



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

COMFORT OF THE PERSON IN A CRITICAL SITUATION

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

José Manuel da Silva Faria

Lisboa, 2017



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

O CONFORTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

COMFORT OF THE PERSON IN A CRITICAL SITUATION

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

José Manuel da Silva Faria

Sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2017

*"Ação sem visão é
tempo perdido, visão sem ação é apenas um sonho, mas visão
com ação pode mudar o mundo."*

Nelson Mandela

Agradecimentos

A realização deste relatório significa o culminar de mais uma etapa da minha vida e certamente o início de outras.

Alguns momentos neste percurso foram fáceis, uns mais ou menos fáceis e outros nada fáceis. Mas de todos os momentos ficam os difíceis, porque significam desafios conquistados.

A ti Rita, pela demonstração de Amor, Companheirismo e Compreensão.

Ao Pai Guimarães e à Mãe Isabel, a Pessoa que hoje sou, é graças a Vocês.

Ao João (o brother), à Alice (a cunhada), à Inês (a afilhada) e à Sofia (a sobrinha) pelo convívio e afeto.

À Professora Patrícia Pontífice Sousa pela disponibilidade e compromisso, fonte de inspiração e modelo no Cuidar.

A toda a “*Famelga*” pelo apoio incondicional.

Tostas (nome da praxe), um best friend, pelos desafios mútuos nesta aventura da Enfermagem e não só.

Aos melhores Enfermeiros do país e arredores, da Enfermagem de Cardiologia do Hospital Santa Marta, pela disponibilidade e preocupação neste meu desafio. Sem eles seria impossível.

Aos Enfermeiros Orientadores pelo profissionalismo e exemplo como Especialistas.

Ao Pedro e ao Chico, vocês sabem porquê.

Desculpem a linguagem usada, mas este é um grande momento de felicidade!

Resumo

O presente documento é o culminar de um processo de mudança educacional, pessoal e profissional, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa. Este relatório descreve e analisa o percurso do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências especializadas, no domínio científico em estudo.

Iniciamos o relatório com uma revisão integrativa, sobre o conforto do doente em cuidados intensivos. Concluímos que as necessidades de conforto decorrem essencialmente do contexto físico e psico-espiritual e as medidas de conforto mais frequentes destinam-se ao alívio e à tranquilidade.

No âmbito do estágio, Módulo II–UCI, desenvolvemos as nossas competências com a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família; promovemos o conforto do idoso através da realização de uma revisão integrativa sobre o tema, divulgando os resultados através de um poster científico e uma formação audiovisual. Contribuímos igualmente para a prevenção da transmissão da infeção através da realização de uma campanha promocional.

As atividades desenvolvidas no âmbito do Módulo I–SUP, foram a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família; a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, sob o foco do sistema cardiovascular, com a realização de uma revisão integrativa sobre o tema, na construção de uma instrução de trabalho, e uma apresentação sumária sobre os novos sistemas de pacing.

O Módulo II–GCL PPCIRA ficou marcado pela tomada de conhecimento da sua atividade na vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados; na promoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeção com a realização de uma formação profissional sobre as precauções básicas de controlo da infeção, na realização da campanha Etiqueta Respiratória, na preparação e execução de uma auditoria à higienização dos locais de acondicionamento e preparação terapêutica; e no conhecimento do circuito dos dispositivos médicos de utilização múltipla.

Descritores: enfermagem; conforto; cuidados críticos; emergências; prevenção & controle.

Abstract

This document is the culmination of a process of educational, personal and professional change within the scope of the Master Course in Nursing, in Specialization in Medical-Surgical Nursing, ministered by the Catholic University of Portugal. This report describes and analyzes the course of the learning process and the development of specialized skills in the scientific field of study.

We began the report with an integrative review on patient comfort care, under intensive care treatment. We concluded that the comfort needs, essentially derive from the physical and psycho-spiritual context and the more frequent comfort measures are intended for relief and tranquility.

In the scope of the internship, Module II-ICU, we develop our competences with the provision of specialized nursing care to the critically ill person and his / her family; we promote the comfort of the elderly through the realization of an integrative review on the theme, disseminating the results through a scientific poster and an audiovisual training; and we contribute to the prevention of transmission of infection through a promotional campaign.

The activities developed under Module I-SUP were the provision of specialized nursing care to the person/ family in critical situation; the promotion of the quality of nursing care under the focus of the cardiovascular system, with an integrative review on the subject, in the construction of a work instruction; and a summary presentation, on the new pacing systems.

Module II, LCG-PPCIAR, was marked by the knowledge of its activity in the epidemiological surveillance of structures, processes and results; promotion of good practices of prevention and control of infection with professional training on basic precautions for infection control; in the implementation of the Cough Etiquette campaign; in the preparation and execution of an audit to the hygiene of the places of packaging and therapeutic preparation ; and knowledge of the circuit of multiple-use medical devices.

Keywords: nursing; comfort; critical care; emergencies; prevention & control.

Lista de Siglas

ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure
AMP	Atendimento Médico Permanente
BO	Bloco Operatório
CI	Cuidados Intermédios
CVC	Cateter Venoso Central
CVP	Cateter Venoso Periférico
DC	Débito Cardíaco
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECG	Eletrocardiograma
ECTS	European Credit Transfer System
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEG	Eletroencefalograma
ER	Etiqueta Respiratória
ETCO2	End-Tidal Dióxido De Carbono
GCL	Grupo de Coordenação Local
LA	Linha Arterial
NHS	National Health Service
PA	Pressão Arterial
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PNI	Pressão Não Invasiva

PVC	Pressão Venosa Central
SE	Serviço de Esterilização
SNG	Sonda Naso Gástrica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
SV	Sonda Vesical
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UPP	Úlcera Por Pressão
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva

Lista de Acrónimos

BIS	Índice Bi-Espectral
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DeCS	Descritores Ciência da Saúde
DMUM	Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo
GCL PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
SciELO	Scientific Electronic Library Online
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Lista de Abreviaturas

Enf.º	Enfermeiro
Int.	Internamento
N.º	Número
Pág.	Página
Sat.	Saturação
Vol.	Volume

Índice

INTRODUÇÃO	23
1 O CONFORTO DO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS – REVISÃO INTEGRATIVA	29
2 MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	39
2.1 <i>CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....</i>	39
2.2 <i>DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</i>	41
2.3 <i>NOTA FINAL.....</i>	54
3 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	57
3.1 <i>CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....</i>	57
3.1 <i>DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</i>	61
3.2 <i>NOTA FINAL.....</i>	75
4 MÓDULO III – GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS.....	77
4.1 <i>CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....</i>	77
4.2 <i>DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</i>	79
4.3 <i>NOTA FINAL.....</i>	88
5 CONCLUSÃO.....	91
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

Apêndices

APÊNDICE I	Sumário das Informações Gerais
APÊNDICE II	Avaliação da Amostra
APÊNDICE III	Poster “O conforto do idoso em cuidados intensivos – revisão integrativa”
APÊNDICE IV	Cartaz de recomendações aos visitantes
APÊNDICE V	Screensavers “No Infection No Problem”
APÊNDICE VI	Instrução de Trabalho: “Cuidados à pessoa após queda no ambiente intra-hospitalar”
APÊNDICE VII	Revisão integrativa: “As transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem”
APÊNDICE VIII	Poster “As transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem – revisão integrativa”
APÊNDICE IX	Instrução de Trabalho: “As transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem”
APÊNDICE X	Apresentação do Sistema de Pacing Micra Transcateter
APÊNDICE XI	Plano de Sessão: Formação sobre PBCI
APÊNDICE XII	Apresentação: PBCI
APÊNDICE XIII	Manual de PBCI
APÊNDICE XIV	Plano de Intervenção: Medidas de Etiqueta Respiratória
APÊNDICE XV	<i>Checklist</i> : Avaliação Inicial da Campanha da Etiqueta Respiratória
APÊNDICE XVI	Grelha de Auditoria: Higienização dos locais de condicionamento e preparação de terapêutica
APÊNDICE XVII	Relatório da Auditoria: Higienização dos locais de condicionamento e preparação de terapêutica
APÊNDICE XVIII	Instrução de Trabalho: Higienização dos locais de condicionamento e preparação de terapêutica
APÊNDICE XIX	Apresentação dos Resultados da Auditoria: Higienização dos locais de condicionamento e preparação de terapêutica

Anexos

ANEXO I	Aprovação Para Publicação Da Revisão Integrativa
ANEXO II	Workshop Ventilação Não Invasiva
ANEXO III	Introdução à Investigação Clínica – Workshop 2 – Da Leitura Crítica à Elaboração do Manuscrito para Publicação
ANEXO IV	Curso de Investigação de Enfermagem
ANEXO V	Certificado de apresentação do poster “O conforto do idoso em cuidados intensivos – revisão integrativa” nas VII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva
ANEXO VI	Certificado de apresentação do poster “As transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem – revisão integrativa” nas II Congresso de Enfermagem JMS
ANEXO VII	Melhoria da Qualidade dos Cuidados: "Monitorização da Infecção do Local Cirúrgico nos Doentes Pós-Implantação dos Dispositivos Médicos"
ANEXO VIII	Certificado de participação nas “II Jornadas do PPCIRA”
ANEXO IX	Grelha de Auditoria: “Prevenção da infeção associada à colocação e manutenção do Cateter Venoso Central”
ANEXO X	Certificado de participação na formação “Conta a Gripe: Vacinar, Vacinar”
ANEXO XI	Certificado do Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores
ANEXO XII	Declaração de Formador na Ação de Formação: Precauções Básicas de Controlo de Infeção
ANEXO XIII	Formação “Microsoft Excel – Nível I”
ANEXO XIV	Certificado de Participação no Curso: Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo
ANEXO XV	Certificado de Participação no Ciclo de Conferências: “Segurança do Doente”
ANEXO XVI	Certificado de Participação no IV Encontro de Enfermeiro Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Índice de Figuras

Figura 1- Necessidades de Conforto.....	35
Figura 2 - Medidas de Conforto	36
Figura 3 - Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos	40
Figura 4 - Centro Hospitalar em Números (2016).....	58
Figura 5- Serviço de Urgência Polivalente.....	59
Figura 6 - Movimento Assistencial do Hospital do GCL PPCIRA	78
Figura 7- Domínios de atuação do enfermeiro do GCL PPCIRA	79

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição dos clientes de acordo com a proveniência e destino no ano 2015.....	40
Gráfico 2 - Distribuição do n.º de clientes por área de especialidade.....	41
Gráfico 3 - Distribuição dos clientes pela patologia e sexo.....	42
Gráfico 4 - % de clientes distribuídos pelo tipo de Suporte Nutricional	43
Gráfico 5 - N.º de clientes distribuídos pelo tipo de Ventilação.....	44
Gráfico 6 - Percentagem de clientes com monitorização hemodinâmica	45
Gráfico 7 - N.º de clientes com Suporte Cardiovascular	45
Gráfico 8 - N.º de clientes distribuídos pelo seu estado de consciência, sedação e dor.....	46
Gráfico 9 - N.º de clientes distribuídos pelos vários dispositivos pós-cirúrgicos	47
Gráfico 10 - N.º de clientes distribuídos por vários dispositivos invasivos.....	47
Gráfico 11 - N.º de clientes distribuídos pela dependência para os autocuidados e UPP	48
Gráfico 12 - Doentes assistidos nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar no ano 2016.....	60
Gráfico 13 - Doentes assistidos nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar em Setembro e Outubro de 2016	60
Gráfico 14 - N.º de Clientes por Prioridade de Atendimento	60

Índice de Quadros

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão	32
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório será realizado no âmbito do plano estudos do curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa. O processo de formação clínica decorreu entre o mês de maio e dezembro de 2016, e englobou os seguintes módulos: Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo III – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. O desenvolvimento deste processo de aquisição de competências representa 540 horas de experiência clínica e um trabalho individual equivalente a 45 *European Credit Transfer System* (ECTS).

No cumprimento da responsabilidade deontológica para com os clientes e profissão, os Enfermeiros Especialistas assumem um papel basilar. O desenvolvimento obrigatório de competências éticas, relacionais e técnico-científicas, no decurso da formação especializada vai de encontro aos deveres da regulação. Os mandatos legais, éticos e teóricos que apresentamos de seguida, justificam as nossas opções pelo local de estágio e o nosso interesse em desenvolver competências especializadas no âmbito profissional.

A alínea a) e b) do n.º 1 do Artigo 97.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, prescreve o dever de o enfermeiro exercer a profissão com os “*adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*” e “*contribuir para a dignificação da profissão*”.

No âmbito da alínea e) do n.º 2 do Artigo 99.º da Lei referida no parágrafo anterior, o enfermeiro é impulsionado ao desenvolvimento do seu conhecimento (neste caso à formação especializada) por forma à materialização do valor da competência e o aperfeiçoamento profissional. Do mesmo artigo na alínea c) do n.º 3 o enfermeiro deve reger-se pelo princípio da excelência no exercício da profissão em geral e na relação com outros profissionais.

O esforço profissional aplicado na construção de um perfil de competências de especialização dos cuidados de enfermagem, é um dever nos termos da alínea c) do Artigo 103.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Foi na sequência dos mandatos legais e do nosso interesse pessoal que embarcamos no desenvolvimento de novas competências profissionais, sendo que este relatório é o culminar de uma etapa académica e o início de uma nova etapa profissional enquanto enfermeiros especialistas.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, no n.º 3 do Artigo 4 do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril prescreve que o

“Enfermeiro especialista (...) atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Apesar do trabalho exercido pela Ordem dos Enfermeiros, com a aprovação de novas especialidades e redefinição de outras, os colégios de especialidade e os títulos de especialistas continuam os mesmos, uma vez que, o regulador pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, assim o impôs. O plano de estudos ministrado pela Universidade Católica Portuguesa - Lisboa, no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, habilita à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Tendo em conta o período de transição vivido no âmbito da regulação das especialidades e o trabalho desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros, orientamos os objetivos e o desenvolvimento de competências da prática especializada pelos seguintes instrumentos: o plano de estudos do curso de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Para Boterf ⁽¹⁾ a competência não se reduz a um simples comportamento mecânico ou estabelecido. O profissional com determinadas competências possui os instrumentos necessários para refletir e decidir sobre as respostas a dar à situação em si. Após este percurso, e depois de desenvolvermos competências na gestão da pessoa em situação crítica e sua família, é esperado da nossa parte um saber fazer no domínio da prestação e tomada de decisão dos cuidados especializados. Ao enfermeiro com título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica exige-se que tenha competências para prestar cuidados de

enfermagem à pessoa em situação crítica, por forma, a manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Para o enquadramento concetual deste trabalho, adotamos a posição da Ordem dos Enfermeiros sobre os metaparadigmas de enfermagem. De uma forma genérica, a saúde é o estado, a crença individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. É um processo em constante mudança, contínuo e dinâmico, cuja a finalidade é atingir um estado de equilíbrio. ⁽²⁾

A pessoa é um ser possuidor de valores, crenças e desejos próprios, agente intencional das suas condutas. Cada pessoa é um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se. Está em constante interação com o ambiente sendo agente de mudança na procura do seu equilíbrio e harmonia. É sujeito de processos não intencionais como as funções fisiológicas e condição psicológica. Um ser em constante mudança e em inter-relação com os seus sistemas torna-o único. ⁽²⁾

O ambiente é o contexto em que a pessoa se insere e desenvolve. É constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam a pessoa. ⁽²⁾

Cuidados de enfermagem são prestados por enfermeiros a uma pessoa ou grupos (família ou comunidades). Interpreta-se que a pessoa se designe por cliente quando esta é alvo dos nossos cuidados. Constitui-se uma relação enfermeiro-cliente, sendo que os implicados possuem um quadro de valores/crenças e desejos individuais, obrigando a ambas as partes a compreender e a respeitar numa perspetiva multicultural. Os cuidados de enfermagem tomam como área de atenção a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa. Nos cuidados de enfermagem coexistem dois tipos de intervenção: as autónomas e as interdependentes. Os cuidados de enfermagem baseados na evidência científica constituem uma base importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício de enfermagem. ⁽²⁾

O Regulamento n.º 124/2011 define que a pessoa em situação crítica é aquela que cuja a vida está em risco por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende da instituição de medidas avançadas de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem respondem às necessidades afetadas permitindo manter as funções vitais, prevenir complicações e incapacidades.

Os metaparadigmas definidos pela Ordem dos Enfermeiros situam a nossa prática num determinado padrão, no paradigma da Transformação. Deste modo, encontramos a Enfermagem em constante interação com o Mundo, cujos os cuidados de enfermagem dirigem-se ao bem-estar da pessoa, como um todo indissociável, que encara a saúde como uma experiência individual. Para nos desmarcarmos de uma abordagem biomédica, tão utilizada em contexto de cuidados de enfermagem mais técnicos, tomamos por referencial teórico no desenvolvimento da nossa prática, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a Teoria do Conforto de Kolcaba, e a Teoria da Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso de Sousa.

O estágio relativo ao Módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) entre o dia 25 de abril a 18 de junho de 2016. A UCI é uma unidade polivalente de grau III, pertencente a um Hospital Privado, caracterizada pelo seu alto nível de diferenciação tecnológica. A sua assistência dirige-se ao cliente do foro cirúrgico e médico. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Está organizada numa disposição em aquário, com uma lotação de 8 quartos individuais, num sistema tradicionalmente designado por *box*. Sendo a missão da instituição a inovação tecnológica, a investigação científica e a qualidade dos cuidados, constitui um ótimo local para desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos.

O estágio do Módulo I – Serviço de Urgência, que decorreu de 21 de setembro a 26 de outubro de 2016, teve lugar num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), de um Centro Hospitalar da Grande Lisboa. O SUP é caracterizado pela elevada diferenciação clínica e a sua área de abrangência é a Grande Lisboa, sendo referência para várias Unidades de Saúde dos distritos limítrofes da capital. Tem aliado a si o ensino universitário e a formação pós-graduada, impondo cuidados com alto grau de diferenciação científica, técnica e tecnológica, rumo à excelência clínica. É muito relevante referir as excelentes condições das salas de emergência e trauma, construídas sob as condições preconizadas. A atividade assistencial desta unidade é muito alta, sendo que o atendimento de situações de urgência é superior a 150 000 pessoas no ano transato. Dadas as características do SUP, o expectável número vasto de experiências para o desenvolvimento de competências, e a facilidade de acesso para o desenvolvimento do estágio, justificam a nossa escolha.

O Módulo III, foi o último estágio realizado, e teve lugar no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA) de 27 de outubro a 20 de dezembro de 2016. As atividades desta equipa realizam-se num dos Hospitais que constituem o Centro Hospitalar referente ao estágio do Módulo I. A sua atividade prende-se essencialmente no apoio técnico, consultadoria e dinamização no domínio da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. Tem um papel preponderante na vigilância epidemiológica de resultados, processos e estruturas. O seu campo de ação é muito abrangente, sendo transversal às áreas clínicas e não clínicas. Optamos pela realização deste estágio pela sua potencialidade no nosso desenvolvimento de competências no domínio da melhoria continua da qualidade e na maximização da intervenção sobre a prevenção e controlo da infeção.

Os objetivos da realização do presente relatório visam: a) descrever as atividades e experiências vivenciadas nos locais de estágio; b) realizar uma análise crítico-reflexiva dos cuidados de enfermagem prestados baseados na evidência; c) identificar as competências adquiridas; d) construir um documento de avaliação para a certificação de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na construção deste documento, foi tomada por metodologia a descrição e a análise crítico-reflexiva. Como ferramentas de apoio ao trabalho, foram utilizados os seguintes programas informáticos: Office 365[®], SPSS[®], NVivo[®] e o Mendeley[®].

Este relatório está organizado em 7 capítulos, por forma a facilitar a consulta do mesmo. O primeiro capítulo refere-se à introdução, sendo aí realizado o enquadramento académico, ético-legal e conceptual, a justificação pela opção de estágio e a descrição do documento. O segundo capítulo constitui uma revisão integrativa, já submetida e aprovada para publicação na revista *Enfermaria Global* (ANEXO I), com arbitragem científica, constando nela as sugestões dos revisores do periódico. Nos três seguintes capítulos, referentes aos Módulos II, I e III respetivamente, é realizada uma descrição e análise crítico reflexiva das atividades desenvolvidas. O 6º capítulo é referente à conclusão, local onde serão tecidas as considerações finais sobre o processo de desenvolvimento de competências e as situações problema vivenciadas. No último capítulo são apresentadas as referências bibliográficas sob a norma de Vancouver. No final do documento poderá encontrar-se os apêndices e os anexos referidos ao longo do relatório.

1 O CONFORTO DO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS – REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo

Objetivo - identificar as necessidades e as medidas de conforto do doente internado em cuidados intensivos. **Material e Método** - as questões de investigação são: quais as necessidades de conforto do doente adulto e idoso internado em cuidados intensivos? e quais as medidas que promovem o conforto do doente adulto e idoso internado em cuidados intensivos? Procedeu-se à análise dos descritores no DeCS e MeSH no âmbito do conforto do idoso nos cuidados intensivos. Pesquisa booleana nos motores de busca de bases de dados: EBSCO, PubMed, B-ON, RCAAP, BVS, Cochrane Library, SciELO. Obteve-se uma população de 6488 artigos, constituindo a amostra 10 artigos. Realizada análise de conteúdo ao corpus (corresponde aos cuidados enfermagem), do qual se obteve 2 categorias com um total de 55 unidades de registo. **Resultados** - A distribuição dos dados foi de acordo com os pressupostos teóricos da Teoria de Kolcaba: na categoria das Necessidades de Conforto (28 unidades registo) - 28% são do contexto físico, 14% do ambiental, 56% psico-espiritual e 14% do social; das Medidas de Conforto (27 unidades de registo) – 18% são do tipo alívio, 56% de tranquilidade e 26% transcendência. **Conclusão** - as necessidades de conforto decorrem essencialmente do contexto físico e psico-espiritual e as medidas de conforto mais frequentemente adotadas destinam-se ao alívio e à tranquilidade. A disciplina de Enfermagem é a que mais preocupação demonstra pelos cuidados de conforto.

Palavras Chave: Doente, Conforto, Cuidados Intensivos.

Introdução

O cuidado ao doente hospitalizado numa unidade de cuidados intensivos assenta num plano complexo de diagnóstico e tratamento. A multiplicidade de problemas que o doente enfrenta, devido às alterações fisiológicas do processo patológico, desafia os profissionais de saúde a uma abordagem holística. Nem sempre uma abordagem tradicional e/ou convencional aos problemas daquele que é alvo dos cuidados intensivos, consegue responder às suas necessidades.

Na perspectiva de cuidar melhor o doente, na satisfação das suas necessidades humanas básicas, é solicitado aos enfermeiros uma estratégia que responda às exigências da sociedade e do estado da arte. A utilização de um referencial teórico no delineamento do plano de cuidados enfermagem é um elemento chave. A vivência de um processo de doença crítica, em que o ambiente envolto é caracterizado por uma multiplicidade de equipamentos tecnológicos, pode colocar o cuidar humano em segundo plano.

A hospitalização do doente crítico é um processo revestido de experiências frágeis, dada a exposição aos elementos de stress e ameaças (integridade corporal, vergonha, dor, cansaço, separação, dependência e outras privações).⁽³⁾ As prioridades de saúde ao doente hospitalizado, na atualidade, focalizam-se no tratamento da doença, expondo-o ao declínio funcional.⁽³⁾

No processo de assistência do doente crítico, é cada vez mais frequente, a presença do idoso beneficiário dos cuidados intensivos. O idoso em situação crítica necessita de uma avaliação sistemática mais intensa, dado a sua perda de capacidade de adaptação ao stress e à doença. A incapacidade de adaptação provoca um risco significativo de declínio funcional após a alta.⁽⁴⁾

O impacto da multimorbilidade do doente crítico idoso, e a sua capacidade de readaptação fisiológica diminuída, implica a utilização recorrente de instituições de saúde, cujo os custos são muitas vezes significativamente maiores comparativamente com outras faixas etárias.

O contexto de cuidados intensivos é caracterizado pela diferenciação das equipas multidisciplinares, visando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença crítica potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais.⁽⁵⁾ Exigem cuidados de enfermagem mais intensos e vigilantes.⁽⁴⁾

O papel do enfermeiro é de extrema importância na satisfação das necessidades, na potenciação e readaptação das capacidades e na garantia da dignidade do doente. O conforto é uma área de atenção relevante para a enfermagem, caracterizando-se pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.⁽⁶⁾ O conforto pode ser do tipo alívio, tranquilidade e transcendência. É uma experiência holística da pessoa após receber medidas de conforto.
(3,7-9)

O processo de conforto junto do doente é feito a partir da interação entre o profissional, o contexto e a vontade de ele acontecer. Este processo caracteriza-se pela visão holística da

pessoa e pelo planeamento da saúde em parceria com o doente/família e restantes atores, com base no compromisso, intencionalidade e mutualidade. A dependência, a fragilidade e a vulnerabilidade do doente, em concreto o idoso, compromete o enfermeiro em ações confortadoras.⁽³⁾

Nesta perspetiva, propusemo-nos a investigar: quais as necessidades de conforto do doente adulto e idoso em cuidados intensivos? Quais as medidas que promovem o conforto do doente adulto e idoso em cuidados intensivos?

Material e Método

A prática baseada na evidência permite a tomada de decisão sustentada no conhecimento científico, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.^(10,11) A revisão integrativa visa a análise da produção intelectual, fazendo a síntese do estado do conhecimento de um determinado tema, apontando soluções e lacunas do conhecimento. Segundo os peritos consultados, a construção da revisão integrativa implica seis etapas, pelas quais iremos orientar a construção desta revisão.⁽¹²⁻¹⁵⁾

O objetivo delineado para a esta revisão integrativa consiste em identificar as necessidades e as medidas de conforto do doente adulto e idoso internado em cuidados intensivos.

Na primeira etapa, construímos a questão de investigação, utilizando o método PI[C]OD: participantes, intervenção, (comparação), *outcomes* e desenho.^(12,16)

Por forma a utilizar uma terminologia única na pesquisa da literatura foram consultados os descritores em língua portuguesa no DeCS⁽¹⁷⁾, e após a sua tradução para inglês foram sondados no MeSH.⁽¹⁸⁾ Os descritores adotados para a pesquisa deste estudo são: *patient, comfort, well-being, critical care, intensive care, nursing, nursing care, critical care nursing, intensive care nursing*.

O processo de amostragem foi elaborado na etapa 2, com o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para esta revisão, apresentados no quadro 1.

Dado o carácter da revisão integrativa, foram consultadas o maior número de bases de dados. Para a realização da pesquisa foi delineada uma estratégia booleana: [*patient*] and [*Comfort* (or) *well-being*] and [*critical care* (or) *intensive care*] and [*nursing* (or) *nursing care* (or) *critical care nursing* (or) *intensive care nursing*]. Na pesquisa de [*Comfort* (or) *well-being*] foi selecionado o campo do assunto do motor de busca, enquanto para os outros termos manteve-se uma pesquisa livre por todo o documento.

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
1ª fase de pesquisa (aplicação de critérios no motor de busca)	Artigos disponíveis online de forma integral. Artigos em língua inglesa, portuguesa, espanhola ou francesa.	Documentos anteriores ao ano 2010.
2ª fase de pesquisa (adequação do título e resumo)	Inclusão no estudo de doentes adultos/idosos em contexto de cuidados intensivos. Abordagem do conforto.	Documentos escritos em língua diferente à dos critérios de inclusão. Inclusão no estudo de doentes com idade inferior a 18 anos. Contexto que não os cuidados intensivos Artigos repetidos.
3ª fase de pesquisa (leitura integral)	Estudo responde parcialmente às questões de investigação.	Estudo não responde às questões de investigação.

A pesquisa nas bases de dados foi realizada de 15 a 25 de Maio de 2016, nos seguintes motores de busca de bases de dados: EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database): 278 artigos; PubMed: 4894 artigos; B-ON: 656 artigos; Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal: 421 artigos; Biblioteca Virtual em Saúde: 38 artigos; Cochrane Library: 147 artigos; e SciELO: 54 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 10 artigos, que representam a amostra.

A terceira etapa permite a organização e sumarização das informações dos artigos. Foram aplicados os itens do APÊNDICE I, previamente elaborado, após leitura na íntegra dos

artigos, para a obtenção dos dados relevantes, que incluem: a procedência, o título do artigo, autores, periódico (Vol, nº, pág. e ano) e finalidade do estudo.

Na etapa 4, procedeu-se à análise crítica dos artigos selecionados, tendo-se elaborado um instrumento de apoio (APÊNDICE II) com as seguintes informações: o nome do estudo, a amostra, tipo de investigação, método de análise, principais resultados e nível de evidência. Para ter uma imagem hierárquica do conhecimento, os estudos foram classificados quanto ao nível evidência, pela pirâmide proposta por Polit.⁽¹¹⁾

Com a informação fornecida dos artigos sobre os cuidados de conforto, a qual constitui o *corpus documental*, procedeu-se à análise de conteúdo, com o apoio do software *NVivo 11*.⁽¹⁹⁻²¹⁾ Foram delineadas para categorização, as necessidades e as medidas de conforto, preconizadas por Kolcaba.⁽²²⁾ As unidades de registo corresponderão às necessidades do idoso em situação crítica, e às medidas adotadas para obtenção do conforto.

Na penúltima etapa, terá lugar a discussão dos resultados, onde serão comparados os dados evidenciados, com os pressupostos teóricos. Poderemos identificar possíveis lacunas do conhecimento e sugerir estudos futuros. Serão identificados os vieses que podem comprometer os resultados divulgados.

Em último, procedemos à síntese do conhecimento sobre as necessidades e medidas de conforto do doente adulto e idoso em contexto de cuidados intensivos, em forma de figura esquemática (figura 1 e 2).

Resultados e Discussão

A análise e a discussão dos dados permitem identificar o conteúdo relevante dos estudos primários. Iniciamos a discussão com a apresentação da síntese dos dados colhidos, no APÊNDICE II, a qual faz um sumário de cada artigo e o seu impacto para a prática baseada na evidência.

Pela pirâmide hierárquica da evidência, verificámos que 50% dos estudos apresentados têm baixa força de evidência, estão no nível VI, enquanto que, 20% estão próximo do topo, no nível II. Dado o facto apresentado, as recomendações que poderão advir, devem ser sempre submetidas a um processo de reflexão e discussão crítica.

Dos estudos apresentados, os investigadores na sua grande maioria são Enfermeiros. Existe a participação de Médicos em 3 estudos e num estudo a presença de 1 Terapeuta de Cinesioterapia Respiratória. A inclusão de outros profissionais nas investigações enriquece

o estudo do objeto, pelo carácter multidisciplinar introduzido. Nem todos os estudos são claros quanto à filiação dos autores. No entanto, é possível verificar a participação de investigadores com filiação no domínio clínico de cuidados intensivos e no domínio académico. Os fatos referidos, são uma mais valia na avaliação crítica dos artigos científicos, quanto à credibilidade dos autores na investigação, seja pelo conhecimento clínico seja pelo conhecimento dos pressupostos metodológicos de investigação. Estes resultados vão de encontro às conclusões de Ramos et al ⁽²³⁾, os quais, referem que o conforto é um importante fator no bem-estar do doente, e é uma responsabilidade partilhada pela equipa multidisciplinar do hospital.

Dos 10 artigos em análise, 80% foram publicados em periódicos que abordam os cuidados críticos (sendo 3 do foro de enfermagem, 1 do âmbito médico e os restantes multidisciplinares). Dois artigos foram publicados em revistas do âmbito da qualidade dos cuidados de saúde.

As opções metodológicas dos artigos em análise (APÊNCICE II) encontram-se equilibradas, dado que 40% seguiu o paradigma qualitativo e 60% o quantitativo. Na avaliação das necessidades e das medidas de conforto do idoso, o pensamento naturalista aprofunda por um lado o conhecimento da natureza do objeto, mas por outro implica a perda de força nas recomendações para a prática baseada na evidência.

No somatório dos estudos, observamos que foram estudados 780 doentes internados em cuidados intensivos, com idade compreendida entre os 18-90 anos, e 183 enfermeiros que prestam cuidados numa unidade de cuidados intensivos. Verifica-se que os estudos foram realizados na Europa, Ásia e América.

No curso da identificação dos vieses, cabe-nos fazer referência às temáticas por eles abordada. Em 50% dos estudos, o conforto foi abordado no âmbito da ventilação mecânica. Entendemos que a síntese de conhecimentos realizada nesta revisão integrativa, esteja influenciada pelas problemáticas associadas à ventilação mecânica, não retira qualidade a este estudo, apenas reduz a sua amplitude.

De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, existem quatro contextos em que ocorrem conforto: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural.⁽⁸⁾ Nos estudos analisados, foram identificados as necessidades de conforto e as medidas que o promovem, através da técnica de análise de conteúdo (os resultados podem ser observados na figura 1 e 2).

As necessidades de conforto devem ser lidas como as necessidades de cuidados de saúde. Resultam de tensões experienciadas pela pessoa no processo de saúde/doença, causando-lhe problemas que requerem algum tipo de conforto. ^(7,8,22)

Figura 1- Necessidades de Conforto



Segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba, os cuidados de enfermagem dirigem-se às necessidades de conforto, e não são satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicional. As necessidades podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. ^(7,8,22)

Da análise de conteúdo, foram identificadas 28 unidades de registo no âmbito das necessidades de conforto. As unidades de registo traduzem-se em necessidades de cuidados concretas. Cada subcategoria da análise de conteúdo representa o contexto do qual as necessidades emergem, assim sendo, 28% das necessidades emergem do contexto físico, 14% do ambiental e 14% do social, enquanto que 56 % das necessidades identificadas decorrem do contexto psico-espiritual.

No contexto de cuidados intensivos as necessidades mais mencionadas pelos estudos primários, são: a dor, a ansiedade, o medo, a frustração, a perda de autonomia, a ventilação mecânica e a visita de familiares e amigos. Estes resultados são corroborados por Blanca et al⁽²⁴⁾ e Cidália et al⁽²⁵⁾, com estudos similares sobre a temática das experiências vivenciadas pelo doente internado em cuidados intensivos, as quais identificaram as sensações traumáticas vivenciadas pelos doentes e famílias, assim como, a escassez de informação,

necessidade de atenção personalizada, a presença de dispositivos invasivos e um ambiente não natural.

Ao enfermeiro pede-se que identifique as necessidades de conforto, planeie e execute medidas, reavaliando-as após a sua implementação. A avaliação do doente pode ser subjetiva ou objetiva.^(7,8,22) Assim sendo, as medidas de conforto deverão ser ações de enfermagem, para abordar as necessidades de conforto do doente, numa perspetiva holística e dinâmica.

As medidas de conforto ao doente adulto e idoso visam o alívio do desconforto, eliminação dos elementos stressores, apoio espiritual e familiar, e garantir a esperança na vida, em contexto hospitalar.⁽²⁶⁾

Figura 2 - Medidas de Conforto



Dos artigos em estudo, as medidas de conforto promotoras da tranquilidade, foram as mais implementadas. Na categoria das medidas de conforto foram identificadas 27 unidades de registo, que representam as intervenções de enfermagem. Da totalidade de medidas de conforto, 18 % promovem o alívio, 56% a tranquilidade e 26% a transcendência.

A gestão de medidas para alívio da dor foram as mais utilizadas nos estudos analisados. Gélinas ⁽²⁷⁾ identifica as medidas não-farmacológicas como medidas eficazes, seguras e baixo custo para alívio da dor, de total autonomia dos enfermeiros dos cuidados intensivos, em complementaridade com o tratamento farmacológico.

No âmbito das medidas de conforto promotoras da tranquilidade, foi evidenciado que a gestão de medidas farmacológicas sedativas, a informação prestada aos doentes e a ajuda a manter a esperança, são as mais enunciadas pelos estudos. A comunicação da informação foi identificada por Pott et al⁽²⁸⁾ como uma estratégia de conforto, fundamental na prestação de cuidados humanizados. As estratégias facilitadoras dos diferentes autocuidados foram comprovadas por Silva & Valente Ribeiro⁽²⁹⁾ e Carvajal Carrascal et al⁽³⁰⁾ como promotoras do conforto do doente.

No conforto do tipo transcendência não existe uma produção científica sólida, mas as medidas enunciadas centram-se no respeito pela individualidade e dignidade do doente.

A dor, o medo, a insegurança, a perda de autonomia e a solidão são problemas que estão frequentemente presentes no doente internado nos cuidados intensivos. As medidas implementadas estão de acordo com os achados na bibliografia⁽²⁶⁾ e são elas o alívio da dor, a prevenção do sofrimento, a manutenção da esperança, o respeito pela pessoa, a garantia da dignidade e o envolvimento familiar, entre outras.

Outra leitura possível a realizar desta revisão integrativa, prende-se com a temática abordada por parte dos estudos primários, o conforto do doente submetido a ventilação mecânica. As necessidades de conforto decorrentes da utilização da ventilação artificial, da ansiedade, da agitação e do stress respiratório e a utilização de medidas de conforto, como a gestão das medidas farmacológicas de sedação, os ensinamentos ao doente, entre outras, mantêm-se em concordância.

Conclusão

Após a realização da revisão integrativa, conseguimos responder às questões de investigação, com base nos pressupostos da Teoria de Conforto de Kolcaba e da Teoria da Natureza do Processo de Conforto do Idoso de Sousa.⁽³⁾ A riqueza de dados não suprimiu a totalidade das nossas expectativas para este estudo, no entanto, revelou oportunidades de investigação e reflexão sobre o conforto do idoso nos cuidados intensivos.

Conseguimos definir através da análise crítica dos artigos, as disciplinas que se preocupam pelo fenómeno do conforto, das quais se destacam a Enfermagem, com um papel preponderante, quer na criação de um quadro teórico, quer da abordagem prática do conforto.

As necessidades de conforto do doente decorrem essencialmente de contexto experienciado físico e psico-espiritual. Para o doente, o ambiente de cuidados intensivos encerra o

desconhecido, longe do seu contexto natural, envolvido por complexos sistemas tecnológicos e com grande probabilidade de injúrias corporais e psíquicas iatrogénicas decorrentes do plano terapêutico.

O internamento em cuidados intensivos envolve-se numa névoa de sentimentos de insegurança, dor, sofrimento e ansiedade, que induzem ao doente crítico o desconforto.

A evidência científica revela que as medidas de conforto mais implementadas visam o alívio e a tranquilidade. Das estratégias promotoras do conforto analisadas, as que determinam consenso geral nos estudos primários analisados são: a gestão da analgesia/sedação, a realização de exercícios passivos e a implementação de programas de informação estruturados.

Este estudo enriquece o conhecimento relativamente ao processo do conforto prestado ao doente em contexto de cuidados intensivos. No entanto, a produção científica até aqui é parca. É plausível recomendar aos Enfermeiros, a reflexão sobre os pressupostos teóricos de Katherine Kolcaba e Sousa, e a pesquisa sobre os cuidados de conforto ao doente em contextos específicos. Desta forma, será possível contruir um core sustentado de medidas de conforto que respondam de forma efetiva, às necessidades de cuidados de saúde.

2 MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Neste capítulo, iremos abordar as experiências vivenciadas no primeiro estágio, referente ao Módulo II – Cuidados Intensivos, que decorreu de 25 de abril a 18 de junho de 2016. O estágio teve uma duração de 180 horas em ambiente clínico e uma carga de trabalho associada em 10 European Credit Transfer System (ECTS). Desenvolveremos uma descrição da Unidade Hospitalar e uma análise crítico-reflexiva do desempenho da prática especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Hospital onde se realizou este estágio, é uma entidade privada, incluído no Sistema de Saúde Português, reconhecido pelo nº 1 da BASE XII da Lei de Bases da Saúde para o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. O seu financiamento depende do cliente privado, de acordos e convenções. Designa a sua missão por diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, e atrair profissionais de excelência.

Esta instituição integra uma unidade de Hospital de Agudos e uma Residencial Hospitalar. Tem a capacidade de mais de 160 quartos para internamento e uma lotação superior a 180 camas (distribuídas por quartos individuais e múltiplos). Possui uma vasta gama de valências na área da saúde, com uma múltipla oferta de especialidades médicas/cirúrgicas, cuidados de enfermagem gerais e especializados, e serviços de diagnóstico e terapêutica.

Aliado ao seu cariz privado, mantém o seu registo na investigação clínica, na inovação tecnológica (como a cirurgia robótica) e no delineamento da estratégia da qualidade dos cuidados. Cuidar com segurança, é um valor assumido pela instituição, sendo o desempenho da equipa de enfermagem deste hospital preponderante nos domínios da prevenção da infeção, queda e úlcera por pressão.

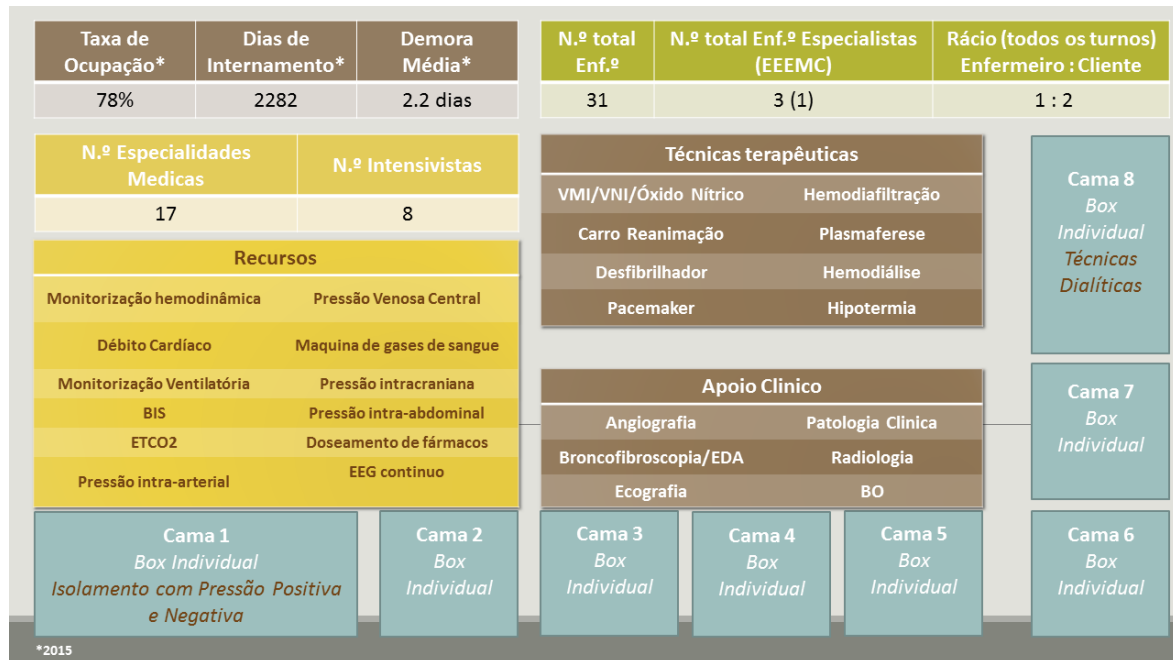
A Unidade de Cuidados Intensivos, polivalente de nível III, foi o local de realização do nosso estágio neste hospital. Este espaço caracteriza-se por possuir recursos humanos e materiais, capazes de responder às necessidades da pessoa com risco ou falência de um órgão vital, potencialmente reversível.⁽⁵⁾

Em 2015 foi publicado um relatório pelo Ministério da Saúde sobre a Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos, o qual consultamos de forma minuciosa,

O conforto da pessoa em situação crítica

tendo adotado alguns dos itens para a caracterização do nosso local de estágio. Os dados para a realização dessa avaliação foram gentilmente disponibilizados pelo coordenador de enfermagem deste serviço.

Figura 3 - Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos



A figura 3 caracteriza a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) na sua globalidade, expressando na nossa opinião uma leitura agradável da descrição do serviço e equipa.

O elevado fluxo de clientes nesta unidade clinica é percebido facilmente pelo número de dias de internamento e a demora média. Para melhor entendermos este volume de clientes serão apresentados de seguida, 2 gráficos (1 e 2), sendo que o primeiro corresponde à proveniência e destino pós alta da UCI e o outro à distribuição de clientes por área de especialidade (como já referido estes dados foram cedidos pelo coordenador de enfermagem e referem-se a 2015).

Gráfico 1- Distribuição dos clientes de acordo com a proveniência e destino no ano 2015

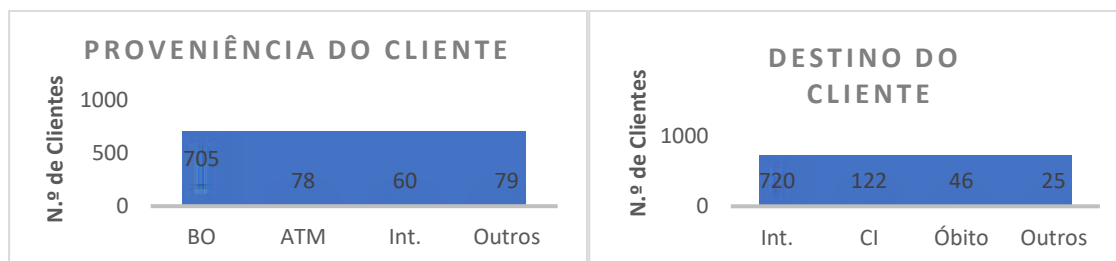
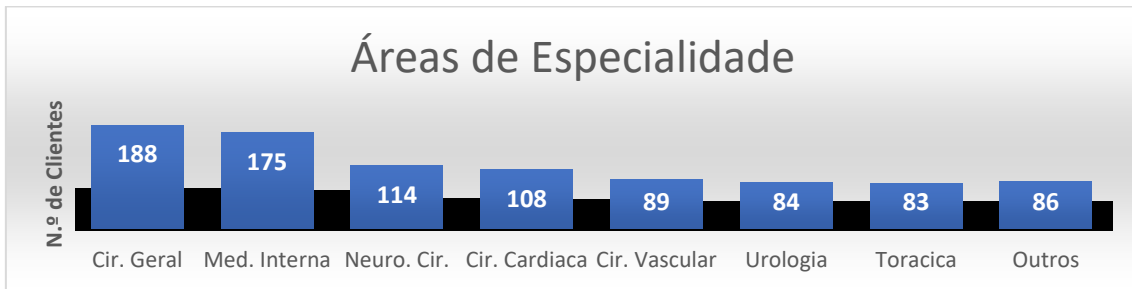


Gráfico 2 - Distribuição do n.º de clientes por área de especialidade



A equipa de enfermagem é constituída por 31 Enfermeiros, alguns em regime de prestação de serviços, permitindo um rácio Enfermeiro/Cliente de 1/2. O anexo III do Regulamento n.º533/204 publicado no Diário da República define as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, e tendo tal em consideração, o rácio preconizado para esta UCI deveria corresponder 1 Enfermeiro para 1 Cliente.

