- ✓ Utilizar CVC com o mínimo de lúmens possível;



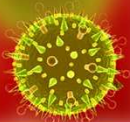
Oportunidades de Melhoria

- ✓ Privilegiar a subclávia e jugular. Evitar a femoral!
- ✓ Lavagem cirúrgica das mãos para a inserção de CVC;
- ✓ Técnica asséptica, equipamento de proteção individual e campo esterilizado de grandes dimensões;
- ✓ Os pensos transparentes impermeáveis podem permanecer 7 dias, se íntegros, limpos e secos – usar sempre pensos estéreis!
- ✓ Dispositivos de acesso intravascular desinfetados;



Oportunidades de Melhoria

- ✓ Substituição de sistemas de 96/96 horas (se propofol: 12/12h)
- ✓ O diafragma de borracha dos frascos multidose deve ser desinfetado com álcool a 70°;
- ✓ Lavar cada um dos lúmens do cateter com soro fisiológico (não heparinado);
- ✓ Registos rigorosos.

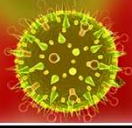


Referências Bibliográficas

- ALLEGRAZZI, B. [et al] – Burden of endemic health care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. Vol. 377 (2011) 228-241.
- BATES, D. [et al] – Global priorities for patient safety research. *British Medical Journal*. Vol. 338 (2009) 1775-1779.
- BURKE, J. – Infection Control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*. Vol. 348 (2003) 651-656.
- EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in the EU and EEA/EEA countries*. [Em linha] Stockholm: 2008. 332p. [Consult: 1 Nov. 2011] Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf
- HEALTH PROTECTION SCOTLAND. *Central Vascular Catheter Maintenance Bundle*. [Em linha] Infection Control Team, 2008 [Consult: 20 Out. 2011]. Disponível em <http://www.hps.scot.nhs.uk/haic/ic/CVCMaintenanceCareBundle.aspx>
- O'GRADY, N. [et al] – *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011*. [Em linha] Center of Disease Control, 2011. 83p. [Consult: 21 Out. 2011]. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/haic_guidelines-2011.pdf
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Relatório do Inquérito de Prevalência de Infecção 2010*. [Em linha] Lisboa. Direcção Geral da Saúde, 2010. 16p. [Consult: 20 Out. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/fms/8/default.aspx?pi=8&id=55218&access=0>
- VINCENT, L. [et al] – International Study of the Prevalence and Outcomes of Infection in Intensive Care Units. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 302 (2009) 2323-2329.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prevention of Hospital-acquired infections: a practical guide*. 2nd edition. [Em linha] Geneva: WHO, 2002. 72p. [Consult: 1 Nov. 2011] Disponível em <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whodocs/scsreph200212.pdf>

Obrigada pela atenção!

- Dúvidas?
- Pertinência da formação?
- Mais valias da formação?



APÊNDICE IX

Folheto “Higiene das mãos: o primeiro passo no combate à infecção”

**A Higiene das Mãos
previne as infeções!**

Lave as mãos!

Fricção Anti-séptica das mãos

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

⌚ Duração total do procedimento: 30-45 seg.



**Esclareça as suas dúvidas com
os Profissionais de Saúde!**

**Transmita esta mensagem
a outras Pessoas!**



Elaborado por: Enfermeira Rita Kadic, estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, sob orientação de Enf.ª F. e Prof. Ilda Lourenço.



Higiene das Mãos:

*O primeiro passo
no combate à
infeção*

**INFORMAÇÃO PARA AS
VISITAS DO DOENTE**

Novembro 2011

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

Lave as mãos antes e depois do contato com o seu familiar!

As nossas mãos transportam micróbios que podem prejudicar a saúde



A lavagem das mãos é a medida mais eficaz para prevenir a infeção!

Deve lavar as mãos antes e após o contacto com o seu familiar!

Pode lavar as mãos com água e sabão



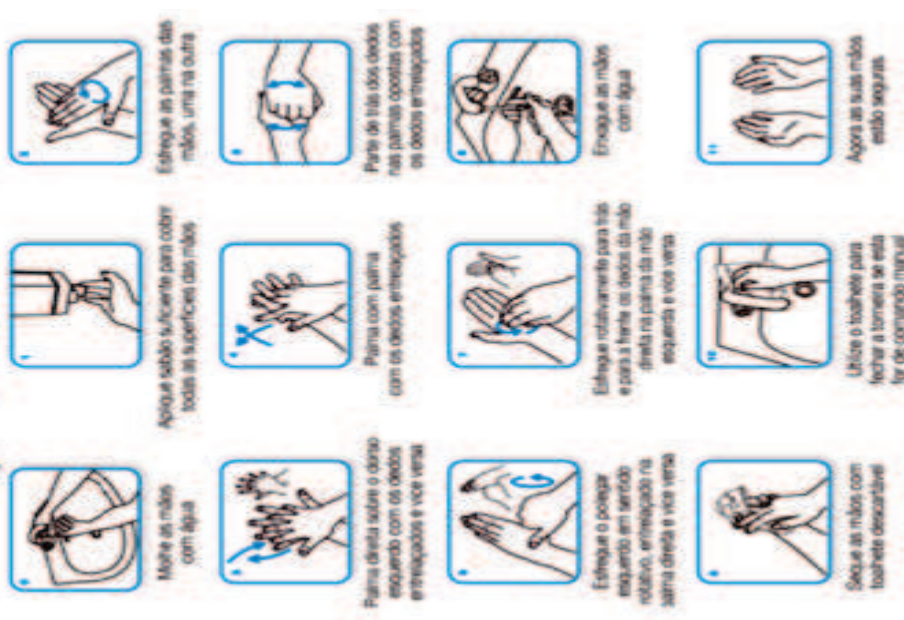
Ou
desinfetá-las,
friccionando-as com os
produtos existentes nos
serviços



Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

Duração total do procedimento: 40-60 seg.



APÊNDICE X

**Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Prevenção e Controlo de Infecção:
Princípios Fundamentais e Doente Algaliado: Doente de Risco”**

Plano da Sessão de Formação

Designação da formação	Prevenção e Controlo de Infeção: Princípios Fundamentais e Doente Algaliado: Doente de Risco
Caracterização da formação	Atualização
Conteúdos programáticos	• Conceitos em PCI • As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) • Fatores de Risco • Cadeia Linear de Transmissão • Prevenção das IACS • A infeção urinária como uma IACS • A algália como um fator de risco • Recomendações de boas práticas para a manutenção da algália – intervenção do assistente operacional
Formadora	Enfermeira Rita Kadic, estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e da Enf.ª F.
População Alvo /destinatários	Assistentes Operacionais de um HALVT
Definição dos objetivos pedagógicos	No final da sessão os formandos deverão: • Definir corretamente as IACS • Descrever os componentes da cadeia linear de transmissão • Conhecer as recomendações mais atuais de prevenção e controlo de infeção relativas à intervenção do assistente operacional na manutenção da algália • Contribuir para a prevenção e controlo da infeção urinária em doentes algaliados; • Contribuir para a prevenção e controlo das IACS; • Promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes.
Métodos e Técnicas pedagógicas	Expositivo, Interrogativo e Participativo
Materiais e Meios	Computador, <i>Datashow</i> , mesa e cadeiras, quadro branco, canetas
Duração total da formação	3 horas
Datas e horários	14 de Novembro de 2011 das 9h-12h
Local	Auditório
Número de Formandos	20
Documentação de apoio	Diapositivos da sessão em formato PDF. Procedimentos multisectoriais disponíveis na Intranet.

**“PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO –
Intervenção do Assistente Operacional”**

**Prevenção e Controlo de Infecção:
Princípios Fundamentais**

Por Rita Kadic
Sob a Orientação de Enf. F. e de Prof. Ilda Lourenço

 INSTITUTO DE
SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

14 de Novembro 2011

Objetivos

- Contribuir para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde;
- Promover a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Sumário

- Conceitos
- Definição e impacto das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)
- Fatores de Risco para as IACS
- Cadeia Linear de Transmissão
- Prevenção das IACS

Conceitos

Infeção

Presença e multiplicação de um agente infeccioso nos tecidos e fluídos orgânicos com manifestações clínicas adversas associadas. (WILSON, 2003)

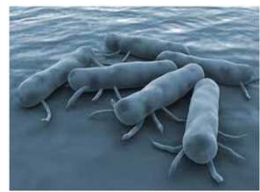




Conceitos

Colonização

Presença e multiplicação de microrganismos num determinado ambiente, como uma superfície do corpo, mas sem provocar doença. (WILSON, 2003)




Conceitos

Portador

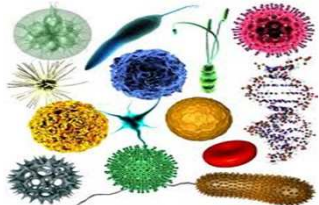
- Indivíduo colonizado com um microrganismo específico
- Existe agente isolado mas não há doença
- Pode ter história de doença anterior
- Pode ser transitório, intermitente ou persistente (PORTUGAL, 2007)




Conceitos

Contaminação

Presença de microrganismos em objetos inanimados ou na superfície corporal (ex: mãos), sem invasão dos tecidos ou reação fisiológica. (WILSON, 2003)




Conceitos

Infeção Nosocomial

- Infeção Hospitalar (*nosocomium* = hospital)
- Adquirida durante o internamento
- Não existia nem estava incubada na admissão
- Pode manifestar-se já depois da alta
- Afeta também os profissionais e outras pessoas que contatem com o hospital
- Infeções que ocorram 48 após a admissão são habitualmente consideradas nosocomiais (PORTUGAL, 2007)





Conceitos

Infeção na Comunidade

- Já existia ou estava incubada antes da admissão no hospital
- Pode contribuir para as infeções nosocomiais por isso não deve ser ignorada
- Pode constituir risco para os profissionais e outras pessoas que contatem com o hospital (PORTUGAL, 2007)



IACS - Definição

Adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde. WHO (2002).

Maior efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde. BATES (2009).



AS IACS - Impacto

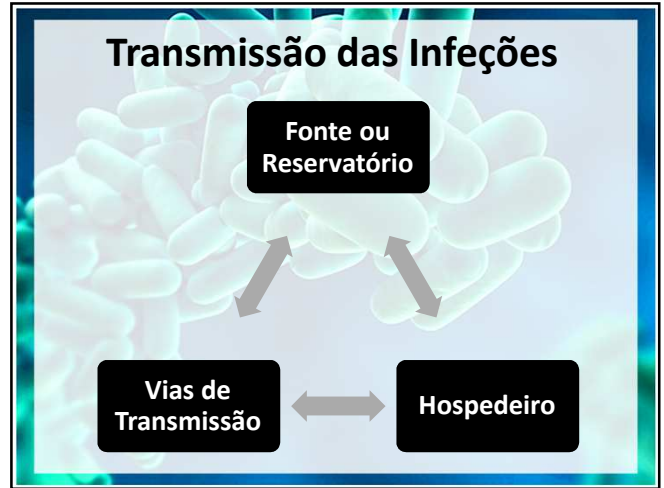
A morbilidade, mortalidade e tempo de internamento	A resistência dos microrganismos aos antimicrobianos
Aumentam	
Os custos económicos	O impacto pessoal e familiar da doença

BURKE (2003) e ALLEGRAZZI et al (2011)



IACS- Fatores de Risco

- Idade >65 anos e <1 ano
- Admissão em serviços de urgência ou unidades de cuidados intensivos
- Internamento >7 dias
- Dispositivos Invasivos (CVC, Algália, TOT)
- Procedimentos Invasivos (Cirurgia)
- Trauma
- Imunosupressão
- Doença Crónica e Terapêutica Associada
- Desnutrição/Obesidade
- Tabagismo
- Não Imunização WHO (2011).



Cadeia Linear de Transmissão

• Agente Microbiano

- Bactéria
- Vírus
- Fungo
- Parasitas

Agente Causal



- Os microrganismos encontram-se em toda a parte!

(PORTUGAL, 2007)

Cadeia Linear de Transmissão

Agente Causal

- Os microrganismos são parte essencial da nossa ecologia e, para que se mantenha um equilíbrio desejável, é necessário compreender a sua interação com o homem;
- O Homem vive geralmente em harmonia com o mundo dos micróbios;
- Só um pequeno número de espécies (3%) causam infeção em pessoas saudáveis;
- 90% das células do corpo humano são células bacterianas.

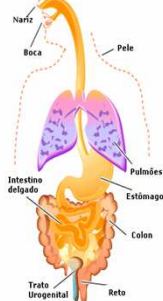
(PORTUGAL, 2007)

Cadeia Linear de Transmissão

Há microrganismos que fazem parte essencial da nossa flora – flora saprófita/comensal

Agente Causal

Pele	Olhos	Cavidade oral
Staphylococcus	Staphylococcus	Lactobacillus
Micrococcus	Streptococcus	Neisseria
Propionibacterium	Neisseria	Streptococcus
Corynebacterium		Fusobacterium
Streptococcus		Actinomyces
Malassezia		Treponema
Pityrosporum		Bacteroides
Trato respiratório	Trato Digestivo	Trato Urogenital
Staphylococcus	Bacteroides	Streptococcus
Corynebacterium	Lactobacillus	Bacteroides
Streptococcus	Enterococcus	Mycobacterium
Hemophilus	Escherichia coli	Neisseria
Neisseria	Proteus	Enterobacter
Branhamella	Klebsiella	Clostridium
	Enterobacter	Lactobacillus
	Bifidobacterium	Candida
	Citrobacter	Trichomonas
	Fusobacterium	
Ouvido		
Staphylococcus		
Corynebacterium		

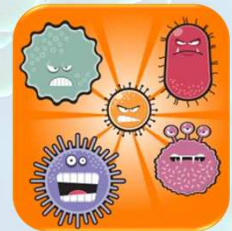


Cadeia Linear de Transmissão

Agente Causal

• Patogenicidade

- Capacidade de um agente infeccioso provocar doença (PORTUGAL, 2007)



Cadeia Linear de Transmissão

Agente Causal

• Resistência bacteriana:

- Resistência natural do microrganismo
- Aquisição de resistência aos antimicrobianos



Incidir nos profissionais e na população!
Os antibióticos estão em "vias de extinção"!



Cadeia Linear de Transmissão

Reservatório / Fonte

Agente Causal

Porta de Saída

Hospedeiro Suscetível

Via de Transmissão

Porta de Entrada



Cadeia Linear de Transmissão

Reservatório / Fonte

• Reservatório

- Local onde o agente microbiano se mantém, metaboliza e multiplica

• Fonte

- Local onde o agente se transmite ao hospedeiro (contato directo ou indirecto)
- Pode ser, ou não, o próprio reservatório

(PORTUGAL, 2007)

Cadeia Linear de Transmissão

Reservatório / Fonte

• Origem Humana

- Doente
- Visitantes
- Profissionais
 - ✓ Inadequada ou não utilização dos produtos disponibilizados
 - ✓ Baixa adesão à higiene das mãos
 - ✓ Falta de rigor na desinfeção de materiais/equipamentos
 - ✓ Desrespeito pelas normas e protocolos
 - ✓ Inadequada organização do trabalho
 - ✓ Falta de informação
 - ✓ Sobrelotação dos serviços

Cadeia Linear de Transmissão

• Origem Inanimada

- Material e equipamento
- Roupas
- Resíduos
- Ar
- Água
- Alimentos
- Circuitos inadequados
- Arquitetura não adaptada
- Isolamentos ausentes

Reservatório / Fonte



(PORTUGAL, 2007)

Cadeia Linear de Transmissão

• Infecção Endógena

- Origem na própria população microbiana (flora) do doente
- Pode ser facilitada pelos profissionais ou pela realização de procedimentos

• Infecção Exógena

- Tem origem no ambiente que rodeia o doente
- Infecção cruzada
- Profissionais, visitas, alimentação, água, ar



(PORTUGAL, 2007)

Cadeia Linear de Transmissão

Ambiente Hospitalar:

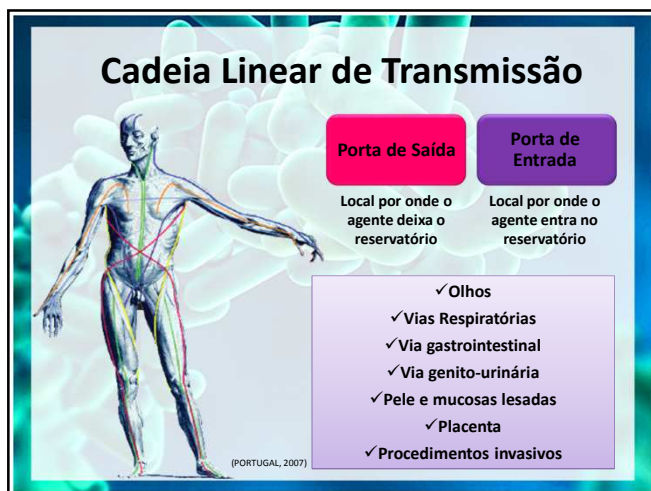
- ✓ Instalações, mobiliário, equipamento clínico e não clínico, os serviços e ainda as pessoas (doentes, pessoal e visitas);
- ✓ Manutenção preventiva e higienização correta e regular;
- ✓ A temperatura, a humidade, a ventilação, as correntes de ar têm um papel na manutenção/eliminação dos reservatórios e também nas vias de transmissão (aérea);
- ✓ Tudo o que se encontra no ambiente pode contaminar-se e constituir fonte ou reservatório de infeção.

Reservatório / Fonte

(PORTUGAL, 2007)

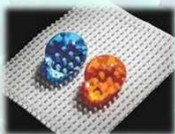
Cadeia Linear de Transmissão





Cadeia Linear de Transmissão

Gotículas



Via de Transmissão

- ✓Agentes transmissíveis por gotículas ($> 5 \mu\text{m}$) que ficam suspensos no ar durante um curto período de tempo e depois se depositam no ambiente
- ✓Tosse, fala, espirro, procedimentos do trato respiratório
- ✓Inaladas em contatos próximos (1-2 m)
- ✓Depositadas nas mucosas através das mãos por contato indireto

CHLC, EPE (2009)

Cadeia Linear de Transmissão

Via Aérea



Via de Transmissão

- ✓Agentes transmissíveis pelos núcleos das gotículas evaporadas ($\leq 5 \mu\text{m}$) que permanecem suspensas no ar e se podem dispersar a longas distâncias
- ✓Tosse, fala, espirro, procedimentos do trato respiratório

CHLC, EPE (2009)

Cadeia Linear de Transmissão

Outras

- Ingestão
- Percutânea
- Transplacentar
- Vetores



Via de Transmissão

Cadeia Linear de Transmissão



Cadeia Linear de Transmissão

Hospedeiro
Suscetível

- ✓ Aquele que não tem resistência eficaz a um agente patogénico;
- ✓ Todo o doente tem um certo grau de imunossupressão estando mais susceptível de desenvolver infeção;
- ✓ A resistência do hospedeiro depende de:
 - ✓ Sistema Imunitário
 - ✓ Idade
 - ✓ Patologia e Terapêutica Associada
 - ✓ Estado Nutricional
 - ✓ Estilo de Vida
 - ✓ Imunizações
 - ✓ Intervenções a que está sujeito



Cadeia Linear de Transmissão



Hospedeiro
Suscetível

- ✓ Doentes imunodeprimidos (doenças ou tratamentos)
 - ✓ doença imunossupressora primária
 - ✓ doença imunossupressora secundária
 - ✓ cancro, HIV/SIDA, terapêutica imunossupressora, ...
- ✓ Doentes diabéticos, desnutridos, obesos, fumadores
- ✓ Feridas cirúrgicas, queimados, politraumatizados, úlceras de pressão
- ✓ Idosos (multi-patologia e terapêutica)
- ✓ Recém-nascidos ou prematuros (imaturidade do sistema imunitário)

Cadeia Linear de Transmissão



Hospedeiro
Suscetível

Infecta

- Invade os tecidos

Coloniza

- Existência de ambiente favorável

Morre

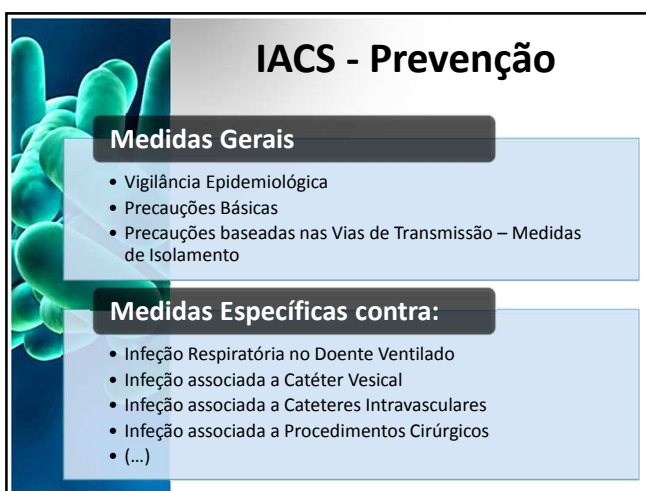
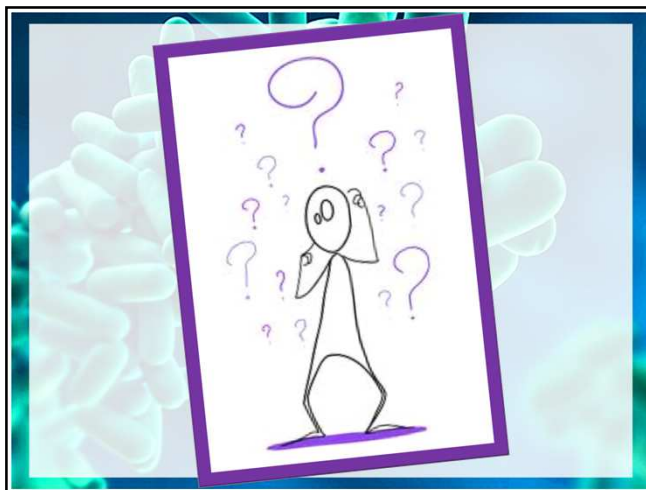
- Inexistência de ambiente favorável

Cadeia Linear de Transmissão

Os profissionais são frequentemente expostos à contaminação!

Hospedeiro
Suscetível



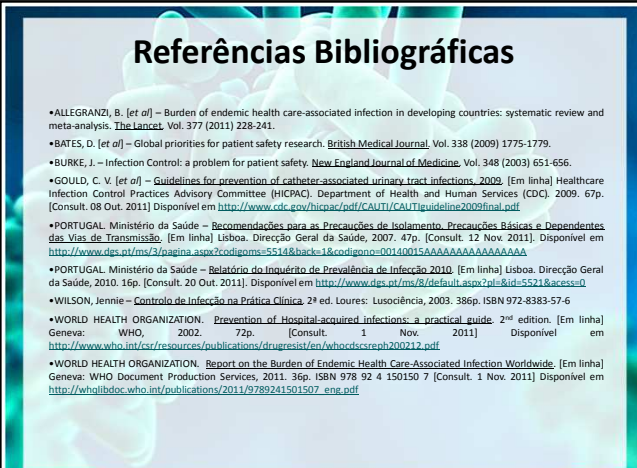




IACS - Prevenção

- **Contenção na Fonte**
 - Diagnóstico e Tratamento Precoces
 - Quartos de Isolamento / Patologias infecciosas comuns
 - Informação ao doente, conviventes e profissionais
- **Bloqueio das Vias de Transmissão**
 - Uso correcto das barreiras protetoras
 - Higienização das mãos
 - Quartos com pressão positiva/negativa
- **Protecção do Hospedeiro Suscetível**
 - Reforçar as suas defesas
 - Uso correcto das barreiras protetoras





Referências Bibliográficas

• ALLEGRAZI, B. [et al] – Burden of endemic health care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. Vol. 377 (2011) 228-241.

• BATES, D. [et al] – Global priorities for patient safety research. *British Medical Journal*. Vol. 338 (2009) 1775-1779.

• BURKE, J. – Infection Control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*. Vol. 348 (2003) 651-656.

• GOULD, C. V. [et al] – *Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections, 2009*. [Em linha] Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Department of Health and Human Services (CDC). 2009. 67p. [Consult. 08 Out. 2011] Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>

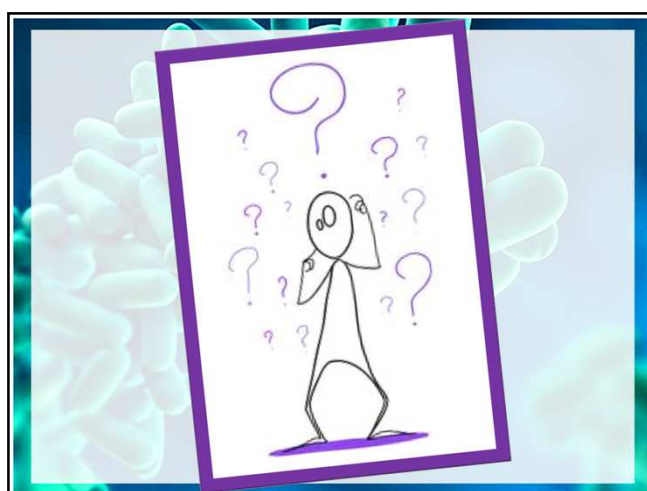
• PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Dependentes das Vias de Transmissão*. [Em linha] Lisboa. Direcção Geral da Saúde. 2007. 47p. [Consult. 12 Nov. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?codigo=5514&back=1&codigo=00140015AAAAAAAAAAAAAAAA>

• PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Relatório do Inquérito de Prevalência de Infecção 2010*. [Em linha] Lisboa. Direcção Geral da Saúde. 2010. 16p. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/m/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>

• WILSON, Jennie – *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2009. 386p. ISBN 972-8383-57-6

• WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prevention of Hospital-acquired Infections: a practical guide*. 2ª edition. [Em linha] Geneva: WHO. 2002. 72p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whodocscsreph200212.pdf>

• WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. [Em linha] Geneva: WHO Document Production Services, 2011. 36p. ISBN 978 92 4 150150 7 [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em http://whalibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf



**“PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO –
Intervenção do Assistente Operacional”**

Doente Algaliado: Doente de Risco



Por Rita Kadic
Sob a Orientação de Enf. F. e de Prof. Ilda
Lourenço

14 de Novembro 2011

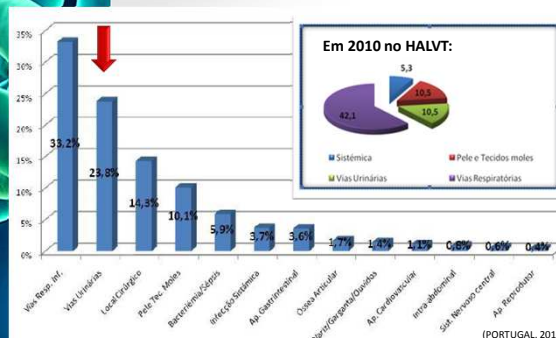
Objetivos

- Contribuir para a prevenção e controlo da infeção urinária em doentes algaliados;
- Promover a qualidade dos cuidados prestados ao doente algaliado.