Os cuidados de enfermagem são prestados ao longo das 24 horas, tendo como base de trabalho o método de enfermeiro de referência, indo de encontro ao cuidar individualizado e humanizado.⁽³¹⁾ Os registos de enfermagem são informatizados, sendo realizados com recurso a linguagem classificada e não classificada, num modelo misto.

2.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

As características da unidade clínica e a metodologia de trabalho, influenciarão certamente a qualidade das experiências obtidas no percurso do processo de aquisição de competências. Tendo em conta o enquadramento, delineamos como objetivo geral deste estágio, **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos.**

Após prévia reflexão sobre o contexto de estágio, desenvolveremos os objetivos específicos delineados para esta etapa, expondo as atividades aí desenvolvidas e o conhecimento e habilidades adquiridas.

Objetivo 1: prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa – adulta e idoso – em situação crítica e sua família, em contexto de Cuidados Intensivos

O desenvolvimento de conhecimentos, nos vários domínios da medicina, foi culpado pelos avanços tecnológicos quer no diagnóstico quer no tratamento das pessoas em situação crítica.

A evolução dos campos do saber, incrementou a sobrevida e a qualidade de vida das pessoas com doença grave, assim como, a complexidade dos recursos disponíveis, com necessária diferenciação dos Enfermeiros em áreas multidisciplinares. ⁽⁵⁾

Os cuidados intensivos são prestados a clientes com estado de saúde crítico ou com potencial risco, com necessidade de vigilância e tratamento contínuo e intensivo. Estas unidades têm capacidade de preservar ou recuperar sistemas fisiológicos alterados ou em falência. ⁽³²⁾

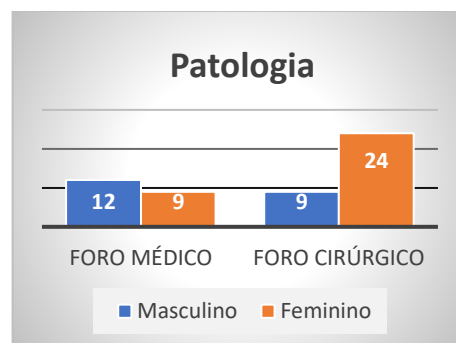
O Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros define os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como sendo de grande complexidade, prestados à pessoa com falência de um ou mais órgãos vitais ou em risco iminente de o suceder, permitindo manter as funções básicas da vida. Estes cuidados facilitam ou inibem os processos individuais, de forma à satisfação das necessidades de pessoa, com o objetivo do bem estar e da mestria de acordo com as crenças da mesma. ⁽³³⁾

O enfermeiro que desempenha as suas funções numa unidade de pessoas em situação crítica, tem um papel fundamental na vigilância sistemática do cliente, no controlo do complexo regime terapêutico, na identificação precoce de problemas e iniciar as intervenções adequadas. É seu mandato delinear intervenções de enfermagem que previnam e/corrijam situações que ameaçam a vida. ⁽³²⁾

Para a reflexão crítica do nosso desempenho durante o estágio, realizamos uma análise descritiva das experiências vivenciadas dos casos clínicos, utilizando o Excel e o SPSS ^(34,35) como ferramentas de eleição. Como fonte de dados utilizamos as notas de estudo e de preparação do dia-a-dia do ensino clínico.

Como linha orientadora para esta análise, baseamo-nos nos autores Swearingen et Keen, sobre os aspetos que se relacionam com a pessoa em situação crítica: suporte nutricional, ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica, sedativos e curarizantes, alterações de consciência, dor, feridas, imobilidade prolongada e suporte psicossocial de cliente e família. ⁽³⁶⁾

Gráfico 3 - Distribuição dos clientes pela patologia e sexo

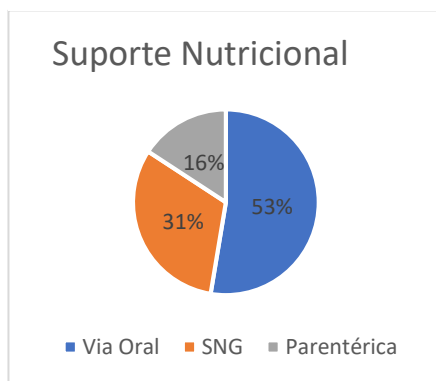


Numa perspetiva descritiva, desenvolvemos os nossos cuidados ao longo das 180 horas de estágio, no modelo de enfermeiro de referência, com 58 pessoas (média de idade = 71.07 anos), das quais 21 eram do sexo feminino (média da idade= 69,95 anos) e 37 do sexo masculino (média de idade 71,7 anos). No gráfico n.º 3 podemos verificar a distribuição do número de clientes pelo sexo/patologia médica.

A prestação de cuidados especializados, demarca-se dos demais, pela capacidade de gerir situações complexas e tomada de decisões fundamentadas na componente científica e deontológica. No âmbito das reflexões de Boterf a aquisição de competências resulta num saber fazer, que é possível descrever em termos do comportamento.⁽¹⁾ Assim sendo, serão explanadas as atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados.

Suporte nutricional

Gráfico 4 - % de clientes distribuídos pelo tipo de Suporte Nutricional



O suporte nutricional é fundamental na evolução do doente, dado que a evidencia científica é premente na afirmação de que a malnutrição se correlaciona positivamente com o aumento da morbidade e mortalidade.⁽³⁶⁾

A alimentação por via oral ou por sonda nasogástrica são cuidados para os quais já adquirimos competências para a sua execução, dado que, no decurso da nossa experiência profissional prévia, desenvolvemos

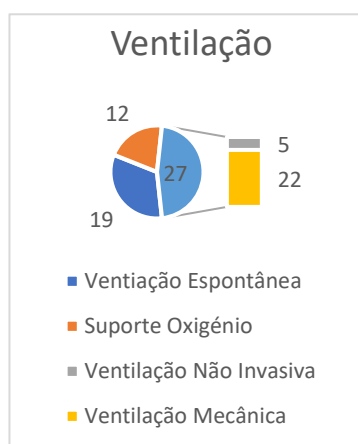
conhecimentos e habilidades na execução destas atividades. No que respeita ao suporte nutricional com alimentação parentérica, onde se englobam 16% dos nossos clientes, foi possível desenvolver conhecimento e treino na preparação e administração da mesma. No entanto, a competência para a gestão da pessoa com alimentação parentérica, exigiu desenvolvimento de conhecimento sobre as vigilâncias e complicações associadas a esta terapêutica.

No âmbito do suporte nutricional, a alteração do padrão alimentar, comum na pessoa em situação crítica, foi submetida por diversas vezes a discussão no seio da equipa de enfermagem, sobre as necessidades de nutricionais do cliente tendo em conta a patologia de base.⁽³⁷⁾ Neste âmbito, também constituía nossa preocupação as alterações hidro-electrolíticas, o risco de infeção, o risco de aspiração, diarreia, a integridade dos tecidos e perfusão pulmonar.⁽³⁶⁾

A ventilação é uma área de domínio de enfermagem⁽³⁸⁾, que de uma forma genérica permite a saída e a entrada de ar para os pulmões auxiliados pela musculatura acessória, permitindo a oxigenação do sangue. Este processo está frequentemente comprometido na pessoa em situação crítica, e não menos verdade, existe frequentemente a necessidade de implementar medidas de apoio.

O gráfico 5 comprova o bom número de experiências com a ventilação mecânica invasiva,

Gráfico 5 - N° de clientes distribuídos pelo tipo de Ventilação



sendo possível a reflexão sistemática com o orientador clínico, sobre os modos ventilatórios e a associação com a fisiologia da ventilação. Este facto foi crucial na aprendizagem, dado que permitiu desenvolver capacidades de vigilância, por forma, a identificar previamente complicações associadas ao ventilador.⁽³⁹⁾

A deteção de complicações mais comuns associadas à ventilação mecânica são o pneumotórax hipertensivo, barotrauma, complicações gastrointestinais, diminuição do débito cardíaco, pneumonia e ansiedade.⁽³²⁾

Na sequência da ventilação mecânica, foi por diversas vezes discutida a temática da pneumonia associada à intubação no seio da equipa de enfermagem. A nossa prática foi baseada e firmada nas recomendações internacionais, incrementadas pela Direção Geral da Saúde (DGS), designadas por feixes de intervenções de prevenção de pneumonia associada á intubação.⁽⁴⁰⁾

No âmbito da ventilação não invasiva, o número de clientes submetidos a esta terapêutica, cada vez mais usual no meu local de trabalho, foi muito modesto. Aproveitando máximo de oportunidades de aprendizagem, participamos no Workshop Ventilação Não Invasiva em janeiro de 2017, promovido pela Ordem dos Enfermeiros no âmbito do IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas (ANEXO II). Esta participação foi bastante positiva, permitiu desenvolver competências na gestão da doença respiratória aguda ou crónica.

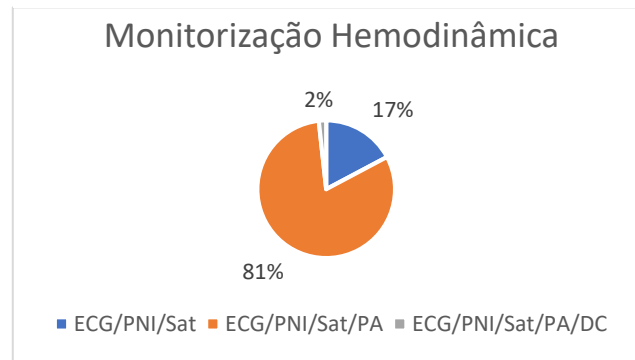
Monitorização hemodinâmica

A monitorização hemodinâmica (gráfico 6) da pessoa em situação crítica é uma exigência do meu percurso profissional, dado desenvolver a minha atividade na área do doente

cardíaco em situação aguda. Nesse aspeto, a parametrização e interpretação dos valores hemodinâmicos são habilidades já adquiridas e reforçadas neste estágio.

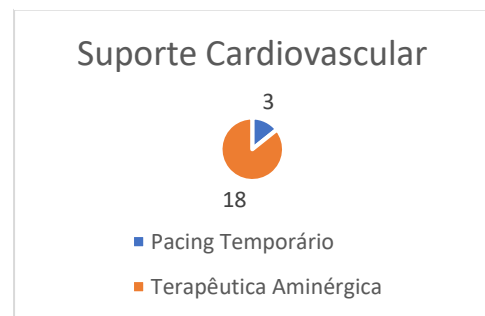
Apõe-se neste contexto a necessidade de desenvolver o conhecimento sobre a monitorização de parâmetros volumétricos adquiridos por via da termodiluição transpulmonar, uma técnica complexa, pouco comum e de custo elevado. No desenvolvimento do estudo e gestão do cliente com esta técnica de monitorização, e refletindo sobre os parâmetros avaliados, permite-nos dizer que a prestação de cuidados nos doentes com grande instabilidade hemodinâmica torna-se definitivamente mais segura. De forma a fazermo-nos entender melhor, a observação da parametrização do débito cardíaco aquando do posicionamento da pessoa, permite tomar uma decisão mais fundamentada sobre qual a melhor estratégia para manter a estabilidade hemodinâmica. ⁽³²⁾

Gráfico 6 - Percentagem de clientes com monitorização hemodinâmica



No âmbito da estabilidade hemodinâmica tivemos a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem especializados, a pessoas com suporte cardiovascular, mais concretamente *pacings* cardíaco temporário e a utilização de aminas. Estes dois elementos têm a necessidade de uma vigilância e monitorização constante, e por vezes, a necessidade de ajuste imediato da parametrização, naquilo que podemos designar de prática avançada de enfermagem.

Gráfico 7 - N.º de clientes com Suporte Cardiovascular



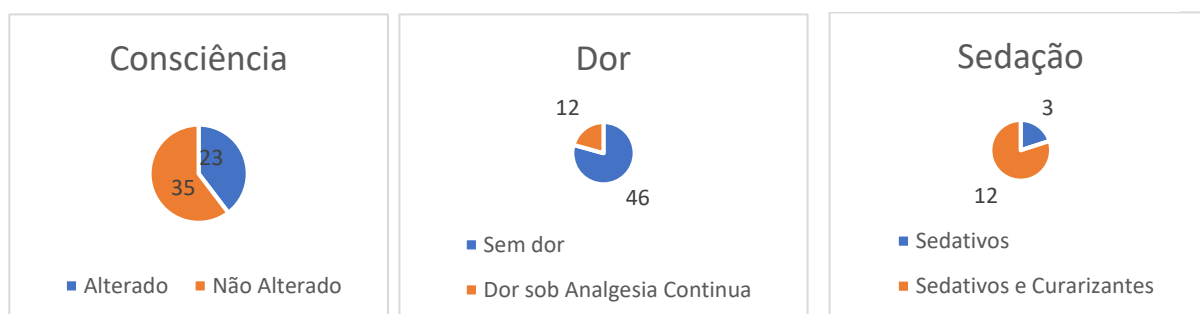
Para além dos cuidados descritos no âmbito da monitorização hemodinâmica, corroborados pela bibliografia, tivemos uma abordagem direcionada a outros focos de atenção como a perfusão dos tecidos, o risco de infeção e o défice de conhecimento do cliente sobre os preparos dos dispositivos invasivos e equipamentos de monitorização. ⁽³⁶⁾

Alterações da consciência, sedativos, curarizantes e dor

Grande parte das pessoas em situação crítica vivencia processos de ansiedade e agitação. Estes problemas associam-se frequentemente a processos patológicos em curso, sendo a dor um foco muito frequente. ⁽³⁶⁾

A correta avaliação dos problemas enunciados no paragrafo anterior, permite iniciar o processo de enfermagem corretamente. A quantificação de grandezas qualitativas permite delinear um *score*, sendo as escalas o instrumento de eleição na prática clinica. No nosso contexto de estágio foram aplicadas diversas escalas, em uso na unidade clinica, que facilmente percebemos a sua pertinência analisando o gráfico 8.

Gráfico 8 - N.º de clientes distribuídos pelo seu estado de consciência, sedação e dor



A obtenção do score objetivo das escalas aplicadas nos cuidados intensivos orientavam a nossa prática clinica especializada, situavam-nos quanto ao estado geral e específico do cliente, fundamentava as nossas intervenções e estabelecia uma linha prognóstica.

As escalas em uso para a avaliação da consciência, sedação e dor são a Escala de Coma de Glasgow, a NeeCham Confusion Scale, a escala de Ramsay, a Escala Numérica e Faces da Dor e a Aldrete Score. Na avaliação do estado geral da doença da pessoa em situação critica era utilizada a escala Modified Early Warning Scores.

No âmbito da prática especializada, os problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem frequentemente achados eram a ansiedade, compromisso das trocas gasosas, défice de conhecimentos, compromissos da comunicação e da mobilidade física (coincidente com os resultados do estudo exposto no capítulo 1). A resposta de enfermagem por hábito é a gestão do regime medicamentoso, sedativo e analgésico, com resultados imediatos. No entanto, como alternativa a este processo sustentamos a prática na teoria de Kolcaba, servindo de instrumento de trabalho, onde determinávamos as necessidades de conforto do cliente e implementávamos as medidas necessárias.⁽⁷⁾ Como exemplo, centrados no conceito do

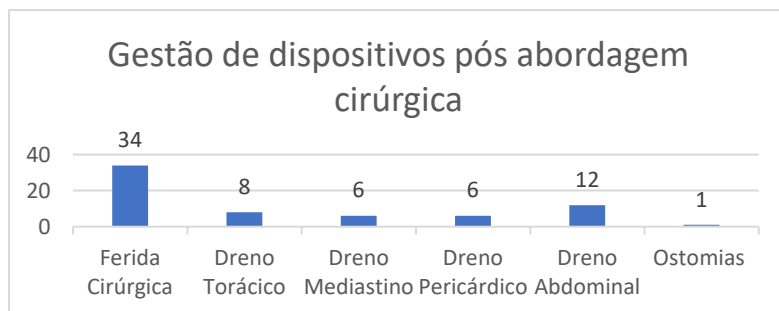
conforto, no contexto ambiental com a organização da unidade do cliente, conseguimos proporcionar um ambiente seguro e sereno, levando a um estado de alívio e serenidade.

No âmbito da ansiedade e agitação, a intervenção primária foi estabelecer uma relação de ajuda suportada pela confiança e respeito pela dignidade do outro, explorando as significações do processo e fomentando o controle e a autonomia sobre a situação. Para Phaneuf, a relação de ajuda trata-se da troca de mensagens, de forma intencional, num clima isento de julgamentos, com o objetivo de proporcionar uma mudança pessoal do cliente.⁽⁴¹⁾

Feridas e controle da infeção

A nossa prestação de cuidados centrou-se maioritariamente no doente do foro cirúrgico, como é comprovado pelo que acima foi referido. A gestão do doente cirúrgico assume uma

Gráfico 9 - N.º de clientes distribuídos pelos vários dispositivos pós-cirúrgicos



grande complexidade, intrínseca ao tipo de cirurgia que realiza. Numa perspetiva de prevenção de complicações, apresentamos no gráfico 9 os dispositivos específicos pós abordagem cirúrgica, onde a

responsabilidade de vigilância e otimização são do enfermeiro. Ao enfermeiro especialista exige que domine o saber para a prevenção e despiste de complicações pós-cirúrgicas, no âmbito da estabilidade hemodinâmica como da gestão dos processos inerentes à abordagem cirúrgica.⁽⁴²⁾

A infeção associada aos cuidados de saúde é uma problemática presente em todas as

Gráfico 10 - N.º de clientes distribuídos por vários dispositivos invasivos



instituições de saúde, e será abordada de forma mais específica no capítulo 4. É do consenso geral, a necessidade de tomar medidas preventivas, baseadas na evidência científica, para a prevenção da infeção e multirresistência dos microrganismos. A presença de um dispositivo invasivo torna-se um risco para a entrada de um microrganismo e desenvolver-se uma infeção.

A imagem idealizada da pessoa em situação crítica é envolta de múltiplos equipamentos complexos e um sem

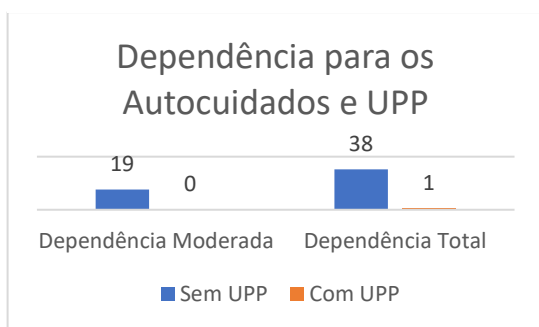
número de dispositivos invasivos. Esta não é uma imagem desvirtuada, dado que, se analisarmos o gráfico 10, verificamos que todos os clientes tinham pelo menos um dispositivo invasivo. De uma forma geral, verificamos que quase todos tinham 3 dispositivos vasculares e 1 vesical.

É obrigação do enfermeiro especialista prevenir complicações, promover as boas práticas e demonstrar comportamentos de excelência clínica. Dessa forma, os cuidados prestados na prevenção da infeção associada aos dispositivos invasivos médicos tinham fundamento nas normas da DGS, estas sustentadas em recomendações de alto grau de evidência.⁽⁴³⁻⁴⁵⁾

Imobilidade prolongada

É expectável que a pessoa em situação crítica apresente uma menor capacidade funcional. Durante o nosso percurso de estágio verificou-se isso mesmo, os clientes a quem nós

Gráfico 11 - N.º de clientes distribuídos pela dependência para os autocuidados e UPP



prestamos cuidados apresentavam grande dependência para a realização dos autocuidados.

Associado a um elevado nível elevado de dependência, o risco de desenvolver úlceras por pressão (UPP) é extremamente maior. Durante o nosso percurso formativo deparamo-nos com a instalação de uma UPP de categoria 1, sendo tomadas as medidas mais adequadas à situação, que naquele caso foi a aplicação de ácidos gordos hiperoxigenados e alívio da pressão.⁽⁴⁶⁾

Para ajudar à tomada de decisão, na perspetiva da segurança do doente, aplicamos a todos os clientes as Escalas de Morse e a de Braden. Para além das escalas já referenciadas, no âmbito da quantificação dos cuidados de enfermagem e da capacidade funcional do cliente foram utilizadas a Therapeutic Intervention Scoring System e o Índice de Barthel.

No âmbito da imobilidade prolongada, focamos a nossa atenção, nas áreas sensíveis aos nossos cuidados especializados⁽³⁶⁾ mais comuns, como a síndrome de desuso dos cuidados intensivos, o défice de autocuidados, a perfusão dos tecidos e a obstipação.

Suporte psicossocial do cliente e família

O suporte psicossocial dos clientes e família é parte integrante do plano de cuidados. Os problemas que nos confrontamos no dia-a-dia na UCI são o défice de conhecimentos, a

ansiedade, as alterações de percepção, perturbação do padrão do sono, medo, coping ineficaz, alteração da imagem corporal e sofrimento espiritual.

A UCI onde desenvolvemos o estágio proporcionava boas condições de acomodação aos familiares e/ou pessoas significativas, com capacidade para garantir a privacidade da relação. As intervenções por nós desenvolvidas junto da família e/ou pessoas significativas, foram menos do que aquelas que desejaríamos, dado o pouco tempo destinado ao estágio e ao condicionamento dos turnos realizados pelo Enfermeiro Orientador.

No entanto, o défice de conhecimentos do cliente e/ou família foi o problema mais abordado por nós. As alterações da percepção, o medo e a ansiedade, enquadrados nos conceitos situação crítica e cuidados intensivos, constituíram um trabalho de desmitificação e educação junto da pessoa e família/pessoa significativa. O ambiente repleto de equipamentos tecnológicos complexos e os dispositivos invasivos e não invasivos direcionados ao cliente, era destruturado, com o objetivo de estabelecer a coragem perante as adversidades.⁽⁴¹⁾

Situação de exceção

Será certamente uma mais valia, referenciar uma das experiências vivenciadas, respeitante a uma abordagem cirúrgica emergente na UCI. Perante a situação de agravamento da estabilidade hemodinâmica de uma cliente submetida a cirurgia cardíaca, a opção do cirurgião responsável foi realizar uma re-esternotomia exploratória.

Sem qualquer tipo experiência de peri-operatório, encontramos-nos sob algo inesperado, com necessidade de intervenção rápida quer na mobilização de meios quer nos cuidados de preparação do doente para tal procedimento. Os primeiros sentimentos por nós vivenciados nesta situação, não foram muito agradáveis. No entanto e após segundos de uma reflexão crítica começamos a atuar, sob a base de uma metodologia formulada com conhecimentos prévios. Sob uma metodologia baseada em 3 funções distintas, circulante, anestesia e instrumentista, comprometemo-nos com as funções associadas ao enfermeiro que apoia nos procedimentos anestésicos. Desta forma, desenvolvemos o nosso desempenho na monitorização e vigilância hemodinâmica, ventilação e drogas.

A estratégia de nos concentrarmos numa determinada área de funções, resultou perante a imprevisibilidade dos acontecimentos, tomando consciência da nossa capacidade de desenvolver as competências requeridas, enquanto enfermeiros especialistas.

Objetivo 2: promover o conforto à pessoa idosa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados

Na perspectiva de cuidar melhor o idoso, na satisfação das suas necessidades humanas básicas, é solicitado aos enfermeiros uma estratégia que responda às exigências da sociedade e do estado da arte. A vivência de um processo de doença crítica, em que o ambiente envolto é caracterizado por uma multiplicidade de equipamentos tecnológicos, pode colocar o cuidar humano em segundo plano.

A nível mundial, a percentagem das pessoas com 60 anos ou mais, aumentou de 9.2% em 1990 para 11.7% em 2013. Estima-se que em 2050 possa atingir os 21.1%.⁽⁴⁷⁾ Em 2013, 18.5% da população da União Europeia tinha 65 ou mais anos.⁽⁴⁸⁾ Prevê-se que a população da União Europeia com mais de 60 anos duplique em 2050 em relação a 2013, e o número de idosos com idade superior a 80 anos em 2013, possa triplicar em 2050.⁽⁴⁷⁾

O impacto da multimorbilidade no idoso, e a sua capacidade de readaptação fisiológica diminuída, implica a utilização de instituições de saúde, cujo os custos são muitas vezes significativamente maiores comparativamente com outras faixas etárias.⁽⁴⁹⁾

O envelhecimento individual não é um processo patológico, mas uma parte do desenvolvimento natural da pessoa. Nesta faixa etária é expectável que se criem condições para uma vida saudável e independente, tendo os profissionais de saúde uma grande responsabilidade na promoção de comportamentos de procura de saúde.⁽⁵⁰⁾

A hospitalização do idoso é um processo revestido de experiências frágeis, dada a exposição aos elementos de stress e ameaças (integridade corporal, vergonha, dor, cansaço, separação, dependência e outras privações). As prioridades de saúde ao idoso hospitalizado, na atualidade, focalizam-se no tratamento da doença, expondo-o ao declínio funcional.⁽³⁾

O idoso em situação crítica necessita de uma avaliação sistemática mais intensa, dado a sua perda de capacidade de adaptação ao stress e à doença. A incapacidade de adaptação provoca um risco significativo de declínio funcional após a alta.⁽⁴⁾

O papel do enfermeiro é de extrema importância na satisfação das necessidades, na potenciação e readaptação das capacidades e na garantia da dignidade do idoso. O conforto é uma área de atenção relevante para a enfermagem, caracterizando-se pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.⁽⁶⁾ O conforto pode ser do tipo alívio, tranquilidade

e transcendência. É uma experiência holística da pessoa após receber medidas de conforto. (3,7,9)

Esta temática não poderia ser mais pertinente neste estágio, dado que a média de idade do cliente em situação crítica, a quem prestamos cuidados, situa-se nos 70 anos. Por forma a desenvolvermos este objetivo propusemo-nos a realizar um estudo de investigação sobre o conforto do idoso em situação crítica.

Para melhorarmos nas nossas aptidões enquanto investigadores, participamos em duas ações formativas, que se proporcionaram ao longo do estágio, por forma a melhorar o nosso conhecimento e procurar a excelência clínica. A primeira foi a participação num Workshop no âmbito da investigação clínica (ANEXO III), e teve como objetivo melhorar as competências da leitura crítica e elaboração do manuscrito para publicação. Teve uma duração total de 7 horas e foi desenvolvida no contexto profissional.

No âmbito da procura de desenvolver uma prática baseada na evidência, recorrendo às novas tecnologias de formação (eLearning), realizamos um curso de Investigação de Enfermagem, na modalidade de ensino à distância (ANEXO IV). Este curso foi lecionado pela Universidade do Minho, com uma duração 140 horas, com equivalência a 5 ECTS. Neste processo formativo melhoramos os conhecimentos epistemológicos e metodológicos da investigação, do processo de investigação e adquirimos competências para a utilização de instrumentos de recolha e análise de dados quantitativos e qualitativos, mais concretamente a utilização do software NVivo e SPSS.

Munidos e inspirados pela investigação de enfermagem, realizamos uma revisão integrativa sob o tema “O conforto do idoso em cuidados intensivos”. Delineamos como objetivo identificar as necessidades e as medidas de conforto da pessoa idosa internada em cuidados intensivos. Partimos de 2 questões de investigação: quais as necessidades de conforto da pessoa idosa internada em cuidados intensivos? e quais as medidas que promovem o conforto à pessoa idosa em cuidados intensivos? Concluímos que as necessidades de conforto decorrem essencialmente do contexto físico e psico-espiritual e as medidas de conforto mais frequentemente adotadas destinam-se ao alívio e à tranquilidade.

Após o estudo sobre esta temática e refletindo sobre as conclusões, a nossa prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família, acresce a apreciação intencional sob as necessidades de conforto da pessoa e a implementação de medidas promotoras de conforto (já o referimos neste capítulo no âmbito da prestação de cuidados).

A comunicação dos resultados da investigação é de suma importância para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina, impulsionando uma prática baseada na evidência.⁽¹⁰⁾ Por isso, optamos pela divulgação deste estudo por três formas distintas. Submetemos este trabalho à publicação num periódico de enfermagem, que neste momento e após as alterações sugeridas pelos revisores da revista, já se encontra aceite para publicação em outubro de 2017. Com o conhecimento produzido sob a mesma temática, foi elaborado um póster (APÊNDICE III), e apresentado nas VII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva, realizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (ANEXO V).

Por último, a partilha dos resultados com a equipa de enfermagem da UCI. Dado que estão presentes em cada turno um número reduzido de enfermeiros, por forma a dar a conhecer a evidência científica a todos, foi delineada a apresentação através de uma comunicação audiovisual. Este registo pode ser visualizado pelo link privado <https://www.youtube.com/watch?v=HL56CDbUnvE>, tendo sido partilhado por via email a todos os enfermeiros daquela UCI. A página em questão propicia uma análise estatística das visualizações e espaço para comentários. Infelizmente gostaríamos de ter proporcionado o início de uma discussão envolta da temática, mas não obtivemos o sucesso desejado para esta página.

Objetivo 3: contribuir para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, através da sensibilização dos enfermeiros, promovendo melhores práticas

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma realidade a nível internacional, cada vez mais preocupante. Surgem cada vez mais estratégias políticas para enfrentar este problema. A temática da infeção é de grande importância na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e por isso, fez todo o sentido comprometermo-nos com esta problemática.

A IACS é o evento adverso mais frequente em todo o mundo, traduz-se numa grande taxa de morbidade e mortalidade, significando uma perda financeira para os sistemas de saúde. A taxa endémica das IACS é significativamente maior nas pessoas admitidas em UCI.⁽⁵¹⁾

Como já referido, os cuidados de enfermagem prestados aos clientes da UCI foram realizados sempre sob as recomendações internacionais para a prevenção da IACS. Para além dos cuidados diretos ao cliente e sua família, houve vontade da nossa parte, contribuir para a prevenção da IACS. A transmissão da infeção acontece entre os clientes, os profissionais de saúde, estudantes, voluntários, visitantes, etc. em todos elementos que circulam na unidade de saúde.

Sendo os factos em questão plausíveis de serem trabalhados, foi estabelecido contacto com o enfermeiro responsável pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA), tendo sido delineada a intervenção de duas formas.

Um dos trabalhos realizados, foi a construção de um cartaz (APÊNDICE IV) com as recomendações aos visitantes do cliente, no âmbito da prevenção da IACS. Esta aposta é corroborada pela opinião de experts na matéria, dando ênfase ao papel dos visitantes no vetor de transmissão de microrganismos nos locais de saúde. Concluem com a referência aos efeitos benéficos para prevenção da IACS, quando existe adesão das visitas às precauções básicas de transmissão da infeção.⁽⁵²⁾

O cartaz aborda 8 temáticas baseadas nas precauções básicas do controlo da infeção,⁽⁵³⁾ com ênfase na higiene das mãos, etiqueta respiratória e situação clínica do visitante. Está construído com um fundo de cores suaves, com o intuito de induzir a tranquilidade na UCI. A informação nele redigida teve o cuidado de ser simples, com indicações claras, perceptíveis a todas as pessoas.

Os feixes de intervenção são instrumentos de trabalho, baseados na evidência científica, constituindo-se peças chave para a redução das taxas de IACS e melhorar a performance dos profissionais. A DGS disponibiliza neste momento quatro normas, tratando-se da implementação dos feixes de intervenções nas instituições de saúde, respeitantes à prevenção da infeção no local cirúrgico, prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical, prevenção da pneumonia associada à intubação e prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central.^(40,43-45)

Dada a importância da implementação dos feixes de intervenção, delineamos em conjunto com o enfermeiro responsável do GCL PPCIRA, a promoção das mesmas. Para materializar este trabalho, construímos imagens alusivas aos feixes de intervenção para passar em screensavers dos monitores da UCI, numa campanha designada No Infection No Problem (APÊNDICE V).

A nossa pretensão na promoção dos feixes de intervenção, foi criar uma assimilação inconsciente da informação, provocar discussão em toda a equipa de saúde da UCI e mudar comportamentos na prática de cuidados. Dado que esta atividade decorreu no final do estágio, existe a lacuna na avaliação dos efeitos da mesma.

Para além da adoção de práticas seguras preconizadas pelas orientações normativas da Direção-Geral de Saúde e da Instituição Hospitalar, foi positivo para o nosso desenvolvimento de competências, participar em estratégias organizacionais para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

2.3 NOTA FINAL

Para Phaneuf a competência para a prestação de cuidados de enfermagem, encerra-se num sistema complexo, surgindo da combinação de múltiplos saberes científicos, organizacionais e técnicos. Desconstruindo o conceito de competência, ele encerra em si a habilidade cognitiva e psicomotora e comportamentos socio-afetivos que lhe permitem desempenhar determinada função.⁽⁴¹⁾

A prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica durante o estágio, implicou a constante *comunicação/relação terapêutica e tomada de decisão*, permitiu-nos desenvolver competências relativas à *gestão da comunicação interpessoal e da relação terapêutica perante a pessoa em situação crítica*, na *tomada de decisão ética com recurso a princípios e normas deontológicas*. A nossa premente preocupação na *garantia da privacidade e dignidade da pessoa*, obrigou-nos a *gerir a equipa na adoção de práticas apropriadas* a este contexto.

As experiências clínicas com a pessoa em situação crítica a vivenciar processos de dor e alterações da consciência, permitiu desenvolver a competência da *gestão diferenciada da dor e do bem-estar do cliente*.

O estabelecimento de uma relação terapêutica, sobretudo em situações de ansiedade, com o cliente e/ou família permitiu realizar a devida assistência nos momentos arrebatados por perturbações emocionais.

O facto de prestarmos cuidados numa instituição privada, propiciou o desenvolvimento de competências na *otimização do trabalho da equipa adequado aos recursos e às necessidades* de cuidados de forma mais criteriosa.

A realização da revisão integrativa e o empenho na formação realizada, demonstra que detemos *consciência de nós próprios* enquanto enfermeiros, *suportamos a prática clínica na investigação e no conhecimento*. No âmbito da comunicação dos resultados do estudo referido, a opção pela utilização dos meios audiovisuais vai de encontro à nossa *responsabilidade enquanto facilitadores da aprendizagem* em contexto de trabalho.

A nossa vontade em contribuir para a prevenção da IACS e as atividades desenvolvidas, permitiu-nos participar em projetos institucionais, *planear programas de melhoria contínua e incorporar conhecimentos na prática.*

Neste estágio, fica por colmatar o desenvolvimento de habilidades técnicas na gestão da pessoa sob terapêutica dialítica, dado que não existiram experiências neste domínio. Outra dificuldade sentida foi a gestão do tempo académico com o profissional e familiar, dado o número de horas de estágio e o curto período de tempo em que ele se desenrolou.

No entanto, o quadro de competências desenvolvidas neste percurso formativo foi enriquecedor. A nossa atividade profissional desenvolve-se num Internamento de Cardiologia, onde estamos permeáveis com alguma frequência, a processos de agravamento da doença colocando em risco ou falência de um órgão vital (frequentemente o coração). A gestão da pessoa em situação crítica na enfermaria é uma exigência temporária até transferência da mesma. Por este facto, as competências desenvolvidas neste estágio permitem dar uma resposta a estas situações de forma mais segura. As competências desenvolvidas no âmbito da *produção de conhecimento e no delineamento da prevenção da IACS* são transversais a todas as unidades hospitalares, e são fonte de inspiração e motivação para o continuar na nossa prática profissional.

3 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

No presente capítulo abordaremos as experiências vivenciadas no segundo estágio, referente ao Módulo I – Serviço de Urgência, que decorreu de 21 de setembro a 26 de outubro de 2016. O estágio tem uma duração de 180 horas em ambiente clínico e uma carga de trabalho associada em 10 European Credit Transfer System (ECTS). Desenvolveremos neste momento uma descrição do Centro Hospitalar e uma análise crítico-reflexiva do desempenho da prática especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto do Serviço de Urgência.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Centro Hospitalar está integrado no Serviço Nacional de Saúde, tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados de saúde, sob a alçada do Estado Português, exposto no Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro.

Esta unidade de saúde é caracterizada pela elevada diferenciação clínica e dispersão geográfica, constituído por seis hospitais distintos. A sua área de abrangência é a Grande Lisboa, sendo referência para várias Unidades de Saúde dos distritos limítrofes da capital. O seu *handicap* são as traças arquitetónicas e a vetustez das instalações, sendo que alguns casos são desadaptados às boas práticas, provocando constrangimentos organizacionais e funcionais.

Tem aliado a si o ensino universitário e formação pós-graduada, impondo cuidados com alto grau de diferenciação científica, técnica e tecnológica, rumo à excelência clínica. Está organizado em 10 áreas funcionais, as quais são: anestesiologia e blocos operatórios; cirurgia; coração, vasos e tórax; especialidades cirúrgicas; hemato-oncologia; medicina; mulher, criança e adolescente; músculo-esquelética; neurociências; e urgência geral polivalente e cuidados intensivos.

A atividade assistencial global do Centro Hospitalar está representada de uma forma genérica na figura 4 (respeitante ao ano de 2016). Os dados que serão apresentados neste capítulo foram gentilmente cedidos pelo responsável da unidade onde desenvolvemos o nosso estágio.

Figura 4 - Centro Hospitalar em Números (2016)



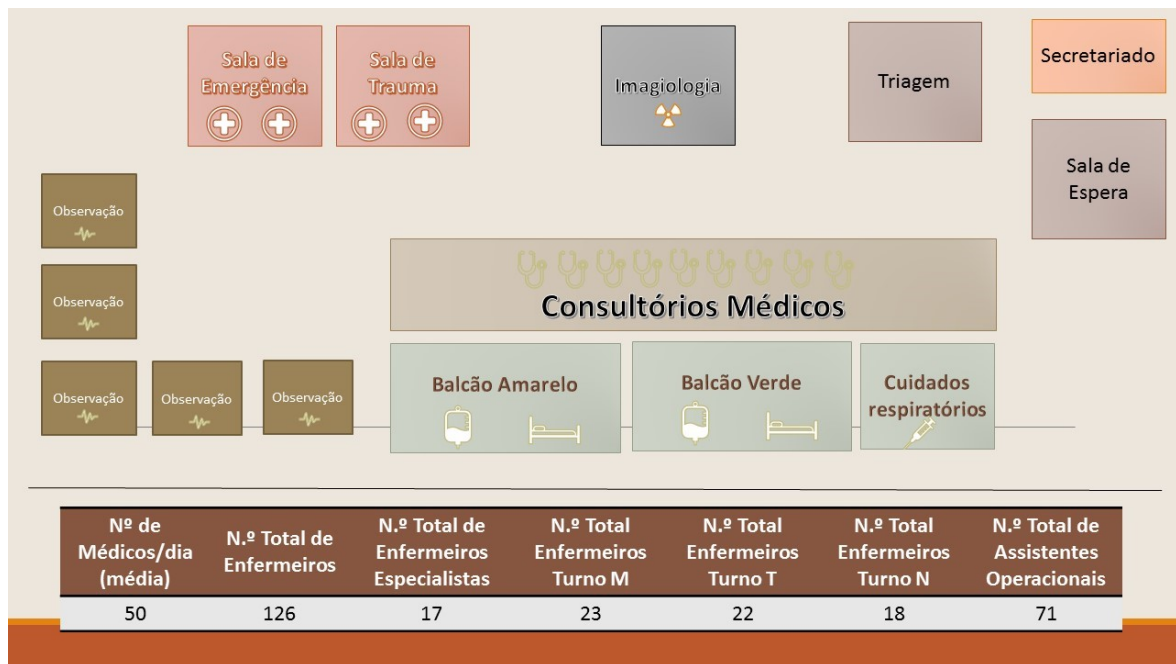
Com uma simples leitura sobre a imagem gráfica que retrata de forma genérica o desempenho assistencial da instituição, percebemos facilmente o fluxo de clientes que necessitam de cuidados de saúde diferenciados.

Os Serviços de Urgência, em Portugal, assumem crucial importância para a saúde da população. Verifica-se em larga escala, que este recurso é utilizado como porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde. No entanto, a utilização do serviço de urgência sem critério, implica um aumento dos recursos humanos e materiais. ^(54,55)

O nosso estágio foi desenvolvido num dos hospitais do Centro Hospitalar, no Serviço de Urgência Geral Polivalente. Funciona como Urgência Médico-Cirúrgica na respetiva área de influência, com alto grau de diferenciação técnica, preparado para acolher doentes urgentes/emergentes. É integrado em Hospitais Gerais Centrais com capacidade para ser referência a outras unidades de saúde. ^(54,55)

Este tipo de valência, Serviço de Urgência, visa assistir a população em situação de emergência e urgência médica. Definem-se como situações clínicas de instalação súbita, com o risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais, nos termos no despacho n.18 459/2006.

Figura 5- Serviço de Urgência Polivalente



A figura 5 representa de forma genérica a estrutura física e humana do Serviço de Urgência Polivalente (SUP), tendo sido analisada à luz das recomendações sobre a organização do espaço dos serviços de urgência ⁽⁵⁶⁾. Este serviço é constituído por 3 postos de triagem, consultórios médicos, sala para cuidados respiratórios, sala direccionada aos doentes com prioridade amarela e verde, salas para observação/monitorização contínua, quarto de isolamento com pressão negativa e antecâmara, sala de emergência médica com capacidade para dois clientes, sala de trauma com a mesma capacidade, imagiologia e pequena cirurgia. A lotação praticada de cada sala é muito variável, depende da afluência ao SUP e da sua capacidade para orientar o destino dos clientes após cuidados urgentes/emergentes. Não seria correto definirmos um número para a lotação dos espaços mais movimentados, sendo que, a necessidade de tratar os clientes em tempo útil implica a utilização de macas no corredor.

É muito relevante referir as excelentes condições das salas de emergência e trauma, construídas sob as condições preconizadas ⁽⁵⁶⁾, tendo capacidade para aplicação de pressão positiva e negativa, preparadas para a execução de cirurgias e com aparelhos integrados de monitorização, diagnóstico e tratamento de grande complexidade tecnológica.

Nos gráficos 12 e 13 é possível fazer uma leitura do movimento assistencial dos serviços de urgência do Centro Hospitalar, relativos ao ano 2016 e ao período que realizamos o estágio. Tendo em conta os números apresentados, ficamos com a percepção da necessária capacidade do SUP e com as exigências que se impõem ao nível organizacional e funcional.

O conforto da pessoa em situação crítica

Gráfico 12 - Doentes assistidos nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar no ano 2016

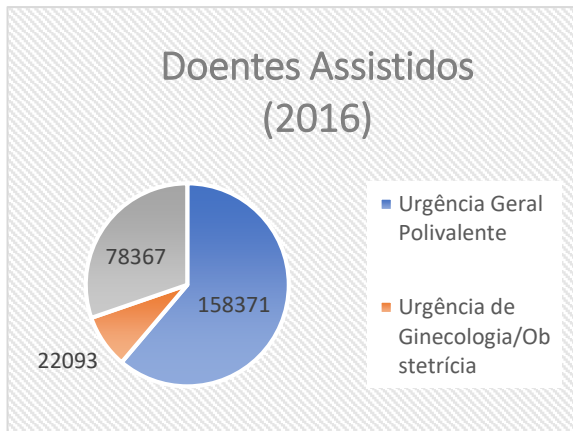
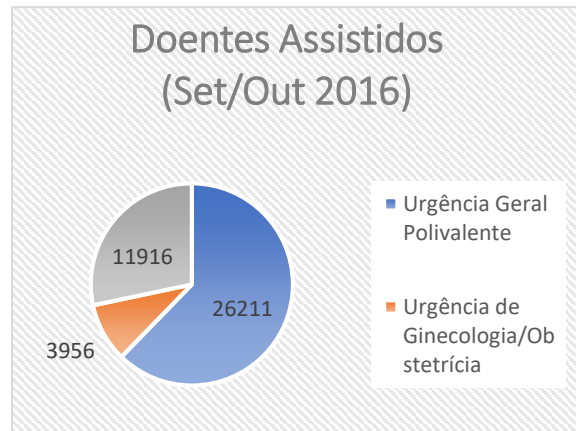
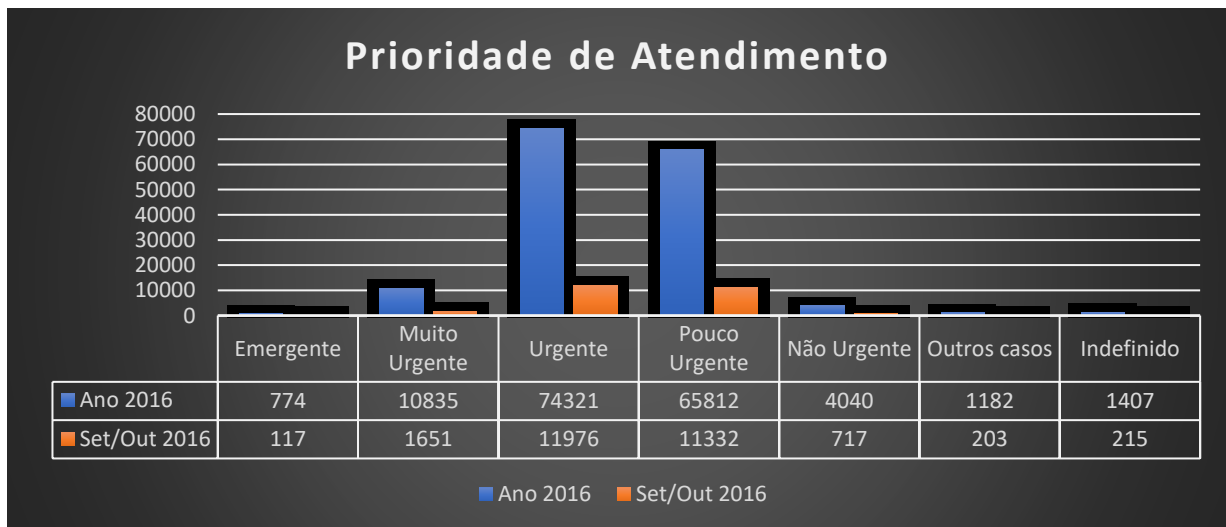


Gráfico 13 - Doentes assistidos nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar em Setembro e Outubro de 2016



No gráfico 14 será possível fazer leitura sumária, do movimento assistencial, por prioridades de atendimento no SUP, relativamente ao ano de 2016 e ao período da realização do nosso estágio. Com estes dados é possível esperar qual a dimensão do manancial de experiências esperadas no decurso do estágio.