Sumário

- A infeção urinária como uma IACS
- A algália como um fator de risco
- Recomendações de boas práticas para a manutenção da algália – intervenção do AO

A Infeção Urinária como uma IACS



A algália como um fator de risco

(PORTUGAL, 2010)

Fator de risco extrínseco	N.º total doentes com dispositivo	Local da IN	Taxa IN (%)	Localização
Ventilação Invasiva	515	94	8,3	► OR = 6
Sem ventilação	20496	724	3,5	
Cateter urinário	4793	377	7,9	► OR = 7,2
Sem cateter urinário	16218	189	1,2	



Recomendações de boas práticas para a manutenção da algália

- ✓ Higiene das Mãos;
- ✓ Uso de Equipamento de Proteção Individual;
- ✓ Higiene diária da região genital com água e sabão;
- ✓ O banho de chuveiro está indicado para manutenção da higiene pessoal do doente;
- ✓ O saco de drenagem deve ser despejado e a torneira fechada antes do doente entrar no banho;
- ✓ Manter circuito fechado;
- ✓ O saco de drenagem deve ser controlado com regularidade e esvaziado quando estiver a cerca de metade da sua capacidade;

GOULD [et al] (2009)

Recomendações de boas práticas para a manutenção da algália



- ✓ Não mudar sacos de drenagem;
- ✓ Manter saco abaixo do nível da bexiga, em suporte próprio;
- ✓ Em cada despejo, deve ser usado um recipiente limpo e individualizado, evitando o contato entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo;
- ✓ Ao fazer os despejos, secar a torneira;
- ✓ Prevenir salpicos /derrames.

GOULD [et al] (2009)

Não Esquecer!

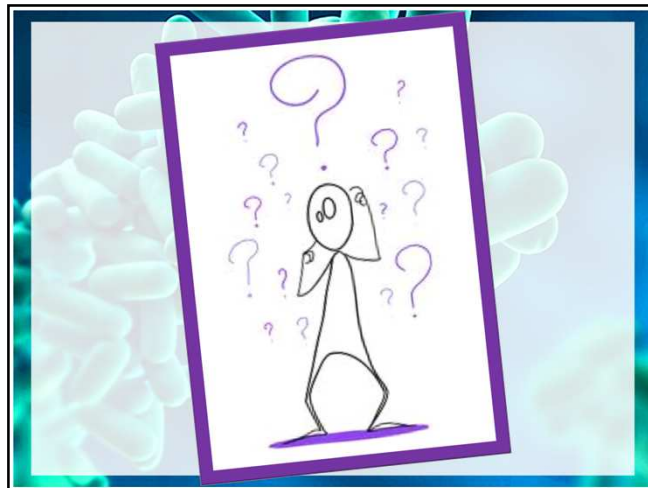
Considerar todos os indivíduos como estando infetados!

Não existem doentes nem materiais de risco, mas sim, comportamentos de risco!



Referências Bibliográficas

- ALLEGRAZZI, B. [et al] – Burden of endemic health care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. Vol. 377 (2011) 228-241.
- BATES, D. [et al] – Global priorities for patient safety research. *British Medical Journal*. Vol. 338 (2009) 1775-1779.
- BURKE, J. – Infection Control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*. Vol. 348 (2003) 651-656.
- GOULD, C. V. [et al] – *Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections, 2009*. [Em linha] Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Department of Health and Human Services (CDC). 2009. 67p. [Consult. 08 Out. 2011] Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Dependentes das Vias de Transmissão*. [Em linha] Lisboa. Direcção Geral da Saúde, 2007. 47p. [Consult. 12 Nov. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/msa/3/pagina.aspx?codigo=5514&back=1&codigo=00140015AAAAAAAAAAAAAAAA>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Relatório do Inquérito de Prevalência de Infecção 2010*. [Em linha] Lisboa. Direcção Geral da Saúde, 2010. 16p. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/msa/8/default.aspx?pl=8id:5521&aces=0>
- WILSON, Jennie – *Controlo de Infecção na Prática Clínica*, 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 386p. ISBN 972-8383-57-6
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prevention of Hospital-acquired infections: a practical guide*. 2ª edition. [Em linha] Geneva: WHO, 2002. 72p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugsresist/en/whodocscsreph200212.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. [Em linha] Geneva: WHO Document Production Services, 2011. 36p. ISBN 978 92 4 150150 7 [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em http://whalibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf



Obrigada pela atenção



APÊNDICE XI

Estudo “Conhecimentos e adesão dos médicos no âmbito das precauções básicas e precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão”

**Conhecimentos e
Adesão dos Médicos
no âmbito das
Precauções Básicas e
Precauções de
Isolamento baseadas
nas Vias de
Transmissão**

2011

Comissão de Controlo de Infecção



Este trabalho foi realizado por Rita Sousa Kadic, enfermeira e estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Insere-se no âmbito do Estágio – Módulo III, Opcional, que decorreu na CCI de um HALVT, no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011.

O mesmo decorreu sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e da Enf. F.

Índice

Introdução	3
Objetivos	4
Metodologia	4
Apresentação dos Resultados	6
Discussão dos Resultados	16
Conclusões	17
Referências Bibliográficas	18
Anexo – Questionário Aplicado	19

Introdução

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) designa a infeção adquirida pelos doentes durante a prestação de cuidados de saúde, quer em hospitais quer em ambulatório, que não estava presente ou incubada no momento da admissão, e que pode manifestar-se após a alta. Pode também afetar os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). São o maior efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde (BATES, 2009), e como tal justificam todas as medidas preconizadas para prevenção e controlo de infeção, nomeadamente as precauções básicas (PB) e as precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão (PBVT).

Os estudos demonstram as consequências das IACS, quer para as instituições, quer para o doente e família. Espera-se que o confronto dos profissionais com estes resultados reais, fruto da sua prática diária, constitua um veículo de sensibilização e reflexão sobre a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Segundo o EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2008) são afetados anualmente na Europa, aproximadamente 4 131 000 doentes por cerca de 4 544 100 episódios de IACS, o que se traduz numa prevalência de IACS de 7,1%. As estimativas europeias indicam que as IACS são responsáveis por 16 milhões de dias de hospitalização extra e 37 000 mortes atribuíveis anualmente, para além do contributo negativo de mais 110 000 mortes. O impacto destas infeções reflete-se também em perdas financeiras substanciais, com um custo acrescido de cerca de 7 biliões de euros por ano. BURKE (2003) e ALLEGIANZI *et al* (2011) corroboram que as IACS são responsáveis pelo acréscimo do tempo de internamento, da morbilidade e mortalidade, dos custos económicos, da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e do impacto pessoal e familiar da doença.

Considerando que a magnitude deste problema deve ser consciencializada pelos profissionais de saúde, espera-se que a conduta da prática preventiva ganhe maior relevo e que o impacto pessoal, familiar e institucional destas infeções possa ser reduzido.

De acordo com a informação obtida na Comissão de Controlo de Infeção (CCI) deste hospital, a classe médica apresenta uma fraca adesão às iniciativas de formação nesta área. Em 2010 apenas 3 médicos frequentaram sessões de formação da CCI. Por outro lado, apesar das diretrizes emanadas e do apoio disponibilizado pela CCI, verifica-se durante as práticas e através das auditorias realizadas, que existem ainda muitas lacunas na adesão às práticas

recomendadas de prevenção e controlo de infeção (PCI). Torna-se premente confrontar estas informações com a aplicação de um questionário neste âmbito.

Este estudo dá continuidade ao trabalho desenvolvido por uma enfermeira e aluna deste mestrado, que teve como população alvo os enfermeiros de vários serviços deste hospital.

Objetivos do Estudo

O objetivo do estudo foi identificar os conhecimentos e a adesão de um grupo profissional (médicos) aos procedimentos da CCI no âmbito das precauções básicas e das precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão.

Metodologia

MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO E TIPO DE ESTUDO

Este estudo é transversal descritivo utilizando metodologia de investigação quantitativa.

AMOSTRA

A amostra do estudo é constituída por 23 profissionais de duas unidades clínicas deste hospital. Foi escolhida uma unidade clínica de especialidade médica e outra de especialidade cirúrgica. Foram abrangidos todos os médicos (licenciados em Medicina) a exercer funções nas respetivas unidades clínicas, o que incluiu os médicos internos. Foram excluídos 3 profissionais que se encontravam em licença de férias.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi feita através de um questionário anónimo (Anexo). A primeira parte do questionário pretendia caracterizar alguns atributos sociodemográficos e profissionais dos médicos, como a idade, o género, o tempo de atividade profissional (em anos) e a unidade clínica de exercício profissional. A segunda parte constava de duas questões que visavam saber se os profissionais tinham formação prévia em prevenção de controlo de infeção, e há quanto tempo a tinham realizado. A terceira e última parte do questionário era constituída por questões que visavam identificar os conhecimentos e a adesão dos profissionais no âmbito das PB e PBVT.

A opção pela aplicação de questionário prendeu-se com o facto de ser a forma mais célere de obter a informação pretendida de uma amostra relativamente homogénea. Os temas constantes do questionário foram seleccionados com base na revisão bibliográfica realizada sobre esta temática, nomeadamente estudos de investigação, diretrizes e recomendações de boas práticas (*Center of Disease Control* e *World Health Organization*) e os procedimentos multisectoriais do HALTV.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As considerações éticas como o consentimento informado, a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade foram cuidadosamente asseguradas durante todo o percurso de colheita, análise e tratamento de dados. Os participantes foram informados do objetivo do estudo, expresso na introdução do questionário.

RECOLHA DE DADOS

Previamente à recolha de dados foi pedida autorização à Coordenação da Comissão de Controlo de Infecção e à Direção de Enfermagem, para a aplicação do questionário e divulgação dos resultados em âmbito de serviço e em âmbito académico, que foi concedida, salvaguardando a confidencialidade dos locais de obtenção dos dados.

O pré-teste do questionário foi aplicado previamente (na proporção de 10%) a um grupo de profissionais de outras unidades clínicas.

O período de colheita de dados teve lugar entre 24 de Outubro e 10 de Novembro de 2011. Os questionários foram entregues pessoalmente, recolhidos em envelope fechado, não identificado, e sujeitos às regras de confidencialidade. Foram recebidos 23 dos 30 questionários entregues ($n=23$).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis contínuas foram expressas através da média e desvio padrão (ou através da mediana, intervalo interquartil, mínimo e máximo ou estimadores-M) e as variáveis dicotómicas através do seu valor absoluto e percentagem. A distribuição normal foi testada através da aplicação do teste de *Shapiro-Wilk*. Para a comparação entre variáveis absolutas utilizou-se o teste exato de *Fisher* e os testes *t* de *Student*, *Mann-Whitney* (ou de *Kruskal-Wallis*) para as variáveis contínuas com distribuição normal e não-paramétrica, respetivamente. Para todas as comparações e análises efetuadas, um valor de $p<0,05$ foi

considerado estatisticamente significativo. A análise estatística foi efetuada com o *software* informático SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Apresentação dos Resultados

Da população alvo, uma proporção representativa de 77% dos profissionais (n=23) responderam ao questionário.

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

A amostra é constituída por médicos na sua maioria do sexo masculino (56,5%), sendo que este género predomina na unidade clínica de especialidade cirúrgica (68%), ao contrário da unidade clínica de especialidade médica (40%).

TABELA 1. Análise descritiva da população total e por serviço

Variável*	Total (n=23)	Especialidade Cirúrgica (n=13)	Especialidade Médica (n=10)
Idade (média±DP)	38.8±10.6	42.4±9.5	34.9±10.9
Tempo de Serviço (média±DP)	12.6±10.5	15.8±8.8	9.7±8.8
Sexo Masc (n/%)	13 (56.5%)	9 (68%)	4 (40%)
Formação CCI	8 (34.8%)	4 (30.8%)	4 (40%)
Formação PB e PBVT	6 (26.1%)	2 (15.4%)	4 (40%)

*P=NS para todas as comparações

CCI=Comissão de Controlo de Infecção

PB=Precauções Básicas

PBVT=Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

A média (±DP) de idade foi de 38,8±10,6 anos e apesar de numericamente superior na unidade de especialidade cirúrgica (Tabela 1), o que se pode justificar pela presença de mais médicos internos na unidade de especialidade médica, esta diferença não foi estatisticamente significativa (p=0,1). O mesmo padrão foi encontrado relativamente ao tempo de serviço (atividade profissional).

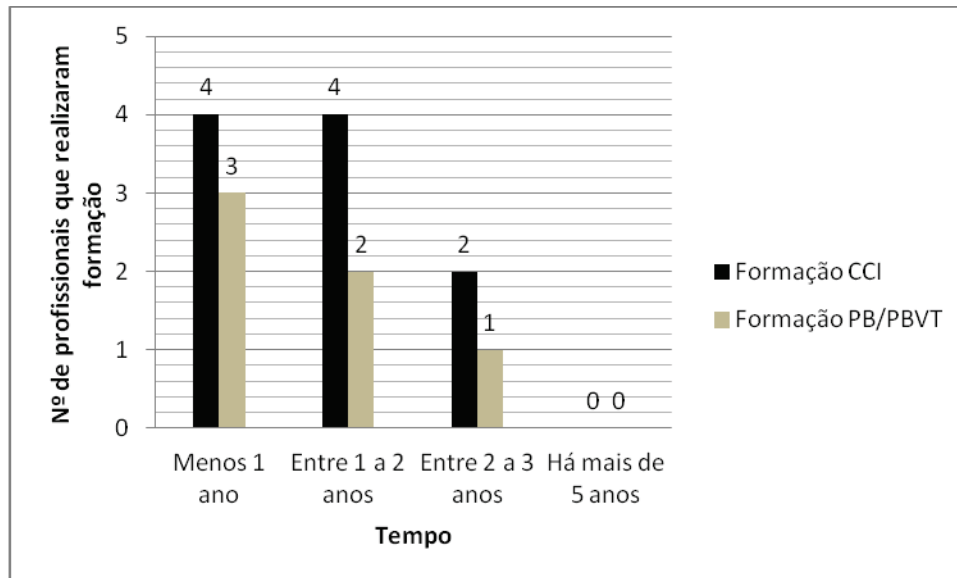
FORMAÇÃO ESPECÍFICA E CONHECIMENTO DOS PROCEDIMENTOS MULTISSECTORIAIS

Apenas 34,8% do total da amostra tinha previamente frequentado uma formação apresentada pela CCI do hospital, tendo esta sido mais prevalente entre os profissionais da unidade clínica

de especialidade médica (Tabela 1). Relativamente a formação específica em PB e PBVT, os resultados foram semelhantes, embora com uma adesão total inferior (26,1%).