Gráfico 14 - N.º de Clientes por Prioridade de Atendimento



A organização dos espaços e recursos humanos de enfermagem, tem em atenção as contantes mudanças no movimento dos clientes, e é realizado pelo chefe de equipa de enfermagem. Os recursos de enfermagem estão divididos em equipas, em média de 20 elementos, e o desempenho dos cuidados de enfermagem é sob o método individual de trabalho (em determinados setores existe a necessidade de ajuste do método). Os registos de enfermagem são realizados com recurso ao suporte informático, utilizando uma linguagem não classificada, seguindo a cadência do *ABCDE*. Era nossa intenção analisar o número de

recursos de enfermagem mediante o Regulamento n.º 533/2014, mas dada impossibilidade em obter os dados em falta para a sua execução, esta a atividade não pode ser desenvolvida.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No âmbito do estágio, e tendo em conta o contexto onde ele se desenvolveu, foi delineado como objetivo geral: **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no ambiente do Serviço de Urgência.** De seguida realizaremos a descrição e análise crítico-reflexiva dos objetivos específicos delineados para este estágio e das atividades inerentes à sua execução.

Objetivo 1: prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa – adulto e idoso – em situação crítica e família, no contexto Urgência/Emergência

Dado o grande número de clientes que recorrem ao SUP, houve milhares de decisões que tivemos de tomar. Umhas mais simples, outras mais complexas, mas todas acompanhadas de fundamentos científicos, éticos, deontológicos e jurídicos.⁽⁵⁷⁾

Com relação ao exposto no parágrafo anterior, Benner, afirma que dedicamos imenso tempo a aprender as complexidades das novas tecnologias, em prol da apreensão de novas competências em matéria de julgamento clínico.⁽⁵⁸⁾ Para a mesma autora, as experiências clínicas e domínio do conhecimento transforma as competências, melhorando as performances.

No âmbito da Enfermagem de Urgência, delineamos como estratégia primordial, aprofundar os conhecimentos adquiridos pelas experiências sistemáticas.⁽⁵⁸⁾ O termo Enfermagem de Urgência, a nível internacional, caracteriza-se pela prestação de cuidados de enfermagem a pessoas, dirigido a todos os grupos etários, que apresentam alterações da saúde física e psíquica, percebidas ou reais, que vão do controlo da doença e prevenção de traumatismo, até medidas de reanimação para salvar a vida.^(32,59)

A diversidade de conhecimentos, de clientes e de processos de doença, requiere um conjunto diversificado de capacidades de avaliação e intervenção de âmbito geral e especializadas, no serviço de urgência.^(32,59)

Dada a localização geográfica do SUP e a sua área de abrangência, o conceito de multiculturalidade teve um enorme significado na nossa prática. Em retrospectiva, afirmamos

que todos os clientes por nós assistidos, estabeleceram uma representatividade global, estando presentes aspetos culturais dos 5 continentes. Nestes termos, estivemos por diversas vezes com dificuldades na comunicação, tendo sido necessário recorrer aos tradutores humanos e informáticos. O fator cultural para além de poder criar obstáculos à comunicação, exige que os cuidados de enfermagem vão de encontro às crenças da pessoa, por forma a evitar mal-entendidos e conflitos.⁽⁴¹⁾

Para melhor organização do relatório, abordaremos as nossas experiências no SUP, pelas áreas de trabalho onde desempenhamos o nosso processo formativo.

Triagem

A triagem é um processo utilizado para determinar a gravidade da doença ou lesão, a todos os clientes que recorrem ao serviço de urgência.⁽⁵⁹⁾ A nossa atividade, no âmbito da prática de cuidados especializados, centrou-se na avaliação de sinais e sintomas. A experiência é fundamental para fazer o despiste de complicações e estabelecer o critério de cliente crítico, essencialmente nas situações que não é possível obter a história concreta e/ou fidedigna. As discussões com o nosso orientador foram essenciais para o desenvolvimento de competências no âmbito da triagem.

A experiência da observação do atendimento na triagem foi importante na compreensão dos fenómenos que induzem a prioridade médica. Foi possível reconhecermos a importância do enfermeiro na triagem, e a sua responsabilidade no circuito da pessoa no Serviço de Urgência. O conhecimento amplo sobre a complexidade dos processos fisiopatológicos e a experiência do enfermeiro em basear a sua decisão em sinais e sintomas, no estabelecimento de prioridades, é crucial para o despiste de complicações e referenciação correta da pessoa. Nesta tomada de decisão constante, refletimos frequentemente sobre os problemas éticos inerentes.

Os problemas éticos e deontológicos que nos assolavam mais frequentemente, eram a utilização do SUP para situações não urgentes e o sofrimento das pessoas vulneráveis pelo processo de espera. Tendo em conta a equidade dos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e os pressupostos deontológicos, o atendimento pela equipa médica fica restrito à prioridade e tempo de espera. Para ajudar a criar alternativas aos problemas que surgiam, numa perspetiva de Enfermagem Avançada, fomos da teoria à prática.

Da experiência do estágio anterior, no qual exploramos as medidas de conforto de Kolcaba⁽⁶⁰⁾, implementamos uma estratégia diferente na prestação de cuidados de enfermagem. Materializando, fomos de encontro às necessidades de conforto referido pelas pessoas, e conseguimos proporcionar ações confortadoras na triagem, como água, cobertores, roupa limpa, entre outros. Com estas intervenções de enfermagem, a percepção que ficamos do pensamento do cliente é que estávamos a ser boas pessoas, no entanto, pretendíamos ser reconhecidos pelo profissionalismo. De qualquer forma, achamos que tivemos um bom desempenho e fomos de encontro ao resultado pretendido, o conforto.

Os motivos de recorrência ao serviço de urgência e que nos predispõe a reflexões morais e éticas são muito diversificados, por exemplo, a violência doméstica, comportamentos sexuais de risco, consumo de drogas, prescrição de terapêutica, entre outros. Sem dúvida que o código deontológico prescrito na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, foi a ferramenta perfeita para a nossa tomada de decisão sobre situações mais complexas.

Sendo o enfermeiro da triagem o primeiro profissional de saúde que o cliente contacta, é-lhe depositada a esperança na solução/alívio do sofrimento. Estas situações confrontaram-nos com a dualidade: a necessidade de ajudar a pessoa a ultrapassar o sofrimento naquele momento e a não expor a pessoa ao “*abandono*” e, por outro lado, a necessidade de atender mais pessoas para estabelecer o mais depressa possível o grau de gravidade/prioridade de atendimento médico.

Tivemos oportunidade de gerir os protocolos de admissão da pessoa com indicação para referência para a Via Verde AVC, a Via Verde Trauma, a Via Verde Coronária e a Via Verde Sepsis.

Em síntese, o Enfermeiro com a função de proceder à triagem, tem a responsabilidade de estabelecer o correto grau de prioridade e referência de atendimento e vivencia frequentemente questões e dilemas éticos.

Balcão Verde e Amarelo

O cuidados de enfermagem no serviço de urgência são diversos, multidimensionais e personalizados.⁽³²⁾ Na perspectiva de Meleis, a pessoa que recorre ao serviço de urgência na sequência de um processo agudo de doença, vivência uma transição tipo saúde/doença. Os cuidados de enfermagem visam a facilitação desse processo, com o objetivo de provocar o bem-estar e mestria ao cliente.⁽³³⁾

A nossa abordagem da pessoa em situação de urgência, independentemente da sua prioridade, centrava-se na facilitadora metodologia *ABCDE*.⁽⁶¹⁾ As pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência têm na sua generalidade a instalação e a evolução de um processo patológico agudo ou a agudização de uma doença crónica.

As patologias mais frequentes das pessoas assistidas nos balcões, durante os 3 dias estágio nesses setores, são na generalidade, infeções da via respiratória e urinária, dificuldade respiratória, síndromes confusionais, processos álgicos, problemas sociais, entre outros.

Estes locais de prestação de cuidados, balcão verde e amarelo, eram caracterizados pela forte componente de execução técnica. Dentro das atitudes terapêuticas mais executadas, distinguem-se claramente a administração medicamentosa e a colheita de espécimes.

Neste domínio assistencial, tendo por presente uma avaliação sistemática (nem sempre tão completa como desejaríamos dado o fluxo de clientes), os cuidados de enfermagem dirigiam-se sobretudo na supressão das necessidades de autocuidados e na informação prestada ao cliente e família. Por forma, a contornar uma prática de cariz biomédico enraizado, seguimos os pressupostos da Teoria das Transições de Meleis.

A nossa atitude perante os clientes alterou-se ligeiramente, dado que para além do manancial de técnicas que submetíamos a pessoa, questionamos a mesma e a família, sobre de que forma poderíamos melhorar o seu bem-estar. Numa análise retrospectiva, entendemos que esta abordagem se mostrou proficiente, dado as condições para a prestação de cuidados. Os cuidados de enfermagem dirigidos à facilitação da transição mais frequentes foram: posicionar a pessoa, garantir a presença do acompanhante, ensino sobre os exames auxiliares diagnóstico executados e tratamento ao cliente, providenciar o serviço social e massagem corporal.

A nossa responsabilidade enquanto enfermeiros na vigilância da pessoa com prioridade pouco urgente e urgente é crucial, dado o potencial para uma evolução da doença desfavorável. O processo de doença é inicial na grande maioria das pessoas que recorrem à urgência, com o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, sendo expectável que exista evolução quer da doença como do tratamento instituído.

O *know how* desenvolvido enquanto enfermeiros especialistas, permitiu a capacidade de avaliar e gerir situações de grande complexidade clínica, sendo essencial e basilar a nossa

presença no seio da equipa multidisciplinar, na antecipação do agravamento e prevenção de complicações do processo patológico.

Aquando da caracterização do SUP, podemos verificar que, o volume de clientes com prioridade urgente e pouco urgente, é cerca de 10 vezes mais que a soma dos clientes das restantes prioridades de atendimento. Este facto traduz-se num enorme fluxo de doentes, num espaço que se torna muito reduzido em determinadas situações, sendo da nossa responsabilidade a gestão do mesmo. A rotatividade frequente dos clientes nestas áreas, cria um ambiente aparentemente caótico, no entanto, o sistema de informação implementado no SUP, dá-nos os alicerces para uma prática mais segura.

O grande fluxo de clientes ao SUP, associado a problemas sazonais, expõe a dificuldade de resposta das instituições na assistência com qualidade, segurança e em tempo útil. Este problema produz claramente aumento do custo em saúde e sobrecarga dos profissionais/instituições.

Problemas como infeções respiratórias e urinárias, desidratação, descompensações metabólicas, entre muitos outros, poderiam ser prevenidas com vigilância e monitorização adequada e educação para a saúde. Na sequência desta situação, uma revisão da literatura de 2015, concluiu que uma abordagem integrada e em parceria hospital-comunidade, sob a liderança de um enfermeiro, em parceria com o serviço social e cuidados de saúde primários, reduz a utilização dos serviços de urgência por parte dos idosos.⁽⁶²⁾

Salientamos que, apesar do tempo de estagio diminuto nesta área de cuidados, permitiu desenvolver conhecimento e habilidade, sobretudo no âmbito da gestão de cuidados, de acordo com a disponibilidade dos recursos materiais. A tomada de decisão no âmbito das experiências vivenciadas neste contexto, enredou alguns problemas como a falta de privacidade e garantia do acompanhante em situações onde o espaço físico não o permitia.

Sala de Emergência

Na Sala de Emergência é realizada a receção, avaliação e estabilização do cliente com risco ou falência de um órgão vital, que põe em causa vida do mesmo necessitando de tratamento imediato.

No âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica este foi um local repleto de oportunidades e experiências para desenvolver competências na gestão da pessoa em situação crítica.

Na generalidade, a nossa atuação teve como fundamentos científicos as *guidelines* do Concelho Europeu de Ressuscitação ⁽⁶³⁾ e como orientação teórica as referências utilizadas até ao momento.

A nossa experiência profissional prévia, com pessoas em risco de falência cardíaca ou pulmonar, como as taqui e bradidisritmias, edema agudo do pulmão e/ou paragem cardiorrespiratória, foi facilitador para a integração na área da emergência.

Dada a componente complexa da estrutura da sala de emergência, foi necessário explorar todos os seus componentes por forma a desenvolver uma prática autónoma. A orientadora e a restante equipa de enfermagem, tiveram um papel preponderante no nosso acolhimento.

As situações emergentes sobre as quais não detinha domínio, e tive oportunidades para o desenvolvimento de competências, centram-se nas crises convulsivas, no choque hipovolémico por hemorragia digestiva alta e estados de desequilíbrio ácido-base, seja por problemas respiratórios, como metabólicos.

Na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, suportávamos a nossa atuação na recomendada metodologia ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) ⁽⁶¹⁾, enraizada na equipa multidisciplinar do SUP, desenvolvendo uma atividade consistente e uniforme.

A nossa colaboração enquanto futuros enfermeiros especialistas, foi além da preparação do material para a execução de técnicas, existiu a necessidade de garantir a informação desejada pelo cliente, a segurança da pessoa na monitorização e vigilância dos parâmetros hemodinâmicos, a promoção de uma cultura de prevenção de infeção e o conforto no domínio físico, psicoespiritual e da transcendência.

A nossa opção neste subcapítulo será descrever 3 situações representativas da nossa atividade, sobre os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, e que nos marcaram de alguma forma. Exporemos as nossas habilidades demonstradas e o enquadramento com os cuidados de enfermagem.

Na gestão da pessoa em situação crítica, que vivencia um processo de arritmia, beneficiamos da experiência profissional prévia, sendo garantida a vigilância e monitorização contínua e a gestão da terapêutica antiarrítmica. A fisiopatologia inerente a este processo, obrigou-nos à atenção premente sobre os sinais de choque, necessitando de cuidados especializados de forma a reconhecer precocemente situações emergentes. ⁽⁶⁴⁾

A fisiopatologia do edema agudo pulmão exige um conhecimento global e especializado dos processos que lhe são inerentes, para a aplicação das devidas medidas terapêuticas. A intervenção de enfermagem nesta situação é crucial, dado que o enfermeiro é autónomo na implementação de medidas terapêuticas sendo elas farmacológicas e/ou não farmacológicas, dado o carácter emergente desta situação, nos termos do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de setembro. A nossa atitude no imediato centrou-se na avaliação *ABCDE*, posicionamento da pessoa e instituição imediata de medidas farmacológicas (segundo o algoritmo para tratamento do edema agudo pulmão).⁽⁶⁴⁾

Da nossa experiência profissional prévia, a implementação de medidas de conforto na pessoa complementa as outras atitudes e são igualmente vantajosas. A partilha das nossas experiências anteriores com os elementos da equipa multidisciplinar presentes nestas situações, como a não algaliação imediata e a utilização de morfina como medicamento de eleição, suscitou uma discussão formativa de interesse relevante.

As situações de paragem cardiorrespiratória, na nossa atividade profissional, ocorrem ocasionalmente. No decurso do estágio clínico, tivemos oportunidade de colaborar na reanimação cardiorrespiratória de um cliente, com entrada na sala de emergência já em falência respiratória e cardíaca. Iniciando-se de imediato a reanimação cardiorrespiratória sob o algoritmo do suporte avançado de vida.⁽⁶¹⁾ O processo de instituição de medidas avançadas decorreu sem complicações, no entanto a dificuldade em estabelecer a causa provável do evento, dificultou a decisão sobre a instituição de medidas dirigidas. Toda a situação foi dificultada, dado que o início suposto da paragem cardiorrespiratória ocorreu na entrada da unidade hospitalar, sem acompanhante, dificultando a necessária e essencial história clínica da pessoa.

Para além do referido, como condição não facilitadora do processo, o cliente apresentava obesidade mórbida e cicatriz na região do esterno que sugeria provável cirurgia cardíaca prévia. Perante toda esta situação e da discussão que surgia na equipa, foi colocada a hipótese de trombose coronária, tendo-se procedido à trombólise medicamentosa sem sucesso.

Os cuidados de enfermagem, pela perspetiva da Teoria das Transições de Meleis, num cliente que vivencia uma paragem cardiorrespiratória, impõe a criação de condições facilitadoras de ventilação e circulação. Nesta situação asseguramos uma ventilação eficaz com o insuflador manual, alternando com execução de compressões torácicas para manutenção da circulação. No final de 15 minutos sem atividade rítmica, foi discutido a

continuação de manobras, ponderando-se a suspensão das mesmas, dado esta situação não ser consistente com potencial elétrico, mecânico e metabólico do cliente.⁽⁶⁵⁾

O desfecho da situação não foi a ressuscitação cardiopulmonar, mas entendemos em equipa multidisciplinar, que a continuação seria encarniçamento terapêutico. Sendo a morte uma fase da vida, encaramos que constitui um processo de transição, não esperamos os resultados de bem-estar e mestria do cliente, mas a garantia da dignidade pessoa. Os cuidados de enfermagem à pessoa *pós-mortem* são fundamentais, sendo que existe a necessidade de cuidar o corpo de alguém que já não o fará. Dado as regras institucionais, todos os dispositivos invasivos, permaneceram no corpo do doente até à realização da autópsia.

Para além da morte do cliente, iniciou-se um novo alvo de cuidados, o luto da família e pessoas significativas. Foi possível estabelecermos uma relação ajuda com a filha do cliente, e cumprindo a sua vontade, fomos encaminhá-la à pessoa *post mortem*. Para Phaneuf o luto é um sentimento de tristeza e frustração pela perda de um ente querido.⁽⁴¹⁾ A mesma autora revela-nos que a pessoa enlutada, permanece com a imagem da pessoa falecida como recordação. Dado estes fatos, foi explicado previamente à filha os dispositivos que o cliente detinha no corpo e os motivos para tal, foi propiciado um lugar com privacidade para permanecer junto do pai e disponibilizado o nosso apoio, caso o solicita-se.

De forma mais sucinta, faremos referência a outras experiências vivenciadas, e que foram importantes para o desenvolvimento de nosso quadro de competências de enfermeiros especialistas.

Na sequência de um quadro clínico de hipotensão, prostração e hematémeses, de um cliente com mau estado geral, foi estabelecido um diagnóstico de hemorragia digestiva alta e choque hipovolémico. Envolve-nos em todo o processo de estabilização, evitando complicações associadas como a aspiração pulmonar de hematémeses. Foi realizada endoscopia digestiva alta na sala de emergência com tentativa de tratamento da lesão gástrica sem sucesso, ficando com indicação de cirurgia gástrica emergente. Os cuidados de enfermagem centraram-se na avaliação hemodinâmica sistemática, na instituição de terapêutica medicamentosa, preparação do cliente para cirurgia e transporte para o bloco operatório.

Ao nível de experiências, apontamos mais duas situações, um caso de sobredosagem de drogas ilícitas por um adolescente e um outro de alergia a frutos secos. No caso do consumo de drogas ilícitas, a situação do cliente esteve sempre estável, sem repercussões hemodinâmicas. O nosso foco enquanto enfermeiros, centrou-se necessariamente nos pais

angustiados e preocupados, dado desconhecerem a situação clínica e os motivos deste comportamento do filho. Com os pais mantivemos uma escuta ativa por forma a expressar os sentimentos que lhes ocorriam e explicado o desenvolvimento psicossocial expectável de um adolescente.

A situação clínica do cliente com alergia aos frutos secos, teve necessidade de vigilância e monitorização sistemática, dado a evolução inicial. Com manifestações iniciais de prurido, rapidamente evolui para *rash* cutâneo e edema palpebral. O nosso papel centrou-se numa vigilância atenta à evolução da sintomatologia, com preocupação major sobre sinais de dispneia e/ou alterações do padrão de respiratório, que não se veio a verificar, tendo posteriormente, após terapêutica, uma evolução favorável.

Dada a natural evolução profissão de Enfermagem, a adaptação sistemática dos profissionais, a reciclagem do saber e redefinição constante do seu papel é uma consequência previsível. Uma revisão sistemática realizada em Londres recomenda que os enfermeiros que prestam cuidados nas salas de emergência sejam submetidos a programas frequentes de formação em role playing clínico.⁽⁶⁶⁾

Sala de Trauma

A sala de trauma é uma área essencial do SUP, constituída por uma equipa multiprofissional e equipada com equipamentos de grande complexidade, tendo capacidade para assegurar cuidados à pessoa vítima de quedas, acidentes de viação, lesões por armas, entre outros.⁽⁶⁷⁾

O papel do enfermeiro na gestão deste sector é determinante, dado a sua responsabilidade na verificação dos recursos materiais, instrumentos e equipamentos, para que seja garantida uma resposta eficiente à pessoa vítima de trauma.

O enfermeiro com competências diferenciadas na gestão da vítima de trauma é responsável pela prestação de cuidados diretos, avaliação e iniciação da ressuscitação, e elemento de referência na equipa multidisciplinar.⁽⁶⁸⁾ As habilidades clínicas avançadas, que o enfermeiro deve demonstrar, são a implementação e gestão do suporte avançado de vida, a gestão do carro de emergência e o suporte para a família/outro significativo.⁽⁶⁹⁾

No âmbito do nosso desenvolvimento de competências, na gestão da vítima de trauma, as experiências vivenciadas foram várias, as quais catalogamos em três grandes grupos: queimados, trauma por acidentes de viação e agressão com armas. A abordagem destas

situações de grande complexidade encerra obrigatoriamente um conhecimento especializado com domínio em diferentes matérias.

Os traumas por acidente de viação constituíram-se um desafio profissional importante, dado que não detínhamos experiências prévias do âmbito profissional, para a avaliação e explicação cinemática. Foram várias e variadas as experiências ao longo do percurso clínico com pessoas vítimas de politraumatismos, em contexto de acidentes de viação, o qual permitiu refletir e discutir com o orientador sobre esta temática. A correta avaliação da pessoa e a suspeita de lesões pela mecânica do acidente permitiu-nos proporcionar um clima de segurança e controlo na Sala de Trauma, como forma de evitar complicações e limitar incapacidades.

No âmbito de acidentes de viação, uma das experiências que vivenciamos, tendo em conta a cinética do acidente, a pessoa apresentava possível trauma abdominal e torácico com marcas visíveis do cinto de segurança, sem instabilidade da bacia, e fratura exposta na região tibiotársica (com esmagamento) com hemorragia ativa. Permanecendo a pessoa estável do ponto de vista hemodinâmico, os cuidados dirigiram-se sobre a fratura exposta, cujo os objetivos passaram pelo controlo hemorrágico, controlo da dor e estabilização da fratura.⁽⁷⁰⁾ Esta experiência foi importante no decurso da nossa formação, dado que no início do estágio estávamos bastante apreensivos com o impacto de determinadas situações (inclusive fraturas expostas) sob o nosso quadro emocional. Esta experiência acabou por ser bastante positiva dado que conseguimos atuar de forma linear, sem qualquer percalço, e colaborar com a equipa multiprofissional na avaliação e gestão da fratura exposta.

Mais escassas, foram as oportunidades de colaborar na gestão da pessoa vítima de queimadura, com suspeita de lesão da via aérea. Esta situação expõe a pessoa a risco de vida e a limitações futuras, a abordagem holística nos cuidados de enfermagem, tem um papel fundamental dado o carácter devastador que representa para a pessoa e família.

Dentro das experiências vivenciadas, retratamos uma pessoa vítima de explosão com projeção, com queimaduras numa superfície de área corporal queimada de 25%, envolvendo face, tórax e membros, com suspeita de queimadura da via aérea. A pessoa com estabilidade hemodinâmica desde o pré-hospitalar, procedemos na sala de trauma à avaliação inicial e secundária de forma sistemática, estabelecendo como prioridades o suporte ventilatório (estando presente uma via aérea difícil) e a reanimação hídrica segundo os pressupostos de Parkland.⁽⁶⁴⁾

O nosso papel enquanto enfermeiros recaiu sobre a organização e gestão da sala de trauma por forma a garantir a segurança da vítima. Com conhecimento de via aérea difícil (um fator de grande stress para a equipa de saúde, numa vítima de queimaduras da face), foi disponibilizado o equipamento necessário para abordagem da mesma (inclusive o vídeolaringoscópio), tendo sido realizado uma avaliação primária pela especialidade médica de otorrino por laringoscopia (não deteta queimaduras na via aérea) e posteriormente colocado tubo orotraqueal pela anestesista sem aparente dificuldade. O sistema cardiovascular sem aparentes problemas primários, mantivemos monitorização sistemática não invasiva contínua. A necessidade de garantir acessos venosos permanentes de longa duração e com capacidade de grandes fluídos, iniciou-se a colocação de cateter venoso central (com necessidade de apoio de imagem por ecografia) e colocação de linha arterial para monitorização invasiva. Dado a necessidade de fluidoterapia, para a ressuscitação hídrica, foi necessário a gestão dos cristaloides de encontro com os pressupostos de Parkland.

Num cenário onde atuam múltiplos profissionais de diferentes disciplinas, o nosso papel é primordial na garantia da segurança da vítima, destacando a monitorização contínua e sistemática dos parâmetros vitais e eliminações corporais, necessidade de manutenção de um ambiente asséptico das queimaduras e procedimentos invasivos executados, na funcionalidade e parametrização dos equipamentos, na ressuscitação hídrica, no controlo da exposição corporal para evitar perdas de calor e na gestão de drogas/dor. ⁽³²⁾

Ao longo do nosso percurso formativo, foi também possível vivenciar situações de pessoas agredidas com armas brancas. O tipo de arma utilizada e o local anatómico de agressão, priorizava os nossos cuidados. A antecipação de possíveis complicações graves, por lesão de tecidos vitais, obriga a um conhecimento amplo e especializado na gestão da pessoa vítima de agressão. ⁽⁵⁹⁾

Um fenómeno comum das experiências referenciadas no parágrafo anterior é a exposição de tecidos profundos com hemorragia. A avaliação sistemática da pessoa em situações com possível envolvimento de estruturas vitais (p.e. corte no pescoço com arma branca) e estruturas funcionais (p. e. corte na mão), permitiu-nos evitar complicações e limitar incapacidades futuras.

O *ABCDE* é uma ferramenta sistemática e organizada, crucial na avaliação da pessoa, permitindo prescrever e neste momento descrever os cuidados de enfermagem de forma sistematizada, com os quais colaboramos, aquando da gestão da pessoa vítima de trauma. ⁽⁵⁹⁾

Conscientes da unicidade da pessoa e de um ambiente multicultural, apresentamos de seguida os cuidados que prestamos de forma transversal às experiências vivenciadas.

No âmbito da permeabilidade da via aérea e controlo cervical colaboramos na colocação e gestão do tubo orotraqueal com e sem apoio de vídeo de laringoscopia; colocação e manutenção de colar cervical; colocação de sonda oro ou nasogástrico dependendo da suspeita de fratura da base crânio. Na ventilação, suprimimos as necessidades de ventilação com insuflador manual; gestão da pessoa sob ventilação mecânica (com a preocupação da prevenção da pneumonia por entubação orotraqueal), na prescrição inicial, vigilância e monitorização dos parâmetros ventilatórios.

Na circulação colaboramos na monitorização e vigilância dos parâmetros circulatórios invasivos e não invasivos; na colocação de acessos venosos e arteriais; na preparação e administração de terapêutica medicamentosa; na terapia elétrica; na vigilância e controlo hemorrágico; e nas compressões torácicas.

No âmbito da disfunção neurológica, realizamos a avaliação neurológica primária e secundária, e colaboração na mobilização da pessoa. Na exposição da pessoa com manutenção da temperatura, procedemos: ao exame físico; tratamento de feridas; contenção de fraturas expostas; realização de técnicas invasivas como a algaliação; garantia de imunidade tetânica; e manutenção da privacidade. Ficaram outras atividades realizadas por enunciar, no entanto, em contexto de urgência e emergência, as prioridades e as atividades mais significativas realizadas foram expostas.

Em síntese, centramos a nossa atividade na avaliação de focos de instabilidade, com o planeamento de uma resposta antecipatória para resolução dos mesmos e a execução de cuidados técnicos de grande complexidade próprios do nosso domínio de competências.

Na sequência das experiências decorridas na área do trauma e tendo em conta as competências desenvolvidas, fomos inspirados a aprofundar o conhecimento sobre os cuidados a prestar à pessoa vítima de queda no ambiente intra-hospitalar.

A problemática das quedas da pessoa no espaço intra-hospitalar, é cada vez mais discutida no seio da equipa pluridisciplinar, dado o carácter escusável e lesivo destes incidentes.⁽⁷¹⁾ O impacto destas, na pessoa e na instituição, é responsável, respetivamente, por situações de morbidade/mortalidade e aumento dos custos inerentes ao prolongamento do internamento e aos meios complementares diagnóstico e terapêutica adicionais.⁽⁷²⁾

A uniformização das medidas a implementar imediatamente a seguir a uma queda, visam garantir a segurança da abordagem da pessoa vítima de queda e evitar complicações iatrogênicas. Baseados na metodologia *ABCDE*, construímos uma instrução de trabalho (APÊNDICE VI) que versa sobre os cuidados à pessoa após queda no ambiente intra-hospitalar.

Transporte da Pessoa em Situação Crítica

A gestão do transporte da pessoa em situação crítica é um domínio de total responsabilidade de enfermagem na garantia da segurança.⁽⁵⁹⁾ Tivemos a oportunidade de colaborar nesta atividade, por diversas vezes, utilizando o instrumento *ABCDE*, para garantir as condições necessárias ao transporte sem intercorrências. Esta metodologia permite organizar e mobilizar todo o equipamento necessário preconizado pelas recomendações nacionais.⁽⁷³⁾

Destacamos esta fase, pela importância da preparação do transporte do doente crítico. Este procedimento é da nossa responsabilidade, garantindo que ao longo do transporte não existem falhas. Na preparação da pessoa para o transporte, seguimos a metodologia *ABCDE* e procedemos de acordo: A/B- verificamos o funcionamento correto do ventilador portátil, o oxigênio necessário para o tempo de transporte, a posição e fixação do tubo oro-traqueal, as características e monitorização da ventilação, C – verificação do monitor portátil e funcionamento de todos parâmetros avaliados; verificação dos instrumentos colocados no cliente, avaliação e monitorização cardíaca, verificação das linhas vasculares (linha arterial e cateter venoso central), e manutenção de drogas/fluidos em curso; D – reavaliação do padrão neurológico e da dor; E – manutenção da temperatura corporal, verificação da cateterização vesical e sonda gástrica, garantia de material disponível (mala de emergência) para possíveis intercorrências durante o transporte. Dado o exposto afirmamos a importância do nosso papel na gestão da pessoa em situação crítica e na garantia da segurança desta ao longo do seu percurso intra-hospitalar.

Viatura Médica de Emergência e Reanimação

No âmbito da gestão da pessoa em situação crítica, o pré-hospitalar constitui um elemento fulcral na assistência da população. O objetivo primordial da nossa colaboração na viatura médica de emergência e reanimação (VMER) foi a observação dos cuidados prestados no exterior da instituição.

A nossa participação, incidiu em dois turnos, e neste âmbito tive a oportunidade de colaborar com a equipa da VMER. Enuncio duas situações, as quais a assistência pela VMER, foi

fundamental na evolução favorável do processo fisiopatológico, evitando complicações major. A assistência numa situação crítica pós crise convulsiva complicada com hipoxemia, e uma situação de taquidisritmia.

O percurso realizado na VMER, foi de extrema importância, dado que fomos confrontados com a necessidade de desenraizar-nos da experiência profissional prévia, em determinadas situações, por forma a assimilar novos contextos, como também foi útil recorrer ao conhecimento da nossa experiência profissional. Esta reestruturação pessoal e profissional foi possível pelo papel facilitador da enfermeira orientadora.

Objetivo 2: promover a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa que vivencia um processo de transição saúde/doença tendo por foco o processo cardíaco

Cuidar melhor, significa ter presente uma prática baseada na evidência. Sobre o Enfermeiro Especialista paira a responsabilidade da procura da melhoria contínua dos cuidados. Tendo em conta a nossa experiência profissional e as necessidades manifestadas pela equipa de enfermagem em aprofundar a temática dos cuidados de enfermagem à pessoa portadora de um dispositivo eletrónico de estimulação elétrica cardíaca, realizamos três trabalhos distintos.

O recurso à implantação de dispositivos de estimulação elétrica cardíaca, está amplamente difundido, sendo que na Europa Ocidental a implantação de pacemakers, no ano 2011, ascendeu as 938 unidades por milhão de habitantes.⁽⁷⁴⁾ É cada vez mais provável estabelecermos uma relação terapêutica com uma pessoa portadora de um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador, no dia-a-dia dos nossos cuidados.

Numa fase inicial realizamos uma revisão integrativa sobre as transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador (APÊNDICE VII). O objetivo desta investigação desta revisão é identificar as transições vivenciadas pela pessoa portadora de um dispositivo de estimulação elétrica cardíaca em ambiente hospitalar, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Delineamos para questão de investigação: quais as transições vivenciadas pela pessoa com um dispositivo eletrónico de estimulação elétrica cardíaca no ambiente hospitalar? Concluimos que as transições vivenciadas são do tipo Saúde & Doença e Situacional, identificando 12 focos sensíveis aos cuidados de enfermagem. No âmbito deste estudo, foi construído um poster científico (APÊNDICE VIII), tendo sido apresentado no II Congresso de Enfermagem JMS (ANEXO VI), com arbitragem científica. Foi também

elaborado um manuscrito científico sobre esta temática, encontrando-se neste momento em análise para publicação em revista científica.

Da necessidade que surgia na equipa em uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa submetida à implantação de um pacemaker/cardioversor desfibrilhador, propusemo-nos a elaborar uma instrução de trabalho (APÊNDICE IX). Sustentamos a construção do documento em causa na revisão integrativa realizada e nas normas da instituição.

Na sequência de um caso assistido no SUP, portador de um pacemaker transcater, uma tecnologia recente, ainda pouco utilizada (comum na nossa experiência profissional), elaboramos uma guia de consulta rápida em forma de apresentação (APÊNDICE X), para esclarecimento de dúvidas iminentes na gestão dos cuidados à pessoa portadora deste dispositivo.

Na partilha de conhecimentos prévios para um novo contexto, imprimindo uma prática baseada na evidência, promovemos a qualidade dos cuidados de enfermagem, caminhando de encontro à excelência do cuidar.

3.2 NOTA FINAL

O processo de desenvolvimento de competências é contínuo, e o presente estágio, na generalidade contribuiu para cimentar os conhecimentos e habilidades adquiridas na experiência clínica do Módulo II. No âmbito dos cuidados de enfermagem, nos serviços de urgência, o enfermeiro especialista deve ser capaz de apreender rapidamente um problema, responder de imediato às necessidades mediante os recursos disponíveis e ter capacidade de gerir os cuidados à pessoa numa situação de crise.⁽⁵⁸⁾

No processo de tomada de decisão, no âmbito dos cuidados de enfermagem de urgência, fomos assolados frequentemente por problemas sobre o direito à intimidade e do cuidado. Sendo o contexto marcado pelo enorme fluxo de clientes, sobretudo na triagem e nos designados balcões, e capacidade de resposta aquém das reais necessidades, desenvolvemos competências no âmbito da *garantia da equidade de cuidados e resposta em tempo útil*. A tomada de decisão ética, exigiu por diversas vezes, a adaptação do meio e do trabalho em equipa, *garantindo os direitos humanos, o respeito pela vida, o direito de informação e sigilo e respeito pela intimidade*. Neste tipo de contexto, desenvolvemos competências no âmbito da *promoção de um ambiente físico e psicossocial seguro na prestação de cuidados*.

A prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade, teve o seu grande enfoque nas salas de emergência e trauma, em situações como edema agudo pulmão, choque hemorrágico, politraumatizados e queimados, entre outros. Para o desenvolvimento de competências na *gestão de protocolos terapêuticos complexos*, tivemos a oportunidade de implementar algoritmos de suporte básico e avançado de vida (inclusive em trauma), bradi e taquidisritmias, reações alérgicas graves e abordagem de transfusões maciças. A triagem foi o local ideal na aquisição de competências no *planeamento da resposta antecipatória a pessoas em situações de emergência*, com a ativação das Vias Verdes correspondentes e encaminhamento posterior.

No âmbito da *prevenção e controle de infecção* a nossa aquisição de competências recaiu fundamentalmente sobre os cuidados prestados às pessoas vítimas de queimaduras, politraumatizados com fraturas expostas e garantia da assepsia na implementação de técnicas invasivas.

Na *assistência à família*, os processos mais relevantes no decurso deste estágio centraram-se no apoio à família em luto e no apoio dos pais de um adolescente que se encontrava sob o efeito de drogas ilícitas.

A prática baseada na evidência foi um pilar nos nossos cuidados e a excelência do cuidar era tomada como a missão de estágio. Conscientes do nosso perfil profissional, regidos por uma *prática clínica baseada na investigação*, realizamos uma revisão integrativa com o intuito de desenvolvimento de competências profissionais. Assumindo a nossa *responsabilidade de facilitadores de aprendizagem*, criamos um guia de consulta rápida sobre um dispositivo cardíaco, para ir de encontro às necessidades da equipa de enfermagem.

No campo das competências para o *planeamento de programas de melhoria continua e na gestão do risco ao nível institucional* foram construídas duas instruções de trabalho, já referidas nos subcapítulos anteriores.

No global, este estágio permitiu-nos um grande desenvolvimento de competências ao nível da *tomada de decisão ética e gestão de protocolos terapêuticos complexos*. A multiculturalidade vivenciada no SUP permitiu-nos crescer pessoal e profissionalmente, sendo a tolerância a ferramenta essencial na compreensão de atitudes e crenças. A situação problema vivenciada recorrentemente neste estágio era incapacidade de prestar os cuidados com as condições ideais, dado o fluxo de clientes no SUP, situação que se estende a todo o país.

4 MÓDULO III – GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES E RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS

Neste capítulo abordaremos as experiências vivenciadas no último estágio realizado, referente ao Módulo III – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos, que decorreu de 26 de outubro a 20 de dezembro de 2016. O estágio teve uma duração de 180 horas em ambiente clínico e uma carga de trabalho associada em 10 ECTS. A realização deste estágio foi no Centro Hospitalar referido no Módulo I. Dado já termos realizado uma descrição do Centro Hospitalar em causa, procederemos neste capítulo a uma análise crítico-reflexiva do desempenho da prática especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto do GCL PPCIRA.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Portugal é dos países da União Europeia com evidência de elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, com taxa de resistência a antimicrobianos preocupante e uma prática de prescrição antibiótica com um padrão passível de correções. ⁽⁷⁵⁾

O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), foi delineado como prioritário na estratégia de saúde em Portugal e surge da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, após o Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro do Ministério da Saúde. A redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos são os objetivos centrais deste programa.

Os Grupos de Coordenação Local são equipas multidisciplinares de assessoria técnica dos Conselhos de Administração, com responsabilidade na elaboração, implementação e monitorização do PPCIRA. Estes grupos estão obrigados a integrar no mínimo um enfermeiro em dedicação completa a esta função (a necessidade de mais elementos é calculada mediante a capacidade da instituição) nos termos do Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro do Ministério da Saúde.

No âmbito do despacho enunciado no paragrafo anterior, são da competência do GCL PPCIRA a: a) supervisão das práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, b) garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, c) garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes, d) garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas, e) colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória, f) promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, g) promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos, h) rever e validar as prescrições de antibióticos.

O GCL PPCIRA em que se desenvolverá o nosso estágio tem o seu campo de ação sobre 1 dos 6 hospitais que constituem o Centro Hospitalar. Deste grupo fazem parte uma Enfermeira Especialista em dedicação completa a esta atividade, dois médicos e um administrativo a tempo parcial. A figura 6 retrata o movimento assistencial do hospital onde está alocado o GCL PPCIRA, correspondente ao nosso estágio. Tendo em conta os números apresentados neste retrato assistencial, o número de enfermeiros dedicados a esta atividade corresponde ao preconizado pelo Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro.

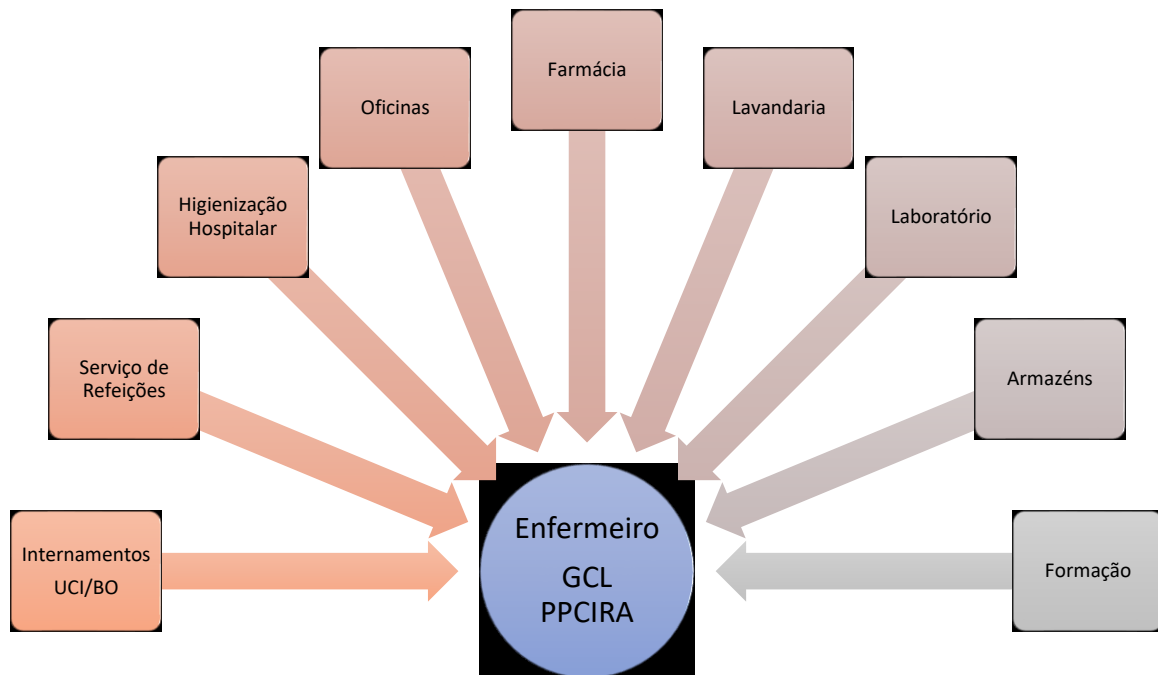
Figura 6 - Movimento Assistencial do Hospital do GCL PPCIRA



A sua atividade prende-se essencialmente no apoio técnico, consultadoria e dinamização no domínio da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.⁽⁷⁶⁾ Tem um papel

preponderante na vigilância epidemiológica de resultados, processos e estruturas. O seu campo de ação é muito abrangente, sendo transversal às áreas clínicas e não clínicas⁽⁷⁷⁾, apresentamos na figura 7 os domínios de atuação do enfermeiro do GCL PPCIRA. Optamos pela realização deste estágio pela sua potencialidade no nosso desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e na maximização da intervenção sobre a prevenção e controlo da infeção.

Figura 7- Domínios de atuação do enfermeiro do GCL PPCIRA



4.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A elaboração dos objetivos pessoais para o estágio do Módulo III – Opção (GCL PPCIRA) foi suportada pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. O objetivo geral delineado para este estágio foi o **desenvolver competências científicas, técnicas e éticas no domínio da prática especializada da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas áreas de intervenção do GCL PPCIRA**. Os objetivos específicos serão abordados de forma individual numa análise descritiva e reflexão crítica nos próximos parágrafos. É importante referir que a realização das atividades, no GCL, foi sempre acompanhada de estudo dos procedimentos institucionais, por forma, a desempenhar um trabalho contextualizado.

Objetivo 1: conhecer a atividade do GCL PPCIRA na vigilância epidemiológica

Vigilância epidemiológica de resultados

Ao longo do percurso de estágio foi possível acompanharmos a vigilância epidemiológica realizada pela equipa GCL PPCIRA, às infeções nosocomiais na corrente sanguínea e na monitorização dos microrganismos epidemiologicamente importantes.

A vigilância de microrganismos “*problema*” é um papel fundamental do GCL para controle das resistências emergentes. A resistência às quinolonas pela *Escherichia coli*, o aumento das estirpes produtoras de β -lactamases de espectro alargado e a ameaça que constitui *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos, representam uma preocupação significativa no domínio epidemiológico.⁽⁷⁵⁾

A vigilância de microrganismos é desempenhada diariamente, com apoio de um serviço informatizado centralizado, no alerta microbiológico. Sempre que existe um novo microrganismo isolado, é informado por via email, através do Enfermeiro do GCL, o médico prescritor, os responsáveis pelo serviço e os outros elementos GCL PPCIRA. Este mecanismo permite alertar os responsáveis pelos cuidados ao doente de forma personalizada, melhorando as medidas de controlo e prevenção da infeção. Na sequência destes mecanismos, participamos na discussão dentro do GCL, sobre as medidas instituídas e a validação das mesmas.