A frequência das formações ocorreu na maior parte dos casos nos dois anos anteriores à realização do questionário (Gráfico 1).

GRÁFICO 1. Número de profissionais que realizaram formação por tempo.



Os profissionais que haviam recebido formação pela CCI eram tendencialmente mais novos e com menos tempo de atividade (Tabela 2), sucedendo o inverso entre os médicos com formação em PB e PBVT. Esta foi mais prevalente entre os profissionais da unidade clínica de especialidade médica (67%). Não se documentou predomínio de nenhum dos sexos sobre o outro, entre os que tinham qualquer formação, face aos que não tinham.

TABELA 2. Características da população de acordo com a formação recebida

Variável*	Formação CCI		Formação PB/PBVT	
	Sim (n=8)	Não (n=15)	Sim (n=6)	Não (n=17)
Idade (média±DP)	36.2±10.8	40.4±10.7	42.3±12.2	37.4±10.1
Tempo de Serviço (média±DP)	11.2±10.6	13.8±10.9	17.4±12.0	10.0±9.0
Sexo Masculino (n/%)	4 (50%)	9 (60%)	3 (50%)	10 (59%)
Sexo Feminino (n/%)	4 (50%)	6 (40%)	3 (50%)	7 (41%)
Especialidade Cirúrgica	4 (50%)	9 (60%)	2 (33%)	11 (65%)
Especialidade Médica	4 (50%)	6 (40%)	4 (67%)	6 (35%)

*P=NS para todas as comparações

CCI=Comissão de Controlo de Infecção

PB=Precauções Básicas

PBVT=Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

Tendo em conta a totalidade da amostra, apenas 30,4% (n=7) e 26,6% (n=6) dos profissionais admitiram conhecer, respetivamente, os procedimentos multissetoriais CIH 101 e CIH 104. Como se pode observar no Gráfico 2, existe uma relação significativa entre a frequência prévia de atividades de formação e o conhecimento da existência dos procedimentos multissetoriais e, para além disso, os elos dinamizadores da CCI e a divulgação dentro de cada serviço, constituíram os veículos mais frequentemente referenciados pelos inquiridos como fonte do conhecimento da existência dos procedimentos (Gráfico 3). Contudo, apenas 30,4% dos participantes reconheceram saber como consultar os procedimentos da CCI.

GRÁFICO 2. Relação entre a formação recebida e o conhecimento dos procedimentos multissetoriais.

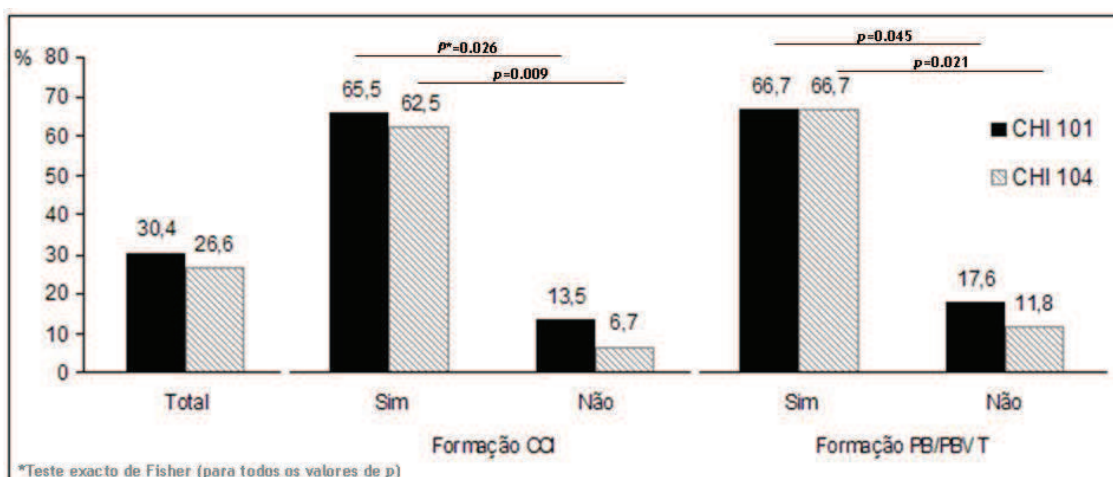
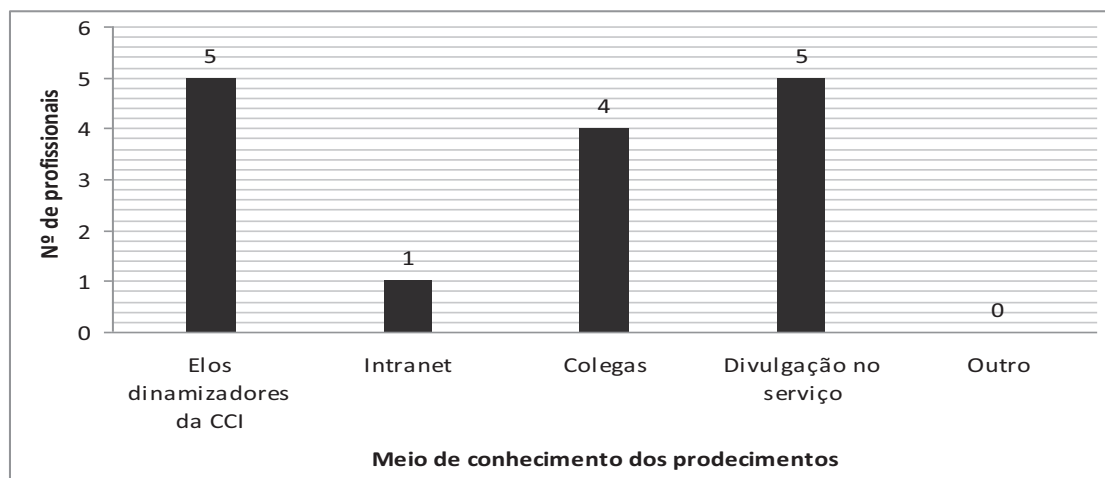


GRÁFICO 3. Meios através dos quais os profissionais tiveram conhecimento dos procedimentos.



ADESÃO ÀS MEDIDAS DE PRECAUÇÃO BÁSICAS E BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO EM DOENTES EM ISOLAMENTO

Como foi anteriormente observado, apenas cerca de 1/4 a 1/3 a dos inquiridos admitiram ter recebido formação e/ou ter conhecimento do procedimentos multisectoriais.

As questões colocadas tinham como propósito aferir a perceção dos profissionais quanto às falhas mais frequentemente encontradas na prática diária e as principais razões subjacentes; analisar o comportamento dos profissionais perante algumas situações clínicas concretas; o modo como procuram encontrar esclarecimento, e em que medida tinham conhecimento real dos procedimentos adequados/corretos.

A higiene das mãos foi o ato mais frequentemente percecionado como sendo descurado, em particular à entrada do serviço, antes do contacto direto com o doente e após o contacto com o ambiente do doente (Gráficos 4 e 5).

GRÁFICO 4. Percepção dos inquiridos quanto aos procedimentos básicos mais frequentemente descurados na abordagem ao doente em isolamento

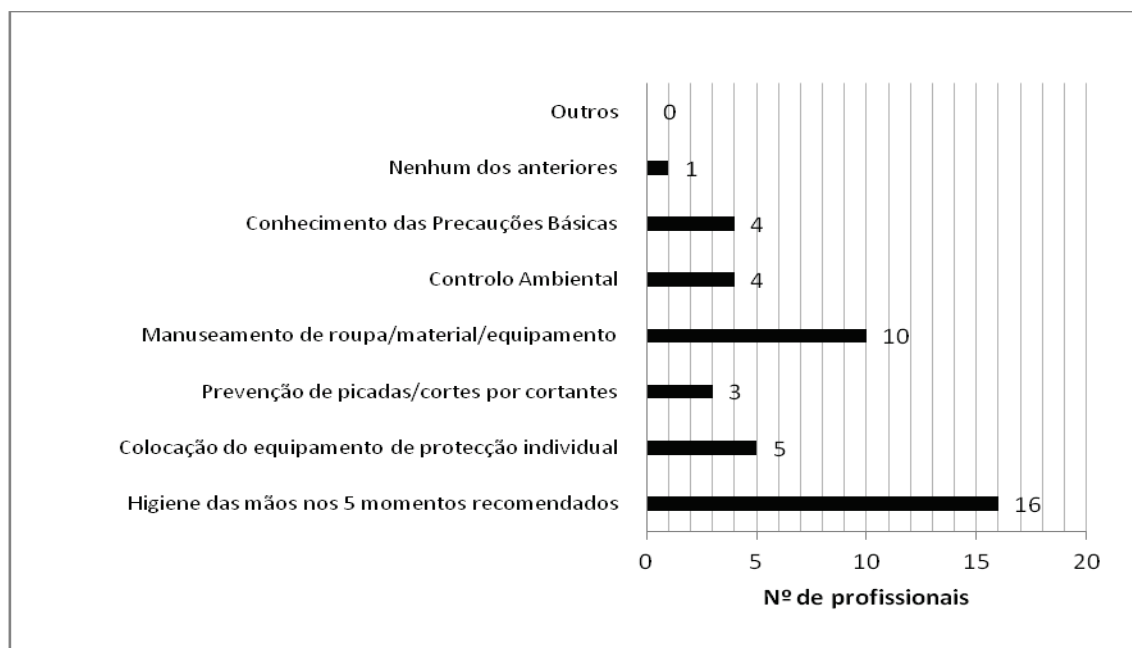
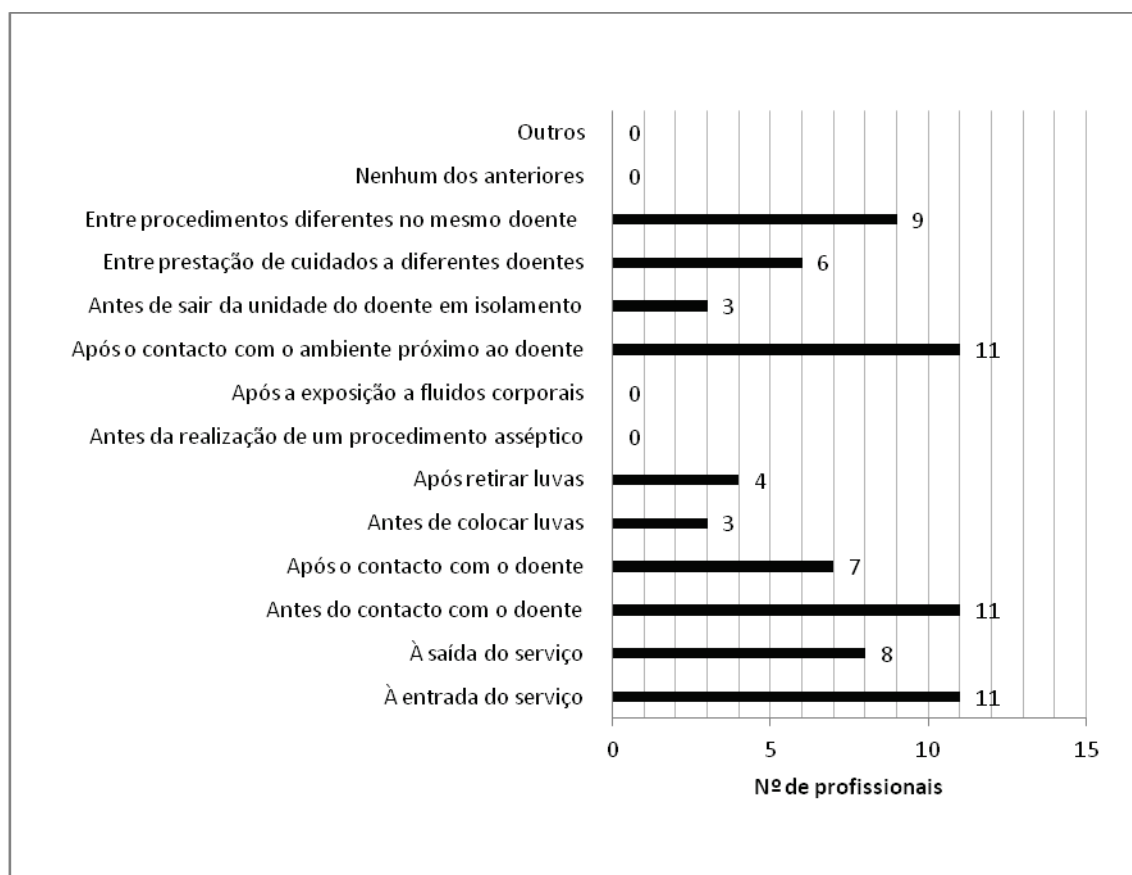
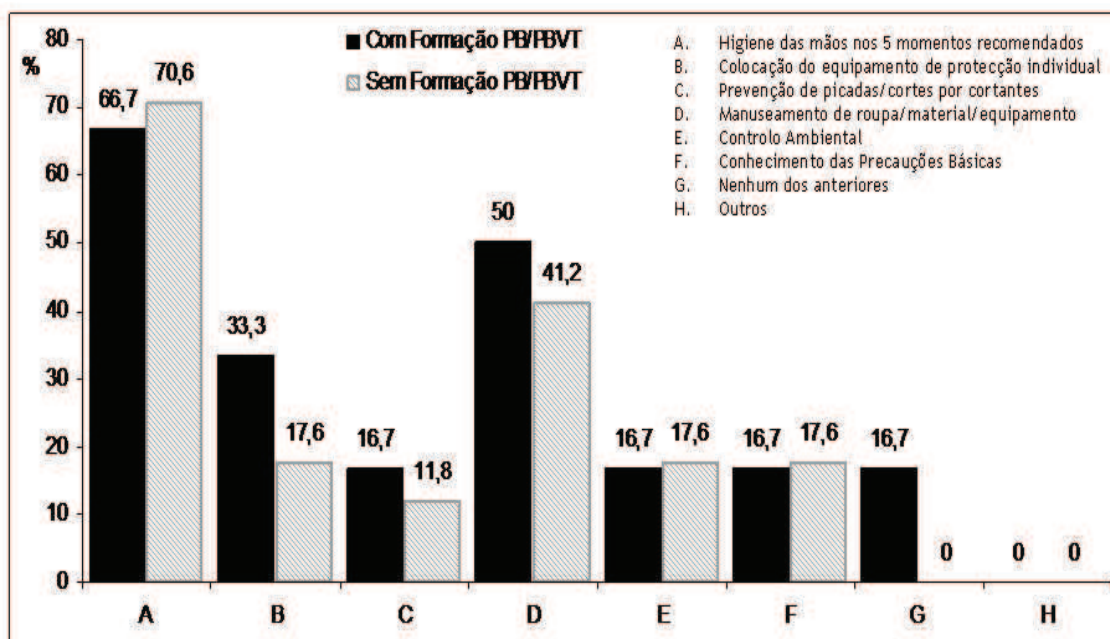