O desafio Calouste Gulbenkian STOP Infeção Hospitalar CAUTI, tem o apoio do GCL PPCIRA na dinamização do mesmo, num dos serviços da instituição. Estando a infeção do trato urinária pela algaliação associada a um impacto considerável na segurança dos doentes, dada a ameaça real de morbilidade e mortalidade, aumento do tempo de internamento e custos financeiros⁽⁷⁷⁾, colaboramos neste projeto na implementação de uma metodologia de melhoria continua.

Um dos serviços cirúrgicos da instituição, promove desde 2011, a vigilância e monitorização da infeção do local cirúrgico. Este trabalho é realizado por um enfermeiro afeto aos recursos internos da Unidade Clínica. O trabalho de colheita de dados é realizado de forma exaustiva, com necessidade de consulta processual, interligação com o seguimento de doentes no follow-up e na consulta status pós-cirúrgica. No âmbito deste projeto interno, tivemos oportunidade de observar, discutir e colaborar no trabalho de colheita de dados. A divulgação

periódica dos resultados da vigilância epidemiológica ao staff da Unidade Clínica, promove a discussão da melhoria das práticas, contribuindo para qualidade dos cuidados prestados.⁽⁷⁷⁾

No âmbito da temática anterior, em outro serviço da instituição, está a iniciar-se a vigilância epidemiológica da infeção dos dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis. O objetivo primordial é melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, implicando diretamente os Enfermeiros no domínio da prevenção da infeção do local cirúrgica. A nossa participação na discussão (ANEXO VII) da temática da preparação da pele pré-cirurgia e gestão da ferida cirúrgica, contribuiu para a prevenção da infeção no local cirúrgico, com a introdução de práticas seguras para o doente (como foi o caso da utilização dos toalhetes impregnados com clorohexidina a 2% e o evitamento da tricotomia⁽⁷⁸⁾).

Durante o acompanhamento destes projetos, foram desenvolvidas reuniões com as Unidades Clínicas da instituição, para apresentação dos dados de vigilância epidemiológica e prescrição antimicrobiana, assim como, da adesão da higienização das mãos. A participação nessas reuniões, contribuiu para o nosso desenvolvimento profissional, no âmbito da análise e na condução das discussões em torno da infeção associada aos cuidados de saúde, como das propostas que daí surgiram para a prevenção e controlo da infeção.

Vigilância epidemiológica de estruturas

O facto de a intervenção do GCL do PPCIRA ser transversal a todas as áreas da instituição, exigiu o desenvolvimento de conhecimento polivalente. A pesquisa documental da instituição (políticas e procedimentos) como a pesquisa bibliográfica foi sistemática, dado a nossa necessidade de preparação para as diferentes atividades desenvolvidas.

O papel do GCL sobre as áreas da restauração, morgue, controlo da água sanitária, entre outras, que não são tão visíveis, é preponderante no bom funcionamento da instituição.

No decurso do estágio foi possível visitar as estações de água fria e quente, que fornecem a instituição, com o responsável técnico da área. A tomada de conhecimento do circuito da água e a análise dos procedimentos institucionais para a prevenção do crescimento da *legionella* são fulcrais para compreensão da importância do trabalho conjunto do GCL e dos profissionais das áreas técnicas.

Durante a visita foi possível consolidarmos a importância dos tratamentos de limpeza dos tanques, os tratamentos químicos da água e sua relação com a temperatura, e monitorização da qualidade, por forma a, desenvolvermos competências no estabelecimento de planos de

prevenção de *legionella*, de acordo com a evidência científica e as normas da Direção Geral de Saúde. ^(79,80)

A gestão de resíduos foi ao longo do estágio enquadrado nos vários domínios, abordados numa perspetiva transversal. Foi necessário, para a consolidação das atividades desenvolvidas nos restantes objetivos, aprofundar o circuito dos resíduos e os cuidados na sua gestão⁽⁸¹⁾. A boa prática nesta área revelou-se de extrema importância na prevenção da infeção e na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No decurso do estágio no GCL PPCIRA, foi fundamental e obrigatória a nossa participação nas II Jornadas do PPCIRA (ANEXO VIII). Conhecer a realidade nacional nas diferentes tipologias de assistência (cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e unidades da rede nacional de cuidados continuados) e a discussão proporcionada sobre a temática, permitiu envolver-nos de forma mais profunda no PPCIRA. A temática central destas jornadas foram a resistência aos antimicrobianos, tendo sido partilhado pelas diversas regiões de Portugal o ponto de situação das vivências institucionais.

Vigilância epidemiológica de processos

No âmbito da intervenção do GCL do PPCIRA, tivemos a oportunidade de colaborar na Campanha da Higiene das Mãos, uma estratégia nacional para a redução da IACS. ⁽⁸²⁾ Na instituição, onde estagiamos, tem-se desenvolvido de forma gradual a sua implementação desde 2008, estando praticamente todas as áreas hospitalares regidas por este projeto. A colaboração do lançamento da campanha num serviço específico, permitiu considerar as dificuldades técnicas da instalação dos meios de suporte à higienização das mãos e colmatar as dúvidas dos profissionais da área.

Na sequência da campanha da higiene das mãos, tivemos a oportunidade de colaborar na vigilância epidemiológica, na realização de auditorias à higiene das mãos e gestão dos dados na plataforma de dados da DGS. Importa referir a oportunidade em manusear a plataforma de dados, na obtenção e interpretação dos relatórios epidemiológicos aí obtidos.

No âmbito das competências do GCL PPCIRA, das quais destacamos, a supervisão das práticas locais e a promoção e correção da prevenção e controlo da infeção, tivemos a oportunidade de colaborar, na auditoria sob a temática da prevenção da infeção associada à colocação e manutenção do Cateter Venoso Central (ANEXO IX). A incidência de infeção associada ao cateter venoso central está estimada para valores que oscilam entre 1 e 2 por

1000 dias de cateter.⁽⁴⁴⁾ A análise cuidadosa das atividades desenvolvidas neste domínio, estabelecendo ou não relação com as normativas ^(44,83) e políticas institucionais, e a discussão com os auditados sobre as práticas vigentes, foram um momento de aprendizagem profissional.

No decurso do estágio foi possível participar na formação sob a temática vacinação contra a gripe (ANEXO X). A problemática da gripe é um assunto com uma discussão crescente desde variante H1N1. No entanto, anualmente ela afeta 10 a 20% da população mundial, aumentando os custos materiais para o tratamento desta doença e acarretando a perda de vidas humanas. ⁽⁸⁴⁾ As medidas de prevenção no âmbito da vigilância epidemiológica de processos são essenciais, tendo a formação facultado o empoderamento necessário à aplicação das mesmas. Esta permitiu assimilar conhecimentos inerentes à vacinação, e dessa forma, rebater os mais variados mitos em torno da Vacina da Gripe.

No âmbito da normativa da DGS sobre a Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina ⁽⁸⁵⁾, colaboramos com uma das Unidades Clínicas da instituição, no início de um projeto para a aplicação da norma. No âmbito deste trabalho, foi possível colaborar na discussão desta temática e perceber os mecanismos necessários, que são desenvolvidos pelo GCL, para a viabilidade do mesmo. O papel do GCL no estabelecimento de uma ponte entre áreas envolvidas (laboratório de microbiologia, serviço de farmácia e conselho de administração) é preponderante na consecução dos objetivos determinados.

Objetivo 2: promover boas práticas de prevenção e controlo de infeção

A promoção das boas práticas de prevenção e controlo de infeção é uma das competências do GCL do PPCIRA. Para desenvolver este objetivo desenvolvemos 3 atividades distintas no âmbito da nossa ação.

Formação sobre Precauções Básicas de Controlo de Infeção

No início deste estágio, em proposta da Enf.^a Orientadora, foi sugerido uma formação sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) aos colaboradores da prestação da higienização hospitalar. Fixamos de imediato esta proposta, dado o potencial para desenvolver competências no âmbito da PBCI e competências enquanto formador.

A preparação desta formação foi sustentada na política e procedimentos da instituição, nas normativas da DGS ⁽⁵³⁾ e na evidência científica ⁽⁸⁶⁾. Por forma a adquirirmos competências

pedagógicas e com vista a desempenhar o nosso papel de formador com boa performance, contribuiu o curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores realizado em outubro de 2016, perfazendo um total de 116 horas de aprendizagem (ANEXO XI).

Para a realização da formação, foi elaborado um plano de sessão (APÊNDICE XI) e utilizamos como técnica pedagógica a exposição/demonstração. Construimos uma apresentação em formato multimédia para apoio da formação (APÊNDICE XII), assim como, a elaboração de um manual de PBCI, disponibilizado a todos os formandos (APÊNDICE XIII).

A maior dificuldade na preparação da formação foi estabelecer um conteúdo perceptível pelos formandos, dado que tivemos dificuldade em estabelecer o nível de literacia básico e de saúde da população alvo.

A formação dividiu-se em duas sessões, cerca de 1.5 hora cada (ANEXO XII), dado a dificuldade de estarem todos os profissionais presentes ao mesmo tempo.

Durante a formação verificou-se o envolvimento de todos os elementos, surpreendendo-nos com opiniões críticas e com solicitação de esclarecimento de dúvidas muito pertinentes. Dado a dificuldade em conhecer o nível de literacia dos elementos, a avaliação final foi realizada com a técnica tipo *Quiz*, com a participação de todos, cuja a avaliação global foi positiva.

A avaliação da formação/formador foi realizada pelo feedback dos participantes, que nós encaramos como positiva, dado a participação ativa de todos os formandos. Como ponto forte da formação foi referido a técnica adotada para a avaliação final. Encaramos como o ponto fraco da formação a qualidade da impressão do manual fornecido aos formandos.

Promoção das medidas de etiqueta respiratória

A promoção das medidas de etiqueta respiratória surgiu num momento oportuno, dado estarmos no contexto de estágio direcionado à prevenção e controlo de infeção, como num espaço temporal propício à gripe e às infeções respiratórias. Na sequência das recomendações da DGS, prosemos-nos a trabalhar a etiqueta respiratória.⁽⁵³⁾

A campanha de sensibilização para adoção de medidas de etiqueta respiratória, destinou-se a todas as pessoas que circulam na área das salas de espera das consultas externas da instituição (no total são 6 espaços). Como verificamos na caracterização do hospital, no mês

de novembro e dezembro o número de consultas externas ascendeu as 15 000, logo o número de circulantes pelos espaços em causa, serão ainda mais.

Iniciou-se com a elaboração de um plano de intervenção (APÊNDICE XIV) e construção posterior de uma *checklist* (APÊNDICE XV) para avaliação inicial dos locais. Os elementos que constam na *checklist* para a avaliação inicial são: a existência de alertas visuais da etiqueta respiratória, contentor de resíduos, pontos de higiene das mãos com solução asséptica de base alcoólica e máscaras cirúrgicas.

No âmbito da intervenção, foram realizamos reuniões com os responsáveis das áreas alvo, para tomada de conhecimento da campanha de sensibilização e facilitar o acesso aos meios necessários para boas práticas de Etiqueta Respiratória. Após a avaliação inicial, concluímos que as unidades clínicas estavam capacitadas para uma resposta neste domínio, na falta de alguns dos recursos, fornecemos através do GCL, posters com alertas visuais e suportes para as soluções assépticas de base alcoólica.

Para além do staff das áreas visadas, integramos os Voluntários nesta campanha, dado serem elementos importantes nesta dinâmica, pela sua presença diária nestes espaços. Realizamos uma reunião formativa sobre a Etiqueta Respiratória com estes elementos e o esclarecimento de dúvidas neste âmbito.

Higienização dos locais de acondicionamento e preparação de terapêutica

A atividade central deste objetivo é a realização de uma auditoria sobre a higienização dos locais de acondicionamento e preparação da terapêutica. Com esta auditoria pretendemos a) identificar o cumprimento das boas práticas da higienização dos equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração terapêutica parentérica, b) contribuir para a prevenção e controlo da infeção nos momentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e administração terapêutica parentérica e c) promover uma cultura de segurança e melhoria contínua na qualidade dos cuidados para a prevenção e controlo da infeção.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é dos eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados, com impacto valorizável na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida.⁽⁵³⁾ O trabalho aqui desenvolvido enquadra-se nos grupos de recomendações da Organização Mundial de Saúde, da monitorização, auditoria & feedback, , materiais & equipamentos e no ambiente.⁽⁸⁶⁾

A limpeza e/ou higiene do ambiente de cuidados facilita as práticas relacionadas com a prevenção e controlo da infeção, incluindo os equipamentos e materiais clínicos.⁽⁸⁷⁾ A este nível, com adoção de boas práticas obtemos uma diminuição da IACS, da resistência dos antimicrobianos e o aumento da *compliance* da higiene das mãos.⁽⁸⁶⁾

Todas as superfícies, equipamentos e aparelhos médicos utilizados na prestação de cuidados têm potencial para a exposição à contaminação. Estando contaminados, estes põem em risco os doentes, os profissionais de saúde e as visitas.⁽⁵³⁾

Após a nossa pesquisa documental institucional e bibliográfica, deparamo-nos com escassa evidência sobre a matéria em causa. Para a elaboração dos critérios a auditar, englobamos várias áreas: o circuito do medicamento, higienização hospitalar e segurança do doente. No âmbito deste processo, a discussão com o orientador clínico de estágio foi fundamental.

O Centro Hospitalar onde realizamos este estágio, foi acreditado na sua totalidade pela Caspe Healthcare Knowledge Systems, no ano 2016. Na sequência deste facto, a planificação da auditoria regeu-se pelas normas do programa de acreditação⁽⁸⁸⁾. Para além das normas do centro de acreditação, foi tida em conta a orientação da DGS para a preparação e condução de auditorias.⁽⁸⁹⁾

Elaborada e discutida a grelha de auditoria (APÊNDICE XVI), foi planeada a data de colheita de dados. Dado que não detínhamos experiência no papel de auditor, a orientação do tutor clínico foi essencial e preponderante para a obtenção das observações. Durante o curso do trabalho de campo, foram desenvolvidas competências enquanto auditor, foram discutidas as constatações e as dificuldades que os auditados se deparam no seu contexto de trabalho.

Posteriormente à colheita de dados, estes foram inseridos no programa de cálculo do Excel e em conjunto com o software SPSS foram analisados. A formação prévia obtida na utilização de instrumentos de análise quantitativa (ANEXO IV e XIII) foi determinante na análise dos dados. Este foi o momento do estágio que apresentou mais dificuldades, dado que a experiência de trabalho com estatística descritiva era mínima. Elaboramos um relatório, com uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), para cada Unidade Clínica auditada (APÊNDICE XVII).

O processo de auditoria englobou 3 áreas de avaliação distintas: a organização e a gestão, o armazenamento e o acondicionamento de terapêutica, e a higienização. Da auditoria

realizada observou-se que as Conformidades Totais representaram cerca de 60%, as Conformidades Parciais verificam-se em 30% dos critérios avaliados e 10% por Não Conformidades. De uma forma geral, o índice de conformidade na dimensão armazenamento e acondicionamento de terapêutica obteve melhores resultados, enquanto que, a organização e gestão foi a que obteve os resultados menos positivos

As principais recomendações emanadas foram o envolvimento de todo o staff, a divulgação dos procedimentos institucionais, formação e treino com simulação no domínio da higienização e monitorização regular.

No âmbito da análise das constatações, achamos oportuna a construção de uma instrução de trabalho sobre esta temática, para ser adotada (e se necessário adaptada) pela unidade clínica, por forma, a ir de encontro às necessidades de cada contexto de trabalho (APÊNDICE XVIII). Foi realizada uma apresentação dos resultados a cada unidade clínica (APÊNDICE XIX), cumprindo o pressuposto do feedback, informando o envio do relatório da auditoria e da disponibilização da instrução de trabalho sobre a higienização dos locais de acondicionamento e armazenamento, preparação e suporte da terapêutica parentérica.

No âmbito desta atividade, gostaríamos de ter podido desenvolver formação e treino com simulação, e posterior monitorização para avaliar a evolução da qualidade do serviço de higienização prestado. Infelizmente, por questões de agenda do estágio, não nos foi possível esse desafio.

Objetivo 3: conhecer o circuito dos dispositivos médicos de utilização múltipla

A transmissão de infeção através do equipamento clínico foi reconhecida como problema desde que os microrganismos foram identificados como causa das infeções ⁽⁷⁶⁾. A esterilização e a descontaminação de instrumentos e aparelhos médicos têm um papel muito importante na prevenção de IACS. ⁽⁹⁰⁾

Uma das lacunas profissionais e académicas era nosso conhecimento sobre o reprocessamento dos dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM). Por este motivo, e enquadrado no estágio vigente, consideramos oportuno vivenciar o trabalho realizado no Serviço de Esterilização Centralizado. Tivemos a oportunidade de, ao longo do estágio, durante um dia, colaborar com o Serviço de Esterilização Centralizado do Centro Hospitalar.

Ao nível dos processos internos, constatamos a necessidade de centralização do serviço de esterilização (SE), dada a tipologia do Centro Hospitalar. Em discussão com a equipa de

enfermagem do SE, percebemos a evolução daquela área ao longo do tempo, coexistindo ainda, em numero muito reduzido e com capacidade muito limitada o reprocessamento de DMUM pelos próprios serviços utilizadores.

As funções dos SE são a recolha e transporte dos DMUM contaminados, desinfetados e/ou esterilizados, a lavagem/desinfecção, a inspeção dos instrumentos e aparelhos médicos, o embalamento, a esterilização e o armazenamento.

A presença de um enfermeiro com conhecimentos diferenciados, sobretudo na área do bloco operatório, é crucial para o funcionamento do SE e a garantia de qualidade aos utilizadores. ⁽⁹⁰⁾ É necessário que os utilizadores se sintam seguros na utilização do material, que não haja erros quer na descontaminação quer no material que ficará disponível aquando a sua necessidade.⁽⁷⁷⁾ A rastreabilidade do DMUM é o sinonimo de controlo de qualidade e eficiência, uma exigência no SE, corroborado pela evidência científica. ⁽⁹⁰⁾

A observação das diversas áreas do SE, as suas condições técnicas e arquitetónicas, as etapas do reprocessamento e a política de qualidade instituída, proporcionou-nos conhecimentos úteis para o âmbito profissional na ótica de utilização correta do DMUM.

No decurso do estágio, tive a oportunidade de participar num Curso de Reprocessamento de DMUM (ANEXO XIV), desenvolvido por vários GCL PPCIRA e os SE da Grande Lisboa. Este curso foi essencial para a reflexão da prática observada, para o enquadramento teórico e legal, para assimilação das normas internacionais e para a partilha de experiências entre os profissionais (útil na perceção das dificuldades e potencialidades de outros projetos).

O GCL do PPCIRA nos SE tem um papel preponderante na consultoria técnica das infraestruturas e equipamentos, na formação dos profissionais, na utilização de equipamentos de proteção individual, na higiene do ambiente e nos circuitos dos DMUM.

4.3 NOTA FINAL

O desenvolvimento de competências, enquanto atores empenhados na qualidade dos cuidados de enfermagem, é um processo de responsabilização e autoconsciência pessoal. ⁽⁹¹⁾ O papel da formação continua, segundo o mesmo autor, deve residir na exploração das experiências para permitir uma prática refletida mais eficiente e portadora de sentido.

De acordo com o exposto, o nosso desenvolvimento de competências no domínio do GCL PPCIRA foi centrado na nossa *responsabilização institucional*, no que diz respeito à

garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. As principais competências desenvolvidas no GCL foram: *ser agente de mudança, trabalho em equipa e gestor clínico*.

A garantia do cumprimento do programa de controlo de infeção, a interpretação de resultados microbiológicos e a consultoria às equipas clínicas, estabelecem as principais funções do enfermeiro especializado neste domínio⁽⁷⁶⁾. O conhecimento adquirido pela *vigilância epidemiológica de resultados, processos e estrutura* permitem-nos demonstrar e realizar as atividades especializadas do enfermeiro que constitui o GCL PPCIRA.

No âmbito de desenvolvimento de competências na *conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção*, estabelecemos várias atividades no domínio da promoção das PBCI. Estabelecemos estratégias de atuação de forma proativa, com o prévio diagnóstico das necessidades por observação direta e discussão com a enfermeira orientadora clínica.

Tendo em consideração a competência do enfermeiro especialista em responsabilizar-se por ser *facilitador da aprendizagem*, desenvolvemos a formação à equipa de higienização hospitalar sobre as PBCI.

No âmbito deste estágio, foi possível iniciar e participarmos em projetos institucionais na área da qualidade, tendo em conta as diretivas e conhecimentos da *melhoria da qualidade da prática*, com a promoção de medidas de etiqueta respiratória, a campanha da higienização das mãos e no projeto de prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina, entre outros.

A realização da auditoria sob a higienização dos locais de acondicionamento e preparação terapêutica e a construção da instrução de trabalho afeta, permitiu adquirir competências na *liderança de desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção* (no domínio da higiene hospitalar e monitorização de medidas), *na gestão das equipas de forma apropriada as práticas de cuidados que comprometem a segurança e na avaliação da qualidade* dos cuidados de enfermagem na vertente do processo e estrutura.

Na procura da melhoria da qualidade, comprometidos com *a excelência clínica, a gestão do risco ao nível institucional e das unidades funcionais*, foi transversal a todo o estágio, culminando na nossa participação no ciclo de conferências da instituição, sobre a segurança do cliente (ANEXO XV).

5 CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório realizamos uma descrição e análise das atividades e experiências vivenciadas nos locais de estágio, no âmbito da Enfermagem Especializada. Este é o momento para expor, de uma forma transversal, o trabalho desenvolvido ao longo dos três estágios e as competências adquiridas no domínio do quadro do EEEMC.

A Enfermagem Especializada é caracterizada pelo conhecimento aprofundado, num domínio específico das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, manifestando capacidades acrescidas na tomada de decisão. No caso da Enfermagem Especializada em Pessoa em Situação Crítica, esta retrata-se pelo domínio especializado dos cuidados prestados à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, respondendo às necessidades do cliente e permitindo manter as funções básicas de vida.

Por competências, sintetizando os pressupostos dos vários autores analisados, entendemos que sejam instrumentos que permitam a reflexão e a tomada de decisão perante determinada situação. O desenvolvimento das mesmas é possível perante a aquisição de conhecimento e habilidades através de experiências sistemáticas. E é considerado como competente aquele que demonstra o comportamento esperado de quem possui determinada competência. As competências do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Assumimos a nossa responsabilidade profissional, ética e legal...

O desenvolvimento de uma prática profissional e ética, teve um lugar de destaque no estágio do Serviço de Urgência, dado as situações complexas que recorrentemente nos deparávamos. Situações vivenciadas por nós, como a violência doméstica, práticas sexuais de risco, negligência a idosos e decisão sobre a suspensão de manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, implicou a resolução do problema com o cliente e/ou com a equipa multidisciplinar, enquadrando a tomada de decisão no regime deontológico e jurídico.

A competência para a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, foi desenvolvida aos longos estágios. A preocupação pelo direito à informação do cliente, a garantia da confidencialidade e a segurança da informação foram orientadores de uma prática segura. Reportando-nos ao estágio do Serviço

de Urgência, dado o cariz multicultural vivenciado nesta unidade clínica, fomos envolvidos num processo de crescimento profissional no âmbito dos valores, costumes e crenças espirituais do cliente, por forma a garantir sua autodeterminação. Ainda sobre a competência em causa, a realização das auditorias no estágio do Módulo III permitiu-nos identificar práticas de risco e promover a adoção de medidas apropriadas com a formação sobre PBCI e a criação de instruções de trabalho.

Promovemos a melhoria continua da qualidade...

Em relação às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, no papel de dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas, na conceção e gestão de programas de melhoria contínua da qualidade e na criação de um ambiente terapêutico e seguro, desenvolvemos atividades ao longo dos estágios, por forma, a adquirimos conhecimentos e habilidades neste âmbito. Sobre cada local de estágio realizamos uma caracterização e análise das unidades clínicas à luz das recomendações dos organismos nacionais e do enquadramento jurídico. Para além da avaliação da estrutura, analisamos os recursos humanos de enfermagem mediante o regulamento próprio para cálculo de dotações seguras de enfermeiros.

No âmbito do planeamento estratégico de melhoria de qualidade e gestão do risco, desenvolvemos atividades sustentadas na evidência científica. Dessas atividades salientamos a campanha de publicitação dos feixes de intervenção para redução das IACS, a construção de instruções de trabalho sobre os cuidados à pessoa vítima de queda, os cuidados à pessoa submetida a implantação de dispositivos cardíacos e no âmbito da higienização hospitalar. Tivemos a oportunidade de auditar as práticas na manutenção do CVC e elaboramos uma auditoria sobre a higienização dos locais de acondicionamento e preparação de terapêutica parentérica.

Gerimos os cuidados...

As experiências no âmbito da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional tiveram grande visibilidade na colaboração com o Serviço de Esterilização, no qual eramos responsáveis pela delegação de tarefas no circuito de reprocessamento do DMUM. No entanto, esta atividade não se restringe apenas a este local, dado que, as experiências vivenciadas no SUP, permitiram colaborar em pleno com as decisões da equipa multiprofissional, de forma muito recorrente com o Serviço Social. Na Unidade de Cuidados Intensivos, a relação com outros

elementos da equipa multiprofissional, era manifestamente visível com os técnicos de diagnóstico e terapêutica (radiologia, dietética, fisioterapia), quando estes desenvolviam as suas atividades, existia sempre a necessidade de cuidados em parceria. Dado a nossa experiência profissional estar relacionada com a cardiologia, eram frequentes as oportunidades de assessoria aos enfermeiros, no domínio da pessoa com patologia cardíaca

Desenvolvemos competências relativas às aprendizagens profissionais...

As competências do domínio das aprendizagens profissionais, ao longo deste percurso de especialização, tiveram um grande investimento da nossa parte. Conscientes dos nossos recursos e limites, ao longo deste processo de formação, fomos desenvolvendo habilidades acrescidas com a realização do curso de investigação de enfermagem e o curso de formação pedagógica inicial de formadores, que se revelaram bastante úteis ao longo dos estágios.

Conscientes da nossa assertividade e com repulsa sobre todo o tipo de conflitos, este domínio não foi desenvolvido na sua plenitude, será um projeto para o futuro, capacitarmos para a gestão de conflitos.

A nossa praxis clínica especializada baseou-se em sólidos e válidos padrões de conhecimento, com desenvolvimento ao longo do estágio de estudos de investigação. Ao longo deste percurso foram realizadas duas revisões integrativas, no âmbito dos cuidados de enfermagem, sendo que um dos estudos está aprovado para publicação num periódico de enfermagem e o outro encontra-se em análise pelos pares e foram ambos apresentados em poster em eventos científicos com arbitragem. Para além da divulgação externa, a revisão integrativa sobre o conforto da pessoa em cuidados intensivos, foi apresentada à equipa de enfermagem da UCI correspondente ao Módulo – II, sob a forma de áudio-vídeo na perspetiva de otimizar a aprendizagem. Favorecendo a aprendizagem sobre os novos sistemas de pacing transcateter, à equipa de enfermagem do SUP (dado que foi assistido neste serviço um cliente portador deste sistema), foi elaborado um guia de consulta sobre os cuidados de enfermagem.

No âmbito da gestão de programas formativos desenvolvemos uma formação profissional sobre as PBCI, à equipa de higienização hospitalar, no decurso do estágio do Módulo III. Esta formação consistiu numa apresentação com a utilização de técnicas pedagógicas expositiva e demonstrativa, e entrega de manual sobre as PBCI.

Cuidamos da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica...

O desenvolvimento da competência do cuidar da pessoa a viver processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica foi alcançada pela prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família no estágio do SU e UCI, de acordo com os modelos teóricos escolhidos. As experiências vivenciadas nestes locais de estágio permitiram desenvolver capacidades na identificação de focos de instabilidade, utilizando a metodologia de avaliação sistemática *ABCDE*, como foi o caso de edema agudo pulmão, arritmias malignas, choque hemorrágico, entre outros. A implementação e a gestão de cuidados técnicos de alta complexidade, como a monitorização hemodinâmica invasiva (como a termodiluição transpulmonar), a ventilação mecânica e a terapia elétrica cardíaca, foram essenciais para a nossa aquisição de competências.

No SUP experienciamos a implementação do suporte avançado de vida, tendo reforçado as nossas habilidades prévias do âmbito profissional e permitindo a reflexão sobre a organização da equipa nos diferentes locais. No decurso dos dois primeiros estágios, a gestão do cliente queimado, politraumatizado e em choque fomos capazes de gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos. Realçamos a nossa experiência na UCI, na colaboração da re-esternectomia exploratória de emergência, que representou em toda o nosso percurso de estágio o momento de maior complexidade na gestão do cliente, recursos humanos e materiais/equipamentos, quer pelo procedimento efetuado quer pelo local onde se desenrolou.

Na gestão diferenciada da dor, da ansiedade, dos medos e do bem-estar da pessoa em situação crítica, foi explanado no Módulo II, com objetivação dos clientes aos quais lhe foram prestados cuidados especializados. A comunicação interpessoal fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família, foi experienciada em momentos complexos do processo de luto e na transmissão de más notícias. O estabelecimento de uma relação terapêutica foi sempre formalizado no âmbito da relação do enfermeiro com a pessoa que necessita de cuidados de enfermagem.

Maximizamos a intervenção na prevenção e controlo da infeção...

Na sequência do estágio do Módulo III, foi possível desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica, conhecendo a atividade do GCL PPCIRA, na vigilância epidemiológica de resultados, processos e

estruturas. O conhecimento do PPCIRA, das recomendações da DGS e orientações da Organização Mundial de Saúde permitiu-nos desenvolver atividades no âmbito da prevenção das IACS com a promoção de medidas de etiqueta respiratória, com a formação sobre as PBCI e na área da higienização hospitalar. Para fortalecer as nossas competências neste domínio, colaboramos com o serviço de esterilização para conhecermos o circuito de reprocessamento do DMUM.

Estamos certos que haveriam muitas mais áreas para aprofundar os nossos conhecimentos e desenvolvermos novas competências. Os domínios sobre os quais não desenvolvemos um quadro de competências consistente foi na gestão do cliente sob técnicas dialíticas, na gestão do cliente submetido a oxigenação por membrana extracorpórea e na monitorização da pressão intracraniana e intrabdominal, dado que as oportunidades foram muito escassas. Dado estarmos regidos pelo horário do orientador clínico, nos dois primeiros estágios, os turnos realizados eram sobretudo durante o período da nocturno, o que em nossa opinião, dificultou o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família. A maior dificuldade sentida na realização destes estágios foi a gestão do tempo pessoal, profissional e académico, nos moldes das exigências do trabalho individual pretendido por este ciclo de estudos.

Por oportunidades e sugestões, consideramos que os tempos relacionados para o desenvolvimento dos estágios e relatório deveriam ser mais prolongados. Ao realizar a reflexão do Módulo II e enunciando os autores que definem as competências, surgiu-nos a vontade de discutir sobre a pertinência da existência de um core mínimo de cuidados para a aquisição de competências.

Profundamente envolvidos com a importância da formação e da investigação, consideramos que todo este processo de especialização, que conosco se iniciou em setembro de 2015, uma etapa obrigatória no nosso percurso profissional. Consideramos que o quadro de competências adquirido neste ciclo de formação, transformou os nossos cuidados de enfermagem gerais em cuidados de enfermagem especializados. O nosso desejo é desenvolvermos uma Enfermagem Avançada e impormos uma Prática Baseada na Evidência nos cuidados de enfermagem. Neste preciso momento, definimos com exatidão o início dos nossos cuidados de enfermagem especializados de forma autónoma.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boterf G Le. Desenvolvendo a competência dos profissionais. 3ª Edição. Porto alegre: Artmed; 2003.
2. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001.
3. Sousa PP. O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014.
4. Urden L, Stacy K, Lough M. Enfermagem de Cuidados Intensivos - diagnósticos e intervenção. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta; 2008.
5. Penedo JMV dos S, Ribeiro AAB, Lopes H do AR de C, Pimentel JMPC, Pedrosa JAGP da S, Sá RAM de V e, et al. Avaliação da Situação Nacional das Unidade de Cuidados Intensivos. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015.
6. International Council of Nurses. CIPE® Versão 1 - Classificação Internacional para a prática de enfermagem Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2005.
7. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. Nurs Outlook. Março de 2001;49(2):86–92.
8. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. J Adv Nurs. Junho de 1994;19(6):1178–1184.
9. Tomey A, Alligood M. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª edição. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures: Lusociência; 2004. 766 p.
10. Fortin MF. Processo de Investigação - da Concepção à Realização. Loures: Lusociência; 2003. 388 p.
11. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. Centre for Reviews and Dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. 3ª Edição. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2008. York: York Publishing Services Ltd; 2009.

13. Whittemore R, Knafl K. The integrative review : updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53.
14. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*. 2010;8(1):102–6.
15. Mendes KDS, Silveira RCDCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm*. 2008;17(4):758–64.
16. Ramalho A. Manual de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise. Coimbra: Formasau; 2005.
17. DeCS [Base de dados na Internet]. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde. 2016 [citado 12 de Dezembro de 2016]. Obtido de: <http://decs.bvs.br/>
18. MeSH Browser [Base de dados na Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 2016 [citado 12 de Dezembro de 2016]. Obtido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
20. QRS International. NVivo 11 for Windows. 2016.
21. Amado J da S. A Técnica de Análise de Conteúdo. *Rev Ref*. 2000;(5): 53-64.
22. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência; 2004.
23. Frausto VR, Venegas RR, Martínez P. Percepción del familiar acompañante com respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enferm Glob*. 2015;25:219–32.
24. Gutiérrez JB, Alvariño AB, Pérez L. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm Glob*. 2008;12:1–14.
25. Castro C, Vilelas J, Botelho M. A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática da literatura. *Pens Enferm*. 2011;15(2):41–59.
26. Sousa PP, Mendes Costa MA. O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Rev Enferm Ref*; 2012;III Série(7):149–58.

27. Gélinas C, Arbour C, Michaud C. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nurs Crit Care*. 2012;18(6):307–18.
28. Pott F, Stahlhoefer T, Felix J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(2):174–9.
29. Silva J, Ribeiro PV. Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto. *Enferm Glob*. 2015;37:384–99.
30. Carrascal GC, Ramírez JM. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enferm Glob*. 2005;40:340–50.
31. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem - conceitos e procedimentos. 5.^a Edição. Loures: Lusociência; 2006.
32. Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. Enfermagem Médico - Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica. Sexta Ediç. Loures: Lusociência; 2003. 2686 p.
33. Meleis AI. Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2009.
34. Microsoft. Microsoft Office Excel. Microsoft 2017; 2016.
35. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
36. Swearingen PL, Keen JH. Manual de cuidados intensivos. 4^a Edição. Loures: Lusociência; 2003.
37. Kreymann KG, Berger MM, Deutz NEP, Hiesmayr M, Jolliet P, Kazandjiev G, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *Clin Nutr*. 2006;25(2):210–23.
38. International Council of Nurses. CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ed. Portug. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
39. American College of Chest Physicians, American Association for Respiratory Care, American of Critical Care Medicine. Special Articles Evidence-Based Guidelines for Weaning and Discontinuing Ventilatory Support. *Respir Care*. 2002;47(1):69–90.
40. Direção-Geral da Saúde. «Feixe de de Intervenções» de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa; 2015. Report No.: 021/2015.

41. Phaneuf M. Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência; 2005. 656 p.
42. Meeker MH, RothRock JC. Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10 Th Edit. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN; 1997.
43. Direção-Geral da Saúde. «Feixe de Intervenções» de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Lisboa; 2015. Report No.: 020/2015.
44. Direção-Geral da Saúde. «Feixe de Intervenções» de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Lisboa; 2015. Report No.: 022/2015.
45. Direção-Geral da Saúde. «Feixe de Intervenções» de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Lisboa; 2015. Report No.: 019/2015.
46. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión : Guía de consulta rápida. Versión es. Perth, Australia: Cambridge Media; 2014.
47. Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas da Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2016.
48. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2015.
49. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2015.
50. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS; 2004. Report No.: nº:13/DGCG.
51. World Health Organization. Health care-associated infections FACT SHEET [Internet]. World Health Organization. 2015 [citado 15 de Agosto de 2016]. p. 4. Obtido de: http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf
52. Banach DB, Bearman GM, Morgan DJ, Munoz-Price LS. Infection control precautions for visitors to healthcare facilities. Expert Rev Anti Infect Ther. 2015;13(9):1047–50.

53. Direção Geral da Saúde. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Lisboa; 2012. Report No.: 029/2012.
54. Direcção Geral da Saúde. Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2001.
55. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre os conceitos de «serviço de urgência» e «serviço de atendimento permanente» em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não públicos [Internet]. 2009 [citado 14 de Setembro de 2016]. Obtido de: https://www.ers.pt/pages/18?news_id=46
56. Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência. Lisboa: Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde; 2007
57. Deodato S. Decisão Ética em Enfermagem - do problema aos fundamentos para o agir. Fevereiro. Coimbra: Edições Almedina S.A.; 2014.
58. Benner P. De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.
59. Susan Sheehy's. Enfermagem de Urgência. Da Teoria à Prática. 4ª Edição. Loures: Lusociência; 1998.
60. KY K, RJ K. An analysis of the concept of comfort. J Adv Nurs. 1991 Nov;16(11):1301–1310
61. Soar J, Nolan JP, Bottiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 3. Adult advanced life support. Resuscitation. 2015;95:100–47.
62. Fan L, Lukin W, Zhao J, Sun J, Hou X-Y. Interventions targeting the elderly population to reduce emergency department utilisation: a literature review. Emerg Med J EMJ. 2015 Sep;32(9):738–43.
63. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive summary. Resuscitation. 2015;95:1–80.

64. Truhlar A, Deakin CD, Soar J, Khalifa GEA, Alfonzo A, Bierens JJLM, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*. 2015;95:148–201.
65. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2015;95:302–11.
66. Jarman H. The emergency care nurse role: a clinical staff attitude survey. *Emerg Nurse*. Março de 2007;14(10):26–32.
67. Direcção-Geral da Saúde. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circulares Normativas. Lisboa; 2010. Report No.: 07/DQS/DQCO.
68. Walter E, Curtis K. The Role and Impact of the Specialist Trauma Nurse: An Integrative Review. *J Trauma Nurs*. Maio de 2015;22(3):153–69.
69. O’Donoghue SC, Donoghue SCO, Desanto-madeya S, Fealy N, Saba CR, Smith S, et al. Nurses’ Perceptions of Role, Team Performance, and Education Regarding Resuscitation in the Adult Medical-Surgical Patient. *MEDSURG Nurs*. Setembro de 2015;24(5):309–17.
70. Zideman DA, De Buck EDJ, Singletary EM, Cassan P, Chalkias AF, Evans TR, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 9. First aid. *Resuscitation*. 2015;95:278–87.
71. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: WHO Press; 2007.
72. Paulo Sousa, António de Sousa Uva, Florentino Serranheira, Ema Leite CN. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. 1ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
73. Ordem dos Médicos. Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos; 2008.
74. Auricchio A, Baron-Esquivias G, Bordachar P, Boriani G, Breithardt O-A, Cleland J, et al. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Eur Heart J*. 1 de Agosto de 2013;34(29):2281–329.

75. Silva MG, Cruz AP, Paiva JA, Fernandes PA. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números -. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2016.
76. Wilson J. Controlo de Infecção na Prática Clínica. 2.^a Edição. Loures: Lusociência; 2003.
77. Martins MA. Manual de Infecção Hospitalar - Epidemiologia, Prevenção e Controle. 2^a Edição. Rio de Janeiro: MEDSI; 2001.
78. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva: WHO Press; 2016.
79. Benoliel MJ, Fernando ALA da C, Diegues P. Prevenção e controlo de Legionella nos Sistemas de Água. Caparica: Instituto Português da Qualidade; 2010.
80. Schulster L, Chinn RYW. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2003;52:1–42.
81. Direção-Geral da Saúde. Resíduos hospitalares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016.
82. Direção Geral da Saúde. A estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos em 10 perguntas. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2016.
83. O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections, 2011. Department of Health & Human Services USA - CDC; 2011.
84. World Health Organization. Weekly epidemiological record. *Wkly Epidemiol Rec.* 2012;(47):461–76.
85. Direção-Geral da Saúde. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. Lisboa; 2014. Report No.: 018/2014.
86. World Health Organization. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. Geneva: WHO Press; 2016. 1-91 p.

87. Rutala WA, Weber DJ. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities , 2008. Centers Dis Control Prev. 2008;1–158.
88. CHKS. Programa de Acreditação Internacional para organizações prestadoras de cuidados de saúde. Normas para a acreditação. 4.ª Edição. Lisboa; 2013.
89. Direcção-Geral de Saúde. Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde. Lisboa; 2017. Report No.: 002/2017.
90. World Health Organization. Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities. Geneva: WHO; 2016.
91. Hesbeen W. Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência; 2001.

Legislação

- ❖ **Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril** – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (segunda alteração dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)
- ❖ **Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro** - Estatutos do Serviço Nacional de Saúde
- ❖ **Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- ❖ **Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro de 2013** – Cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
- ❖ **Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro** – Define as características da rede de serviços de urgência
- ❖ **Lei n.º 48/90, de 24 de agosto** – Lei de Bases da Saúde (com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002 de 8 de novembro)
- ❖ **Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro** - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
- ❖ **Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho** - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

- ❖ **Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro** - Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem

APÊNDICES

APÊNCICE I

Sumário das Informações Gerais

<i>Procedência</i>	<i>Título do artigo</i>	<i>Autores</i>	<i>Periódico (Vol, n°, pág. ano)</i>	<i>Finalidade</i>	
<i>E1</i>	MEDLINE	Sedation in adults receiving mechanical ventilation: physiological and comfort outcomes	Mary Jo Grap, Cindy L Munro, Paul A Wetzel, Al M Best, Jessica M Ketchum, V Anne Hamilton, Nyimas Y Arief, Rita Pickler, Curtis N Sessler	American Journal Of Critical Care (Vol. 21, nº3, pág. 53, 2013)	Descrever as relações entre a sedação, a estabilidade fisiológica e conforto durante um período de 24 horas nos doentes em ventilação mecânica
<i>E2</i>	MEDLINE	Pressure ulcer incidence in patients wearing nasal-oral versus full-face noninvasive ventilation masks	Marilyn Schallom, Lisa Cracchiolo, Antoinette Falker, Jennifer Foster, JoAnn Hager, Tamara Morehouse, Peggy Watts, Linda Weems, Marin Kollef	American Journal of Critical Care (Vol. 24, nº 4, pág. 349-357, 2015)	Avaliar a incidência, localização, e categoria das úlceras de pressão e conforto do doente com mascara nasal-oral comparada com mascara de face.
<i>E3</i>	MEDLINE	Physiological Responses to Passive Exercise in Adults Receiving Mechanical Ventilation.	Christina Amidei, Mary Lou Sole	American Journal of Critical Care (Vol. 22, nº 4, pág. 337-349, 2013)	Avaliar as respostas fisiológicas dos adultos ao protocolo standard de exercícios passivos na prevenção da diminuição da força em doentes submetidos a ventilação mecânica
<i>E4</i>	CINAHL Complete	Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients	Irene Randen, Annars Lerdal, Ida T Bjørk	Nursing In Critical Care (Vol. 18, nº 4, pág. 176-186, 2013)	Descrever as percepções e avaliações dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre os sintomas desagradáveis da ventilação mecânica e sedação dos doentes adultos de cuidados intensivos
<i>E5</i>	CINAHL Complete	Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey	Ilme Aro, Anna-Maija Pietilä, Katri Vehviläinen-Julkunen	Journal of Clinical Nursing (Vol. 21, nº 13/14, pág. 1847-1858, 2012)	Descrever a percepção da importância das necessidades dos doentes em cuidados intensivos e determinar as correlações entre as suas características demográficas.
<i>E6</i>	CINAHL Complete	Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand.	Rozzano C Locsin, Waraporn Kongsuwan,	Nursing in Critical Care (Vol. 18, nº 4, pág. 200-211, 2013)	Descrever o significado das experiências dos doentes internados nos cuidados intensivos que estão dependentes das tecnologias

	Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (Vol, nº, pág. ano)	Finalidade
E7	MEDLINE	Does an additional structured information program during the intensive care unit stay reduce anxiety in ICU patients?: a multicenter randomized controlled trial.	Steffen Fleischer, Almuth Berg, Johann Behrens, Oliver Kuss, Ralf Becker, Annegret Horbach, Thomas R Neubert	BMC anesthesiology (Vol. 14, pág. 48, 2014)	Avaliar se um programa de informação estruturado que intensifica as informações fornecidas no processo de tratamento, reduz a ansiedade em doentes internados em cuidados intensivos.
E8	CINAHL Complete	Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients.	Lory Clukey, Ruth A Weyant, Melanie Roberts, Ann Henderson	American Journal Of Critical Care (Vol. 23, nº3, pág. 216-220, 2014)	Explorar as percepções dos doentes que foram entubados e receberam medicação para a dor, enquanto sedado e internados na unidade de cuidados intensivos, em particular, a sua experiência e as suas lembranças da experiência.
E9	CINAHL Complete	Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients.	Judith Ann Tate, Annette Devito Dabbs, Leslie A Hoffman, Eric Milbrandt, Mary Beth Happ	Qualitative health research (Vol.22, nº2, pág. 157-173, 2012)	Descrever as características da ansiedade e agitação experienciado por doentes submetidos a ventilação mecânica. Explorar como os profissionais de saúde reconhecem e interpretam a ansiedade e agitação doentes submetidos a ventilação mecânica.
E10	CINAHL Complete	A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency.	Kristina Lykkegaard, Charlotte Delmar	International journal of qualitative studies on health and well-being (Vol.8, pág. 1-12, 2013)	Descrever estratégias e intervenções utilizadas na gestão da ansiedade e agitação em doentes submetidos a ventilação. Explorar a percepção do significado de estar dependente de cuidados no doente de cuidados intensivos

APÊNCICE II

Avaliação da Amostra

	Estudos primários	Amostra/tamanho	Tipo de Investigação	Método de análise	Conceitos	Nível de evidência
E1	Sedation in adults receiving mechanical ventilation: physiological and comfort outcomes	169 doentes internados em cuidados intensivos (19-83 anos)	Estudo observacional prospectivo	Estatística descritiva	Ventilação mecânica Conforto	IV
E2	Pressure ulcer incidence in patients wearing nasal-oral versus full-face noninvasive ventilation masks	(200) doentes internados em cuidados intensivos (18-90)	Estudo controlado não-randomizado	Análise estatística com apoio do software SPSS 18	Ventilação não-invasiva Mascaras Conforto Úlceras por Pressão	IIb
E3	Physiological Responses to Passive Exercise in Adults Receiving Mechanical Ventilation.	30 doentes internados em cuidados intensivos (21-90 anos)	Quasi-experimental	Análise estatística	Ventilação mecânica Exercícios musculares	IV
E4	Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients	183 enfermeiros de cuidados intensivos	Estudo observacional transversal	Estatística descritiva com apoio do software SPSS	Ventilação mecânica Sedação Sintomas	IV
E5	Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey	166 doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos (22-87 anos idade)	Estudo descritivo	Métodos estatísticos. Utilização do programa informático SPSS Inc.	Cuidados Intensivos Necessidades de cuidados	VI
E6	Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand.	10 doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos (18-80 anos idade)	Fenomenológico hermenêutico	Categorização	Cuidados Competências tecnológicas	VI

	Estudos primários	Amostra/tamanho	Tipo de Investigação	Método de análise	Conceitos	Nível de evidencia
E7	Does an additional structured information program during the intensive care unit stay reduce anxiety in ICU patients?: a multicenter randomized controlled trial.	211 doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos (55 – 74 anos)	Estudo experimental randomizado controlado	Análise estatística com apoio software R	Cuidados intensivos Cuidados críticos Informação Ansiedade	IIa
E8	Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients.	14 doentes internados em cuidados intensivos (adultos)	Estudo fenomenológico	Método indutivo com apoio do software NVivo 9	Ventilação mecânica Dor Sedação Experiências	VI
E9	Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients.	30 doentes internados em cuidados intensivos (25-87 anos)	Estudo etnográfico	Codificação dos dados com o software ATLAS.ti	Conforto Intervenções de enfermagem Gestão de sintomas Ansiedade Agitação	VI
E10	A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency.	3 doentes internados em cuidados intensivos (27-78 anos)	Fenomenológico hermenêutico	Análise estrutural	Dependência Autonomia Vergonha	VI

APÊNDICE III

Poster “O conforto do idoso em cuidados intensivos –
revisão integrativa”



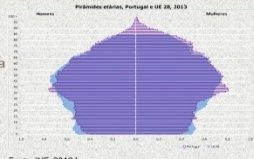
o conforto do idoso nos cuidados intensivos

- REVISÃO INTEGRATIVA -

José Manuel Silva Faria (Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
 Patrícia Pontífice-Sousa, PhD (Professor Auxiliar da Universidade Católica Portuguesa)
 Mário João Pinto Gomes (Hospital da Luz Lisboa – Unidade de Cuidados Intensivos)

Introdução

Com o aumento da esperança média de vida a presença do idoso é cada vez mais frequente. Estima-se que esta população em 2050 possa atingir 21,1%.¹ O impacto da multimorbilidade no idoso, e a sua capacidade de readaptação fisiológica diminuída, implica a utilização de instituições de saúde de forma recorrente.² As prioridades de saúde ao idoso hospitalizado, na atualidade, focalizam-se no tratamento da doença, expondo-o ao declínio funcional. A conforto é uma área de atenção relevante para a enfermagem, caracterizando-se pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.³ Os pressupostos teóricos de Katharine Kolcaba e Sousa impõem a um novo paradigma na assistência ao idoso hospitalizado.^{4,5}



Fonte: INE, 2016¹



Adaptação da Teoria do Conforto de Kolcaba (1994)⁴

Adaptação da Teoria de Sousa (2014) e Natureza do Conforto⁵

Objetivo: identificar as necessidades e as medidas de conforto da pessoa idosa internada em cuidados intensivos.

Metodologia

- Revisão Integrativa -

Questões de Investigação [PI(C)OD]: 1) Quais as necessidades de conforto da pessoa idosa internada em cuidados intensivos? 2) Quais os cuidados de enfermagem que promovem o conforto à pessoa idosa internada em cuidados intensivos

Pesquisa: método booleano nos motores de busca de bases de dados: EBSCO, PubMed, B-ON, RCAA, BVS, Cochrane Library, SciELO

População/Amostra: 6488/10 artigos científicos

Análise crítica: sumarização e análise de conteúdo com apoio do software NVivo

Resultados

Necessidades de conforto				Medidas de conforto		
Ambientais	Físicas	Psico-espirituais	Sociais	Promovem o Alívio	Promovem a Tranquilidade	Promovem a Transcendência
Ventilação artificial (3); Interação com o ambiente (1); Privacidade (1); Material médico (1).	Dor (4); Taquipneia por stress respiratório (3); Posicionamentos (2); Secreções (1); Mudanças de penso (1); Úlcera por pressão (1); Hipertensão (1); Insuficiência cardíaca (1)	Ansiedade (4); Medo e insegurança (3); Frustração (3); Perda da autonomia (3); Agliação (2); Memórias de cuidados anteriores (2); Tristeza (2); Confusão (1); Espirituais (1); Pânico (1); Resistência aos cuidados (1); Solidão (1)	Visita de familiares e amigos (3); Comunicação (3); Conhecimento (2); Isolamento (2)	Gestão de medidas farmacológicas de analgesia (4) Alívio da dor medidas não farmacológicas (1); Exercícios musculares passivos (1); Máscara de Ventilação Não-Invasiva de face (1)	Gestão de medidas farmacológicas de sedação (4); Informação (3); Manter a esperança (2); Ambiente agradável (1); Ambiente calmo (1); Ambiente seguro (1); Comunicação serena (1); Distração musical/televisão (1); Encorajar a pedir ajuda (1); Envolvimento familiar (1); Reabilitação (1); Relação empírica (1); Staff competente (1); Staff presente (1); Unidade limpa (1)	Prevenção do sofrimento (1); Privacidade (1); Respeito pela auto-determinação (1); Respeito pelos hábitos pessoais (1); Respeito pelos valores pessoais (1); Tratamento com dignidade (1); Tratamento com respeito (1)
28% são do contexto físico, 14% do ambiental, 56% psico-espiritual, 14% do social				18% promovem o alívio, 56% a tranquilidade e 26% a transcendência		

Conclusão

As necessidades de conforto decorrem essencialmente do contexto físico e psico-espiritual e as medidas de conforto mais implementadas são do tipo alívio e tranquilidade. O papel do enfermeiro é de extrema importância na satisfação das necessidades, na potenciação e readaptação das capacidades e na garantia da dignidade do idoso. A disciplina de Enfermagem é a que mais preocupação demonstra pelos cuidados de conforto.

Referências Bibliográficas
 1. Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas da Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P./2016.
 2. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015 (Internet). 2015. Available from: <http://www.observatoriosistemasde-saude.pt/wp-content/uploads/2015/06/OSSS-Relatorio-de-Primavera-2015-08-06-2016.pdf>
 3. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem - CIPE Versão 1. Tradução P. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
 4. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. J Adv Nurs [Internet]. Adv Nurs. Coll Nurs. Alcon. OH. 44:325-370; Wilev-Blatnik. 1994 Jun;16(6):1178-84. Tr. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nurs.1994.06.001>
 5. Sousa PP. O conforto de pessoas idosas. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014. 169p.

APÊNDICE IV

Cartaz de recomendações aos visitantes

Ajude a Prevenir as Infeções

Se visitar o seu familiar leia com atenção as recomendações!

1- Higiene das mãos!

Lave as mãos antes de entrar no quarto

*Utilize a solução alcoólica disponível no hospital para desinfeção das mãos.

2- Se você ou alguém com quem vive está doente, adie a visita!

3- Não espirre para as mãos

*Proteja-se com o lenço de papel ou com o braço/manga

4 – Siga as indicações dos profissionais

*Se tiver dúvidas questione

5 – Reduza o número de visitas em simultâneo

6 – Não se sente nem coloque os pés sob as camas

7 – Evite oferecer comida que não garanta a segurança alimentar e elimine os resíduos nos recipientes próprios

8 – Não se faça acompanhar de flores, animais e equipamentos dispensáveis

*São fontes privilegiadas de transmissão de microrganismos

Autor: Enf.º José Faria (Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP)

Orientação Tutorial: Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Orientação Clínica: Enf.º Especialista Mário Pinto Gomes



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Fontes:
• Direção-Geral da Saúde. Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Lisboa: Direção-Geral da Saúde 1-4 (2013). Lisboa.
• McKibben, L, et al (2005). Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee. *American Journal of Infection Control*, 33(4), 217-226.
• Schuster, L, & Chinn, R. Y. W. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(RR10), 1-42.
• Silva, M. G., Cruz, A. P., Paiva, J. A., & Fernandes, P. A. (2014). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

APÊNDICE V

Screensavers “No Infection No Problem”

No Infection No Problem

Bundles For You



Autor: Enf.º José Faria (Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP)

Orientação Tutorial: Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Orientação Clínica: Enf.º Especialista Mário Pinto Gomes

Prevenção de Infeção no Local Cirúrgico

Realizar banho com cloro-hexidina a 2%

Evitar tricotomia

Manter glicemia < 180mg/dl

Manter normotermia ($\geq 35,5^{\circ}\text{C}$)

Administrar profilaxia antibiótica cirúrgica

No dia anterior e no dia da cirurgia com pelo menos, 2 horas antes da cirurgia

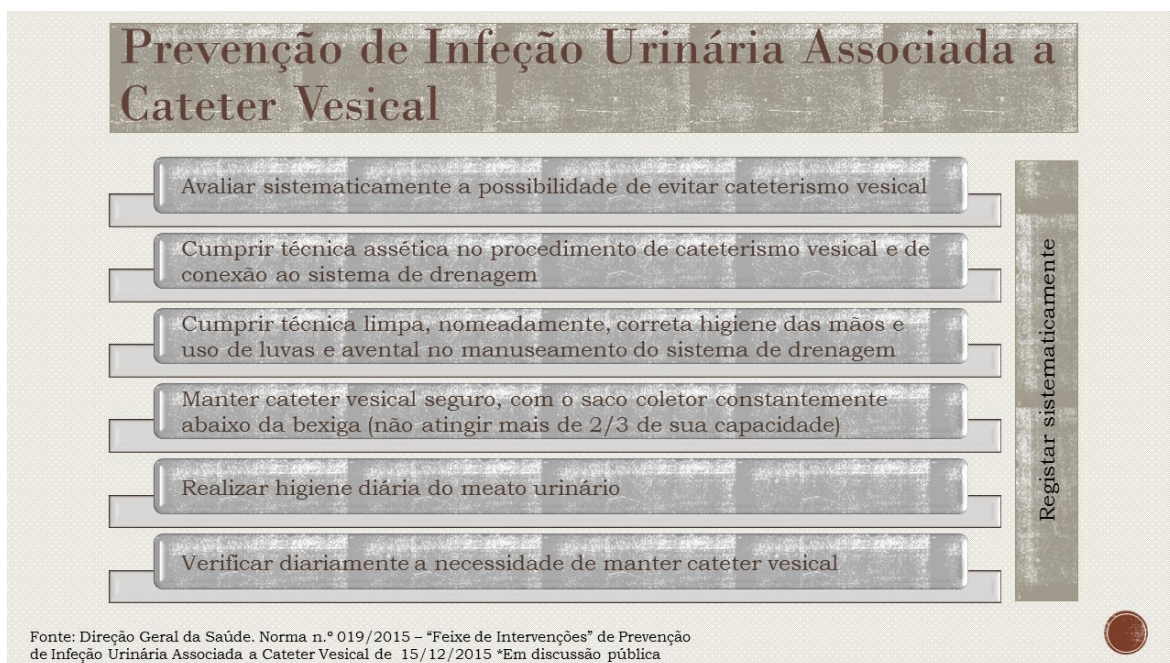
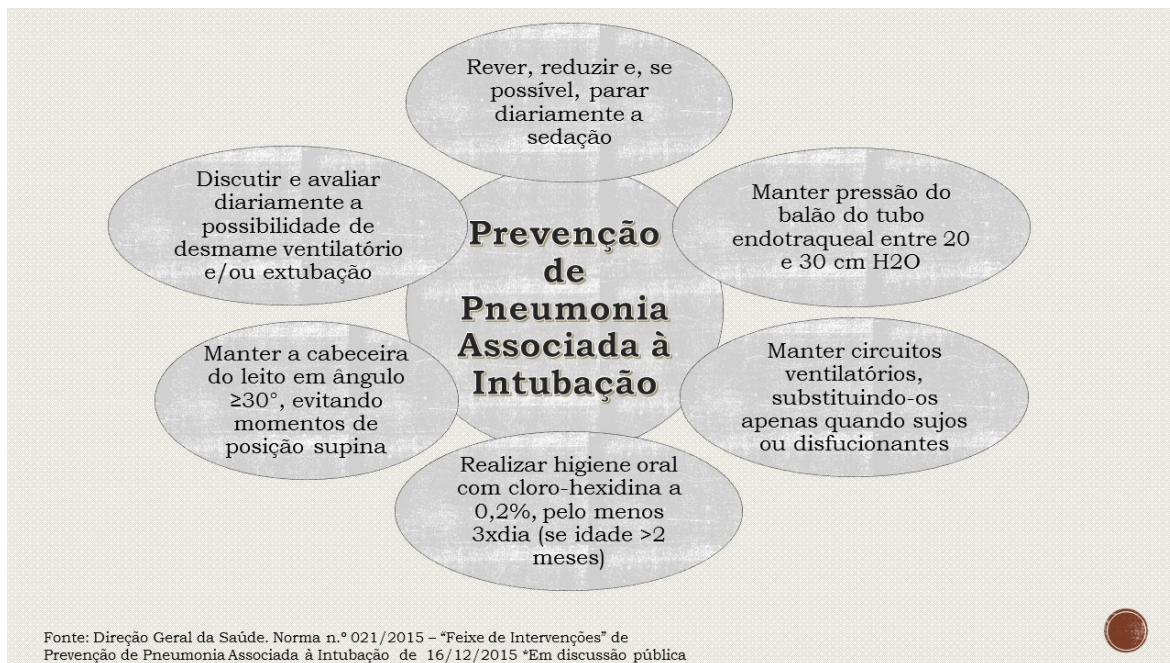
Se necessário, realizar imediatamente antes da cirurgia

Durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes

Durante o período peri-operatório

De acordo com a cirurgia a realizar

Fonte: Direção Geral da Saúde. Norma n.º 020/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Local Cirúrgico de 15/12/2015 *Em discussão pública



Prevenção de Infecção Relacionada com a Colocação do CVC



Avaliar necessidade de colocar CVC, registrar motivo e se sim, selecionar o de menor lumens possível, adequado à situação

Realizar preparação pré-cirúrgica e precauções de barreiras máximas (luvas estéreis, touca e máscara) por todos os intervenientes num raio de 2m

Realizar antissepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do CVC

Usar campo cirúrgico que cubra a totalidade da superfície corporal do doente

Usar acesso subclávio ou jugular interno, conforme a experiência do operador

Utilizar técnica assética na realização do penso

Fonte: Direção Geral da Saúde. Norma n.º 022/2015 – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central de 16/12/2015 *Em discussão pública



Prevenção de Infecção Relacionada com a Manutenção do CVC

Avaliar diariamente a necessidade de manter o CVC

Realizar a higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o CVC

Descontaminar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70º antes de qualquer manuseamento local

Mudar penso com periodicidade adequada e utilizar técnica assética cirúrgica

- visivelmente sujo ou descolado da pele
- 48 horas após a sua realização, se penso com compressa
- 7 dias após a sua realização se penso transparente

Fonte: Direção Geral da Saúde. Norma n.º 022/2015 – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central de 16/12/2015 *Em discussão pública



APÊNDICE VI

Instrução de Trabalho: “Cuidados à pessoa após queda
no ambiente intra-hospitalar”

	Unidade Clínica
	Cuidados à pessoa após queda no ambiente intra-hospitalar
	IT. (SDO. 104, TRC. 130, REA. 106) 0000

1 - DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Baseada no Procedimento Multissetorial SDO. 104, TRC. 130 e REA. 106, com o objetivo de uniformizar os cuidados imediatos a prestar à pessoa vítima de queda em ambiente intra-hospitalar.

2 – BIBLIOGRAFIA

- Valente M, Catarino R, Ribeiro H. INEM - Emergências Trauma. 1ª Edição. Manual TAS. Lisboa: INEM; 2012.
- ERC. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation. 2015;95.
- William Willson, Christopher M. Grande DBH. Trauma Emergency Resuscitation Perioperative Anaesthesia Surgical Management (volume 1). New York: Informa Healthcare; 2007.

3 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os Enfermeiros e Médicos envolvidos nos cuidados imediatos à pessoa vítima de queda em ambiente intra-hospitalar.

4 – TIPO DE TRAUMA E CRITÉRIOS PARA REFERENCIAÇÃO

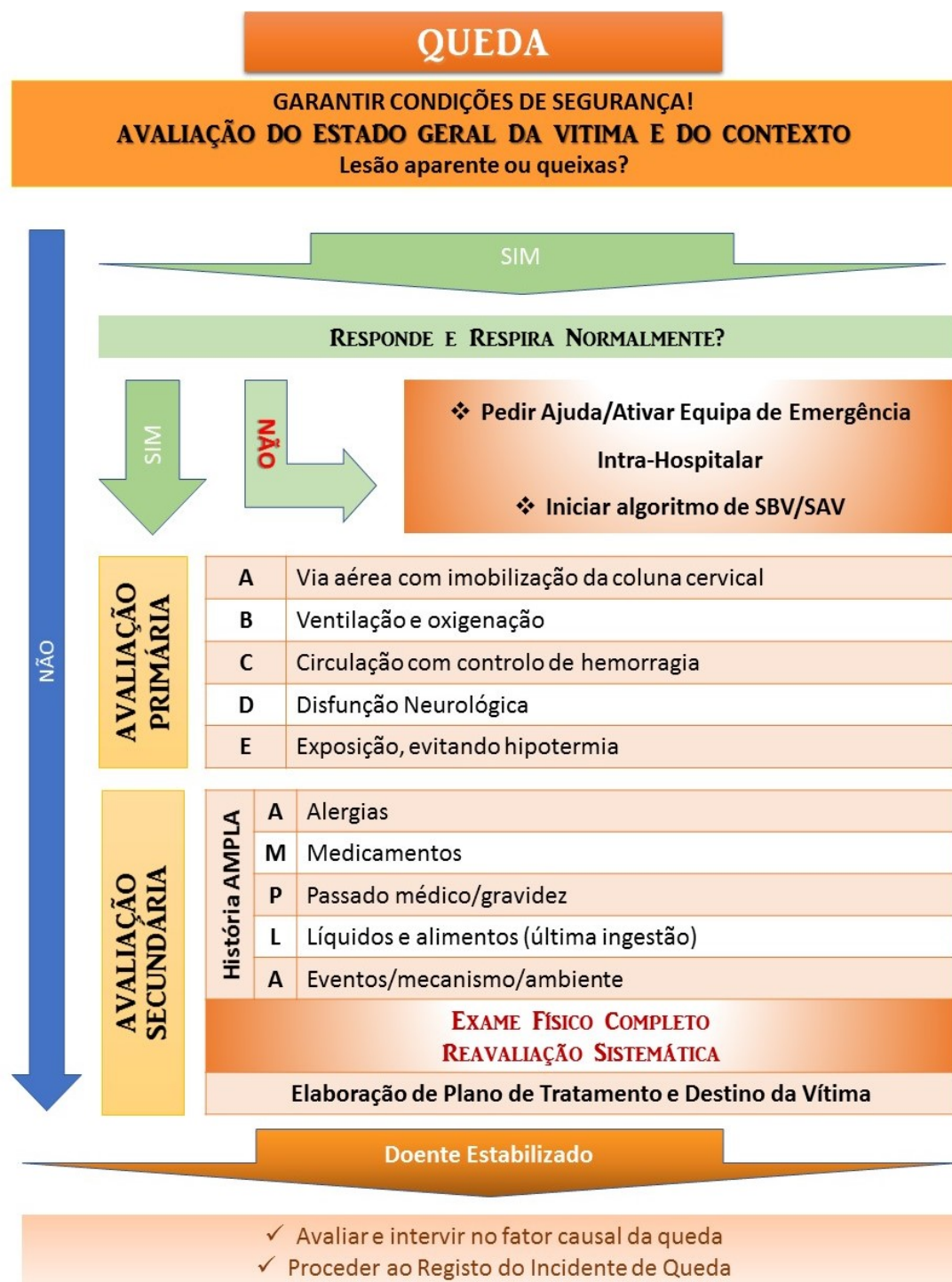
TIPO DE TRAUMA	TIPO DE INCIDENTE	CINEMÁTICA
❖ FECHADO ❖ PENETRANTE	QUEDAS	<ul style="list-style-type: none"> • QUEDA DE PÉ • QUEDA DE BRAÇOS • QUEDA DE CABEÇA

CRITÉRIOS PARA REFERENCIAÇÃO PARA A EQUIPA DIFERENCIADA EM TRAUMA		
AVALIAÇÃO INICIAL		MECANISMO DE LESÃO
A	Respiração ineficaz, Intubado ou sob Ventilação Assistida	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Queda Adulto > 6m e Crianças > 3m ❖ Queda de idoso sob terapêutica anticoagulante ❖ Eventos que envolva alta transferência de energia ❖ Queimadura elétrica ❖ Queimadura com SCQ >10% (2º ou 3º Grau) ou com lesão por inalação ❖ Suspeita de trauma abdominal fechado
B	FR < 10 ou > 20 cpm	
C	PAS < 90 mmHg	
D	GCS ≤ 13	
E	Evidência de lesão anatómica	

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Autor: Enf.º José Faria (Mestrando em Enfermagem MC, UCP) Orientação clínica: Enf.ª Especialista Susana Tormenta Orientação tutorial: Prof.ª Patrícia Pontífice-Sousa, Phd (UCP)		Página 1/2

	Unidade Clínica
	Cuidados à pessoa após queda no ambiente intra-hospitalar
	IT. (SDO. 104, TRC. 130, REA. 106) 0000

5 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO



(FR- Frequência Respiratória; PAS: Pressão Arterial Sistólica; GCS: Glasgow Coma Scale; SCQ: Superfície Corporal Queimada; SBV/SAV: Suporte Básico de Vida/Suporte Avançado de Vida.)

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Autor: Enf.º José Faria (Mestrando em Enfermagem MC, UCP) Orientação clínica: Enf.ª Especialista Susana Tormenta Orientação tutorial: Prof.ª Patrícia Pontífice-Sousa, Phd (UCP)		Página 2/2

APÊNDICE VII

Revisão integrativa: “As transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem”

*As transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor
desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem*

*Transitions experienced by the person with an pacemaker or cardioverter
defibrillator, which are sensitive to nursing care*

Resumo

Introdução - Os dispositivos médicos utilizados para tratar arritmias cardíacas estão associados ao aumento da qualidade de vida. O papel da enfermagem é essencial na adaptação da pessoa ao seu novo status. O objetivo desta revisão é identificar as transições vivenciadas pela pessoa portadora de um dispositivo de estimulação elétrica cardíaca em ambiente hospitalar, sensíveis aos cuidados de enfermagem. **Material e Métodos** - a questão de investigação é: quais as transições vivenciadas pela pessoa portadora de um dispositivo eletrónico de estimulação elétrica cardíaca no ambiente hospitalar? Procedeu-se à análise dos descritores no DeCS e MeSH no âmbito do tema em estudo. Pesquisa booleana nos motores de busca de bases de dados: EBSCO, PubMed, B-ON, RCAAP, BVS, Cochrane Library, SciELO. Obteve-se uma amostra 10 artigos. Realizada análise de conteúdo ao corpus (corresponde aos focos de enfermagem), do qual se obteve 2 categorias, 12 subcategorias, com um total de 45 unidades de registo. **Resultados** - A análise dos dados foi de acordo com os pressupostos teóricos da Teoria de Médio Alcance de Meleis. Foram categorizados dois tipos de transições e identificados num total 12 focos de enfermagem, enquadrados nas transições do tipo Saúde e Doença (arritmia, dor, infeção e lesão,) e Situacional (conhecimento, atividade exercida pelo próprio, status financeiro, bem-estar social, ansiedade, medo, papel familiar e coping). **Conclusão** – Determinamos que os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem identificados, implicam limitações no dia-a-dia, sendo estes as transições mais referenciadas pelo próprio e pela família.

Descritores: enfermagem, cardíaco, pacemaker, cardioversor desfibrilhador, transição

Abstract

Introduction - Medical devices widely used to treat cardiac arrhythmias are associated with increased quality of life. The role of nursing is essential in adapting the person to their new status. The aim of this review is to identify the transitions experienced by the person who

carries a cardiac electrical stimulation device in a hospital environment, which are sensitive to nursing care. Methods - the research question was: what are the transitions experienced by the person with an electronic device for cardiac electrical stimulation in the hospital environment? The descriptors in DeCS and MeSH were analyzed within the scope of the study. Boolean search in database search engines: EBSCO, PubMed, B-ON, RCAAP, VHL, Cochrane Library, SciELO. We obtained a sample of 10 articles. Content analysis was performed on the corpus (corresponding to the nursing focus), from which 2 categories were obtained, 12 subcategories, with a total of 45 registration units. Results - The data analysis was in agreement with the theoretical assumptions of Meleis's Mid-Range Theory. Two types of transitions were categorized and a total of 12 nursing focus were identified, classified as Health and Disease (arrhythmia, pain, infection and injury) and Situational (knowledge, self-performing activity, financial status, social wellbeing, anxiety, fear, family role and coping). Conclusion - We determined that the focus sensitive to the nursing care identified, imply limitations in the day to day, being these transitions more referenced by the own and the family.

Key words: nursing, cardiac, pacemaker, cardioverter defibrillator, transition

Introdução

Os dispositivos médicos utilizados para o tratamento dos distúrbios do ritmo cardíaco e redução da morte súbita, ao longo das últimas décadas, está associado ao aumento da qualidade de vida de milhares de pessoas.

No final do século XVIII, assistimos à criação de um dispositivo de estimulação de elétrica, com capacidade de contração dos músculos do corpo. Charles Kite é reconhecido nesta altura com menção honrosa pela Medical Society of London, pelas suas recomendações para a utilização da terapia elétrica na reanimação da pessoa em paragem cardiorrespiratória. Longe do que se poderia designar por pacemaker, acreditamos que estas descobertas tenham sido inspiradoras para a criação dos dispositivos estimulação elétrica que hoje conhecemos.⁽¹⁾

O dispositivo de estimulação elétrica cardíaca, de uma forma genérica (dado não ser objetivo deste estudo aprofundar os componentes eletrónicos do aparelho), constituído por um gerador (o qual integra a bateria, o circuito eletrónico e o conector) e pelo electrocateter (responsável pela condução do estímulo elétrico ao tecido cardíaco). No conjunto dos

aparelhos existentes, mais utilizados nas pessoas com distúrbios do ritmo cardíaco, encontramos: os pacemakers temporários transvenosos, epicárdicos e transcutâneos, os pacemakers implantáveis transvenosos e epicárdicos, micrapacemakers com sistema transcateter e os cardioversores desfibriladores implantáveis. (2)

A indicação para instituição de terapia elétrica de estimulação cardíaca, goza de um vasto painel de conhecimentos científicos, sendo a European Society of Cardiology, responsável pela grande divulgação das *guidelines* nesta área clínica. A indicação para a terapêutica com pacemaker, de uma forma geral, centra-se no diagnóstico de bradicardia persistente e intermitente documentada e em algumas situações de síncope neurocardiogénica. (3) A utilização de cardioversores desfibriladores está recomendada na prevenção da morte súbita cardíaca e nas arritmias ventriculares. (4)

Este tipo de terapêutica, com recurso a implantação de dispositivos de estimulação elétrica cardíaca, está amplamente difundido, sendo que na Europa Ocidental a implantação de pacemakers, no ano 2011, ascendeu as 938 unidades por milhão de habitantes. (3)

A terapia em estudo está amplamente difundida e aceite pela comunidade científica no tratamento dos distúrbios da condução elétrica cardíaca. Cada vez mais comum e complexa, esta terapia exige aos profissionais de saúde mais conhecimento e desenvolvimento de novas competências para fazer face às necessidades da pessoa que vivencia este processo de transição. A arritmia *per se* constitui-se uma área de intervenção de enfermagem, como sendo o processo cardíaco comprometido, manifestando-se pela anormalidade da variação do ritmo de contração auricular e ventricular do miocárdio. (5)

Os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem da pessoa com patologia cardíaca, estão patentes no hábito profissional, no entanto, existe uma necessidade de uma prática baseada na evidência na especificidade da aritmologia como sugerem os estudos. (6)

Os cuidados de enfermagem (interventivos, promocionais e preventivos) têm como missão aumentar o bem-estar e a mestria da pessoa, tendo como objeto de trabalho as transições vivenciadas pela pessoa. Explicamos a transição como uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. (7)

Neste processo, delineado pela Teoria de Médio Alcance de Meleis, temos presente que a pessoa portadora de um dispositivo eletrónico de estimulação cardíaca vivencia um conjunto de transições. A resposta de enfermagem incide sobre a natureza das transições, as condições

facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta. Sendo assim, a Enfermagem define-se pela facilitação das transições para aumentar o bem-estar. ⁽⁷⁾

Sendo esta temática de especial importância para a segurança da pessoa que vivencia o processo anteriormente descrito, importa-nos saber qual o campo de atuação de enfermagem neste domínio. Neste sentido, a questão de investigação delineada para este estudo é: quais as transições vivenciadas pela pessoa portadora de um dispositivo eletrônico de estimulação elétrica cardíaca no ambiente hospitalar?

Métodos

A qualidade dos cuidados tem como pilar basilar a prática baseada na evidência, sustentando desta forma a tomada de decisão. ^(8,9) A revisão integrativa permite a elaboração de uma análise sistemática do conhecimento sobre uma determinada realidade, determinando a evidência e as lacunas da produção intelectual. Consultamos a bibliografia emanada pelos peritos neste tipo de abordagem científica, e identificamos seis etapas na construção da revisão integrativa, com as quais nos orientaremos. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

O objetivo desta revisão integrativa é identificar as transições vivenciadas pela pessoa portadora de um dispositivo de estimulação elétrica cardíaca em ambiente hospitalar, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Iniciamos este trabalho pela construção da questão de investigação, utilizando o método PI[C]OD: participantes, intervenção, (comparação), outcomes e desenho. ^(10,14)

Previamente à pesquisa da evidência científica, foram consultados os descritores em língua portuguesa no DeCS⁽¹⁵⁾, e após a sua tradução para inglês foram analisados no MeSH⁽¹⁶⁾. Os descritores adotados para a este estudo são: Patient, Artificial Cardiac Pacemaker, Desfibrillators Implantable, Transitions, Nursing, Nursing Care, Hospitals.

Na segunda etapa deste estudo foi delinear o processo de amostragem, identificando os critérios de inclusão e exclusão para esta revisão, apresentados na tabela 1.

Sendo este estudo uma revisão integrativa, optamos por consultar um vasto número de base de dados. Na realização desta pesquisa, delineamos a seguinte estratégia booleana: [Patient] and [Artificial Cardiac Pacemaker (or) Defibrillators Implantable] and [Transitions (or) Nursing (or) Nursing Care] and [Hospitals]. Nesta pesquisa, nas cadências booleanas manteve-se a pesquisa livre por todo o documento.

A pesquisa para este estudo desenrolou-se entre o dia 15 e 16 de Janeiro de 2017, nos motores de busca que de seguida se apresentam: EBSCO (EBSCOhost, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database): 71; PubMed: 5997598 artigos; B-ON: 6583 artigos; Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal: 0 artigos; Biblioteca Virtual em Saúde: 2 artigos; Cochrane Library: 1 artigos; e SciELO: 0 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 10 artigos, que representam a amostra.

Na terceira etapa deste estudo foi organizada e sumariada a informação genérica dos artigos. Para a consecução da atividade referida, foi recolhida a informação exposta nos itens (previamente delineados) da tabela 2. Os dados constantes da sumarização da informação são: a procedência, o título do artigo, autores, ano, periódico, volume, número, páginas e a finalidade do estudo.

Na etapa da análise crítica dos artigos, construímos um instrumento de apoio (tabela 3) com as seguintes informações: o nome do estudo, a amostra, tipo de investigação, método de análise, principais resultados e nível de evidência (segundo a pirâmide proposta por Polit).⁽¹⁷⁾

Constituído o corpus documental, no âmbito das áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, foi realizada a análise de conteúdo, com o apoio do software NVivo 11. ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ Para categorização, as transições das vivências da pessoa portadora de um dispositivo eletrónico de estimulação elétrica cardíaca, foram identificadas segundo a Linguagem Classificada para a Prática de Enfermagem. ⁽⁵⁾

A etapa da discussão dos resultados, constitui a penúltima etapa deste estudo, e nela se processará a comparação dos resultados obtidos com os pressupostos teóricos. Desta forma, será possível identificar as oportunidades de mudança da prática habitual, as lacunas existentes do conhecimento e propor estudos futuros.

Por último, tem lugar nesta revisão integrativa, a síntese do conhecimento sobre o domínio do campo de enfermagem no âmbito da pessoa que padece de distúrbios de condução elétrica do coração.

Resultados

Nesta etapa, da revisão integrativa, serão expostos e discutidos os resultados dos estudos primários. A figura 3 constitui um sumário de cada estudo, fazendo referência ao tipo de investigação e metodologia utilizada, os elementos da amostra, os principais resultados e o nível de evidência segundo a hierarquia desenhada por Polit. ⁽⁸⁾

A representação hierárquica do nível de evidência dos estudos que constituem a amostra desta revisão, classificam-se num nível fraco. Apenas 30% dos estudos tem nível de evidência IV, enquanto que os restantes se encontram no nível VI. Desta forma, encaramos que as recomendações que advirem deste trabalho sejam submetidas a uma rigorosa discussão e contextualização nos respetivos contextos de trabalho.

Da amostra que constitui a nossa revisão, denota-se que, 70% dos estudos realizados os seus autores são investigadores Enfermeiros, enquanto que os restantes foram realizados por médicos. Em todos os estudos foi claro a associação dos autores ao meio académico (Universidades), também partimos do pressuposto que alguns deles tenham ligações ao âmbito clínico, uma vez que, existe referência da sua filiação a Hospitais Universitários. Quanto ao seu grau académico, os autores são detentores de mestrado ou doutoramento, exceccionalmente num dos estudos não existe clareza quanto à qualificação académica de um dos investigadores. A reflexão cuidada sobre a filiação e qualificação dos autores, permite tecer um julgamento quanto à sua qualidade e credibilidade na elaboração dos estudos, dado os seus conhecimentos na área clínica e metodologia de investigação, garantindo-nos a confiabilidade científica necessária à realização desta revisão.

Para aumentar a nossa confiança, analisamos a proveniência dos artigos publicados, e concluímos que 50% dos estudos foram submetidos a periódicos de Enfermagem, 40% de Medicina e 10% Saúde Geral. Perante este facto, aumenta a nossa confiança sob os estudos da nossa amostra, uma vez que, os estudos publicados foram necessariamente submetidos a revisão por pares (profissionais da sua área de saúde).

No âmbito da metodologia utilizada para a realização dos estudos, verificamos que existe uma pequena diferença na amostra desta revisão, uma vez que, 60% são estudos qualitativos e 40% quantitativos. Na procura do conhecer as transições que a pessoa portadora de dispositivos eletrónicos de estimulação cardíaca, era expectável que o pensamento naturalista, na procura de conhecer o fenómeno, sobressai-se nas opções metodológicas da

nossa amostra. No entanto, esta opção implica uma perda de força nas recomendações baseadas no conhecimento científico.

Os estudos escolhidos para fazer parte da amostra desta revisão, estão dispersos por 4 Continentes, excetuando a Oceânia que não tem representatividade. No somatório da nossa amostra, podemos identificar um grande número de participantes dos estudos primários, ascende as 40000 pessoas, no entanto existe um ganho ponderal muito considerado num estudo transversal descritivo. A amostra dos restantes estudos primários oscila entre os 13 e 240 participantes.

Nos estudos primários, cuja a temática se centra na utilização de dispositivos eletrónicos de estimulação elétrica cardíaca, verificamos que existe uma produção tendencial de conhecimento, mais debruçado sobre os cardioversores desfibriladores implantáveis, o que poderá ser considerado um viés nas recomendações sobre os outros aparelhos. No entanto, no âmbito da nossa prática clínica, sabemos que a utilização de terapia com o primeiro tipo de aparelho referido no parágrafo, tem um impacto mais marcado na qualidade de vida dos portadores deste tipo de dispositivo médico.

Permitam clarificar, que no projeto desta revisão, centramos a questão de investigação nas transições vivenciadas pelo portador de dispositivos médicos, não sendo objeto de estudo o processo de implantação (o pré, peri, pós-cirúrgico). Dessa forma, pensamos que serão esclarecidas dúvidas quanto a alguns dos resultados, que esperavam estar associados ao ato cirúrgico.

De acordo com Meleis, as transições vivenciadas pela pessoa podem ser de vários tipos. Após a análise cuidadoso do corpus documental, estabelecemos a análise no tipo de transições⁽⁷⁾ Os resultados obtidos estão associadas aos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, vivenciadas pelo portador de dispositivos eletrónicos de estimulação cardíaca. A nomenclatura utilizada foi a Linguagem Classificada para a Prática de Enfermagem.⁽⁵⁾

Da análise de conteúdo realizada, foram determinados 12 focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, enquadrados em 2 tipos de transições, expostos de seguida na tabela 4 (entre parêntesis constará a o número de estudos primários que os abordam).

O conhecimento sobre os benefícios e riscos da terapia com dispositivos cardíacos, é referida na maioria dos estudos da amostra como uma temática essencial para a sua adesão. Na globalidade, eles incidem sob a necessidade de implementar intervenções educacionais sobre

regime dietético, medicação, evolução clínica, complicações e avaliações médicas. Existe uma preocupação manifesta sobre a necessidade de reeducação dos idosos, por forma a ajudá-los na melhoria da qualidade de vida.

Discussão

As complicações físicas associadas ao portador de pacemaker e cardioversor desfibrilhador, estão patentes no dia-a-dia da pessoa. Estão no domínio da área de enfermagem a arritmia, a dor, a infeção e a lesão. Uma revisão sistemática qualitativa sobre as experiências da pessoa e família, no âmbito da terapia de estimulação elétrica cardíaca, evidencia que existem mudanças físicas, psicológicas e sociais que interferem no dia-a-dia da pessoa e da família.⁽²¹⁾

A arritmia como processo de distúrbio de condução do estímulo elétrico cardíaco, segundo os estudos da nossa amostra, associa-se a condições inibidoras como o seu potencial letal, o sentimento de perda de controlo e o medo do choque (no caso dos cardioversores desfibrilhadores). No entanto, o sentimento de ser portador de um aparelho cardíaco torna-se uma condição facilitadora, dado que se traduz em sentimentos de segurança. Os estudos disponíveis na bibliografia citada, são consistentes com a afirmação da possibilidade da ocorrência de complicações, após semanas/meses da implantação do aparelho, sendo os distúrbios da condução elétrica cardíaca os mais frequentes.^(3,22)

A amostra desta revisão revela que a experiência de receber um choque é bastante dolorosa, sendo a educação do doente e família essencial para gerir estas situações. Na sequência de um choque, dependendo da atividade que a pessoa esteja a desempenhar, o risco de lesões é grande, dado que a pessoa fica incapaz de se proteger. A infeção é outra das complicações associadas ao uso deste tipo de terapia, no entanto o papel da educação e vigilância é essencial para evitar a instalação deste problema. A dor e a infeção associada aos aparelhos em estudo, são amplamente trabalhadas e referidas pelas guidelines da European Society of Cardiology.^(3,4)

A ansiedade e o medo são os problemas mais manifestados frequentemente pelos portadores destes dispositivos, dado que os estudos primários, revelam que a incerteza do futuro e o estigma da morte súbita associada à utilização da terapia com cardioversor desfibrilhador, está presente no seu dia-a-dia. Viver com medo é uma das características das pessoas portadoras do aparelho anteriormente referido, pela impressibilidade do choque disparado pelo dispositivo. Neste contexto, duas revisões da literatura, exprimem a sua conclusão

afirmando que existe um aumento da ansiedade e da depressão dos portadores de dispositivos eletrônicos de estimulação cardíaca em comparação com outros grupos de pessoas.^(21,23)

A atividade exercida pelo próprio, o papel familiar e o coping encontram-se no contexto das limitações impostas pela utilização destas terapias e que são acrescidas às decorrentes da patologia de base. Está descrita a necessidade de reduzir a atividade física em determinadas situações, constrangimentos na condução, em viajar, na execução de determinados exames médicos e no trabalho. Uma revisão da literatura realizada em 2010 corrobora com os nossos achados, dado que conclui que os portadores de dispositivos cardíacos reportam alterações no seu estilo de vida após a implantação do aparelho.⁽²³⁾ O autor atrás enunciado refere que os *outcomes* da terapia com pacemaker ou cardioversor desfibrilhador são similares nos portadores de um dispositivo.

Dentro do papel familiar, a alteração dos padrões da sexualidade, dada a exigência física, exige uma redefinição do sistema familiar. A Steinke *et al* publicaram em 2015, um estudo com uma metodologia mista, concluindo que a função sexual fica alterada dos portadores de dispositivos eletrônicos cardíacos, no entanto, outros fatores como a medicação e a educação contribuem para esse problema. Enfatizam o papel da enfermagem na avaliação e discussão sexual para um efetivo e importante suporte da função sexual.⁽²⁴⁾

Por ultimo, não menos importante, o foco do status financeiro e do bem-estar social são domínios sensíveis aos cuidados de enfermagem na vertente de informação, na facilitação da redefinição dos estilos de vida e encaminhamento no apoio social. Para Kao *et al*, estes são domínios sensíveis aos cuidados de enfermagem, dado que a sua meta-análise de ensaios randomizados controlados sobre os efeitos das intervenções psico-educacionais, revelou aumento da qualidade de vida nos portadores de aparelhos.⁽²⁵⁾

O conhecimento das transições vivenciadas pelos portadores de dispositivos eletrônicos de estimulação cardíaca, baseado na produção científica, permite aos enfermeiros estabelecer um quadro diagnóstico mais eficiente, centrado nas necessidades da pessoa. Implementando as terapêuticas de enfermagem por forma à facilitação das transições, como preconizado por Meleis, estabelece a mestria e o bem-estar da pessoa.⁽⁷⁾ Ficamos também a conhecer pela teoria de Barton-Caro, que na especificidade da pessoa com ameaça de morte súbita cardíaca, com indicação para terapia com cardioversor desfibrilhador, esta percorre quatro etapas: negação, aumento da consciencialização, assentimento da terapia, e viver com nova segurança.⁽²⁶⁾

Conclusão

A realização desta revisão integrativa, permitiu responder à questão de investigação, sustentados na Teoria de Médio Alcance de Meleis, na compreensão das transições vivenciadas pelos portadores de dispositivos eletrônicos de estimulação cardíaca. Este trabalho foi de encontro às nossas expectativas, deixando o desejo de continuar o aprofundamento do conhecimento desta temática.

Da análise crítica dos estudos primários apuramos que os enfermeiros estão empenhados em investigar as transições que a pessoa vivencia enquanto portadora de um aparelho cardíaco. A divulgação do conhecimento é marcada pelo empenho dos vários periódicos de enfermagem (entre outros), impondo assim, uma prática baseada na evidência aos enfermeiros.

As transições vivenciadas pelas pessoas em estudo, são do tipo Saúde & Doença e Situacional (enquadrado no plano teórico de Meleis). No total, são 12 domínios sensíveis aos cuidados de enfermagem: conhecimento, ansiedade, atividade exercida pelo próprio, arritmia, status financeiro, bem-estar social, medo, papel familiar, coping, dor, infecção e lesão.

As mudanças e as limitações do dia-a-dia da pessoa portadora de um dispositivo eletrônico de estimulação cardíaca, são as experiências mais referenciadas pelo próprio e pela família.

O conhecimento das transições permite aos enfermeiros um olhar direcionado sobre o quadro diagnóstico da pessoa e família, permitindo o planeamento dos cuidados de enfermagem de forma mais eficiente.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências Bibliográficas

1. Hatchett R, Thompson D. Enfermagem Cardíaca - Um guia polivalente. Loures: Lusociência; 2006.
2. Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. Enfermagem em Cardiologia. 4.a Edição. São Paulo: Manole; 2005.