GRÁFICO 5. Percepção dos inquiridos quanto aos momentos em que os profissionais consideram ocorrer mais falhas relativamente à higiene das mãos.



Ainda que as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas, a percepção da importância de atitudes como a higiene das mãos nos 5 momentos recomendados, o controlo ambiental e o conhecimento das PB (alíneas A, E e F da Questão nº10, respetivamente) parece ter sido positivamente influenciada pela frequência prévia de atividades formativas específicas (Gráfico 6).

GRÁFICO 6. Relação entre os procedimentos mais frequentemente descurados e a formação recebida.



Quando inquiridos acerca dos factores que, na sua percepção, mais dificultam o cumprimento das medidas preconizadas (Gráfico 7), uma proporção importante dos profissionais considerou a falta de formação específica na área de controlo de infecção (n=10 respostas) e a carência de uma unidade dedicada para isolamento de doentes (n= 6 respostas) como as principais razões. Outras razões específicas apontadas foram “desleixo, maus hábitos e negligência” (n=1), “política de prioridades do serviço” (n=1) e “carência de pessoal quando existem doentes em isolamento” (n=1).

GRÁFICO 7. Percepção dos inquiridos quanto aos fatores que dificultam o cumprimento das medidas de isolamento.

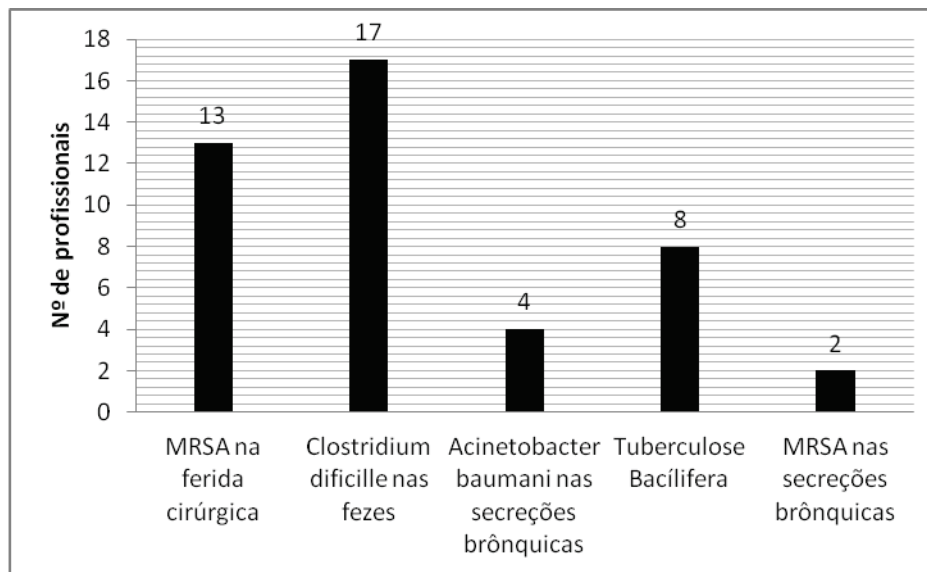


CONHECIMENTO DAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO

Relativamente às precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão (aferidas através da Questão nº 10) apenas 22 dos inquiridos responderam. As 5 situações clínicas foram selecionadas em função da sua importância epidemiológica e para cada uma delas os profissionais foram chamados a selecionar a medida adequada (e apenas uma) para cada caso, de entre uma lista de 4 possibilidades (ver questionário em anexo). De forma a facilitar a análise estatística, calculou-se para cada inquirido a soma do total de respostas, considerando “1” como correto e “0” como incorreto, num *score* máximo de 5.

A taxa total de repostas corretas foi de 40%, apenas um clínico respondeu acertadamente nos 5 contextos e o conhecimento das medidas corretas de isolamento foi significativamente mais frequente nas situações de “MRSA na ferida cirúrgica” e “*Clostridium difficile* nas fezes” (Gráfico 8).

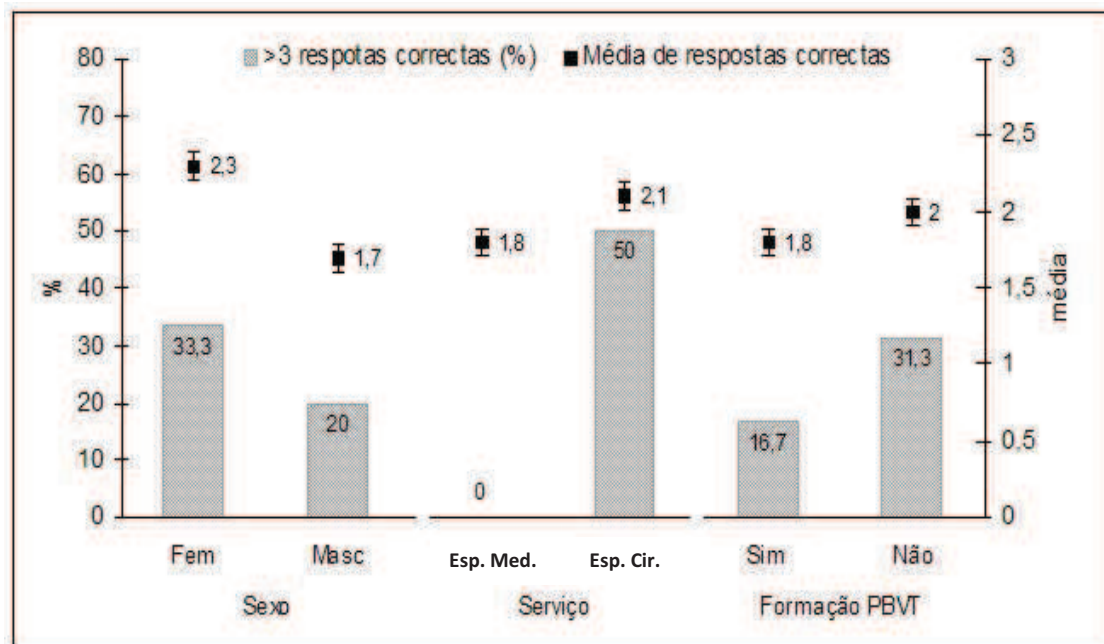
GRÁFICO 8. Número de respostas certas para o tipo de isolamento correto em cada uma das situações.



Os profissionais do sexo feminino responderam mais vezes de forma acertada, com três ou mais respostas corretas em 33,3% dos casos (vs 20% no homens; $p=0,4$). Este achado é consistente com a menor frequência com que as mulheres reconheceram que a lavagem das mãos é um dos procedimentos mais frequentemente descurados (40% vs 93% nos homens, $p=0,012$).

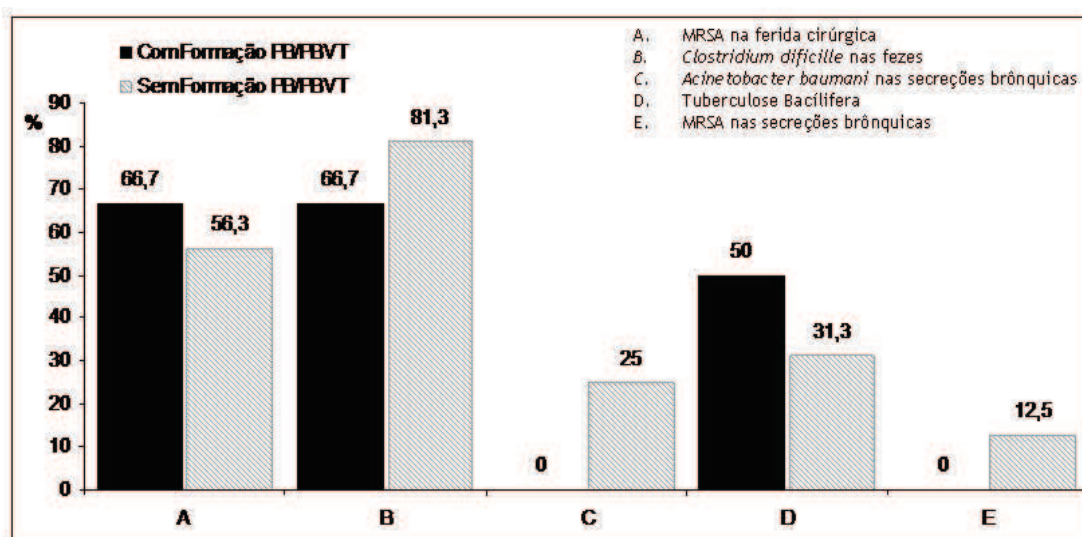
Na análise comparativa dos dois serviços hospitalares estudados (Gráfico 9), a média de respostas certas à Questão nº10 foi numericamente superior (mas sem significado estatístico) entre os profissionais da especialidade cirúrgica ($2,1 \pm 1,5$ vs $1,8 \pm 0,4$). Nenhum dos médicos da especialidade médica (vs 6 da especialidade cirúrgica) respondeu acertadamente a 3 ou mais itens ($p=0,012$).

GRÁFICO 9. Respostas corretas para o tipo de isolamento adequado, em função do género, serviço e formação recebida pelos profissionais.



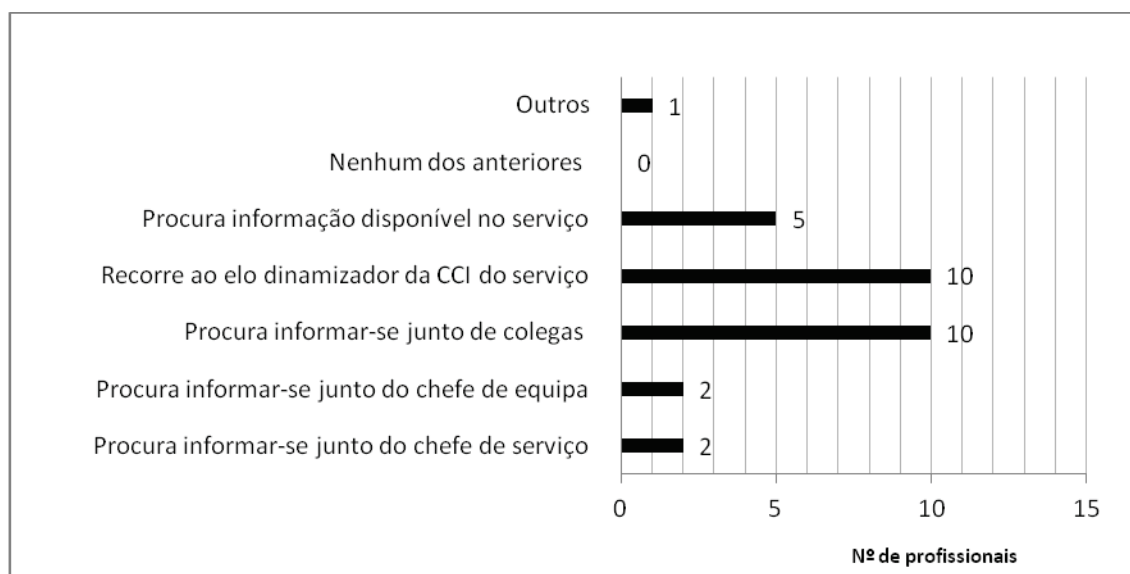
Não se observou uma influência significativa da frequência de formação prévia específica na área do controlo de infeção e o conhecimento das medidas de precaução de isolamento baseadas nas vias de transmissão, nas situações colocadas. Ainda que, uma vez mais, as diferenças não tenham atingido significado estatístico, quer a média de respostas corretamente dadas à Questão 10 ($1,8 \pm 0,7$ vs $2,0 \pm 1,3$; $p=0,69$) quer a proporção de profissionais que responderam corretamente a 3 ou mais questões (31,3% vs 16,7%; $p=0,45$) foi sempre inferior entre os que haviam tido formação prévia (Gráfico 10). Este facto pode ser corroborado com um estudo de WANDEL *et al* (2010) desenvolvido em unidades de cuidados intensivos que concluiu que os conhecimentos teóricos não demonstraram ser preditores de boas práticas.