3. Auricchio A, Baron-Esquivias G, Bordachar P, et al. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Eur Heart J* [Internet]. 1 de Agosto de 2013;34(29):2281–329. Obtido de: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehv150>
4. Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J* [Internet]. 1 de Novembro de 2015;36(41):2793–867. Obtido de: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehv316>
5. International Council of Nurses. CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Ed. Portug. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2016.
6. Norekvål TM, Peersen LRL, Seivaag K, et al. Temporal trend analysis of nurses' knowledge about implantable cardioverter defibrillators. *Nurs Crit Care*. 2015;20(3):146–54.
7. Meleis AI. *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2009.
8. Polit DF. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7.a Edição. Porto Alegre: Artmed; 2011.
9. Fortin M-F. *O processo de investigação da concepção à realização*. 3a Edição. Loures: Lusociência; 2003.
10. Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care* [Internet]. 3a Edição. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2008. York: York Publishing Services Ltd; 2009. 294 p. Obtido de: http://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf
11. Whitemore R, Knafl K. The integrative review : updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein* (São Paulo, Brazil) [Internet]. 2010;8(1):102–6. Obtido de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso&tlng=en

13. Mendes KDS, Silveira RCD, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm.* 2008;17(4):758–64.
14. Ramalho A. Manual de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise. Coimbra: Formasau; 2005.
15. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. 2016 [citado 12 de Dezembro de 2016]. Obtido de: <http://decs.bvs.br/>
16. NCBI - National Center for Biotechnology. MeSH (Medical Subject Heading) [Internet]. 2016 [citado 12 de Dezembro de 2016]. Obtido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
17. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7a Edição. Porto Alegre: Artmed; 2011.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
19. Amado J da S. A Técnica de Análise de Conteúdo. *Rev Ref.* 2000;(5).
20. QRS International. NVivo 11 for Windows. 2016.
21. Palacios-Ceña D, Losa-Iglesias ME, Álvarez-López C, et al. Patients, intimate partners and family experiences of implantable cardioverter defibrillators: Qualitative systematic review. *J Adv Nurs.* 2011;67(12):2537–50.
22. Jane S. Post-implantation pacemaker complications: the nurse 's role in management. *Br J Card Nurs.* 2014;9(12).
23. Tagney J. A literature review comparing the experiences and emergent needs of adult patients with permanent pacemakers (PPMs) and implantable cardioverter defibrillators (ICDs). *J Clin Nurs* [Internet]. Malden, Massachusetts: Wiley-Blackwell; Agosto de 2010;19(15/16):2081–9. Obtido de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=rzh&AN=105060836&lang=pt-br&site=eds-live&scope=site&authtype=ip,cookie,uid>
24. Steinke EE, Mosack V, Hill TJ. Change in sexual activity after a cardiac event: The role of medications, comorbidity, and psychosocial factors. *Appl Nurs Res* [Internet]. Elsevier Inc.; 2015;28(3):244–50. Obtido de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.011>

25. Kao C-W, Chen M-Y, Chen T-Y, et al. Effect of psycho-educational interventions on quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. London: BioMed Central; 30 de Setembro de 2016;14:138. Obtido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045654/>
26. Barton-Caro V. Embodied Revelation : A Classic Grounded Theory of Heart Failure Patient Decision Making Surrounding Primary Prevention Implantable Cardioverter Defibrillator Therapy. *Grounded Theory Rev.* 2015;14(2):55–73.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão

1.^a Fase de Pesquisa (aplicação de critérios no motor de busca)	✓ Artigos disponíveis online de forma integral ✓ Artigos em língua inglesa, portuguesa espanhola ou francesa	✓ Documentos anteriores ao ano 2010
2.^a Fase de Pesquisa (adequação do título e resumo)	✓ Inclusão no estudo de pessoas adultas ✓ Abordagem de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a implantação de dispositivo eletrónico de estimulação eléctrica cardíaca	✓ Documentos redigidos em língua diferente à dos critérios de inclusão ✓ Contexto que não o hospital ✓ Artigos repetidos
3.^a Fase de Pesquisa (leitura integral)	✓ Estudo responde parcialmente às questões de investigação	✓ Estudo não responde às questões de investigação

Tabela 2 – Sumário das informações gerais

Proc.	Título do artigo	Autores	Ano	Periódico	Vol.	N.º	Pág.	Finalidade
MEDLINE	A comparative study of uncertainty, optimism and anxiety in patients receiving their first implantable defibrillator for primary or secondary prevention of sudden cardiac death	Carroll, Sandra L.; Arthur, Heather M.	2010	International Journal of Nursing Studies	47	7	836 - 845	Determinar se as pessoas que implantam pela primeira vez um CDI para a prevenção primária vs prevenção secundária diferem no nível de ansiedade, incerteza e otimismo.
MEDLINE	Attitudes of older adults with serious competing health risks toward their implantable cardioverter-defibrillators: a pilot study	Green, Ariel R; Boyd, Cynthia M; Rickard, John; Gomon, Robert; Leff, Bruce	2015	BMC Geriatrics	15	-	173 - 173	Analisar as atitudes dos idosos em relação à implantação do CDI face às múltiplas condições de saúde de risco associadas.

MEDLINE	Living with life insurance: A qualitative analysis of the experience of male implantable defibrillator recipients in Spain	Palacios-Ceña, Domingo; Losa, Marta E.; Fernández-de-las-Peñas, César; Salvadores-Fuentes, Paloma	2011	Journal of Clinical Nursing	20	13-14	2003 - 2013	Determinar as experiências dos portadores de CDI
CINAHL	Living with life-saving technology - coping strategies in implantable cardioverter defibrillators recipients	Flemme, Inger; Johansson, Ingela; Strömberg, Anna	2012	Journal of Clinical Nursing	21	3-4	311 - 321	Descrever as estratégias de coping nas pessoas portadoras de CDI
EBSCOhost	Nursing Principles in Patients With Cardiac Pacemaker.	Coldea, LILIANA; PINTEA, Alina; ORGA DUMITRIU, D A N; Grosu, FLORIN; Dumitriu, D A N Orga; Grosu, FLORIN	2014	Acta Medica Transilvanica	19	1	211 - 213	Analisar os deveres da Enfermagem para com os portadores de PM.
MEDLINE	Patient barriers to implantable cardioverter defibrillator implantation for the primary prevention of sudden cardiac death in patients with heart failure and reduced ejection fraction	Chan, Laura Lihua; Lim, Choon Pin; Aung, Soe Tin; Quetua, Paul; Ho, Kah Leng; Chong, Daniel; Teo, Wee Siong; Sim, David; Ching, Chi Keong	2016	Singapore Medical Journal	57	4	182 - 187	Identificar os fatores de tomada de decisão para aceitar ou declinar o CDI.

MEDLINE	Patients' decision making to accept or decline an implantable cardioverter defibrillator for primary prevention of sudden cardiac death	Carroll, Sandra L; Strachan, Patricia H; de Laat, Sonya; Schwartz, Lisa; Arthur, Heather M	2013	Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy	16	1	69 - 79	Compreender a tomada de decisão da pessoa para aceitar ou declinar o CDI na prevenção primária de morte súbita.
MEDLINE	Reconstructing unpredictability: Experiences of living with an implantable cardioverter defibrillator over time	Morken, Ingvild Margreta; Severinsson, Elisabeth; Karlsen, Bjørg	2010	Journal of Clinical Nursing	19	3-4	537 - 546	Explorar as experiências de vida das pessoas com CDI.
MEDLINE	Risk Factors Influencing Complications of Cardiac Implantable Electronic Device Implantation: Infection, Pneumothorax and Heart Perforation: A Nationwide Population-Based Cohort Study	Lin, Yu-Sheng; Hung, Sheng-Ping; Chen, Pei-Rung; Yang, Chia-Hung; Wo, Hung-Ta; Chang, Po-Cheng; Wang, Chun-Chieh; Chou, Chung-Chuan; Wen, Ming-Shien; Chung, Chang-Ming; Chen, Tien-Hsing	2014	Medicine	93	27	1-8	Avaliar o risco da implantação de dispositivos eletrônicos cardíacos implantáveis.

PubMed	The Challenges of Living With an Implantable Cardioverter Defibrillator: A Qualitative Study.	Abbasi, Mohammad; Negarandeh, Reza; Norouzadeh, Reza; Mogadam, Amir Reza Shojae	2016	Iranian Red Crescent Medical Journal	18	10	1-6	Identificar as mudanças de vida com o CDI.
---------------	---	--	------	---	----	----	-----	---

N.º - Número; Pág. – Páginas; Proc. – Procedência; Vol. – Volume;

Tabela 3 – Avaliação da amostra

Estudos Primários	Amostra	Tipo de Investigação	Método de análise	Principais Resultados	Nível de evidência
A comparative study of uncertainty, optimism and anxiety in patients receiving their first implantable defibrillator for primary or secondary prevention of sudden cardiac death	15	Prospetivo, descritivo, correlacional	Análise estatística com recurso ao SPSS statistical software	Revela algum grau de incerteza das pessoas que recebem o CDI	IV
Attitudes of older adults with serious competing health risks toward their implantable cardioverter-defibrillators: a pilot study	44	Qualitativo e descritivo	Análise qualitativa e descritiva com recurso a Stata Statistical Software	Uma parceria mais eficiente com a pessoa e família contribui para melhor decisão sobre as tecnologias médicas	VI
Living with life insurance: A qualitative analysis of the experience of male implantable defibrillator recipients in Spain	28	Estudo Fenomenológico	Giorgi Method	O desfibrilhador é percecionado positivamente para ter uma forma de vida segura.	VI

<p>Living with life-saving technology - coping strategies in implantable cardioverter defibrillators recipients</p>	147	<p>Estudo transversal</p>	<p>Análise estatística com recurso ao SPSS statistical software</p>	<p>Os enfermeiros devem manter uma comunicação de suporte para melhorar o nível de ansiedade e qualidade de vida do doente</p>	IV
<p>Nursing Principles in Patients With Cardiac Pacemaker..</p>	20	<p>Qualitativo</p>	<p>Categorização</p>	<p>A educação da população sobre o regime dietético, medicação e complicações é necessário.</p>	VI
<p>Patient barriers to implantable cardioverter defibrillator implantation for the primary prevention of sudden cardiac death in patients with heart failure and reduced ejection fraction</p>	240	<p>Estudo transversal descritivo</p>	<p>Análise estatística com recurso ao SPSS statistical software</p>	<p>O conhecimento sobre o papel do CDI na prevenção de morte súbita é essencial para reconsiderar esta terapêutica.</p>	IV
<p>Patients' decision making to accept or decline an implantable cardioverter defibrillator for primary prevention of sudden cardiac death</p>	44	<p>Grounded Theory</p>	<p>Categorização</p>	<p>É essencial que as pessoas compreendam os objetivos do CDI e estejam informadas.</p>	VI

Reconstructing unpredictability: Experiences of living with an implantable cardioverter defibrillator over time	16	Qualitativo	Categorização	Viver com um CDI induz incerteza associada à imprevisibilidade do disparo do aparelho.	VI
Risk Factors Influencing Complications of Cardiac Implantable Electronic Device Implantation: Infection, Pneumothorax and Heart Perforation: A Nationwide Population-Based Cohort Study	40608	Estudo transversal descritivo	Análise estatística com recurso ao SPSS statistical software	O risco de perfuração cardíaca associação ao tempo de implantação do aparelho e uso de esteroides. A infeção diminui em pessoas jovens e sexo masculino.	IV
The Challenges of Living With an Implantable Cardioverter Defibrillator: A Qualitative Study.	13	Fenomenológico hermenêutico	Categorização	Viver com um CDI acarreta sentimentos como: medo, incerteza sobre o futuro, dor do choque e perda de controlo.	VI

Tabela 4 -Transições vivenciadas

Transição Saúde & Doença	Transição Situacional
Arritmia (3) Dor (1) Infeção (1) Lesão (1)	Conhecimento (6) Ansiedade (6) Atividade Exercida Pelo Próprio (3) Medo (2) Satus Financeiro (2) Bem Estar-Social (2) Papel Familiar (1) Coping (1)

APÊNDICE VIII

Poster “As transições vivenciadas pela pessoa com um
pacemaker ou cardioversor desfibrilhador,
sensíveis aos cuidados de enfermagem – revisão
integrativa”

as transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem

— REVISÃO INTEGRATIVA —

José Manuel Silva Faria (Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
Patrícia Pontífice-Sousa, PhD (Professor Auxiliar da Universidade Católica Portuguesa)

INTRODUÇÃO

Os dispositivos médicos utilizados para o tratamento dos distúrbios do ritmo cardíaco e redução da morte súbita, ao longo das últimas décadas, estão associados ao aumento da qualidade de vida de milhares de pessoas. No conjunto dos aparelhos existentes, mais utilizados nas pessoas com distúrbios do ritmo cardíaco, encontramos os pacemakers temporários transvenosos, epicárdicos e transcutâneos, os pacemakers implantáveis transvenosos e epicárdicos, micropacemakers com sistema transcaterter e os cardioversores desfibriladores implantáveis (Woods, Froelicher & Motzer, 2005).

A indicação para a terapêutica com pacemaker, de uma forma geral, centra-se no diagnóstico de bradicardia persistente e intermitente documentada e em algumas situações de síncope neurocardiogénica. (Auricchio et al, 2013) A utilização de cardioversores desfibriladores está recomendada na prevenção da morte súbita cardíaca e nas arritmias ventriculares (Priori et al, 2015).

Cada vez mais comum e complexa, esta terapia exige aos profissionais de saúde mais conhecimento e desenvolvimento de novas competências para fazer face às necessidades da pessoa que vivencia este processo de transição. A arritmia *per se* constitui-se uma área de intervenção de enfermagem, como sendo o processo cardíaco comprometido, manifestando-se pela anormalidade da variação do ritmo de contração auricular e ventricular do miocárdio.

Pela Teoria de Médio Alcance de Meleis, temos presente que a pessoa portadora de um dispositivo eletrónico de estimulação cardíaca vivencia um conjunto de transições. O papel de Enfermagem define-se pela facilitação das transições para aumentar o bem-estar (Meleis, 2009). Sendo esta temática de especial importância para a segurança da pessoa que vivencia o processo anteriormente descrito, importa-nos definir qual o campo de atuação de enfermagem neste domínio.



OBJETIVO

Identificar as transições vivenciadas pela pessoa portadora de um dispositivo de estimulação elétrica cardíaca em ambiente hospitalar, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

METODOLOGIA

- REVISÃO INTEGRATIVA -

Questão de Investigação [PICOD]: quais as transições vivenciadas pela pessoa portadora de um dispositivo eletrónico de estimulação elétrica cardíaca no ambiente hospitalar?

Pesquisa (1.5 a 16 de Janeiro de 2017): método booleano nos motores de busca de bases de dados (EBSCO, PubMed, B-ON, RCAAP, BV5, Cochrane Library, SciELO)

População/Amostra: 6004255/10 artigos científicos

Análise crítica: sumariação e análise de conteúdo com apoio do software NVivo

RESULTADOS

Transições

Saúde & Doença

Situacional

Arritmia	Dor	Infecção	Lesão	Conhecimento	Ansiedade	Atividade Exercida Pelo Próprio	Medo	Status Financeiro	Bem-Estar-Social	Papel Familiar	Coping
----------	-----	----------	-------	--------------	-----------	---------------------------------	------	-------------------	------------------	----------------	--------

DISCUSSÃO

A arritmia como processo de distúrbio de condução do estímulo elétrico cardíaco, segundo os estudos da nossa amostra, associa-se a condições inibidoras como o seu potencial letal, o sentimento de perda de controlo e o medo do choque (no caso dos cardioversores desfibriladores). Os estudos disponíveis na bibliografia citada, são consistentes com a afirmação da possibilidade da ocorrência de complicações, após semanas/meses da implantação do aparelho, sendo os distúrbios da condução elétrica cardíaca os mais frequentes (Auricchio et al, 2013).

Na sequência de um choque, dependendo da atividade que a pessoa esteja a desempenhar, o risco de lesões é grande, dado que a pessoa fica incapaz de se proteger. A infeção é outra das complicações associadas ao uso deste tipo de terapia, no entanto o papel da educação e vigilância é essencial para evitar a instalação deste problema. A dor e a infeção associada aos aparelhos em estudo, são amplamente trabalhadas e referenciadas pelas guidelines da European Society of Cardiology (Auricchio et al, 2013; Priori et al, 2015).

A atividade exercida pelo próprio, o papel familiar e o coping encontram-se no contexto das limitações impostas pela utilização destas terapias e são acrescidas às decorrentes da patologia de base. Está descrita a necessidade de reduzir a atividade física em determinadas situações, constrangimentos na condução, em viajar, na execução de determinados exames médicos e no trabalho. Dentro do papel familiar, a alteração dos padrões da sexualidade, dada a exigência física, exige uma redefinição do sistema familiar. Enfatiza-se o papel da enfermagem na avaliação e discussão sexual para um elétrico e importante suporte da função sexual (Woods, Froelicher & Motzer, 2005).

CONCLUSÃO

A realização desta revisão integrativa, permitiu responder à questão de investigação, sustentados na Teoria de Médio Alcance de Meleis, na compreensão das transições vivenciadas pelas portadoras de dispositivos eletrónicos de estimulação cardíaca. Da análise crítica dos estudos primários apuramos que os enfermeiros estão empenhados em investigar as transições que a pessoa vivencia enquanto portadora de um aparelho cardíaco.

As transições vivenciadas pelas pessoas em estudo, são do tipo Saúde & Doença e Situacional (enquadrado no plano teórico de Meleis). No total, são 12 domínios sensíveis aos cuidados de enfermagem: conhecimento, ansiedade, atividade exercida pelo próprio, arritmia, status financeiro, bem-estar social, medo, papel familiar, coping, dor, infeção e lesão.

O conhecimento das transições permite aos enfermeiros um olhar direcionado sobre o quadro diagnóstico da pessoa e família, permitindo o planeamento dos cuidados de enfermagem de forma mais eficiente.

PALAVRAS CHAVE: enfermagem, cardíaco, pacemaker, cardioversor desfibrilhador, transição

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Woods ST, Froelicher ESS, Motzer ST. (2005) Enfermagem em Cardiologia. 4a Edição. São Paulo: Medved.
- Auricchio A, Basso-Lapostolle G, Bordachar P, et al. (2013) ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eur Heart J [Internet]. 1 de Agosto de 2013;34(29):2211-232. Obtido de: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehu330>
- Priori SG, Blomstrom-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, et al. (2015) ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J [Internet]. 1 de Novembro de 2015;36(11):2793-307. Obtido de: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehv316>
- Meleis AI. (2009) Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

APÊNDICE IX

Instrução de Trabalho: “Cuidados de enfermagem à
pessoa submetida à implantação de um
pacemaker/cardioversor desfibrilhador”

	Unidade Clínica
	Gestão dos cuidados à pessoa para implantação de pacemaker/cardioversor desfibrilhador
	IT. (SDO. 102, TRC, REA. 106) 0000

1 - DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Baseada no Procedimento Multissetorial SDO. 102 e REA. 106 e na política de tratamento e cuidados, com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa submetida à implantação de um pacemaker/cardioversor desfibrilhador.

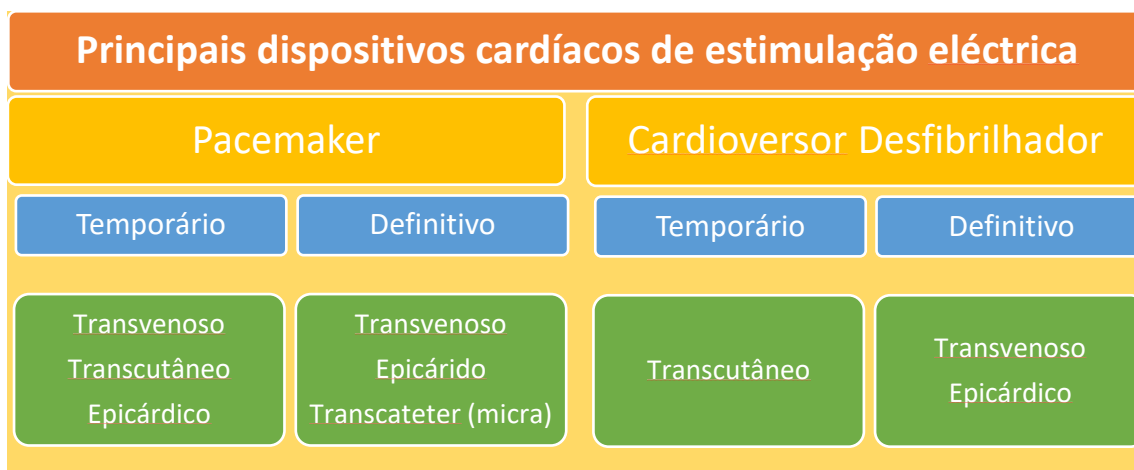
2 – BIBLIOGRAFIA

- ✓ Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. Enfermagem em Cardiologia. 4.a Edição. São Paulo: Manole; 2005.
- ✓ Hatchett R, Thompson D. Enfermagem Cardíaca - Um guia polivalente. Loures: Lusociência; 2006.
- ✓ Auricchio A, Baron-Esquivias G, Bordachar P, Boriani G, Breithardt O-A, Cleland J, et al. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eur Heart J [Internet]. 2013 Aug 1;34(29):2281–329.
- ✓ Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J [Internet]. 2015 Nov 1;36(41):2793–867.

3 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa submetida à implantação de um pacemaker/cardioversor desfibrilhador.

4 – DISPOSITIVOS E CODIFICAÇÃO



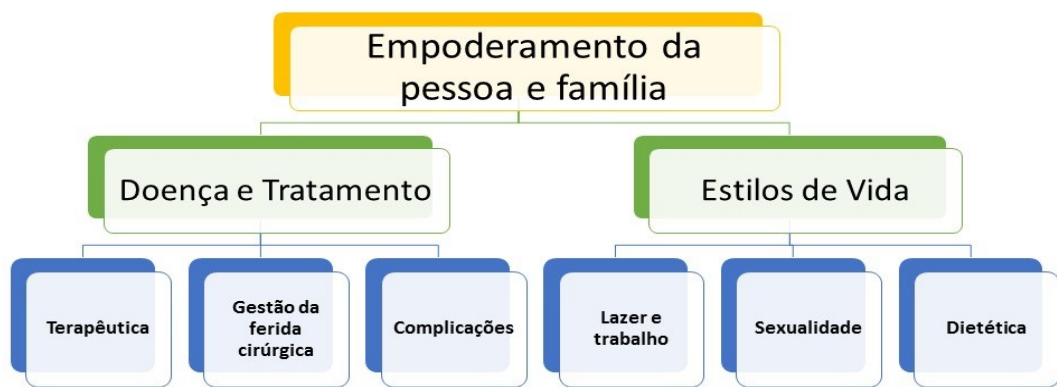
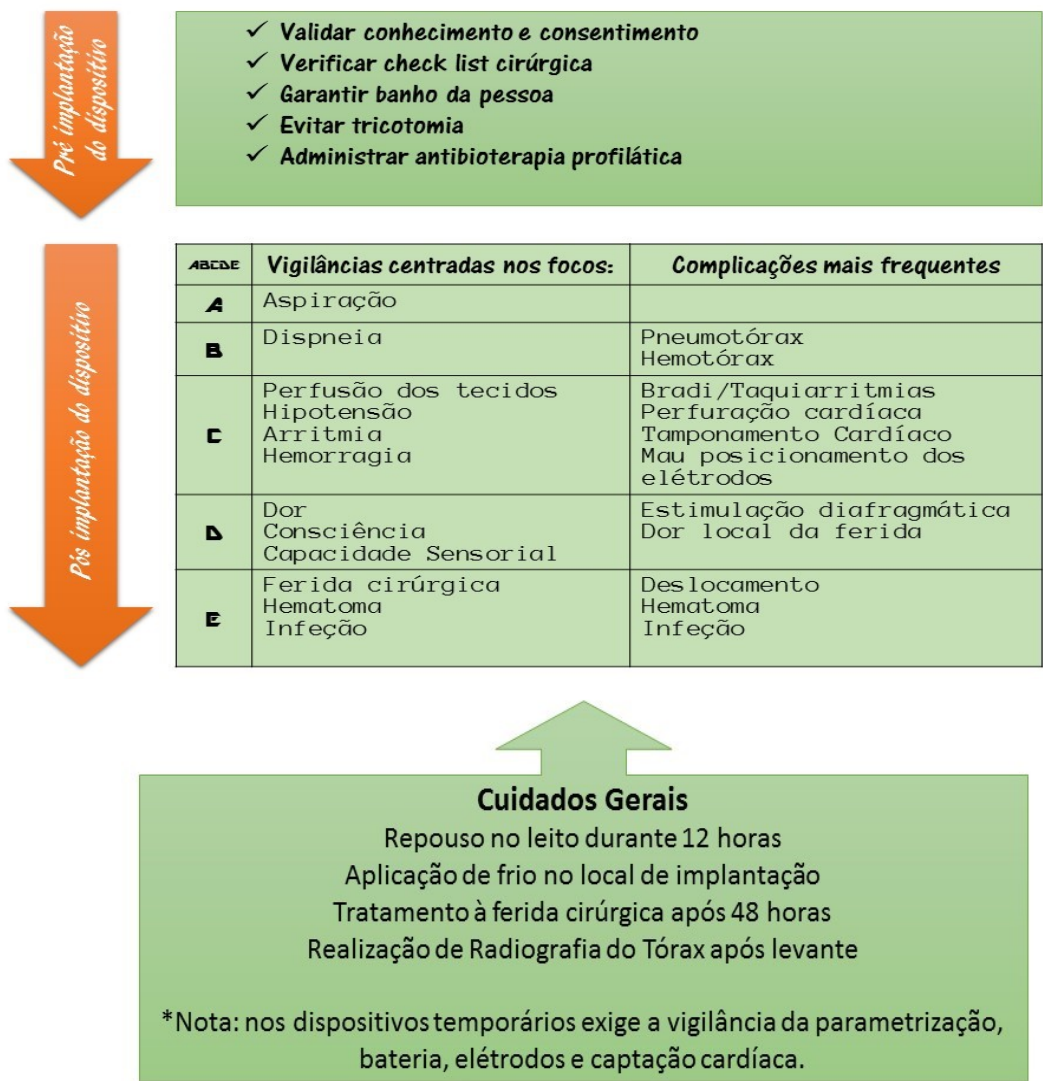
Codificação dos dispositivos cardíacos de estimulação eléctrica

Função Pacing	Função Sensing	Resposta ao Sensing	Resposta em Frequência	Estimulação antitaquicardia
O = Nenhuma A = Aurícula V = Ventriculo D = Dupla (A e V)	O = Nenhuma A = Aurícula V = Ventriculo D = Dupla (A e V)	O = Nenhuma I = Inibida T = Triggered D = Dupla (I e T)	O = Nenhuma P = Programável simples M = Multiprogramável C= Comunicação R= Modulação de frequência	O = Nenhuma P = Estimulação Antitaquicardia S = Choque D = Dupla (P e S)

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Autor: Enf.º José Faria (Mestrando em Enfermagem MC, UCP) Orientação clínica: Enf.ª Especialista Susana Tormenta Orientação tutorial: Prof.ª Patrícia Pontífice-Sousa, Phd (UCP)		Página 1/2

	Unidade Clínica
	Gestão dos cuidados à pessoa para implantação de pacemaker/cardioversor desfibrilhador
	IT. (SDO. 102, TRC, REA. 106) 0000

4 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO



APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
___/___/___	Autor: Enf.º José Faria (Mestrando em Enfermagem MC, UCP) Orientação clínica: Enf.ª Especialista Susana Tormenta Orientação tutorial: Prof.ª Patrícia Pontífice-Sousa, Phd (UCP)		Página 2/2

APÊNDICE X

Apresentação do Sistema de Pacing Micra Transcateter

Foco: o sistema cardiovascular



Autor: Enf.º José Faria (Mestrando Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Orientação Tutorial: Prof.ª Patrícia Pontífice, PhD

Orientação Clínica: Enf.ª Susana Tormenta

3/1/2017

Foco: o sistema cardiovascular

MICRA TRANSCATHETER PACING SYSTEM

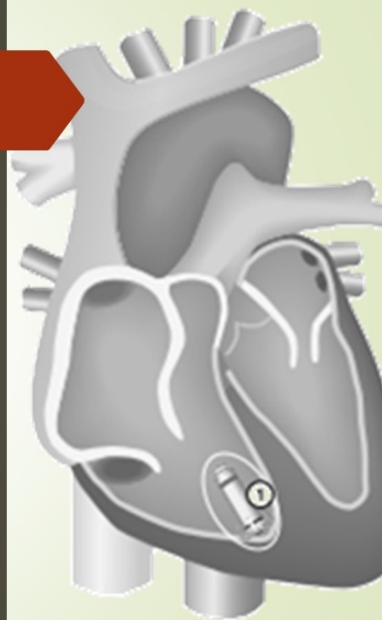
Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa portadora do sistema micra pacemaker transcatheter

- #Reconhecer as indicações para pacing cardíaco
- #Compreender o procedimento de implantação do Micra pacemaker
- #Identificar as complicações associadas à implantação do Micra pacemaker
- #Identificar os focos de Enfermagem na pessoa portadora de Micra pacemaker

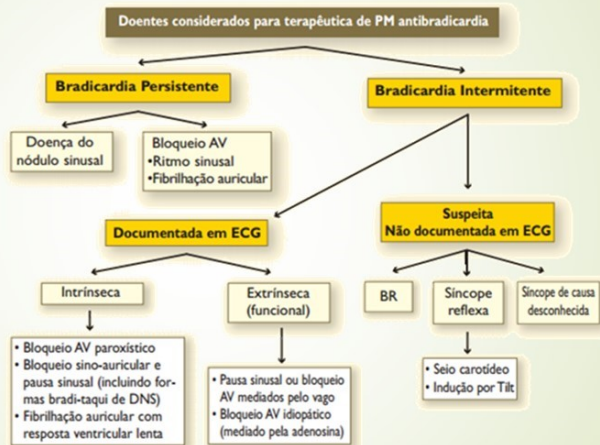
O Micra

- Indicado no tratamento de bradiarritmias
- O Micra é indicado para pacing de camara única ventrículo direito
- 93% mais pequeno que os pacemaker convencionais
- Implantação menos invasiva
- Auto-suficiente – bateria estimada para 12 anos
- Ajusta automaticamente a frequência à atividade do corpo
- Ratio de 92% sucesso de implantação, 0 infeções sistémicas em 725 doentes
- 48% menos complicações major que os tradicionais pacemakers transvenosos

MEDTRONIC. Micra transcatheter pacing system [Internet]. United States: Medtronic; 2016 Aug [cited 2016 Oct 18]. Available from: <http://www.medtronic.com/us-en/healthcare-professionals/products/cardiac-rhythm/pacemakers/micra-pacing-system.html>
 Ritter P, et al. Long-Term Performance of a Transcatheter Pacing System: 12 month results from the Micra Global Clinical Trial. Presented at: European Society of Cardiology Congress 2016; August 28, 2016; Rome, Italy

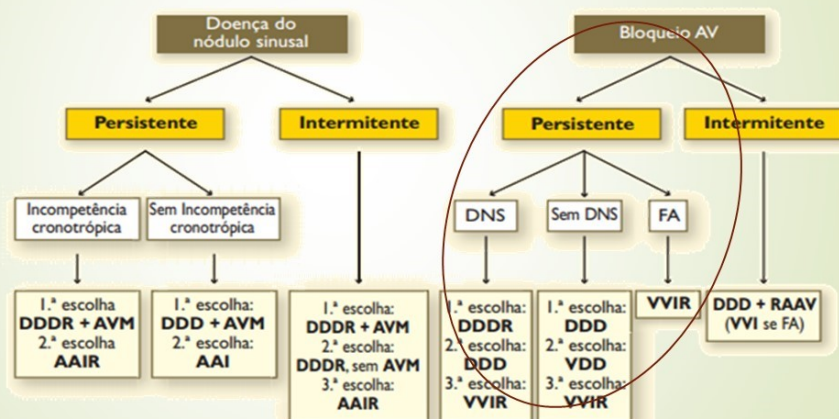


Indicações para pacing cardíaco



ESC. Recomendações de bolso da ESC: Recomendações para pacing cardíaco e terapêutica de resincronização cardíaca. Portuguese version 2013. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia; 2013. 50p

Modo de pacing otimizado



ESC. Recomendações de bolso da ESC: Recomendações para pacing cardíaco e terapêutica de ressincronização cardíaca. Portuguesa versão 2013. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia; 2013. 50p

Terapia com o micra...

Indicações

- Melhorar débito cardíaco
- Prevenção de ocorrência de sintomas
- Proteção contra arritmias



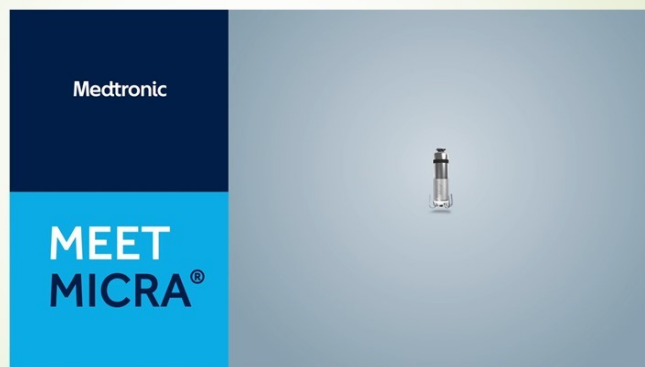
1 Invólucro do dispositivo Micra
2 Barbas de fixação
3 Cátodo de estimulação
4 Ânodo de estimulação

Contra-indicações

- Filtro na veia cava
- Válvula tricúspide mecânica
- Presença dispositivo cardíaco implantável que possa interferir com o desempenho
- Anatomia venosa incapaz de acomodar uma bainha com tamanho 23 French
- Obesidade mórbida (distância telemétrica $\geq 12,5\text{cm}$)
- Utilização de corticoterapia

MEDTRONIC. MicraMC1VR01 [Internet]. Portugal: Medtronic; 2015 Abr. Available from: http://manuals.medtronic.com/wcm/groups/mdtcom_sg/@emanuals/@era/@crdm/documents/documents/contrib_217040.pdf

Implantação do Micra



Follow-up 6 meses após implantação

	Micra n=725	Control n=2667	P-Value
Cardiac Arrhythmias	0%	0.7%	0.156
Embolism and Thrombosis	0.3%	0.4%	0.775
Access Site	0.7%	1.6%	0.074
Cardiac Injury	1.6%	1.1%	0.288
Pacing Issues	0.3%	1.1%	0.060
Mechanical Integrity	0%	0.1%	1.000
Fixation	0%	1.5%	0.011
Other	1.7%	1.6%	0.891

Fatores de risco – lesões cardíacas

► Características que aumenta o risco:

- Idade superior a 75 anos
- Doença pulmonar crónica
- Sexo feminino
- ICP prévia
- IMC baixo



► O risco de perfuração aumenta 3x:

- Esteroides

Reynolds D, Duray GZ, Omar R, et al. A Leadless Intracardiac Transcatheter Pacing System. *N Eng J Med*. Published online November 9, 2015

Embolia gasosa • Aneurisma ou pseudoaneurisma • Hemorragia ou hematoma • traumatismo cardíaco ou vascular, tal como perfuração, dissecação, rutura ou rasgão cardíaco, resultando eventualmente em tamponamento ou fístula arteriovenosa • desalojamento ou migração do dispositivo • embolização do dispositivo • endocardite • acumulação de fluido • riscos gerais de uma cirurgia e complicações de comorbidades, como hipotensão, dispneia, síncope, pneumonia, hipertensão, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, anemia e morte • lesões no tecido cardíaco, vascular ou valvular, incluindo constricção das artérias coronárias • função cardíaca diminuída devido ao dispositivo •

POTENCIAIS EVENTOS ADVERSOS

• complicações no local da incisão, como o crescimento excessivo de tecido fibrótico • infeção no local da incisão ou outra infeção • indução ou aceleração de arritmias, incluindo bloqueio cardíaco • resposta em frequência ineficaz • lesões miocárdicas • lesões de nervos • estimulação nervosa ou extracardíaca • sobredeção, subdeção ou perda da terapia de estimulação • síndrome do pacemaker • dor no local de acesso ou no peito • pericardite, efusão pericárdica ou atrito pericárdico • isquemia periférica • longevidade reduzida do dispositivo - resulta num procedimento de substituição do dispositivo antes do previsto e pode resultar em complicações derivadas do procedimento de substituição • elevação do limiar • trombo que poderá resultar em embolia (por exemplo, trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou acidente vascular cerebral) • necrose de tecidos, como enfarte do miocárdio • reações tóxicas/alérgicas, incluindo fenómenos de rejeição do corpo e reações locais dos tecidos • oclusão venosa • espasmo vascular

MEDTRONIC. MicraMC 1VRO1 [Internet]. Portugal: Medtronic; 2015 Abr. Available from: http://manuals.medtronic.com/wcm/groups/mdtcom_sg/@emanuals/@era/@crdm/documents/documents/contrib_217040.pdf

focos de enfermagem pré-peri-pós

- **Infeção** (prevenção)
- **Débito cardíaco** (monitorização e vigilância)
- **Arritmia** (monitorização e vigilância)
- **Perfusão dos tecidos** (vigilância do membro puncionado)
- **Hemorragia/Hematoma** (repouso 12 horas e vigilância)
- **Dispneia** (vigilância)
- **Dor** (monitorização e vigilância)
- **Ferida cirúrgica** (remoção do material de sutura às 24 horas)

ICN. Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão 1.0, Versão Portuguesa.
Geneva: International Council of Nurses; 2005. 210p.

Foco: Conhecimento

➤ Realização de exames auxiliares diagnóstico e terapêutica

- Utilização de **Ressonância Magnética** – sob condições do fabricante
- As **terapias hiperbáricas** podem causar lesão para pressões >4,0 ATA 30 m de água
- Não utilizar **TENS** por risco de sobredeteção
- Precauções na **Ablação** por RF ou por micro-ondas
- Tratamentos de **diatermia** – podem provocar lesões graves ou danos num dispositivo implantado
- **Electrocirurgia** - sobredeteção, taquiarritmias, mau funcionamento ou danos no dispositivo Em caso de electrocirurgia unipolar, posicionar o do polo de retorno de forma a que o sentido da corrente elétrica não passe através nem menos de 15 cm de distância
- Suporta a **desfibrilhação externa e a cardioversão** (podem alterar os limiares de estimulação do miocárdio)

MEDTRONIC. MicraMCI VRO1 [Internet]. Portugal: Medtronic; 2015 Abr. Available from:
http://manuals.medtronic.com/wcm/groups/mdtcom_sg/@emanuals/@era/@crdm/documents/documents/contrib_217040.pdf

Foco: Conhecimento

► Regime medicamentoso

- Terapêutica **Anticoagulante** – reduzir risco de trombose
- Profilaxia antibiótica para **procedimentos dentários**
- Utilização de **esteroides**

► Condições gerais do pacemaker

- Não se destina a ser removido no **final serviço** – explantação (localização profunda e tecido fibroso)
- **Pós-morte** » não se destina a ser explantado, na cremação não se esperam dificuldades técnicas nem emissões significativas
- **Reposição a zero** – exposição a temperaturas inferiores a -18°C ou a campos eletromagnéticos fortes – o dispositivo funciona em modo VVI a 65 min
- Se **traçado cardíaco** não for claro utilizar avaliação periférica de pulso

MEDTRONIC, MicroMC1VRO1 [Internet]. Portugal: Medtronic; 2015 Abr. Available from: http://manuals.medtronic.com/wcm/groups/mdtcom_sg/@emanuals/@era/@crdm/documents/documents/contrib_217040.pdf

Foco: Conhecimento

► Estilos de vida – interferência eletromagnética

- Sintomas de **interferência eletromagnética**: tonturas, taquicardia ou arritmias
- Distância de 15 cm de **objetos como eletrodomésticos** portáteis,, escova de dentes elétricas, massajadores elétricos, maquinas de barbear..
- Distância de 30 cm de **motores de grande porte**
- Não se recomenda **balança eletrônica** de medição massa gorda
- Distância de 30cm **barreiras eletrônicas** para animais
- Distância de 60cm de **fornos elétricos de uso domestico**, placas de indução, geradores elétricos, UPS...
- **Sistemas de segurança**: não permanecer junto a pórticos, possuir cartão de identificação de pacemaker

MEDTRONIC, MicroMC1VRO1 [Internet]. Portugal: Medtronic; 2015 Abr. Available from: http://manuals.medtronic.com/wcm/groups/mdtcom_sg/@emanuals/@era/@crdm/documents/documents/contrib_217040.pdf

Foco: Conhecimento

► Profissão

► Evitar:

- fornos elétricos industriais
- equipamentos de indução como estufas
- magnetos industriais
- equipamento de soldadura
- antenas de transmissão
- centrais elétricas

MEDTRONIC. MicroMC1VRO1 [Internet]. Portugal: Medtronic; 2015 Abr. Available from: http://manuals.medtronic.com/wcm/groups/mdtcom_sg/@emanuals/@era/@crdm/documents/documents/contrib_217040.pdf

Questões?



APÊNDICE XI

Plano de Sessão: Formação sobre PBCI

PLANO DE SESSÃO

Tema: Precauções Básicas no Controlo da Infeção

Local: Auditório – xxxxxxxxxxxxxxxx **Data:** 30/11/2016 **Hora:** 13.00 e 16.00 h

Objetivo geral:

- Conhecer as precauções básicas no controlo da infeção

Objetivos específicos:

- Identificar o objetivo do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência Antimicrobiana
- Identificar os conceitos mais comuns no âmbito da cadeia epidemiológica
- Descrever as precauções básicas do controlo de infeção que se implicam diretamente com os serviços de higienização hospitalar

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR
Introdução	Método Expositivo	Computador/ projektor	2'	Enf.º José Faria Enf.ª Orientadora
PPCIRA – Programa de prevenção e controlo e infeções e de resistência aos antimicrobianos	Método Expositivo	Computador/ projektor	2'	
Conceitos na área de infeção	Método Expositivo	Computador/ projektor	2'	
Precauções básicas do controlo de infeção	Método Expositivo/ Demonstrativo	Computador/ Projektor Luvas, SABA, Bata, Avental, mascara cirúrgica, mascara com viseira, touca	10'	
Conclusão	Método Expositivo/ Demonstrativo	Computador/ Projektor	2'	
Esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo/ Demonstrativo	Computador/ Projektor	2'	
Síntese da sessão				
Avaliação sumativa	Jogo tipo Quiz	Computador/ Projektor	2'	

APÊNDICE XII

Apresentação: PBCI



PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO AOS COLABORADORES DO SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR



Enf.º José Manuel da Silva Faria
Orientação clínica da Enfermeira Especialista Fernanda Pereira
Orientação tutorial da Prof.ª Doutora Patrícia Pontífice Sousa

OBJETIVOS

GERAL: CONHECER AS PRECAUÇÕES BÁSICAS NO CONTROLO DA INFEÇÃO

ESPECÍFICOS:

- IDENTIFICAR O OBJETIVO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA
- IDENTIFICAR OS CONCEITOS MAIS COMUNS NO ÂMBITO DA CADEIA EPIDEMIOLÓGICA
- DESCREVER AS PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO QUE SE IMPLICAM DIRETAMENTE COM OS SERVIÇOS DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

CONTEÚDO

- PPCIRA – PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS
- CONCEITOS NA ÁREA DA INFEÇÃO
- PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO

PPCIRA

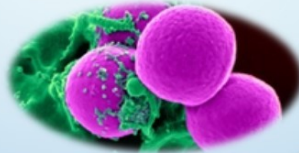
REDUZIR AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E A RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS, ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS BASEADAS NA EVIDÊNCIA



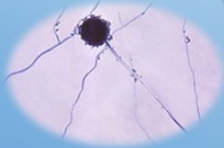
CONCEITOS



Infeção



Microrganismo patológico



Cadeia epidemiológica



PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO



Fonte: Direção-Geral da Saúde, Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

COLOCAÇÃO DE DOENTES

Doente fonte



Doente
Imunossuprimido

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

HIGIENE DAS MÃOS

- ❖ As unhas devem manter-se curtas e limpas, sem verniz, sem extensões ou outros artefactos;
- ❖ Os adornos devem ser removidos (como por exemplo os anéis, pulseiras e relógios);
- ❖ Os cortes devem estar cobertos com penso impermeável;
- ❖ Expor os antebraços (o fardamento não deve ter mangas compridas);
- ❖ Deve ser aplicado creme dermoprotetor durante as pausas e após o final do turno.



Fonte: Direção-Geral da Saúde. Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

HIGIENE DAS MÃOS - MOMENTOS



Fonte: Direção-Geral da Saúde. Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

HIGIENE DAS MÃOS – FRICÇÃO E LAVAGEM

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: 20-30 seg.

1. Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies.
2. Esfregue as palmas das mãos, uma na outra.
3. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa.
4. As palmas das mãos com dedos entrelaçados.
5. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados.
6. Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa.
7. Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa.
8. Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

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.

1. Molhe as mãos com água.
2. Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos.
3. Esfregue as palmas das mãos, uma na outra.
4. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa.
5. Palma com palma com os dedos entrelaçados.
6. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados.
7. Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa.
8. Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa.
9. Enxague as mãos com água.
10. Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual.
11. Agora as suas mãos estão seguras.

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

ETIQUETA RESPIRATÓRIA

- TODAS AS PESSOAS DEVEM:**
- COBRIR A BOCA E O NARIZ AO ESPIRRAR OU TOSSIR;
 - UTILIZAR UM LENÇO DE PAPEL DE USO ÚNICO;
 - EM ALTERNATIVA PODERÁ TOSSIR OU ESPIRRAR PARA O BRAÇO/MANGA;
 - HIGIENIZAR AS MÃOS APÓS CONTACTO COM SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS;
 - EVITAR TOCAR NAS MUCOSAS DOS OLHOS, BOCA OU NARIZ.

ETIQUETA RESPIRATÓRIA/ HIGIENE RESPIRATÓRIA

1. Tapar a boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar. **OU** Tapar a boca e nariz com o antebraço, não com as mãos.
2. Colocar o lenço num contentor de resíduos.
3. Pode acontecer que lhe peçam para colocar uma máscara para proteger as outras pessoas.
4. Lavar as mãos com sabão e água **OU** Utilizar solução alcoólica.

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



Luvas

- Adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam (produtos de limpeza)
- Quando se antecipa o contacto com sangue, fluidos orgânicos ou outros produtos com necessidade de proteção da pele
- Removidas após o uso em cada doente
- Substituídas de se houver rotura



Aventais

- Para procedimentos que envolvam contato direto com o ambiente do doente
- Para proteção de uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação
- Substituídos no final do procedimento



Batas de Manga

- Usadas quando existe risco acrescido de salpicos
- Substituídos no final do procedimento

Fonte: Direção-Geral da Saúde. Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



Proteção ocular/facial

- Quando existe risco de projeção de salpicos para a face



Máscara cirúrgica

- Quando há risco de salpicos para a mucosa respiratória
- Bem ajustada à face (cobrindo totalmente a boca e o nariz)



Calçado:

- Antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé
- Removido antes de sair da área específica



Cobertura do cabelo :

- Bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo
- Utilizada nas áreas protegidas (bloco operatório, zona limpa da central de esterilização e cozinha)
- Utilizada durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade salpicos

Fonte: Direção-Geral da Saúde. Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – COLOCAÇÃO E REMOÇÃO

SEQUÊNCIA DE COLOCAÇÃO DOS EPI			SEQUÊNCIA DE REMOÇÃO DOS		
1	HIGIENIZAR AS MÃOS		1	REMOVER AS LUVAS	
2	COLOCAR A BATA		2	REMOVER A BATA	
3	COLOCAR A MÁSCARA OU O RESPIRADOR N95		3	HIGIENIZAR AS MÃOS	
4	COLOCAR O PROTETOR OCULAR		4	REMOVER O PROTETOR OCULAR	
5	COLOCAR AS LUVAS		5	REMOVER A MÁSCARA OU O RESPIRADOR N95	
			6	HIGIENIZAR AS MÃOS	

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

DESCONTAMINAÇÃO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO



PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

CONTROLO AMBIENTAL

○ ambiente da prestação de cuidados

- *Estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza*
- *Encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação*
- *Ser limpo regularmente, de acordo com os procedimentos protocolados*
- *Solução detergente deve ser substituída com regularidade:*
 - *no mínimo ao fim de 1 hora*
 - *na mudança de uma área para outra (quarto ou enfermaria)*
 - *sempre que visivelmente suja*
- *Para as louças sanitárias devem usar-se produtos mistos (detergentes/desinfetantes)*

Fonte: Direção-Geral da Saúde. Norma n. 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção Geral da Saúde Lisboa, 2013

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA



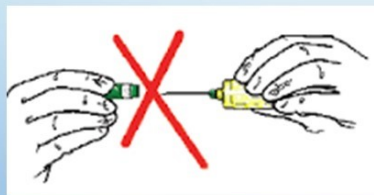
PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS

NÃO PERIGOSOS		PERIGOSOS	
GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
Resíduos equiparados a urbanos <ul style="list-style-type: none"> - Garrafas de água, flores, jornais, revistas, latas e pacotes de sumos, cascas de frutas; - Papéis de todos os tipos, incluindo a celulose e os toalhotes das mãos, desde que não contenham sangue; - Restos de alimentos, embalagens de aerossóis / sprays; - Embalagens vazias e invólucros comuns; - Resíduos provenientes de gabinetes, salas de reuniões e de convívio, instalações sanitárias, vestiários, resíduos provenientes de serviços de apoio, como é o caso de oficinas, armazém, central telefónica, etc. 	Resíduos hospitalares não perigosos que podem ser equiparados a urbanos <ul style="list-style-type: none"> - Material ortopédico – talas, gessos, etc. – que não contenham sangue; - Fraldas à resguardos de uso único, que não contenham sangue; 	Resíduos hospitalares de risco biológico Verde no HCC <ul style="list-style-type: none"> - Resíduos resultantes de preparação e administração de sangue e seus derivados; - Material de penso – compressas, ligaduras, etc. – e material ortopédico – talas, gessos, etc. que contenham sangue ou outra matéria orgânica; - Material exteriorizado aos doentes: algalias, sondas, cateteres, etc.; - Sistemas de administração de soro e / ou outros medicamentos, com exceção dos do Grupo IV; - Seringas resultantes da preparação e administração de medicamentos, com exceção dos pertencentes ao Grupo IV; - Material usado em diálise; - Peças anatómicas de pequenas dimensões - não identificáveis -, material de biópsia; - Material de proteção individual – luvas, batas, aventais e máscaras; - Todos os resíduos que contenham sangue. 	Resíduos de contaminação biológica e química <p>Englobam-se neste grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetos corto-perfurantes; - Reagentes e outros produtos químicos; - Medicamentos fora de prazo; - Peças anatómicas identificáveis – membros, fetos, placentas, etc.; - Resíduos radiológicos; - Citostáticos e todo o material implicado na sua preparação e administração. <p>Nota: Os resíduos radioativos devem ser separados na fonte, estando sujeitos a legislação específica, prevista no Artigo 8º do Decreto-Lei nº 348/89 de 12 de outubro e nos Artigos 44º e 48º do Decreto-Lei n.º 9/90 de 19 de abril.</p>
SACO PRETO ↓ Fechar sacos com braçadeiras e identificar ↓ Remoção pelos Serviços Municipalizados ↓ Incineração ↓ Destino final: Aterro sanitário		SACO BRANCO ↓ Fechar sacos com braçadeiras ↓ Remoção pela Empresa Adjudicatária ↓ Autoclavagem/ incineração ↓ Destino final: Aterro sanitário	
		SACO VERMELHO ↓ Fechar sacos com braçadeiras ↓ Remoção pela Empresa Adjudicatária ↓ Incineração ↓ Destino final: Aterro sanitário	

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS



PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

EXPOSIÇÃO A MICRORGANISMO NO LOCAL DE TRABALHO



Risco biológico no trabalho

Lesão com cortantes ou perfurantes contaminados

Exposição de lesões da pele e/ou mucosas a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos



Prestar os cuidados imediatos!
Recorrer ao médico destinado a acidentes de trabalho
(Apólice do Seguro)

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

EXPOSIÇÃO A MICRORGANISMO NO LOCAL DE TRABALHO



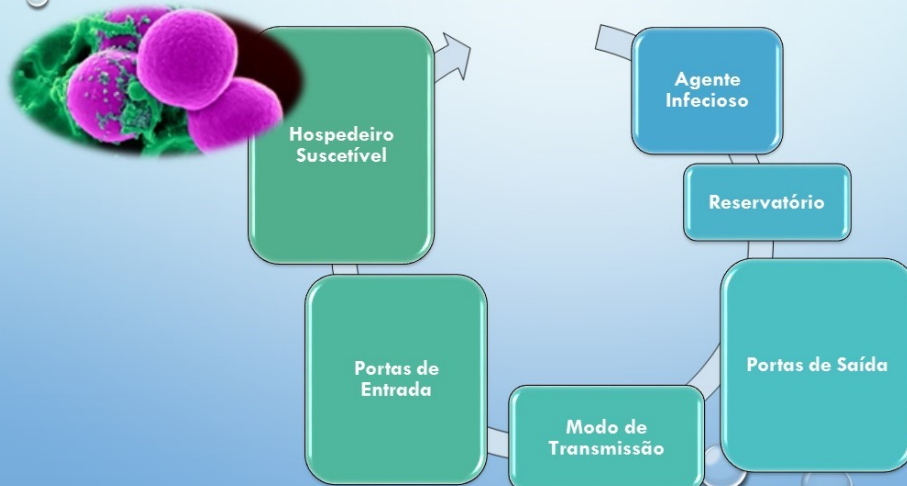
VACINE-SE CONTRA A GRIPE!
AS VACINAS SALVAM VIDAS.



O PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS?

O OBJETIVO É A REDUÇÃO DO CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS

ESTOU NO LOCAL CERTO?



AS MÃOS TÊM OS CUIDADOS CORRETOS



A HIGIENE DAS MÃOS DEVE SER REALIZADA APÓS...



O GRUPO DE RESÍDUOS HOSPITALARES É
ADEQUADO?



OBRIGADO

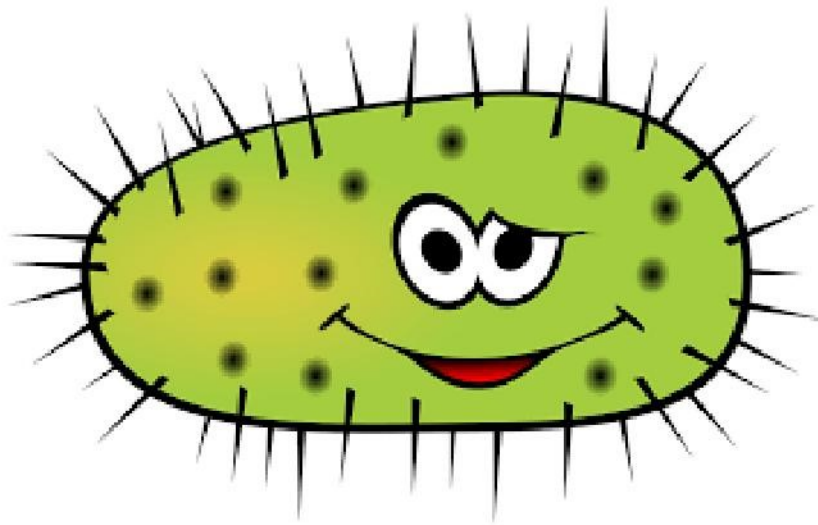


APÊNDICE XIII

Manual de PBCI

MANUAL DE FORMAÇÃO

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO



Formação Profissional
Colaboradores do Serviço de Higienização Hospitalar

Novembro, 2016



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE



Introdução

A infeção associada aos cuidados de saúde tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes como no desempenho dos profissionais da área da saúde. É importante que todos tenham conhecimento sobre os cuidados a manter para controlar este problema.

As precauções básicas do controlo de infeção visam quebrar a cadeia epidemiológica, e dessa forma prevenir e controlar a infeção cruzada. Todos os profissionais, doentes, visitas e outros elementos que frequentam o meio hospitalar devem ter conhecimentos das medidas preventivas.



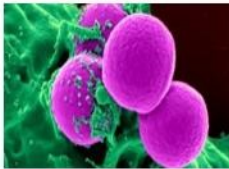
O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), foi delineado como prioritário na estratégia de saúde em Portugal para a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Precauções Básicas do Controlo de Infeção

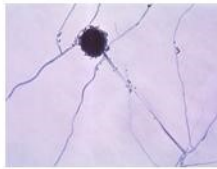
Conceitos

A **infeção**, é a entrada no organismo das pessoas de um microrganismo patológico (mau), que cresce alimentando-se das reservas corporais, provocando lesões nos tecidos e órgãos. A infeção associada aos cuidados de saúde é aquela que surge da entrada de um microrganismo, na sequência dos tratamentos hospitalares.

Um **microrganismo patológico** (micróbio) é um ser vivo muito pequeno, que não se consegue ver a olho nu, capaz de provocar doença. Podem ser bactérias, fungos, protozoários, vírus e algumas algas.



Bactéria



Fungos



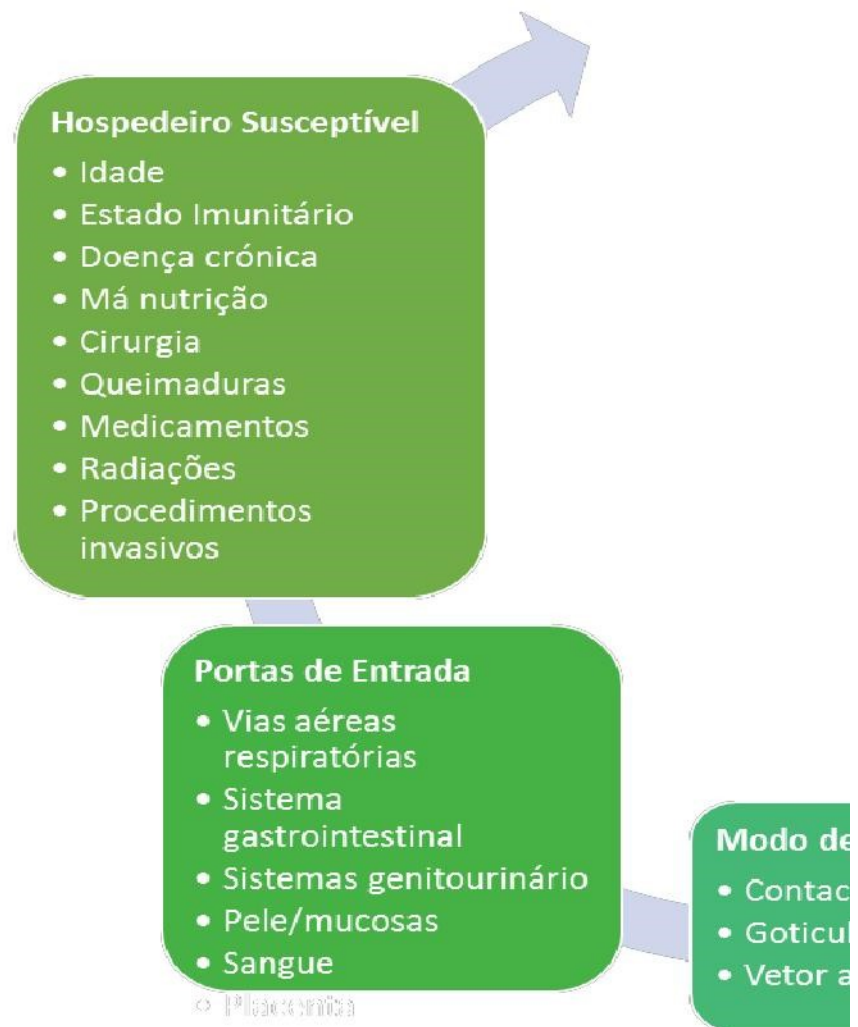
Protozoários



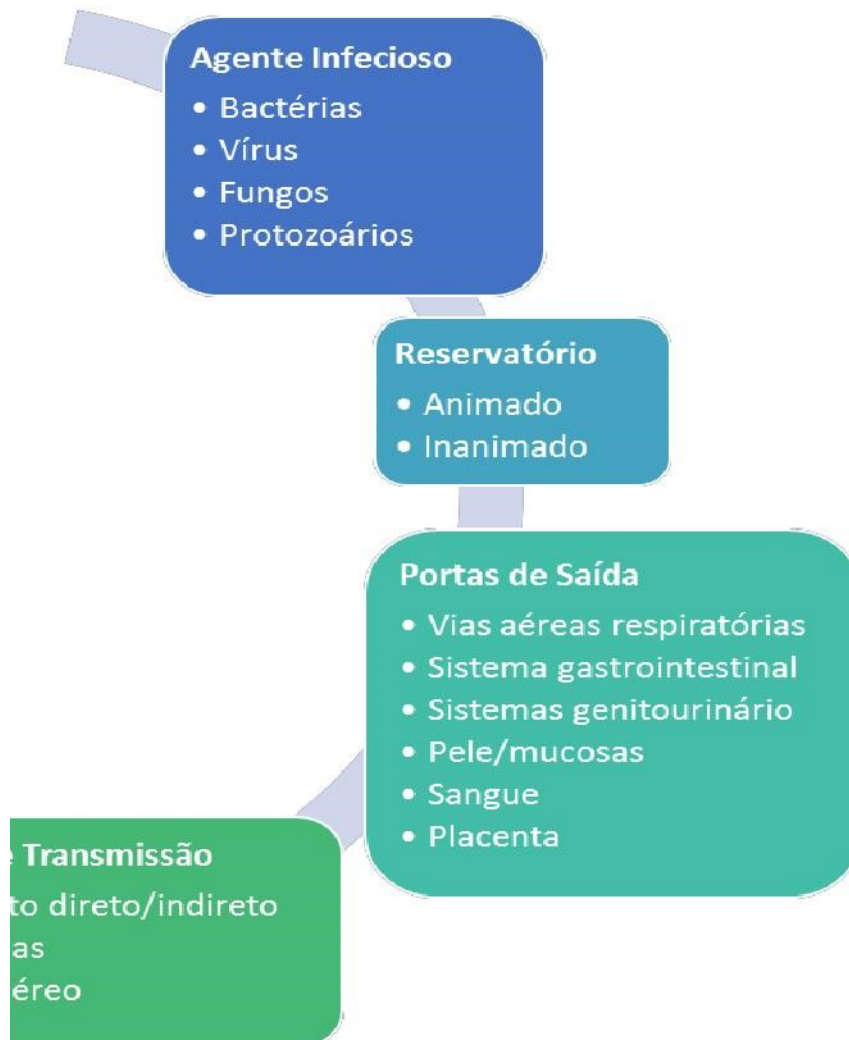
Vírus

Uma doença infecciosa é consequência de uma complexa rede de relações entre o microrganismos, a pessoa e o ambiente. A transmissão de infeções entre as pessoas acontece devido a uma sequência de eventos, de uma forma cíclica, como se observa na figura abaixo, sobre a **cadeia epidemiológica**. É importante conhecer a forma como se transmitem as infeções, por forma a, trata-las e impedir que as mesmas, causem doenças a mais pessoas.

Fonte: Wilson J. Controlo de Infeção na Prática Clínica. 2.^a Edição. Loures: Lusociência; 2003.



Epidemiológica



Fonte: Wilson J. Controlo de Infecção na Prática Clínica. 2.^a Edição. Loures: Lusociência; 2003.

Precauções Básicas d

A implementação das precauções básicas é uma estratégia na prevenção da transmissão de microrganismos entre doentes, profissionais e visitas, durante o internamento numa unidade hospitalar. Ajudam a prevenir a transmissão cruzada de microrganismos, infeção e resistência aos antimicrobianos.

As precauções básicas devem ser aplicadas durante os cuidados a todos os doentes. O sangue, todos os fluídos orgânicos (exceto suor), secreções e excreções, mucosas e pele com lesões, das pessoas que circulam numa unidade de cuidados de saúde, devem ser considerados como sendo portadores de microrganismos.

o Controlo de Infecção



Fonte: Direção Geral da Saúde. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Lisboa; 2012.

1. Colocação de doentes

Todos os doentes que representam um risco acrescido de transmissão de infeção, devem ser colocados num local que minimize esse risco (por exemplo, em quarto individual). Assim como, todos aqueles doentes que estão mais vulneráveis à infeção (por exemplo os transplantados) devem ser protegidos, dos demais, por forma a evitar uma doença infecciosa.

2. Higiene das mãos

A higiene das mãos é uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de microrganismos, durante o internamento hospitalar.

Cuidados com as mãos:

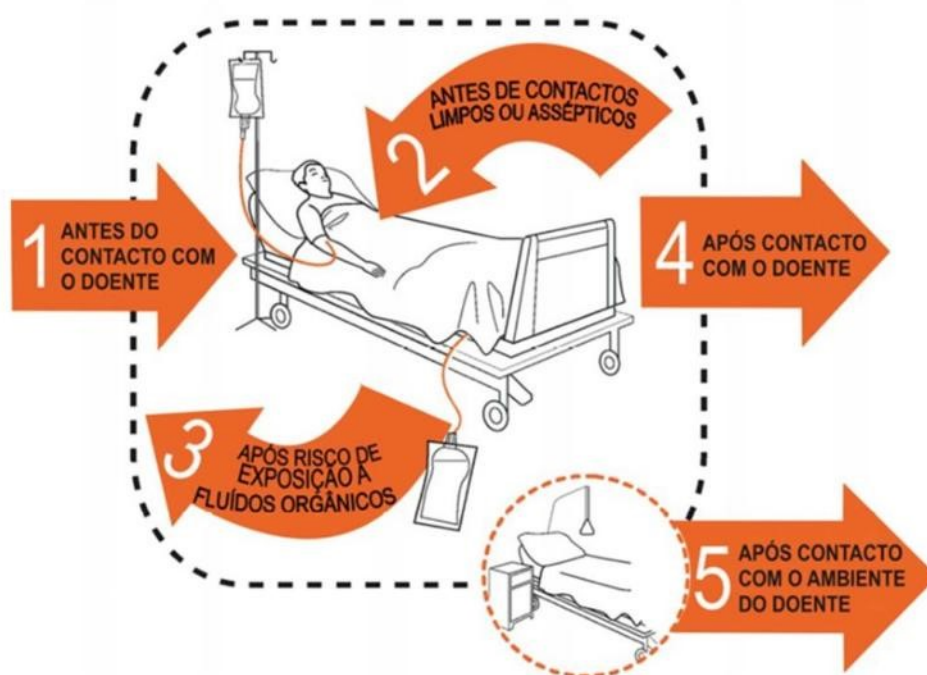
- ◇ unhas devem manter-se curtas e limpas, sem verniz, sem extensões ou outros artefactos;
- ◇ os adornos devem ser removidos (como por exemplo os anéis, pulseiras e relógios);
- ◇ os cortes devem estar cobertos com penso impermeável;
- ◇ expor os antebraços (o fardamento não deve ter mangas compridas);
- ◇ deve ser aplicado creme dermoprotetor durante as pausas e após o final do turno.



o Controlo de Infecção

Quando higienizar as mãos?

Lavar as mãos com água e sabão quando as mãos estiverem sujas ou contaminadas com sangue, outros fluidos orgânicos e após higiene pessoal. Se as mãos estão visivelmente limpas devem ser descontaminadas com SABA (solução antisséptica de base alcoólica). A figura seguinte indica os momentos em que deve ser realizada a higienização das mãos.



Fonte: Direção Geral da Saúde. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Lisboa; 2012.

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: 20-30 seg.



1a Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



2 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



4 As palmas das mãos com dedos entrelaçados



5 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



6 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



7 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa













8 Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

o Controlo de Infecção o das mãos

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.

 <p>1. Molhe as mãos com água</p>	 <p>2. Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos</p>	 <p>3. Esfregue as palmas das mãos, uma na outra</p>
 <p>4. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa</p>	 <p>5. Palma com palma com os dedos entrelaçados</p>	 <p>6. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados</p>
 <p>7. Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa</p>	 <p>8. Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa</p>	 <p>9. Enxague as mãos com água</p>
 <p>10. Seque as mãos com toalhete descartável</p>	 <p>11. Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual</p>	 <p>12. Agora as suas mãos estão seguras.</p>

Fonte: Direção Geral da Saúde. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Lisboa; 2012.

Precauções Básicas d

ETIQUETA RESPIRATÓRIA/ HIGIENE RESPIRATÓRIA



Tapar a boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar.

OU

Tapar a boca e nariz com o antebraço, não com as mãos.



Colocar o lenço sujo num contentor de resíduos.



Pode acontecer que lhe peçam para colocar uma máscara para proteger as outras pessoas.



Lavar as mãos com sabão e água

OU

Utilizar solução alcoólica



o Controlo de Infeção

3. Etiqueta respiratória

A etiqueta respiratória é um conjunto de atos individuais a cumprir por todas as pessoas (doentes, profissionais e outros) destinados a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de microrganismos por gotículas ou via aérea.

Todas as pessoas devem:

- ⇒ cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;
- ⇒ utilizar um lenço de papel de uso único;
- ⇒ em alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço/manga;
- ⇒ higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
- ⇒ evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz.

4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Os EPI devem proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o trabalho a efetuar. Na figura seguinte será possível identificar os equipamentos de proteção individual e os cuidados a ter com os mesmos.

Precauções Básicas d



Luvas

- Adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam (produtos de limpeza)
- Quando se antecipa o contacto com sangue, fluidos orgânicos ou outros produtos com necessidade de proteção da pele
- Removidas após o uso em cada doente
- Substituídas de se houver rotura



Aventais

- Para procedimentos que envolvam contato direto com o ambiente do doente
- Para proteção de uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação
- Substituídos no final do procedimento



Batas de Manga

- Usadas quando existe risco acrescido de salpicos
- Substituídos no final do procedimento



Proteção ocular/facial

- Quando existe risco de projeção de salpicos para a face



Máscara cirúrgica

- Quando há risco de salpicos para a mucosa respiratória
- Bem ajustada à face (cobrindo totalmente a boca e o nariz)



Calçado:

- Antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé
- Removido antes de sair da área específica



Cobertura do cabelo :

- Bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo
- Utilizada nas áreas protegidas (bloco operatório, zona limpa da central de esterilização e cozinha)
- Utilizada durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade salpicos

o Controlo de Infecção

A correta utilização do equipamento de proteção individual, requer o conhecimento das regras de colocação e remoção do mesmo. Na figura seguinte estão estabelecidas as regras para a boa utilização do EPI.

SEQUÊNCIA DE COLOCAÇÃO DOS EPI			SEQUÊNCIA DE REMOÇÃO DOS EPI		
1	HIGIENIZAR AS MÃOS		1	REMOVER AS LUVAS	
2	COLOCAR A BATA		2	REMOVER A BATA	
3	COLOCAR A MÁSCARA OU O RESPIRADOR N95		3	HIGIENIZAR AS MÃOS	
4	COLOCAR O PROTETOR OCULAR		4	REMOVER O PROTETOR OCULAR	
5	COLOCAR AS LUVAS		5	REMOVER A MÁSCARA OU O RESPIRADOR N95	
			6	HIGIENIZAR AS MÃOS	

Fonte: Direção Geral da Saúde. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Lisboa; 2012.

5. Descontaminação do Equipamento Clínico

O equipamento clínico utilizado nos doentes pode ficar contaminado com microrganismos e contribuir para a transmissão cruzada, através das mãos dos profissionais durante os procedimentos.

6. Controlo Ambiental

Nesta precaução básica de controlo de infeção, os serviços de higienização hospitalar são de extrema importância, dado é da sua responsabilidade, para garantir a área clínica segura para a prática de cuidados, a limpeza e manutenção ambiental.

Todos profissionais devem cumprir os horários e frequência da limpeza, e, conhecer as suas responsabilidades específicas no processo.

O derrame de sangue e fluídos orgânicos é considerado uma situação de risco, pelo que deve ser removido logo que possível, de forma segura.

O ambiente da prestação de cuidados

- Estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza
- Encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação
- Ser limpo regularmente, de acordo com os procedimentos protocolados
- Solução detergente deve ser substituída com regularidade:
 - no mínimo ao fim de 1 hora
 - na mudança de uma área para outra (quarto ou enfermaria)
 - sempre que visivelmente suja
- Para as louças sanitárias devem usar-se produtos mistos (detergentes/desinfetantes)

7. Manuseamento Seguro da Roupa

Toda a roupa suja deve ser considerada como contaminada e manuseada com cuidado de forma a não contaminar o ambiente ou o fardamento. Os sacos com roupa suja não devem ser cheios a mais de 2/3 da sua capacidade, a fim de serem corretamente fechados.




8. Recolha segura de resíduos

Os resíduos que resultam da prestação de cuidados de saúde devem ser triados e eliminados junto ao local de produção, e separados imediatamente de acordo com os grupos a que pertencem.

Depois de colocados no saco e/ou contentor, os resíduos não devem ser manipulados. Tanto os sacos de recolha de resíduos, como os contentores de cortoperfurantes, não devem ser cheios até mais de 2/3, de modo a possibilitar o seu encerramento seguro.



Precauções Básicas d

NÃO PERIGOSOS		PERIGOSOS	
GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
<p>Resíduos equiparados a urbanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garratas de água, flores, jornais, revistas, latas e pacotes de sumos, cascas de frutas; - Papeis de todos os tipos, incluindo a celulose e os toalhetes das mãos, desde que não contenham sangue; - Restos de alimentos, embalagens de aerosóis/sprays; - Embalagens vazias e invólucros comuns; - Resíduos provenientes de gabinetes, salas de reuniões e de convívio, instalações sanitárias, vestíbulos, resíduos provenientes de serviços de apoio, como é o caso de oficinas, armazém, central telefónica, etc. 	<p>Resíduos hospitalares não perigosos que podem ser equiparados a urbanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material ortopédico – talas, gessos, etc. – que não contenham sangue; - Fraldas e resquícios de uso único, que não contenham sangue; 	<p>Resíduos hospitalares de risco biológico Vende no HCC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resíduos resultantes de preparação e administração de sangue e seus derivados; - Material de penso – compressas, ligaduras, etc. – e material ortopédico – talas, gessos, etc. que contenham sangue ou outra matéria orgânica; - Material exteriorizado aos dentes, algúlias, sondas, cateteres, etc.; - Sistemas de administração de soro e/ou outros medicamentos, com exceção dos do Grupo IV; - Seringas resistentes da preparação e administração de medicamentos, com exceção dos pertencentes ao Grupo IV; - Material usado em diálise; - Peças anatómicas de pequenas dimensões – rido identificáveis -, material de biópsia; - Material de proteção individual – luvas, talas, aventais e máscaras; - Todos os resíduos que contenham sangue. 	<p>Resíduos de contaminação biológica e química</p> <p>Englobam-se neste grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetos corti-punhantes; - Reagentes e outros produtos químicos; - Medicamentos fora de prazo; - Peças anatómicas identificáveis – membros, foles, placentas, etc.; - Resíduos radiológicos; - Citostáticos e todo o material implicado na sua preparação e administração. <p>Nota: Os resíduos radiocativos devem ser separados na fonte, estando sujeitos a legislação específica, prevista no Artigo 8º do Decreto-Lei nº 34893 de 12 de outubro e nos Artigos 4º e 4º do Decreto-Lei n.º 9150 de 19 de abril.</p> 
<p>SACO PRETO</p> <p>⇓</p> <p>Fechar sacos com bracetadas e identificar</p> <p>⇓</p> <p>Remoção pelos Serviços Municipalizados</p> <p>⇓</p> <p>Incineração</p> <p>⇓</p> <p>Destino final: Aterro sanitário</p>	<p>SACO BRANCO</p> <p>⇓</p> <p>Fechar sacos com bracetadas</p> <p>⇓</p> <p>Remoção pela Empresa Adjudicatária</p> <p>⇓</p> <p>Autobrigar/Incineração</p> <p>⇓</p> <p>Destino final: Aterro sanitário</p>	<p>SACO VERMELHO</p> <p>⇓</p> <p>Fechar sacos com bracetadas</p> <p>⇓</p> <p>Remoção pela Empresa Adjudicatária</p> <p>⇓</p> <p>Incineração</p> <p>⇓</p> <p>Destino final: Aterro sanitário</p>	

o Controle de Infecção

9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Na presença de material cortoperfurante mal acondicionado, o profissional deve removê-lo de forma segura, caso tenha competências para tal, e proceder à sua triagem de acordo com o grupo de resíduos hospitalares específicos. No caso do profissional não estar seguro na manipulação de materiais cortoperfurantes, este deve sinaliza-lo, e pedir colaboração a outro, que seja capaz de fazer a triagem devida.

10. Exposição a microrganismos no local de trabalho

Todos os profissionais de saúde estão expostos a microrganismos transmissíveis pelo sangue e fluídos orgânicos, sendo este um grande risco na sua prática diária. Deste modo, os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa.

Considera-se exposição significativa quando existe lesão com cortantes ou perfurantes contaminados, exposição de feridas ou outras lesões da pele e/ou exposição de mucosas (incluindo a ocular) a salpicos de sangue, ou outros fluídos orgânicos de risco.

Os profissionais também são aconselhados à vacinação da Gripe, dado que exercem funções num contexto, com multiplicidade de microrganismos e doentes vulneráveis.

De forma a melhorar os cuidados prestados ao doente, e evitar o sofrimento causado por uma infeção hospitalar, é necessário o esforço de todos para o cumprimento das precauções básicas de controlo da infeção.

Se melhorarmos as práticas do nosso dia-a-dia, estaremos a contribuir para o bem comum. Com uma simples lavagem das mãos, estaremos a salvar vidas.

Bibliografia:

- Direção Geral da Saúde. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Lisboa; 2012.
- Direção-Geral da Saúde. Utilização de EPI. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2016.
- Direção-Geral da Saúde. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa; 2010..
- Centro Hospitalar XXXXXXXX. Procedimento Multisectorial - CIH.101 -Precauções Básicas. Lisboa; 2014.
- Centro Hospitalar XXXXXXXX. Política de Gestão de Resíduos - GRE. Lisboa; 2013.
- Centro Hospitalar XXXXXXXX. Procedimento Multisectorial - GRE.101-Gestão de resíduos hospitalares. Lisboa; 2014.
- Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. Enfermagem Médico - Cirúrgica. Sexta Edic. Loures: Lusociência; 1999.
- Wilson J. Controlo de Infeção na Prática Clínica. Segunda Edic. Loures: Lusociência; 2003.

Elaborado por:

José Manuel da Silva Faria

Orientação clínica da Enfermeira Especialista Fernanda Pereira

Orientação tutorial da Prof.^a Doutora Patrícia Pontífice Sousa

APÊNDICE XIV

Plano de Intervenção: Medidas de Etiqueta Respiratória

Justificação

No início da sazonalidade da gripe, por vezes acometida em infeções respiratórias, é de extrema importância evitar a transmissão de agentes infecciosos. A etiqueta respiratória é uma precaução básica do controlo da infeção, sendo a sua prática acessível e exequível por todos os cidadãos. É primordial que a instituição esteja preparada para lidar com situações de grande transmissão microbiana.

A prevenção da transmissão da infeção é uma responsabilidade de todos. Com medidas simples, é possível evitar doenças infecciosas, consequentemente a diminuição do absentismo, de sofrimento e de internamentos prolongados associados à comorbilidade e mortalidade. As medidas de prevenção da infeção representam um baixo custo efetividade.

Para adoção de comportamentos preventivos é necessário conhecer as medidas recomendadas. Infelizmente em Portugal, assistimos no contexto das instituições, a uma forte prevalência da iliteracia em saúde. Numa perspetiva nacional, no âmbito da estratégia da Direção Geral da Saúde, esta campanha será um contributo ao esforço de empoderamento dos cidadãos portugueses.

A etiqueta respiratória é um conjunto de medidas individuais, que todas as pessoas em ambiente hospitalar, devem cumprir para que seja possível conter as secreções respiratórias, com a finalidade de interromper a cadeia epidemiológica na transmissão de micróbios pela via aérea e/ou gotículas.

As medidas que se apresentam de seguida, sustentadas pela evidência científica, recomendam para a prevenção e controlo da infeção:

- Cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;
- Utilizar toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, sendo eliminado posteriormente num contentor de resíduos;
- Na falta de toalhete, deve espirrar e tossir para o braço/manga, para não contaminar as mãos;
- Higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
- Evitar tocar com as mãos nas mucosas dos olhos, boca ou nariz;
- Os profissionais de saúde promovem a aplicação de medidas de etiqueta respiratória a todos os utilizadores da unidade de saúde;

- Os profissionais de saúde devem ajudar as pessoas mais vulneráveis (p.e. idosos e crianças) fornecendo toalhetes, contentor para resíduos e condições para higienização das mãos;
- Nos períodos de grande prevalência de infeções respiratórias, os profissionais devem oferecer máscara cirúrgica aos indivíduos sintomáticos.

Objetivos da campanha de sensibilização

- ❖ Informar os utilizadores da consulta externa sobre a etiqueta respiratória;
- ❖ Aumentar o empoderamento dos utilizadores da consulta externa sobre a etiqueta respiratória;
- ❖ Diminuir o esforço de no cumprimento da etiqueta respiratória;
- ❖ Influenciar na decisão da adoção da etiqueta respiratória.

Destinatários

Os utilizadores da unidade de saúde, nomeadamente nas consultas externas. Na generalidade os destinatários da campanha são pessoas vulneráveis dado o seu contexto de saúde e a sua faixa etária.

Mensagem

A mensagem central da campanha é a utilização da etiqueta respiratória na prevenção da transmissão de agentes infecciosos.

Por forma a cumprir as quatro premissas da publicidade – interessar, persuadir, convencer e levar à ação – será transmitida a mensagem através de um poster de alerta visual sobre as medidas da Etiqueta Respiratória.

Meio

A campanha desenvolver-se-á numa unidade de cuidados de saúde nas áreas da consulta externa.

Conceção

1ª etapa

- Discussão de campanha com Orientador Clínico
- Partilha da campanha de sensibilização com os responsáveis pela área clínica
- Avaliação das necessidades da área clínica
 - Alerta visual sobre medidas de etiqueta respiratória
 - Contentor de resíduos
 - Pontos para higienização das mãos
 - Máscaras Cirúrgicas



2ª etapa

- Colaboração na satisfação das necessidades da área clínica (alerta visual sobre etiqueta respiratória, contentor de resíduos, pontos higienização das mãos, máscaras cirúrgicas)
- Alertar os profissionais da área clínica para a importância da etiqueta respiratória
- Alertar os voluntários da área clínica para a importância da etiqueta respiratória



3ª etapa

- Avaliação da campanha
 - Feedback dos profissionais das áreas clínicas envolvidas
 - Discussão com orientador clínico

Referências

Direção Geral da Saúde. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Lisboa; 2012.

APÊNDICE XV

Checklist Avaliação Inicial da Campanha da Etiqueta Respiratória

Consulta de Cirurgia Vascular	
Reunião com responsáveis pela área clínica	<input type="checkbox"/> Enf. Chefe <input type="checkbox"/> Enf. Responsável Local
Necessidades da sala de espera da consulta	<input type="checkbox"/> Alerta visual ER <input type="checkbox"/> Contentor de resíduos <input type="checkbox"/> Pontos de higienização das mãos <input type="checkbox"/> Máscaras cirúrgicas
Consulta de Cardiologia	
Reunião com responsáveis pela área clínica	<input type="checkbox"/> Enf. Chefe <input type="checkbox"/> Enf. Responsável Local
Necessidades da sala de espera da consulta	<input type="checkbox"/> Alerta visual ER <input type="checkbox"/> Contentor de resíduos <input type="checkbox"/> Pontos de higienização das mãos <input type="checkbox"/> Máscaras cirúrgicas
Consulta de Hipocoagulação	
Reunião com responsáveis pela área clínica	<input type="checkbox"/> Enf. Chefe <input type="checkbox"/> Enf. Responsável Local
Necessidades da sala de espera da consulta	<input type="checkbox"/> Alerta visual ER <input type="checkbox"/> Contentor de resíduos <input type="checkbox"/> Pontos de higienização das mãos <input type="checkbox"/> Máscaras cirúrgicas
Consulta de Pneumologia	
Reunião com responsáveis pela área clínica	<input type="checkbox"/> Enf. Chefe <input type="checkbox"/> Enf. Responsável Local
Necessidades da sala de espera da consulta	<input type="checkbox"/> Alerta visual ER <input type="checkbox"/> Contentor de resíduos <input type="checkbox"/> Pontos de higienização das mãos <input type="checkbox"/> Máscaras cirúrgicas
Consulta de Medicina Interna	
Reunião com responsáveis pela área clínica	<input type="checkbox"/> Enf. Chefe <input type="checkbox"/> Enf. Responsável Local
Necessidades da sala de espera da consulta	<input type="checkbox"/> Alerta visual ER <input type="checkbox"/> Contentor de resíduos <input type="checkbox"/> Pontos de higienização das mãos <input type="checkbox"/> Máscaras cirúrgicas
Transversal	
<input type="checkbox"/> Reunião com profissionais da área clínica <input type="checkbox"/> Reunião com voluntários	

APÊNDICE XVI

Grelha de Auditoria: Higienização dos locais de
acondicionamento e preparação de terapêutica

GRELHA DE AUDITORIA

TEMA: Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde no domínio dos equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração de terapêutica parentérica

OBJECTIVOS:

- Identificar o cumprimento das boas práticas da higienização dos equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração terapêutica parentérica
- Contribuir para a prevenção e controlo da infeção nos momentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e administração terapêutica parentérica
- Promover uma cultura de segurança e melhoria contínua na qualidade dos cuidados na prevenção e controlo da infeção

ÂMBITO: Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência antimicrobianas

UNIDADE CLINICA: XXXXXXXXX

AUDITADOS: Enfermeiros, Assistentes Operacionais e equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração terapêutica parentérica

ORGANIZAÇÃO: Enf.^a **Orientadora Clínica** (GCL-PPCIRA do Hospital) e **José Faria** (Aluno de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa)

EQUIPA AUDITORA: Enf.^a Orientadora Clínica e Enf.^o José Faria

DATA: 12/12/2016

REFERENCIAIS/CRITÉRIOS:

Centro Hospitalar XXXXXXXXX. (2013). *Procedimento Multisectorial - CIH. 115 - Utilização de detergentes, antissépticos e desinfetantes*. Lisboa.

Centro Hospitalar. XXXXXXXXX (2014). *Política de controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos*. Lisboa.

Centro Hospitalar. XXXXXXXXX (2014). *Procedimento Multisectorial - MED. 106- Responsabilidades no circuito do medicamento*. Lisboa.

- Centro Hospitalar. XXXXXXXXX (2014). *Procedimento Multissetorial - MED. 107 - Administração de medicamentos*. Lisboa.
- Centro Hospitalar XXXXXXXXX. (2014). *Procedimento Multissetorial - CIH. 101 - Precauções Básicas*. Lisboa.
- Centro Hospitalar XXXXXXXXX. (2014). *Procedimento Multissetorial - CIH. 102 -Higiene das mãos*. Lisboa.
- Centro Hospitalar XXXXXXXXX. (2014). *Procedimento Multissetorial - CIH. 114 -Higiene hospitalar*. Lisboa.
- Centro Hospitalar XXXXXXXXX. (2016). *Procedimento Multissetorial - MED. 105 - Armazenamento de medicamentos*. Lisboa.
- CHKS. (2013). *Programa de Acreditação Internacional para organizações prestadoras de cuidados de saúde. Normas para a acreditação (4.ª Edição)*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) (No. 029/2012)*. Lisboa.
- Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2008). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities , 2008. *Centers for Disease Control and Prevention*, 1–158.
- WHO. (2016) Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: *World Health Organization*;

1. CONSTATAÇÕES

Unidade clinica			
Área	Critica <input type="checkbox"/>	Semi Critica <input type="checkbox"/>	Não Crítica <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____
	Carro de Medicação __	Carro de Medicação __	Carro de Medicação __
	Armário de Stock __	Armário de Stock __	Armário de Stock __
	Frigorifico __	Frigorifico __	Frigorifico __

Critérios	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				Observações
		S	P	N	N/A	
Organização e Gestão						
1	Os Profissionais conhecem a <i>Política de controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos</i> do CHLC, EPE					

	2	Os procedimentos inerentes à <i>Política de controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos</i> estão disponíveis na Unidade Clínica (UC) (forma de aceder)					
	3	Existem Instruções de Trabalho específicos para limpeza e desinfeção dos equipamentos armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração de terapêutica parentérica					
	4	O Plano de Formação da UC contempla formação nesta área					
	5	A UC realiza auditorias internas					
	6	São divulgados os resultados das auditorias					
Armazenamento/Acondicionamento							
	7	É acondicionada, em local adequado, a medicação recebida <i>(Orientação: medicação termolábil, distância 20-30 cm da parede e chão)</i>					
	8	Não há evidência sinais de deterioração					
		<i>Carro terapêutica 1</i>					
		<i>Carro terapêutica 2</i>					

	<i>Carro terapêutica 3</i>						
	<i>Armário de Stock Terapêutica 1</i>						
	<i>Armário de Stock Terapêutica 2</i>						
	<i>Armário de Stock Terapêutica 3</i>						
	<i>Frigorífico</i>						
9	Não há evidência de acumulação de resíduos, pó, manchas ou humidade						
	<i>Carro terapêutica 1</i>						
	<i>Carro terapêutica 2</i>						
	<i>Carro terapêutica 3</i>						
	<i>Armário de Stock Terapêutica 1</i>						
	<i>Armário de Stock Terapêutica 2</i>						
	<i>Armário de Stock Terapêutica 3</i>						
	<i>Frigorífico</i>						
10	O armazenamento dos medicamentos é restrito <i>(Orientação: apenas medicamentos)</i>						
11	O armazenamento tem proteção de luz solar direta e humidade <i>(Orientação: sem sinais de humidade envolvente)</i>						
12	O armazenamento impede o contato direto do chão (20-30cm)						

	13	Os medicamentos termolábeis estão armazenados em frigorífico (2 – 8°C)					
	14	O frigorífico tem registo de temperatura diária <i>(Orientação: evidência do registo)</i>					
Higienização							
	15	A Instrução de Trabalho de limpeza, explícita a frequência da sua execução, o método e quem é o responsável					
	16	Os profissionais conhecem a Instrução de Trabalho <i>(Orientação: horários e frequência da limpeza, e, conhecer as suas responsabilidades específicas no processo)</i>					
<i>O ambiente do manuseamento/preparação do medicamento:</i>							
	17	Está livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza					
	18	Encontra-se limpo e seco					
	19	Encontra-se em bom estado de conservação					
	20	Existe evidência da limpeza regular, de acordo com a Instrução de Trabalho					

21	Existe limpeza antes da desinfecção <i>(Orientação: na instrução de trabalho, questionar AO)</i>						
22	Utilizam detergente de uso geral						
23	Utilizam álcool etílico a 70% para desinfecção de bancadas, armários e carros de terapêutica						
24	Não existe terapêutica de utilização múltipla						
25	A terapêutica de utilização múltipla está corretamente identificada <i>(Orientação: nome do profissional que prepara, data, hora, nome da solução/concentração)</i>						
26	A terapêutica de utilização múltipla tem estabilidade e esterilidade mantida						
27	É realizada a limpeza e desinfecção antes da preparação de terapêutica						
28	É realizada a limpeza e desinfecção depois da preparação de terapêutica						
29	É realizada a limpeza e desinfecção após remoção dos sacos dos resíduos						

Carros de terapêutica

30	Realizam limpeza e desinfecção exterior (Orientação: evidência com registos)					
31	Realizam limpeza e desinfecção das cassetes (Orientação: evidência com registos)					
32	Realizam limpeza e desinfecção global (Orientação: evidência com registos)					

Armários de armazenamento de medicação

33	Realizam limpeza e desinfecção de maior toque (Orientação: evidência com registos)					
34	Realizam limpeza e desinfecção global armário fechado (Orientação: evidência com registos)					
35	Realizam limpeza e desinfecção global armário aberto (Orientação: evidência com registos)					

<i>Outro equipamento: suportes de terapêutica parentérica</i>						
36	Não evidenciam acumulação de resíduos, pó, manchas ou humidade					
37	São limpos e desinfetados de doente para doente					
38	São limpos e desinfetados diariamente					
<i>Outro equipamento: equipamentos eletrónicos de perfusão parentérica</i>						
39	Cumprem as recomendações do fabricante para a higienização					
40	Não evidenciam acumulação de resíduos, pó, manchas ou humidade					
41	São limpos e desinfetados de doente para doente					
42	São limpos e desinfetados com periodicidade (Orientação: diariamente <input type="checkbox"/> , semanal <input type="checkbox"/> , mensal <input type="checkbox"/>)					
43	É descontaminado o equipamento avariado antes e após da inspeção, manutenção e reparação					
<i>Outro equipamento: frigoríficos</i>						
44	Não evidenciam acumulação de resíduos, pó, manchas ou humidade					
45	São limpos e desinfetados com periodicidade					

		(Orientação: diariamente <input type="checkbox"/> , semanal <input type="checkbox"/> , mensal <input type="checkbox"/>)					
	46	Existe plano de manutenção para os frigoríficos e equipamentos de perfusão parentérica					
TOTAL = 46 critérios							
Índice de Conformidade Total			$[S / (N^{\circ} TC - NA)] \times 100$				

S – Sim; N – Não; P – Parcialmente; N/A –Aplicável; N° TC – N° Total de Critérios

Equipa Auditora

Equipa Auditora

APÊNDICE XVII

Relatório da Auditoria: Higienização dos locais de
acondicionamento e preparação de terapêutica

RELATÓRIO DE AUDITORIA

TEMA: Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde no domínio dos equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração de terapêutica parentérica

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é dos eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados, com impacto valorizável na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida. O trabalho aqui desenvolvido enquadra-se nos grupos de recomendações da Organização Mundial de Saúde, da monitorização, auditoria & feedback e no ambiente, materiais & equipamentos.