GRÁFICO 10. Relação entre as respostas corretas para o tipo de isolamento (Questão 10) e a formação recebida.



Quando inquiridos acerca do comportamento face à necessidade de esclarecimento sobre as medidas de isolamento, a maior parte das respostas (n=20) dos profissionais recaiu na procura de informação junto do elo dinamizador da CCI no serviço e junto de colegas (Gráfico 11). Num dos casos, foi referida a possibilidade de obter aconselhamento junto dos profissionais de enfermagem.

GRÁFICO 11. Forma como os profissionais procuram esclarecimento sobre as medidas de isolamento.



Discussão dos Resultados

Como foi anteriormente observado, apenas cerca de um quarto dos inquiridos admitiram ter recebido formação e/ou ter conhecimento dos procedimentos multisectoriais, o que representa uma proporção relativamente baixa, tendo em conta o contexto da atividade assistencial e a importância desta problemática. Estes dados são consistentes com o constatado na consulta das folhas de presença das sessões de formação realizadas pela CCI nos últimos anos.

Os profissionais admitiram que o conhecimento sobre a existência destes procedimentos chegou mais frequentemente através dos elos dinamizadores da CCI nas unidades clínicas e pela divulgação pelo serviço. O recurso aos elos dinamizadores e aos colegas foram também identificados como as formas mais frequentemente utilizadas para o esclarecimento de dúvidas durante a prática clínica. Contudo, só cerca de um terço dos profissionais sabe como aceder aos procedimentos. É importante voltar a apostar na divulgação destes procedimentos, para que os profissionais saibam que existem e onde os podem consultar. Os elos dinamizadores da CCI nas unidades clínicas são uma referência, e como tal, deve ser reforçado o seu papel como veículo de formação e informação.

Não existem diferenças significativas nas idades dos profissionais que frequentaram, ou não, formação, não existindo qualquer diferença entre géneros. Os resultados apontaram para uma maior frequência de formação pelos profissionais da unidade clínica de especialidade médica. Todavia, não se observou uma influência significativa da frequência de formação prévia específica na área do controlo de infeção e o conhecimento das medidas de precaução de isolamento baseadas nas vias de transmissão.

A falta de formação foi a razão mais apontada pelos profissionais como facto dificultador do cumprimento das medidas de isolamento, embora alguns profissionais mencionem também a falta de espaços adequados para isolamentos.

A higiene das mãos foi o ato mais frequentemente percecionado como sendo descurado, (sobretudo pelo género feminino) em particular à entrada do serviço, antes do contacto direto com o doente e após o contacto com o ambiente do doente. Estes resultados são equivalentes aos últimos dados publicados no Relatório da Campanha Nacional Higiene Mãos de 2010-2011 (PORTUGAL, 2011) que demonstraram que a taxa de adesão média nacional foi de 64%, ainda longe do ideal definido pela OMS: 90%. Neste relatório os médicos apresentaram uma taxa de

adesão de apenas 50% no ano de 2010. Quanto à taxa de adesão por momento, o relatório demonstrou que os momentos com maior taxa de adesão foram os momentos “depois do risco de exposição a sangue e fluidos orgânicos” e “depois do contacto com o doente”, sendo o momento “antes do contacto com o doente” o menos aderido.

Apenas um profissional respondeu acertadamente a todas as questões sobre o isolamento correto tendo em conta o agente e a via de transmissão, sendo que menos de metade do total de respostas foi correta entre todos os inquiridos. Os profissionais do género feminino e da unidade clínica de especialidade cirúrgica demonstraram mais sucesso nas respostas dadas. AIRES *et al* (2010) demonstraram, num estudo recente, que existe um deficiente conhecimento sobre as precauções básicas entre os profissionais de saúde, sendo que em relação às diferentes categorias profissionais, os médicos revelaram um maior número de respostas erradas às questões que lhes foram colocadas. Um estudo de OLIVEIRA, CARDOSO e MASCARENHAS (2009) concluiu que os médicos apresentam um elevado nível de conhecimentos acerca das práticas de higiene das mãos (100% de respostas corretas), no entanto, quando questionados acerca das precauções num isolamento de contacto, estes profissionais apresentam taxas de respostas corretas significativamente inferiores (40 a 63%).

Os profissionais do sexo feminino responderam mais vezes de forma acertada ao tipo de isolamento correto. Este achado é consistente com a menor frequência com que as mulheres reconheceram que a lavagem das mãos é um dos procedimentos mais frequentemente descuidados. O estudo de OLIVEIRA, CARDOSO e MASCARENHAS (2009) corrobora que as mulheres apresentam mais frequentemente comportamentos apropriados no que toca à adoção de precauções de isolamento de contacto. Neste estudo apenas 27,3% dos médicos com a categoria de assistentes hospitalares adotaram comportamentos apropriados, sendo que 100% dos internos apresentaram comportamentos inapropriados.

Conclusões

O objetivo do estudo foi atingido na medida em que foram identificados, de forma representativa, os conhecimentos dos profissionais quer em relação aos procedimentos multisectoriais, quer em relação às medidas corretas de PBVT, bem como as perceções de não adesão às medidas de PB e PBVT. Os resultados foram consistentes com a bibliografia consultada.

Tendo em conta estas conclusões e a sua consistência com outros estudos realizados, torna-se premente apostar na mudança de comportamentos e nesse sentido devem ser realizados estudos mais aprofundados e com população alargada (confrontando os conhecimentos dos profissionais, com as suas perceções e com observações da prática clínica) que visem conhecer qual a razão pela qual os profissionais não colocam em prática as recomendações de boas práticas emanadas pela formação da CCI e pelos órgãos nacionais e internacionais dedicados a PCI.

Referências Bibliográficas

- AIRES, Sofia [et al] – Avaliação dos Conhecimentos e Atitudes sobre Precauções Padrão. [Em linha] Acta Médica Portuguesa. Vol. 23 (2010) 191-202. [Consult. 6 Nov. 2011] Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/2/191-202.pdf>
- ALLEGRAZI, B. [et al] – Burden of endemic health care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. The Lancet. Vol. 377 (2011) 228-241.
- BATES, D. [et al] – Global priorities for patient safety research. British Medical Journal. Vol. 338 (2009) 1775-1779.
- BURKE, J. – Infection Control: a problem for patient safety. New England Journal of Medicine. Vol. 348 (2003) 651-656.
- EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in the EU and EEA/EFTA countries. [Em linha] Stockholm: 2008. 332p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf
- OLIVEIRA, A.; CARDOSO, C.; MASCARENHAS, D. – Intensive Care Unit Professional's Knowledge and Behaviour related to the Adoption of Contact Precautions. [Em linha] Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 17. Nº 5 (2009) 625-631. [Consult. 6 Nov. 2011] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/05.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Campanha Nacional de Higiene das Mãos: Relatório 2010-2011. [Em linha] Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Departamento da Qualidade, 2011. 17p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/Relatorio_Maos.pdf
- WANDEL, David [et al] – Behavioral Determinants of Hand Hygiene Compliance in Intensive Care Units. [Em linha] American Journal of Critical Care. Vol. 19 (2010) 230-239. [Consult. 5 Nov. 2011] Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/19/3/230.short>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention of Hospital-acquired infections: a practical guide. 2nd edition. [Em linha] Geneva: WHO, 2002. 72p. [Consult. 1 Nov. 2011] Disponível em <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whocdscsreph200212.pdf>

Anexo

Questionário Aplicado

Rita Sousa Kadic, enfermeira com a cédula profissional 5-E-46895, a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontra-se a realizar o Estágio referente ao Módulo III - Opção - em Comissão de Controlo de Infeção, num HALVT.

A Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar reveste-se de uma importância fundamental na qualidade dos cuidados prestados ao doente. Em Portugal cerca 11% dos doentes internados adquirem uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, estimando-se que mais de um terço possam ser prevenidas através das práticas de Prevenção e Controlo da Infeção.

Pretende-se com este questionário, identificar a adesão dos profissionais aos procedimentos da Comissão de Controlo da Infeção no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.

Neste contexto, os dados recolhidos serão anónimos e sujeitos às regras da confidencialidade. Os resultados serão divulgados após tratamento e análise dos dados recolhidos.

Desde já, grata pela sua colaboração,

Rita Sousa Kadic.

QUESTIONÁRIO

I

Sexo: ☐ F ☐ M

Ano de Nascimento:

Categoria Profissional:

Tempo de Atividade Profissional:

Serviço onde Trabalha Atualmente:

II

1. Participou em formação da Comissão de Controlo da Infecção desta Instituição?

Sim ☐ Não ☐

1.1. Se sim, há quanto tempo?

Menos de 1 Ano ☐ Entre 1 a 2 Anos ☐ Entre 2 a 3 anos ☐ Há mais de 5 anos ☐

2. Realizou formação em Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão?

Sim ☐ Não ☐

2.1. Se sim, há quanto tempo?

Menos de 1 Ano ☐ Entre 1 a 2 Anos ☐ Entre 2 a 3 anos ☐ Há mais de 5 anos ☐

III

Assinale com X, a(s) respostas que considera mais adequada(s).

3. Conhece o procedimento CIH.101 (Precauções Básicas)?

Sim ☐ Não ☐

4. Conhece o procedimento CIH.104 (Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão)?

Sim ☐ Não ☐

5. Sabe como poder aceder a esses procedimentos?

Sim ☐ Não ☐

6. Como teve conhecimento dos procedimentos?

Elos dinamizadores da Comissão de Controlo de Infecção ☐

Intranet ☐

Através de colegas ☐

Divulgação no serviço ☐

Outro _____

7. Na sua opinião, qual/quais os fatores que dificultam o cumprimento das Medidas de Isolamento?

Falta de formação sobre esta temática ☐

Inexistência de material disponível para cumprir os procedimentos ☐

Não ter evidência dos benefícios do cumprimento das medidas de isolamento ☐

Considerar que o cumprimento das medidas de isolamento não é uma prioridade ☐

Complexidade do doente ☐

Falta de tempo ☐

Falta de uma unidade adequada para isolamentos ☐

Nenhum dos anteriores ☐

Outros - _____

8. Na sua opinião, qual/quais os Procedimentos Básicos mais frequentemente descurados na abordagem ao doente em isolamento?

Higiene das mãos nos 5 momentos recomendados ☐

Colocação do equipamento de proteção individual ☐

Prevenção de picadas/cortes por cortantes ☐

Manuseamento de roupa/material/equipamento ☐

Controlo Ambiental ☐

Conhecimento das Precauções Básicas ☐

Nenhum dos anteriores ☐

Outros - _____

9. Quanto à Higiene das Mãos, qual/quais os momentos em que considera ocorrerem mais falhas?

À entrada do serviço ☐

À saída do serviço ☐

Antes do contacto com o doente ☐

Após o contacto com o doente ☐

Antes de colocar luvas ☐

Após retirar luvas ☐

Antes da realização de um procedimento asséptico ☐

Após a exposição a fluidos corporais ☐

Após o contacto com o ambiente próximo ao doente ☐

Antes de sair da unidade do doente em isolamento ☐

Entre prestação de cuidados a diferentes doentes ☐

Entre procedimentos diferentes no mesmo doente (em zonas com grau de contaminação diferente) ☐

Nenhum dos anteriores ☐

Outros - _____

10. A implementação de Medidas de Isolamento precoce, após a suspeita de infeção, é uma medida de redução da transmissão de microrganismos. Preencha o quadro seguinte, assinalando com um X a Medida de Isolamento que considera adequada.

	Isolamento Protetor	Isolamento de Contacto	Isolamento de Gotículas	Isolamento da Via Aérea
MRSA na ferida cirúrgica				
<i>Clostridium difficile</i> nas fezes				
<i>Acinetobacter baumani</i> nas secreções brônquicas				
Tuberculose Bacilífera				
MRSA nas secreções brônquicas				

11. Se durante a prestação de cuidados tiver dúvidas quanto à implementação de Medidas de Isolamento, como as esclarece?

Procura informar-se junto do chefe de serviço ☐

Procura informar-se junto do chefe de equipa ☐

Procura informar-se junto de colegas ☐

Recorre ao elo dinamizador da comissão de controlo de infeção do serviço ☐

Procura informação disponível no serviço – Procedimentos da CCI ☐

Nenhum dos anteriores ☐

Outros _____

Muito obrigada pela colaboração.

APÊNDICE XII

Plano e Diapositivos da Sessão de Formação: “Prevenção e Controlo de Infeção”

Plano da Sessão de Formação

Designação da formação	Prevenção e Controlo de Infeção
Caracterização da formação	Atualização
Conteúdos programáticos	• As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) • Apresentação dos resultados do estudo "Conhecimento e Adesão dos Médicos no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão" • Apresentação de resultados de estudos científicos recentes neste âmbito • Precauções básicas e precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão • A importância da higiene das mãos • Utilização de Equipamento de Proteção Individual
Formadora	Enfermeira Rita Kadic, estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e da Enf.ª F.
População Alvo /destinatários	Médicos das 2 unidades clínicas de um HALVT
Definição dos objetivos pedagógicos	• Divulgar e discutir os resultados do estudo "Conhecimento e Adesão dos Médicos no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão"; • Contribuir para a prevenção e controlo das IACS; • Promover a qualidade e segurança da assistência prestada aos doentes
Métodos e Técnicas pedagógicas	Expositivo, Interrogativo e Participativo
Materiais e Meios	Computador, <i>Datashow</i> , mesa e cadeiras
Duração total da formação	20 minutos
Datas e horários	16 de Novembro de 2011 e 17 de Novembro de 2011
Local	Sala de reuniões das duas unidades clínicas
Número de Formandos	Todos os disponíveis
Documentação de apoio	Procedimentos multisectoriais disponíveis na Intranet.



Prevenção e Controlo de Infecção

Por Rita Kadic
Sob orientação de:
Enf. F
Prof. Ilda Lourenço
17 Novembro 2011



Objetivos

- Divulgar e discutir os resultados de um estudo realizado em 2 unidades clínicas deste hospital
- Contribuir para a prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)
- Promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente



As IACS

Maior efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde! (BATES, 2009)

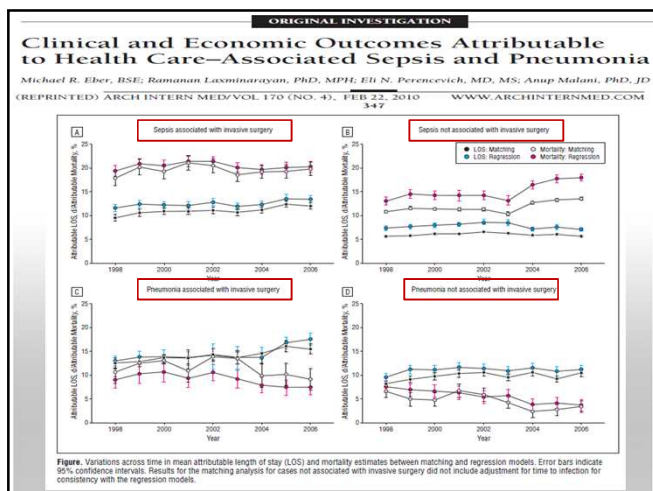
- Taxa de Prevalência de doentes com IACS: 11,7% (PORTUGAL, 2010)
- No HSM em 2010: 10,86% (CHLC-HSM, 2011)
- Na Europa/ano são afetados, 4 milhões de doentes por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS: prevalência de IACS de 7,1%. (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008).
- 16 milhões de dias de hospitalização extra e 37 000 mortes atribuíveis anualmente. (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008).
- 7 biliões de €/ano de custos acrescidos (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2008).
- Nas UCI a proporção de doentes infetados pode chegar aos 51% (VICENT, 2009).



As IACS

A morbilidade, mortalidade e tempo de internamento	A resistência dos microrganismos aos antimicrobianos
Aumentam	
Os custos económicos	O impacto pessoal e familiar da doença

BURKE (2003) e ALLEGRAZI et al (2011)



ORIGINAL INVESTIGATION

Clinical and Economic Outcomes Attributable to Health Care–Associated Sepsis and Pneumonia

Michael R. Eber, BSE; Ramanan Laxminarayan, PhD, MPH; Eli N. Perencevich, MD, MS; Anup Malani, PhD, JD
(REPRINTED) ARCH INTERN MED/VOL 170 (NO. 4), FEB 22, 2010 WWW.ARCHINTERNMED.COM 347
Downloaded from www.archinternmed.com on October 22, 2011
©2010 American Medical Association. All rights reserved.

Table 3. Attributable Outcomes of Health Care–Associated Sepsis and Pneumonia Associated With Invasive Surgery for Different Surgical Patient Groups, 1998–2006*

Infection Type and Outcome	All
Sepsis	
Mean LOS, d	10.9
Median LOS, d	6.1
Mean costs, \$	32 900
Median costs, \$	16 100
Mortality, %	19.5
No. of cases	108 610
Incidence, %	1.2
Pneumonia	
Mean LOS, d	14.0
Median LOS, d	9.3
Mean costs, \$	46 400
Median costs, \$	29 200
Mortality, %	11.4
No. of cases	28 469
Incidence, %	0.3

Table 4. Attributable Outcomes of Health Care–Associated Sepsis and Pneumonia Not Associated With Invasive Surgery, 1998–2006*

Infection Type and Outcome	Unadjusted	Adjusted for Preinfection LOS ^b
Sepsis		
Mean LOS, d	6.0	1.9
Median LOS, d	2.9	1.5
Mean costs, \$	12 700	5800
Median costs, \$	4400	2200
Mortality, %	11.7	16.0
No. of cases	384 640	384 640
Incidence, %	0.8	0.8
Pneumonia		
Mean LOS, d	9.7	3.7
Median LOS, d	4.7	2.6
Mean costs, \$	22 300	11 100
Median costs, \$	8100	4500
Mortality, %	4.6	10.3
No. of cases	51 366	51 366
Incidence, %	0.1	0.1

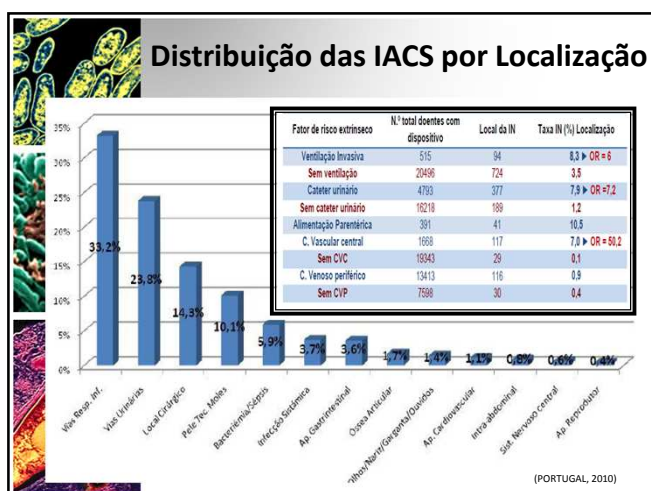
Abbreviation: LOS, hospital length of stay.
*P < .001 for all differences between outcome and zero by means of the Wilcoxon rank-sum test.
^bP < .001 for all differences between outcome and zero by means of the Wilcoxon rank-sum test.

Prevalência de IACS por Áreas Assistenciais

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
C.DIFFICILE
MRSA
PATIENTS

Grupos de Serviços	N.º doentes estudados	N.º doentes/IN	N.º de IN	Preval.ª IN%
Unidades de Cuidados Intensivos	807	264	321	39.7
Cirurgia/outras Esp. Cirúrgicas	4540	488	740	16.3
Hematologia/Oncologia	352	51	56	15.9
Medicina/outras Esp. Médicas	7250	868	926	12.8
Ortopedia	1723	116	123	7.5
Pediatria/Esp. Pediátricas	998	56	70	7.0
S. Urgência (S.O.)	553	40	46	8.8
Neonatologia/Perinatologia	854	37	37	4.3
Urologia	571	32	33	5.8
Outros Serviços	264	31	29	11
Ginecologia/Obstetria	1487	26	27	1.8
Otorrinolaringologia	277	2	6	2.1
Reabilitação	273	25	26	9.5
Oftalmologia	117	2	7	5.9
Psiquiatria	945	12	15	1.3
TOTAL	21011	2087	2462	11.7%

(PORTUGAL, 2010)





O Estudo

Conhecimentos e Adesão dos Médicos no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento baseadas nas Vias de Transmissão

2011

Comissão de Controlo de Infecção



O Estudo

Conhecimentos e Adesão dos Médicos no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento baseadas nas Vias de Transmissão

2011

Comissão de Controlo de Infecção

- Estudo descritivo
- Questionário
- $n = 23$ médicos (especialidade cirúrgica e especialidade médica)



Precauções Básicas

Todos os Doentes

Todos os profissionais

Todas as instituições

Todos os fluidos orgânicos, secreções e excreções (exceto suor), mucosas e pele não íntegra

DANGER

INFECTED



Precauções Básicas

Higiene das Mãos

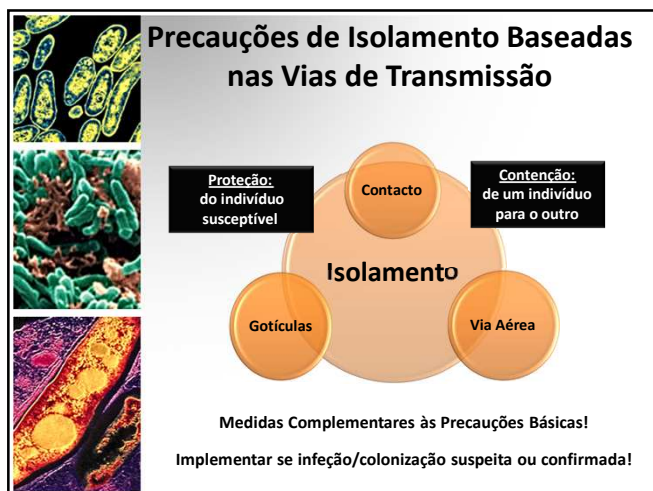
Utilização de Equipamento de Proteção Individual

Higiene/ Etiqueta Respiratória

Práticas Seguras com Injetáveis

Manuseamento seguro de equipamentos/ superfícies

CDC



Análise descritiva da população

TABELA 1. Análise descritiva da população total e por serviço

Variável*	Total (n=23)	Especialidade Cirúrgica (n=13)	Especialidade Médica (n=10)
Idade (média±DP)	38.8±10.6	42.4±9.5	34.9±10.9
Tempo de Serviço (média±DP)	12.6±10.5	15.8±8.8	9.7±8.8
Sexo Masc (n/%)	13 (56.5%)	9 (68%)	4 (40%)
Formação CCI	8 (34.8%)	4 (30.8%)	4 (40%)
Formação PB e PBVT	6 (26.1%)	2 (15.4%)	4 (40%)

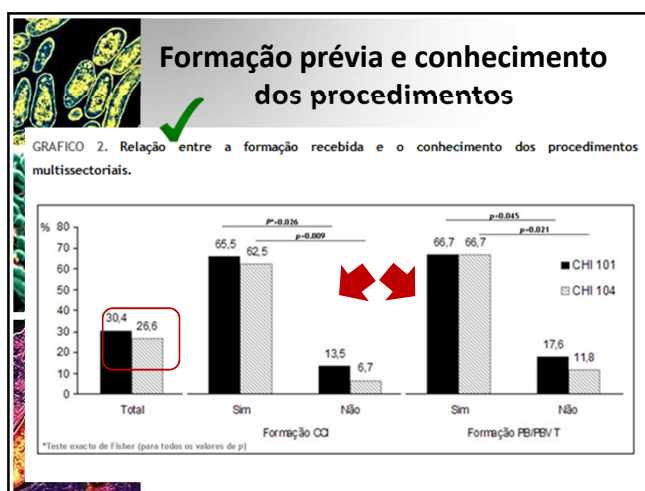
*P=NS para todas as comparações
CCI=Comissão de Controlo de Infecção
PB=Precauções Básicas
PBVT=Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

Características da população de acordo com a formação recebida

TABELA 2. Características da população de acordo com a formação recebida

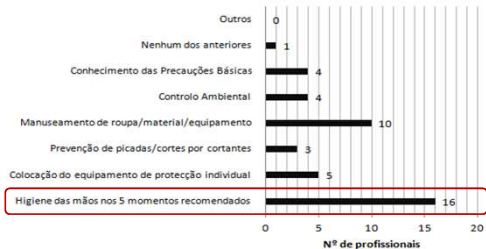
Variável*	Formação CCI		Formação PB/PBVT	
	Sim (n=8)	Não (n=15)	Sim (n=6)	Não (n=17)
Idade (média±DP)	36.2±10.8	40.4±10.7	42.3±12.2	37.4±10.1
Tempo de Serviço (média±DP)	11.2±10.6	13.8±10.9	17.4±12.0	10.0±9.0
Sexo Masculino (n/%)	4 (50%)	9 (60%)	3 (50%)	10 (59%)
Sexo Feminino (n/%)	4 (50%)	6 (40%)	3 (50%)	7 (41%)
Especialidade Cirúrgica	4 (50%)	9 (60%)	2 (33%)	11 (65%)
Especialidade Médica	4 (50%)	6 (40%)	4 (67%)	6 (35%)

*P=NS para todas as comparações
CCI=Comissão de Controlo de Infecção
PB=Precauções Básicas
PBVT=Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão



Procedimentos mais frequentemente descurados

GRAFICO 4. Percepção dos inquiridos quanto aos procedimentos básicos mais frequentemente descurados na abordagem ao doente em isolamento

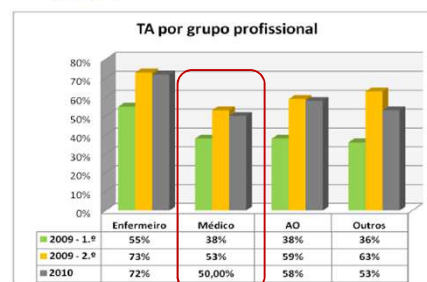


World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

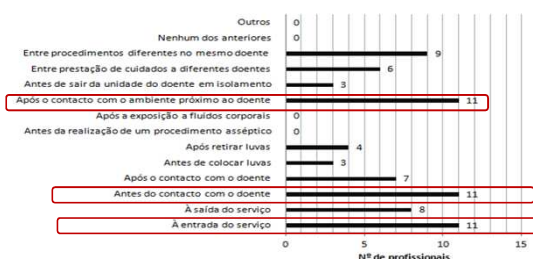
FIGURA 9 – TAXA DE ADESAO ÀS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS POR GRUPO PROFISSIONAL – GRÁFICO COMPARATIVO DOS TRÊS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO



Fonte: Campanha Nacional Higiene das Mãos – Relatório 2010

Higiene das mãos: Momentos com mais falhas

GRAFICO 5. Percepção dos inquiridos quanto aos momentos em que os profissionais consideram ocorrer mais falhas relativamente à higiene das mãos.

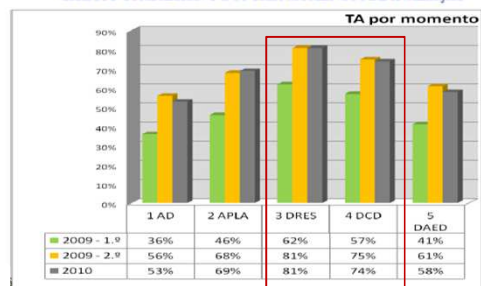


World Health Organization

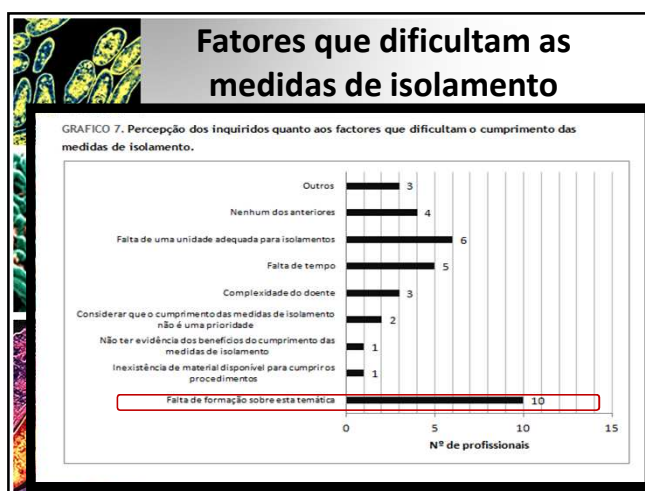
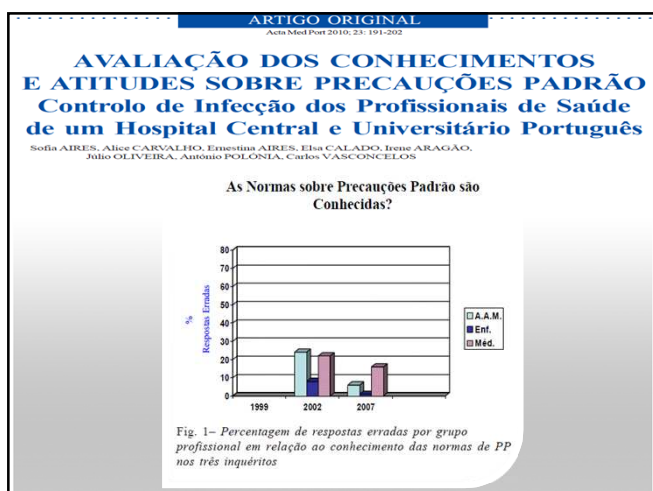
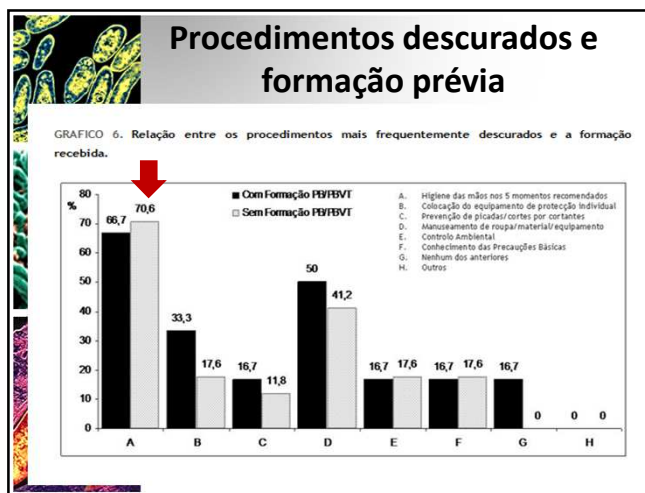
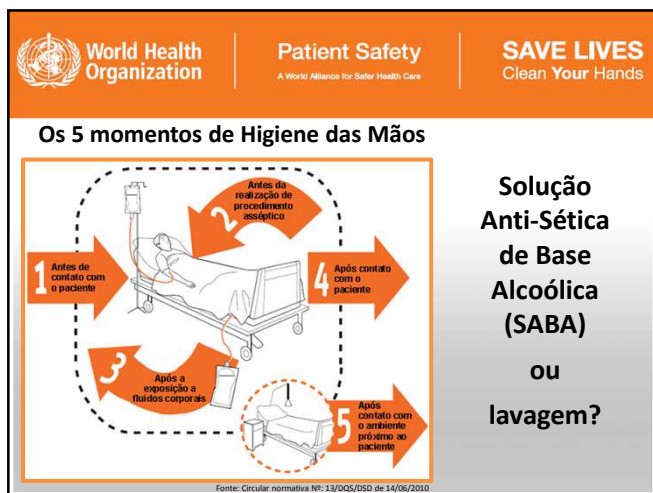
Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

FIGURA 10 – TAXA DE ADESAO ÀS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS POR MOMENTO – GRÁFICO COMPARATIVO DOS TRÊS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO



Fonte: Campanha Nacional Higiene das Mãos – Relatório 2010



Contact precautions in Intensive Care Units: facilitating and inhibiting factors for professionals' adherence^o

Adriana Cristina Oliveira¹, Clareci Silva Cardoso², Daniela Mascarenhas³

Online Portuguese / English:
www.scielo.br/reeusp

Received: 08/26/2008
Approved: 02/11/2009

Rev Esc Enferm USP
2010; 44(1):159-63
www.ee.usp.br/reeusp/

159

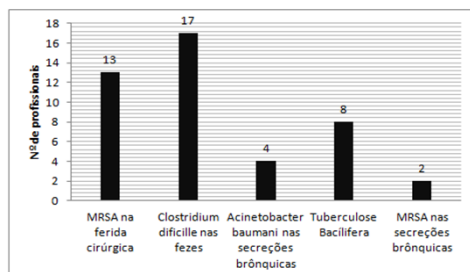
Table 1 - Factors that hinder the adoption of hand washing with water and soap and rubbing hands with alcohol at 70% concentration by the multiprofessional team - Belo Horizonte, MG, Brazil - 2007

Inhibiting Factors	Hand washing with water and soap		Alcohol at 70%	
	N	%	N	%
Forgetfulness	53	52.0	55	53.9
Lack of knowledge about its importance	44	43.1	40	39.2
Distance from the sink	38	37.3	-	-
Lack of time	37	36.3	21	20.6
Skin irritation	26	25.5	23	22.5
Lack of material	18	17.6	28	27.5
Total	102	100	102	100



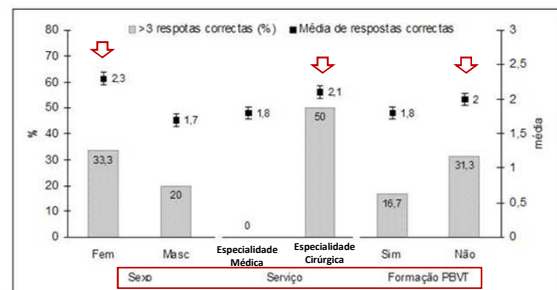
Tipo de isolamento correto

GRAFICO 8. Número de respostas certas para o tipo de isolamento correto em cada uma das situações.



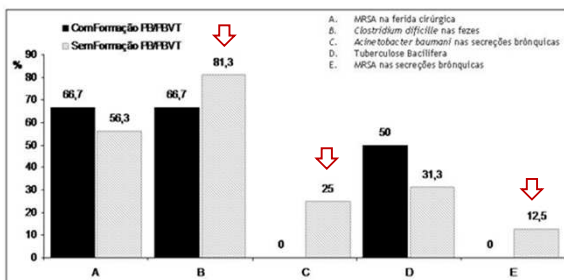
Respostas certas em função de...

GRAFICO 9. Respostas corretas para o tipo de isolamento adequado, em função do gênero, serviço e formação recebida pelos profissionais.



Respostas certas e formação prévia

GRÁFICO 10. Relação entre as respostas correctas para o tipo de isolamento (Questão 10) e a formação recebida.



As respostas corretas...

	Isolamento Protector	Isolamento de Contacto	Isolamento de Gotículas	Isolamento da Via Aérea
MRSA na ferida cirúrgica		✓		
Clostridium difficile nas fezes		✓		
Acinetobacter baumannii nas secreções brônquicas			✓	
Tuberculose Bacilifera				✓
MRSA nas secreções brônquicas			✓	

INTENSIVE CARE UNIT PROFESSIONALS' KNOWLEDGE AND BEHAVIOR RELATED TO THE ADOPTION OF CONTACT PRECAUTIONS

Adriana Cristina de Oliveira¹
Clareci Silva Cardoso²
Daniela Mascarenhas³

Table 1 - Distribution of correct answers by professional category in relation to topics evaluating knowledge - Belo Horizonte, 2007

Evaluate topics	Nurse ¹ n = 13%	Nurs Tech ² n = 56%	Prec phys ³ n = 11%	Res phys ⁴ n = 5%	Prec physio ⁵ n = 8%	Stu physio ⁶ n = 9%
Hand washing	100	96.4	100	100	100	100
Discarding of procedure gloves after care delivery to each patient or procedure	100	96.4	100	100	100	100
Procedure gloves and hand washing	100	96.4	81.8	100	87.5	100
Transmission of infection	76.9	75	90.9	100	100	88.9
Prevention of microorganism transmission	92.3	80.4	100	80	62.5	55.6
Recommendation of contact precautions	69.2	66	63.6	60	87.5	33.3
Individual protection equipment recommended for patient use in contact precaution	61.5	43	54.6	60	75	44.4
Objective of Contact precautions	38.5	41	45.5	40	50	22.2

*Nurs Tech - nursing technician; Prec phys - preceptor physician; Res phys - resident physician; Prec physio - preceptor physiotherapist; Stu physio - student physiotherapist.

INTENSIVE CARE UNIT PROFESSIONALS' KNOWLEDGE AND BEHAVIOR RELATED TO THE ADOPTION OF CONTACT PRECAUTIONS

Adriana Cristina de Oliveira¹
Clareci Silva Cardoso²
Daniela Mascarenhas³

Table 3 - Percentage of correct answers in relation to topics evaluating behavior by professional category. Belo Horizonte, 2007

Evaluated Subjects	Nurses n = 13%	Nurs tech n = 56%	Prec Phys n = 11%	Res phys n = 5%	Prec physio n = 8%	Impr physio ⁶ n = 9%
Hand washing after caring for all patients	69.2	73.2	36.4	80	100	66.7
Hand washing before and after contact with patients	76.9	91	36.4	60	87.5	100
Hand washing before using procedure gloves	84.6	78.6	63.6	60	62.5	66.7
Hand washing after using procedure gloves	84.6	87.5	63.6	60	100	77.8
Hand washing to prevent the transmission of microorganisms	100	67.9	100	40	37.5	22.2
Hand washing in the absence of apparent dirt on hands	69.2	64.3	81.8	80	37.5	55.6
Discarding gloves after care delivery to each patient or each procedure	100	96.4	90.9	100	100	88.9
IPE to manipulate patients colonized/infected with resistant microorganisms	100	89.3	81.8	80	100	100
Contact precaution when indicated	61.5	50	54.6	20	75	33
Use gowns when adopt contact precaution	53.8	69.6	27.3	20	62.5	77.8
Use procedure gloves when adopt contact precaution	100	98.2	81.8	80	100	100

*Nurs Tech - nursing technician; Prec phys - preceptor physician; Res phys - resident physician; Prec physio - preceptor physiotherapist; Stu physio - student physiotherapist.

• ALLEGRAZZI, B. [et al] – Burden of endemic health care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. The Lancet. Vol. 377 (2011) 228-241.

• BATES, D. [et al] – Global priorities for patient safety research. British Medical Journal. Vol. 338 (2009) 1775-1779.

• BURKE, J. – Infection Control: a problem for patient safety. New England Journal of Medicine. Vol. 348 (2003) 651-656.

• EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Annual Epidemiological report on Communicable Diseases in the EU and EFTA/EFTA countries. [Em linha] Stockholm: 2008. 332p. [Consult. 1 Nov 2011] Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/D812_SUIR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf

• PORTUGAL. Ministério da Saúde – Campanha Nacional da Higiene das Mãos: Relatório 2010-2011. [Em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde – Departamento de Qualidade em Saúde, 2011. 74p. [Consult. 29 Out 2011]. Disponível em http://www.arsalgaue.mn-saude.pt/site/images/centrodos/Relatorio_Maos.pdf

• PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular Normativa nº13/DQS/DSO – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, 2010. 42p.

• PORTUGAL. Ministério da Saúde – Relatório do Inquérito de Prevalência de Infecção 2010. [Em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2010. 16p. [Consult. 20 Out 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/mg8/default.aspx?n=8&5521&aces=0>

• VINCENT, L. [et al] – International Study of the Prevalence and Outcomes of Infection in Intensive Care Units. The Journal of the American Medical Association. Vol. 302 (2009) 2323-2329.

• WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention of Health-care-acquired Infections: a practical guide. 2nd edition. [Em linha] Geneva: WHO, 2010. 17p. [Consult. 1 Nov 2011] Disponível em <http://www.who.int/gc/whoseg/resources/publications/diseases/en/whodiscweb200721.pdf>