A limpeza e/ou higiene do ambiente de cuidados facilita as práticas relacionadas com a prevenção e controlo da infeção, incluindo os equipamentos e materiais clínicos. A este nível, com adoção de boas práticas obtemos uma diminuição da IACS, da resistência dos antimicrobianos e o aumento da *compliance* da higiene das mãos.

Todas as superfícies, equipamentos e aparelhos médicos utilizados na prestação de cuidados têm potencial para a exposição à contaminação. Estando contaminados, estes põem em risco os doentes, os profissionais de saúde e as visitas.

OBJECTIVOS:

- ✓ Identificar o cumprimento das boas práticas da higienização dos equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração terapêutica parentérica;
- ✓ Contribuir para a prevenção e controlo da infeção nos momentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e administração terapêutica parentérica;
- ✓ Promover uma cultura de segurança e melhoria contínua na qualidade dos cuidados na prevenção e controlo da infeção.

ÂMBITO: Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência antimicrobianas.

UNIDADE CLINICA: XXXXXX Hospital

AUDITADOS: Enfermeiros, Assistentes Operacionais

DATA: Dezembro de 2016

EQUIPA AUDITORA: **Enf.^a Orientadora Clínica** (GCL-PPCIRA, Hospital de Santa Marta, CHLC) e **José Faria** (Aluno de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa).

REFERENCIAIS/CRITÉRIOS:

- ✓ *Centro Hospitalar XXXXXX. (2013). Procedimento Multissectorial - CIH. 115 -Utilização de detergentes, antissépticos e desinfetantes. Lisboa.*
- ✓ *Centro Hospitalar XXXXXX. (2014). Política de controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos. Lisboa.*
- ✓ *Centro Hospitalar XXXXXX. (2014). Procedimento Multissectorial - MED. 106- Responsabilidades no circuito do medicamento. Lisboa.*
- ✓ *Centro Hospitalar XXXXXX. (2014). Procedimento Multissectorial - MED. 107 -Administração de medicamentos. Lisboa.*
- ✓ *Centro Hospitalar XXXXXX. (2014). Procedimento Multissectorial - CIH. 101 -Precauções Básicas. Lisboa.*
- ✓ *Centro Hospitalar XXXXXX. (2014). Procedimento Multissectorial - CIH. 102 -Higiene das mãos. Lisboa.*
- ✓ *Centro Hospitalar XXXXXX. (2014). Procedimento Multissectorial - CIH. 114 -Higiene hospitalar. Lisboa.*
- ✓ *Centro Hospitalar XXXXXX. (2016). Procedimento Multissectorial - MED. 105 -Armazenamento de medicamentos. Lisboa.*
- ✓ *CHKS. (2013). Programa de Acreditação Internacional para organizações prestadoras de cuidados de saúde. Normas para a acreditação (4.^a Edição). Lisboa.*
- ✓ *Direção Geral da Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) (No. 029/2012). Lisboa.*
- ✓ *Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2008). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities , 2008. Centers for Disease Control and Prevention, 1–158.*
- ✓ *WHO. (2016) Guidelines on core componentes of infection prevention and control programmes at the national and health care facility level. Geneva: World*

METODOLOGIA:

- ✓ Discussão no GCL PPCIRA
- ✓ Análise dos referenciais
- ✓ Pesquisa bibliográfica
- ✓ Entrevista e observação
- ✓ Análise dos dados no software Excel e SPSS
- ✓ Divulgação dos resultados e recomendações

Nível de conformidade (CHKS, 2013)	
Conformidade Total	≥85%
Conformidade Parcial	76% a 84%
Não Conformidade	≤75%

1 - SUMÁRIO EXECUTIVO

A equipa auditora ao realizar a observação e a análise cuidadosa e sistemática das atividades desenvolvidas, no âmbito da prevenção e controlo das IACS, deparou-se com o envolvimento de todos os sujeitos auditados, contribuindo de forma positiva para os trabalhos desenvolvidos.

O instrumento de recolha de dados foi elaborado pela equipa auditora, após a análise da política e procedimentos institucionais afetos aos objetivos e pesquisa bibliográfica, composto por 46 critérios.

Os critérios auditados estão organizados em 3 domínios:

1. **Organização e Gestão** (n= 6 critérios)
2. **Armazenamento e Acondicionamento** (n = 8 critérios)
3. **Higienização** (n = 32 critérios)

O índice de conformidade total observado no hospital foi cerca de 60%, apresentando-se no gráfico n.º 1.

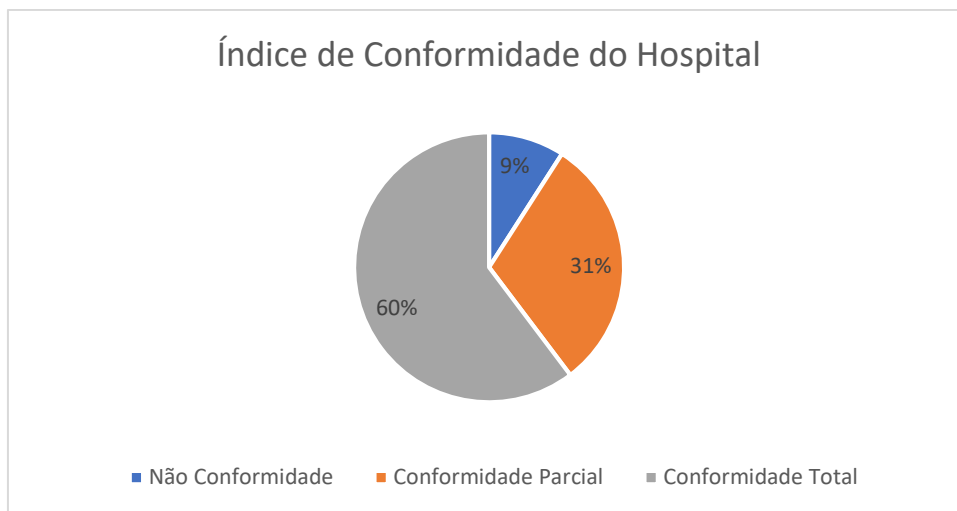


Gráfico 1- Índice de Conformidade

Pontos fortes:

- ❖ A recetividade e a disponibilidade dos auditados;
- ❖ O conhecimento dos profissionais sobre a Política de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos e procedimentos afetos;
- ❖ O armazenamento dos medicamentos.

Pontos fracos:

- ❖ Mancha das mãos nas zonas de maior toque;
- ❖ Receção e acondicionamento das cassetes da terapêutica da farmácia não conforme (à chegada da unidade clinica cassetes colocadas no chão);
- ❖ Contentores de resíduos dos carros de terapêutica acima do nível preconizado.

Oportunidades:

- ❖ Promover a formação e treino em serviço sobre esta temática;
- ❖ Implementar a instrução de trabalho;
- ❖ Realização de auditoria e divulgação de resultados de forma regular.

Ameaças:

- ❖ Em 20 % das unidades clinicas não se procede ao registo das atividades de acordo com o planeado;
- ❖ Não existe, em todas as unidades clinicas auditadas, toalhetes disponíveis;
- ❖ A utilização de medicação múltipla devidamente identificada.

2 – CONSTATAÇÕES E AÇÕES DE MELHORIA

Da auditoria realizada observou-se que as Conformidades Totais representaram cerca de 60%, as Conformidades Parciais verificam-se em 30% dos critérios avaliados e 10% por Não Conformidades. O gráfico 2 e a tabela 1 apresentam os dados de forma gráfica por Unidades Clínicas.

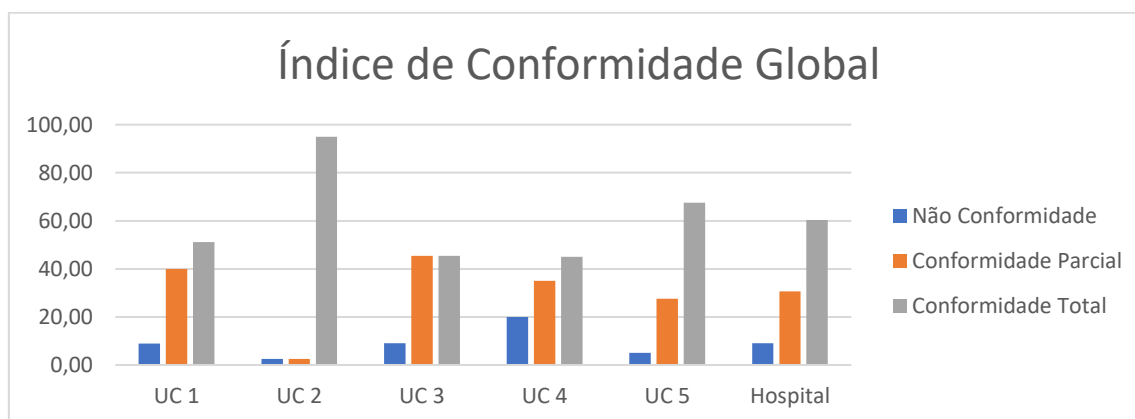


Gráfico2 - Índice de Conformidade Global

	Unidade Clínica					Total
	UC 1	UC 2	UC 3	UC 4	UC 5	
Não Conformidade	4	1	4	8	2	19
Conformidade Parcial	18	1	20	14	11	64
Conformidade Total	23	38	20	18	27	126
Não se aplica	1	6	2	6	6	21

Tabela 1- Respostas à Auditoria por Unidade Clínica

A planificação da auditoria englobou 3 áreas de avaliação distintas: a organização e a gestão, o armazenamento e o acondicionamento de terapêutica, e a higienização. De uma forma geral, o índice de conformidade na dimensão armazenamento e acondicionamento de terapêutica obteve melhores resultados, enquanto que, a organização e gestão foi a que

obteve os resultados menos positivos. Nos gráficos 3, 4, e 5 é possível obter uma leitura e análise dos dados colhidos dos critérios em avaliação.

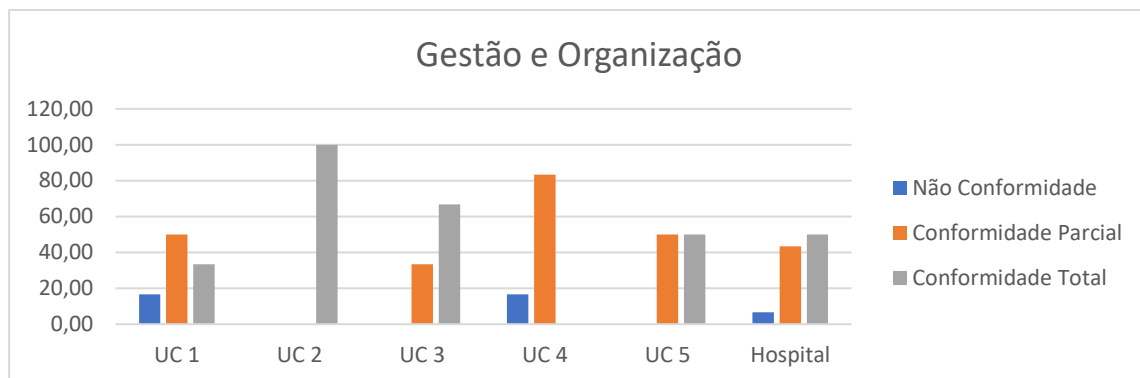


Gráfico 3- Organização e Gestão

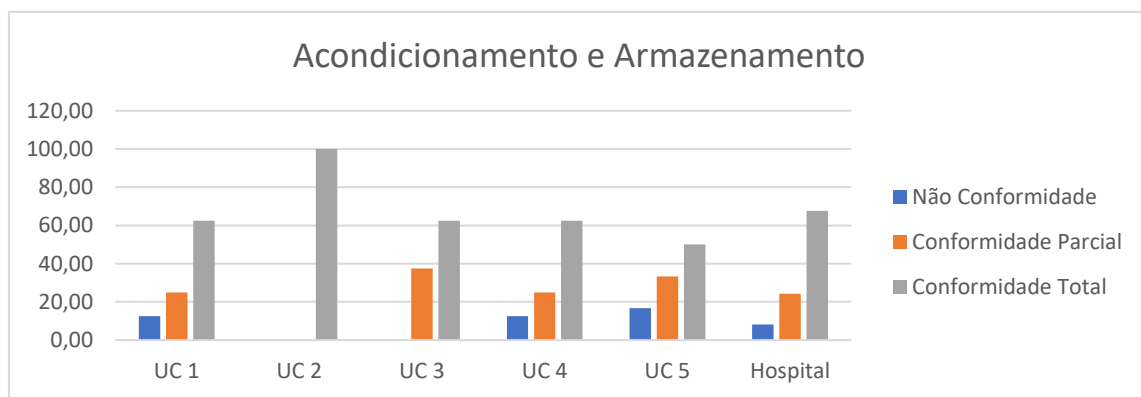


Gráfico 4 - Armazenamento e acondicionamento de terapêutica

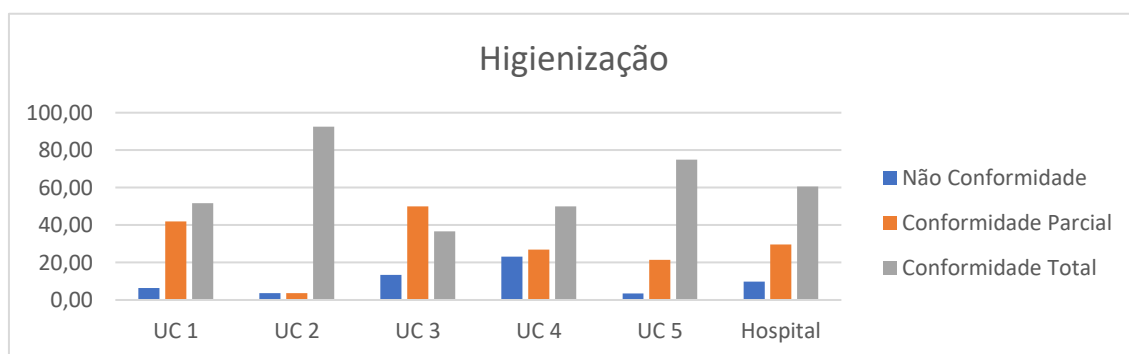


Gráfico 5- Higienização da Unidade Clínica

Da análise dos dados e das observações realizadas nas unidades clínicas, sintetizamos de seguida alguns aspetos que devem merecer a nossa atenção, para melhoria futura. As Unidades Clínicas analisadas estão identificadas com uma codificação própria, que irá ser revelada aos visados.

3 - A EA RECOMENDA

- Promover o envolvimento de todo o staff
- Promover a divulgação dos procedimentos neste domínio
- Realizar formação e treino com simulação no domínio da higienização
- Monitorizar regularmente a atividade dos profissionais responsáveis pela higienização
- Realizar auditorias internas e promover a análise e a discussão dos resultados na equipa
- Definir um local para colocação das cassetes de terapêutica até à sua colocação no carro de terapêutica, de acordo com as normas (evitar o contacto com o chão)
- Elaborar instrução de trabalho sobre higienização dos equipamentos
- Cumprir o plano de higienização dos equipamentos de forma regular e sistemática
- Registar de forma sistemática a atividade de higienização em documento próprio
- Solicitar o apoio das oficinas para reparação dos equipamentos

Equipa Auditora

Equipa Auditora

Enf.^a Orientadora Clínica

Enf.º José Silva Faria

APÊNDICE XVIII

Instrução de Trabalho: Higienização dos locais de
acondicionamento e preparação de terapêutica

	Unidade Clínica
	Descontaminação do equipamento do circuito do medicamento parentérico
	IT. (CIH.101, 102, 114, MED. 105) 0000

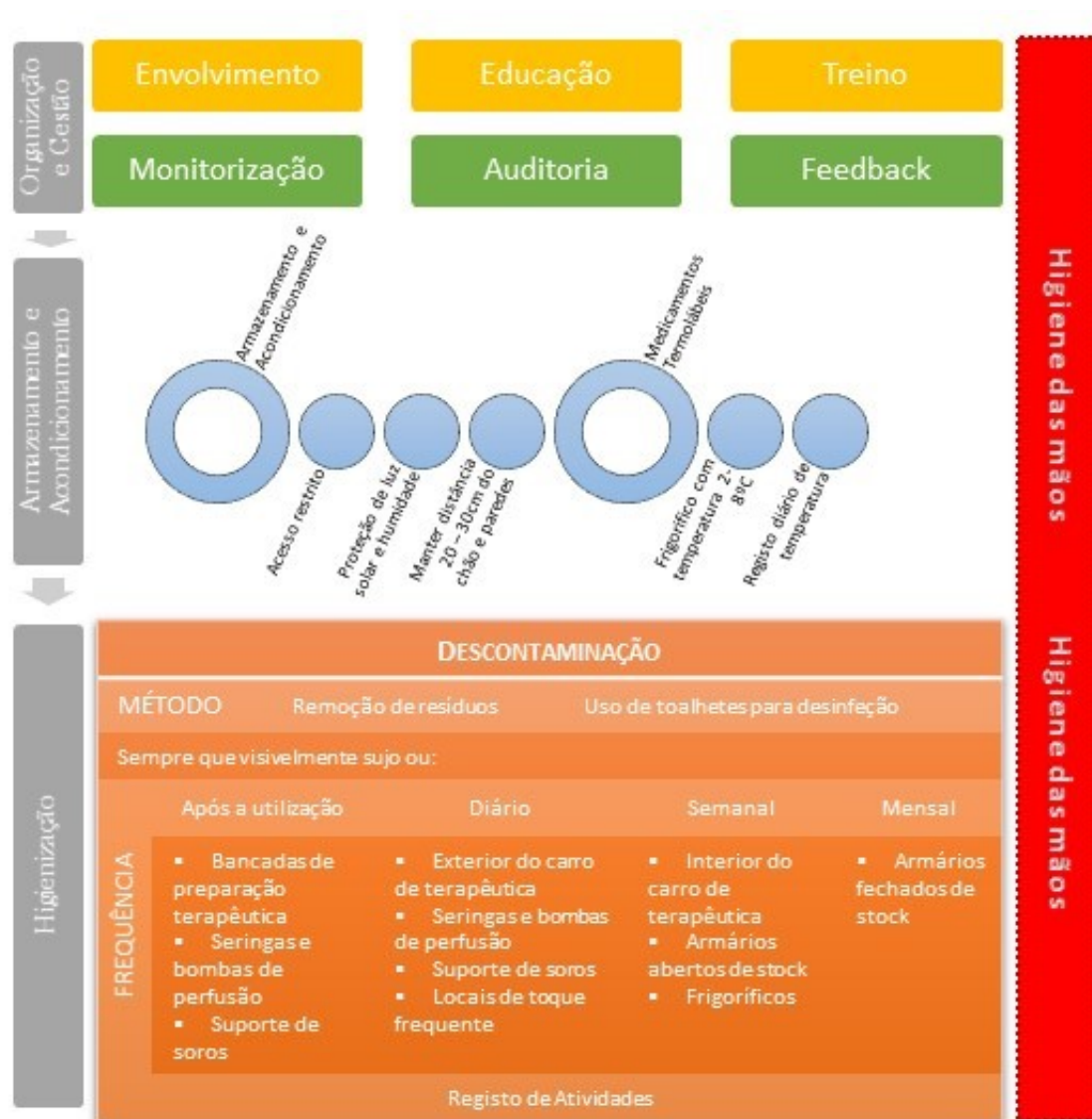
1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Baseado no Procedimento Multissetorial CIH 101, 102, 114 e MED. 105, com o objetivo de uniformizar as práticas de descontaminação do equipamento do circuito do medicamento parentérico.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os Enfermeiros e Assistentes Operacionais envolvidos na descontaminação do equipamento do circuito do medicamento parentérico.

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO



APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
__/__/__	Autor: Enf.º José Faria (Mestrando em Enfermagem MC, UCP) Orientação clínica: Enf.ª Orientadora Orientação tutorial: Prof.ª Patrícia Pontífice-Sousa, Phd (UCP)		1/2

	Unidade Clínica
	Descontaminação do equipamento do circuito do medicamento parentérico
	IT. (CIH.101, 102, 114, MED. 105) 0000

4 – REGISTO DE ATIVIDADES

Registo de Atividades									
Descontaminação do equipamento do circuito do medicamento parentérico									
IT. (CIH.101, 102, 114, MED. 105) 0000									
Unidade Clínica/Área						Folha de Registo nº__			
_____/_____/_____						Mês/Ano			
Dia	BCT	EEP	SS	ECT	LTF	ICT	AAS	FRIG	AFS
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			
T	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M		Turno M		
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			Turno M	
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
D	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			
T	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M		Turno M		
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			Turno M	
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
D	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			
T	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M		Turno M		
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			Turno M	
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				Turno M
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
D	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			
T	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M		Turno M		
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			Turno M	
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				Turno M
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
D	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			
T	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M		Turno M		
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M			Turno M	
Q	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				Turno M
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
S	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				
D	DDAU	Turno M	Turno M	Turno M	Turno M				

BCT – bancada carro terapêutica; **EEP** - equipamento eletrónico de perfusão; **SS** – suporte soros; **ECT** - exterior carro terapêutica; **LTF** – locais de toque frequente; **ICT** – interior carro terapêutica; **AAS** – armários abertos de stock; **FRIG** – frigorífico; **AFS** – armários fechados de stock; **DD/AU** – doente para doente e após utilização

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
____/____/____	Autor: Enf.º José Faria (Mestrando em Enfermagem MC, UCP) Orientação clínica: Enf.ª Orientadora Orientação tutorial: Prof.ª Patrícia Pontífice-Sousa, Phd (UCP)		2/2

APÊNDICE XIX

Apresentação dos Resultados da Auditoria:
Higienização dos locais de acondicionamento e
preparação de terapêutica

Relatório da Auditoria



Enf.ª Orientadora (GCL-PPCIRA)
José Faria (Aluno de Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirúrgica na Universidade Católica
Portuguesa)



Dezembro 2016

Este documento é propriedade da Universidade Católica Portuguesa e não pode ser reproduzido sem a autorização da mesma. A sua utilização para fins não académicos é proibida. A sua utilização para fins académicos é permitida desde que seja citada a fonte.

Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde no domínio dos equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração de terapêutica parentérica

Higienização do equipamento clínico

Diminuição das INCS
Diminuição das resistências
Aumento da compliance da higiene das mãos

Objetivos

- Identificar o cumprimento das boas práticas da higienização dos equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração terapêutica parentérica.
- Contribuir para a prevenção e controlo da infeção nos momentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e administração terapêutica parentérica.
- Promover uma cultura de segurança e melhorar o nível de qualidade dos cuidados na prevenção e controlo da infeção.

Metodologia

- Discussão no GCL-PPCIRA
- Análise das referências
- Pesquisa bibliográfica
- Entrevista e observação
- Análise dos dados no software Excel e SPSS
- Divulgação dos resultados e recomendações



e de
pare

Higienização do equipamento clínico

Diminuição das IACS
Diminuição das resistências
Aumento da compliance da higiene
das mãos



Objetivos

- Identificar o cumprimento das boas práticas da higienização dos equipamentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e de apoio à administração terapêutica parentérica;
- Contribuir para a prevenção e controlo da infeção nos momentos de armazenamento/acondicionamento, preparação e administração terapêutica parentérica;
- Promover uma cultura de segurança e melhoria contínua na qualidade dos cuidados na prevenção e controlo da infeção

preparação e

Promover u
contínua na q
controlo da int

Metodologia

- Discussão no GCL PPCIRA
- Análise dos referenciais
- Pesquisa bibliográfica
- Entrevista e observação
- Análise dos dados no software Excel e SPSS
- Divulgação dos resultados e recomendações



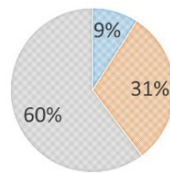
Constatações

Resposta Global	Serviço					Total
	UC 1	UC 2	UC 3	UC 4	UC 5	
Não Conformidade	4	1	4	8	2	19
Conformidade Parcial	18	1	20	14	11	64
Conformidade total	23	38	20	18	27	126
Não se aplica	1	6	2	6	6	21



HOSPITAL

■ Não Conformidade ■ Conformidade Parcial ■ Conformidade Total



		Serviço					Total
		UC 1	UC 2	UC 3	UC 4	UC 5	
Resposta Global	Não Conformidade	4	1	4	8	2	19
	Conformidade Parcial	18	1	20	14	11	64
	Conformidade Total	23	38	20	18	27	126
	Não se aplica	1	6	2	6	6	21



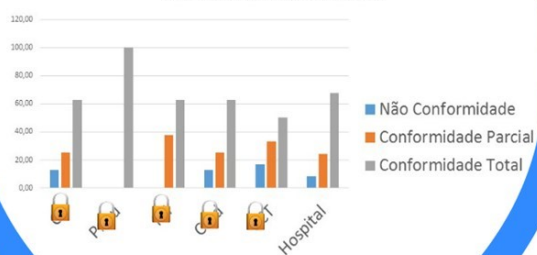
Áreas de avaliação



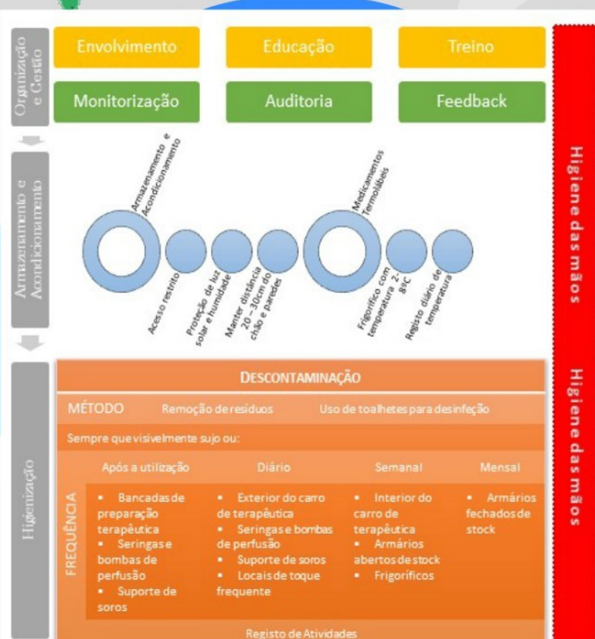
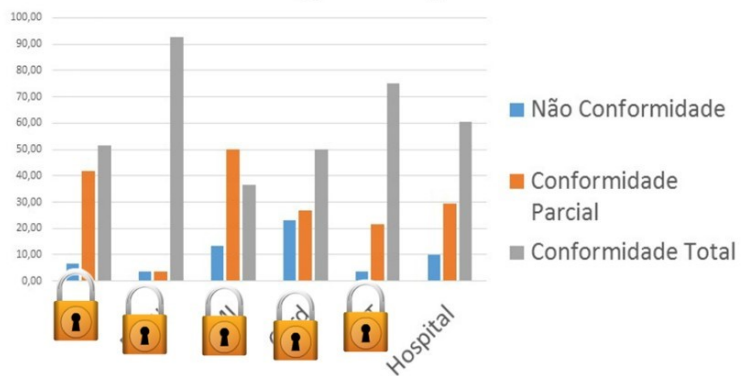
Gestão e Organização



Acondicionamento e Armazenamento



Higienização



- Centro Hospitalar Lisboa Central I.P.E. (2013). Procedimento Multissetorial - CH. 115 - Utilização de detergentes, antissépticos e desinfetantes. Lisboa.
- Centro Hospitalar Lisboa Central I.P.E. (2014). Política de controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos. Lisboa.
- Centro Hospitalar Lisboa Central I.P.E. (2014). Procedimento Multissetorial - MED. 106 - Responsabilidades no circuito do medicamento. Lisboa.
- Centro Hospitalar Lisboa Central I.P.E. (2014). Procedimento Multissetorial - MED. 107 - Administração de medicamentos. Lisboa.
- Centro Hospitalar Lisboa Central I.P.E. (2014). Procedimento Multissetorial - CH. 101 - Precauções Básicas. Lisboa.
- Centro Hospitalar Lisboa Central I.P.E. (2014). Procedimento Multissetorial - CH. 102 - Higiene das mãos. Lisboa.
- Centro Hospitalar Lisboa Central I.P.E. (2014). Procedimento Multissetorial - CH. 114 - Higiene hospitalar. Lisboa.
- Centro Hospitalar Lisboa Central I.P.E. (2016). Procedimento Multissetorial - MED. 105 - Armazenamento de medicamentos. Lisboa.
- CHKS. (2013). Programa de Acreditação Internacional para organizações prestadoras de cuidados de saúde. Normas para a acreditação (4.a Edição). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) (No. 029/2012). Lisboa.
- Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2008). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008. Centers for Disease Control and Prevention. 1-158.
- WHO. (2016) Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization:

ANEXOS

ANEXO I

Aprovação Para Publicação Da Revisão Integrativa



[eglobal] Decisión editorial



6 de noviembre de 2016 às 10:11

Estimado/a Enf. José Silva Faria:

Tras la evaluación pertinente de los revisores, le comunico que ya hemos tomado una decisión respecto a su trabajo titulado "O conforto do idoso em cuidados intensivos - revisão integrativa", con identificador 266321, en cuanto a su publicación en Enfermería Global.

Nuestra decisión editorial es: Aceptar para publicación en el nº 48, octubre 2017.

Independientemente de la fecha en la que el artículo sea publicado, DEBE HACER (AGOSTO) AN LOS DÍAS DE RODUCIR EL ID DEL ARTÍCULO EN ESE PLAZO DE tiempo, entenderemos que no desea abonarlo y el artículo quedará eliminado de nuestros archivos, dando paso a otro artículo aceptado en la revisión por pares.

Por favor, para poder emitirle el correspondiente recibo según se indica en <http://revistas.um.es/eglobal/about/submissions#authorFees>, reenvíe este mensaje a jsj@um.es junto con los siguientes datos del pagador: 1) Nombre completo; 2) NIF, NIE o Pasaporte; 3) Domicilio fiscal; 4) Dirección de email.

La separata del artículo la obtendrá en formato pdf en la edición electrónica de la revista en cuanto sea publicado en el número correspondiente.

Gracias por su colaboración.



Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia.
eglobal@um.es

Enfermería Global
<http://revistas.um.es/eglobal>

ANEXO II

Workshop Ventilação Não Invasiva



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA,

membro nº **60199** desta Ordem, esteve presente no **Workshop Ventilação Não Invasiva** no âmbito do **IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, no dia **20 de Janeiro de 2017**, num total de **3 horas**, em Braga, no Auditório do Hospital de Braga.

Braga, 20 de Janeiro de 2017.

A Bastonária

Ana Rita Cavaco Pedroso



IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas
em Enfermagem Médico-Cirúrgica
**GENTE QUE CUIDA DE GENTE
EM CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA**

■ Auditório do Hospital de Braga
20 e 21 de Janeiro de 2017



WORKSHOP

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

OBJECTIVOS:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências na gestão da doença respiratória aguda ou crónica;
- Estimular o conhecimento sobre a abordagem das condições respiratórias da pessoa, das suas necessidades e dos critérios preditores de sucesso da prática da ventilação não invasiva;
- Privilegiar o desenvolvimento de protocolos/directrizes e o estabelecimento de normas a aplicar no desenvolvimento da prática Ventilação Não Invasiva (VNI) em contexto clínico e/ou na comunidade.

CONTEÚDOS:

- Selecção do candidato a VNI;
- Indicações e contra-indicações da VNI;
- VNI na insuficiência respiratória aguda;
- Modalidades e parametrização;
- Interfaces e equipamentos;
- Complicações da VNI;
- Componente prática.

DINAMIZADOR:

- Dinamizado por Nelson Nabais

ANEXO III

Introdução à Investigação Clínica – Workshop 2 – Da
Leitura Crítica à Elaboração do Manuscrito para
Publicação

Não Identificar



DECLARAÇÃO

Declara-se que **JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA** frequentou a Acção de Formação “**Introdução à Investigação Clínica - Workshop 2 - Da Leitura Crítica à Elaboração do Manuscrito para Publicação**” realizada no dia **19 de Maio de 2016**, com a duração total de **7 horas**.

Lisboa, 25 de Maio de 2016

A Área de Gestão da Formação

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Rui Pereira', is written over the printed name.

Rui Pereira
Técnico Superior

Não Identificar

(Programa no verso)

Declaração N.º4323/2016/CO

Não Identificar

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

PROGRAMA

- Publicar na Carreira Clínica;
- O que ler e o que escrever: tipos de leitura e tipos de escrita;
- Aprende-se a escrever lendo. Quem faz o quê: autores, afiliações, agradecimentos
- Aprende-se a escrever lendo. O quê, o porquê e o para quê: fundamentação e objectivos;
- Aprende-se a escrever lendo. O como: a metodologia, as gentes e os materiais;
- Aprende-se a escrever lendo. O que se obteve: os resultados;
- Aprende-se a escrever lendo. O significado das coisas: a reflexão da discussão e a mensagem da conclusão;
- Aprende-se a escrever lendo. Onde a ciência conflui com o resumo e palavras marketing: título e palavras-chave;
- Trabalho prático de grupo: crítica de artigos científicos;
- Apresentação e discussão de artigos;
- Avaliação.

ANEXO IV

Curso de Investigação de Enfermagem



Certificado



O Pró-reitor para os Novos Projetos de Ensino, Professor Doutor José Filipe Vilela Vaz, certifica que

José Manuel da Silva Faria

Frequentou o Curso de **Investigação em Enfermagem (140 horas)**, na modalidade de Ensino a Distância.

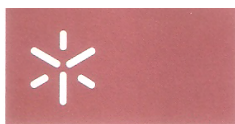
Braga, 25 de julho de 2016.

O Pró- Reitor

**JOSÉ FILIPE
VILELA VAZ**

Assinado de forma
digital por JOSÉ FILIPE
VILELA VAZ
Dados: 2016.08.02
15:10:31 +01'00'

(José Filipe Vilela Vaz)



Universidade do Minho
Serviços Académicos

Carla Isabel Pereira Lavrador, Diretora dos Serviços Académicos da Universidade do Minho, certifica, em face do arquivo respetivo, que José Manuel da Silva Faria, natural da freguesia de Rio Côvo (Santa Eulália), concelho de Barcelos, distrito de Braga, frequentou com aproveitamento o Curso de Investigação em Enfermagem, na modalidade de Ensino a Distância, incluindo os seguintes módulos de formação, que totaliza 5 créditos ECTS:

- Fundamentos Epistemológicos e Metodológicos de Investigação – (1 ECTS);
- Processo de Investigação: Fases, Métodos e Técnicas – (1 ECTS);
- Instrumentos para a Análise de Dados Qualitativos – (1,5 ECTS);
- Instrumentos para a Análise de Dados Quantitativos – (1,5 ECTS);

Mais certifica que concluiu o referido curso aos 20 de julho de 2016, com a classificação final de 15 (quinze) valores.

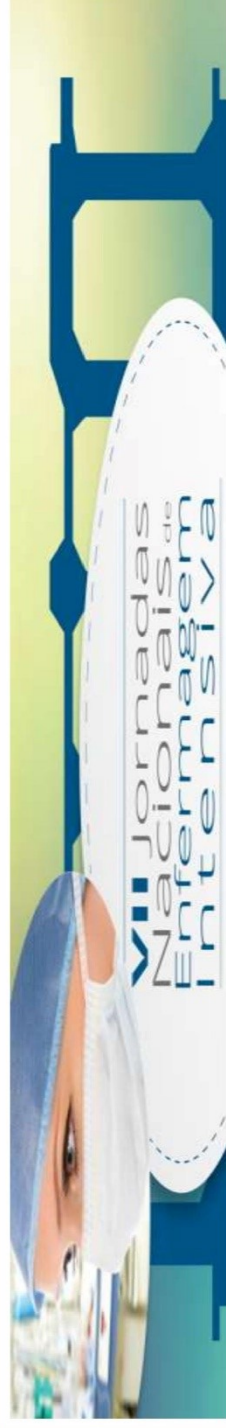
A presente certidão vai firmada com o selo branco desta Universidade.

Secretaria dos Serviços Académicos da Universidade do Minho, aos 19 de outubro de 2016.

A Diretora de Serviços,

ANEXO V

Certificado de apresentação do poster “O conforto do idoso em cuidados intensivos – revisão integrativa” nas VII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva



CERTIFICADO

Certifica-se que a Comunicação Livre em Poster com o Título “**O CONFORTO DO IDOSO EM CUIDADOS INTENSIVOS - REVISÃO INTEGRATIVA**” da qual são autores: José Manuel Silva Faria*, Patrícia Pontífice-Sousa, Phd** e Mário João Pinto Gomes*** foi apresentada por **José Manuel da Silva Faria** nas “**VII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva**”, realizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, de 23 e 24 de Setembro de 2016, em Évora.

Dr. Antero Fernandes
Presidente da SPCI

Enf. Maria Manuel Varela
Presidente das Jornadas

ANEXO VI

Certificado de apresentação do poster “As transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem – revisão integrativa” nas II Congresso de Enfermagem JMS



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exmo(a) Senhor(a)

José Silva Faria

Participou no Concurso de Posters do II Congresso de Enfermagem JMS
"Da Prática à Evidência- Abordagem do Doente Crítico" realizado no auditório
Auditório ESEL - Polo Artur Ravara dias 22 e 23 de Maio de 2017,
como autor do poster com o tema
"As transições vivenciadas pela pessoa com um pacemaker ou cardioversor
desfibrilhador, sensíveis aos cuidados de enfermagem – revisão integrativa"

Lisboa, 23 maio de 2017

Maria Fátima Faria

Maria Fátima Faria
Presidente

ANEXO VII

Melhoria da Qualidade dos Cuidados: "Monitorização
da Infecção do Local Cirúrgico nos Doentes Pós-
Implantação dos Dispositivos Médicos"

Não Identificado

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que, o Sr.º Enfermeiro **José Manuel da Silva Faria**, no dia **21 de dezembro 2016**, esteve presente na formação, com a duração de duas horas, na Sessão Clínica da Cardiologia no âmbito da implementação do Projecto de Melhoria da Qualidade dos Cuidados "*Monitorização da infeção do local cirúrgico nos doentes pós implantação de dispositivos médicos*", no Centro Hospitalar de Lisboa

C. Não Identificado

Por ser verdade, se passa a presente declaração.

H. Não Identificado, 28 de dezembro de 2016

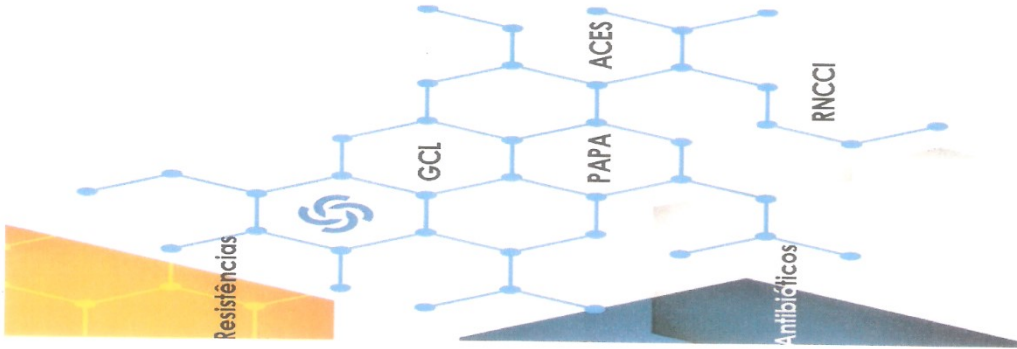
Del.º GCL PPCIRA, H. Não Identificado

Fernanda Pereira Santos
(Fernanda Pereira Santos, Enf.º. Chefe)

FERNANDA PEREIRA
Enfermeira Chefe

ANEXO VIII

Certificado de participação nas “II Jornadas do
PPCIRA”



II Jornadas PPCIRA

17 e 18 de novembro de 2016

CERTIFICADO

Declara-se que Hos Manuel da Silva Faria participou nas II Jornadas do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que decorreram no Auditório Tomé Pires, INFARMED, nos dias 17 e 18 de Novembro de 2016.

Para a Direção do PPCIRA



REPÚBLICA PORTUGUESA
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DGS
Direção-Geral da Saúde
desde 1899

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

ANEXO IX

Grelha de Auditoria: “Prevenção da infecção associada à colocação e manutenção do Cateter Venoso Central”

GRELHA DE AUDITORIA

TEMA: Prevenção da infeção associada à colocação e manutenção do Cateter Venoso Central (CVC)

OBJECTIVOS:

- Identificar o cumprimento das orientações definidas no procedimento multisectorial CIH. 124 - Prevenção da Infeção Relacionada com dispositivos intravasculares.
- Contribuir para a prevenção e controlo de infeção em doentes com cateter venoso central.
- Promover uma cultura de segurança e melhoria contínua na qualidade dos cuidados ao doente com cateter venoso central

ÂMBITO: Unidade Clínica

AUDITADOS: Enfermeiros, Médicos

ORGANIZAÇÃO: GCL-PPCIRA e Elos dinamizadores

EQUIPA AUDITORA:

DATA: ___/___/2016

REFERENCIAIS/CRITÉRIOS:

- Manual de acreditação do CHKS, 2013 - Norma 26; Critérios 26.16, 26.19
- CIRA.124 - Prevenção da Infeção Relacionada com dispositivos intravasculares no Adulto
- CIH.101 – Precauções Básicas
- CIH.102 - Higiene das mãos
- O'Grady, et al., *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*, 2011. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Department of Health and Human Services (CDC). 2009: p. 67.

1. CONSTATAÇÕES

DOENTE (N.º processo)				
DIAGNÓSTICO CLÍNICO				
DATA ADMISSÃO NA UNIDADE CLÍNICA				
DATA DA COLOCAÇÃO DO CVC	___/___/2015	DATA DE REMOÇÃO DO CVC	___/___/2014	
DATA COLHEITA HEMOCULTURA (se aplicável)	___/___/2015			
MICROORGANISMO				
ANTIBIÓTICO		ADEQUADO	SIM	NÃO

Critérios	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				Observações
		T	P	NÃO	N/A	
Organização e Gestão						
1	Os Profissionais conhecem o <i>Procedimento Multisectorial</i> CIRA. 124					
2	O PM está disponível na Unidade Clínica (UC)					
3	O Plano de Formação da UC contempla formação nesta área					
4	A UC realiza auditorias internas					
5	Os resultados das auditorias são divulgados					
Critérios de colocação do CVC						

Critérios	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				Observações
		T	P	NÃO	N/A	
6	Difícil acesso venoso periférico					
7	Necessidade de diálise					
8	Necessidade de Inotrópicos, emulsões lipídicas, fluidos venos-irritantes					
9	Outros (ex. cirurgia)					
Seleção do Local de Inserção						
10	Subclávia					
	Jugular					
	Femoral					
11	CVC com o mínimo número de lúmens					
Higiene das mãos						
12	Antes da troca dos sistemas de infusão					
13	Após a troca dos sistemas de infusão					
14	Antes da administração de terapêutica					
15	Após administração de terapêutica					
16	Antes da realização dos pensos					
17	Após a realização dos pensos					
18	Antes de calçar as luvas					
19	Após retirar as luvas					
Inserção do CVC						
20	Realiza lavagem cirúrgica das mãos					
21	Cumpra a técnica asséptica incluindo o uso de barrete, máscara, bata estéril, luvas estéreis e					

3

Critérios	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				Observações
		T	P	NÃO	N/A	
	campo esterilizado de grandes dimensões, durante a inserção do CVC					
22	Antes da inserção do CVC fricciona a pele durante 30 segundos, com antisséptico apropriado : - Clorexidina a 2% em álcool isopropílico a 70% (sendo a escolha preferencial) - Cloreto de benzalcónio em propanol - Iodopovidona em isopropanol - Outro (Qual?)					
23	O antisséptico actua no local até secar					
24	Assegura a integridade dos lúmens do cateter					
25	Lava cada um dos lúmens do cateter com soro fisiológico					
26	É registado em local próprio o nome do profissional, a data e a hora de inserção do CVC					
Realização de pensos do CVC						
27	Nas mudanças de penso, desinfecta a pele friccionando durante 30 segundos, com antisséptico: - Clorexidina a 2% em álcool isopropílico a 70% (sendo a escolha preferencial) - Cloreto de benzalcónio em propanol - Iodopovidona em isopropanol - Outro (Qual?)					
28	A mudança de pensos é realizada de acordo com o tipo de penso:					

4

Critérios	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				Observações
		T	P	NÃO	N/A	
- Pensos transparentes semipermeáveis substituídos a cada 7 dias						
- Pensos de gaze substituídos a cada 48h						
- Quando descolados ou repassados						
Nos locais com lesões e/ou sangrantes utiliza penso de gaze, substituído cada 24h ou quando repassado.						
29 Não coloca antibióticos tópicos nos locais de inserção (excepto nos cateteres de hemodíalise) (risco de emergência de resistência aos antibióticos e de infecções fúngicas).						
30 Cumpre a técnica asséptica (pedir para descrever o procedimento....)						
Substituição dos sistemas de administração						
31 Os sistemas de administração intravenosos, torneiras e prolongamentos, são substituídos com uma frequência de 96 horas						
32 Os sistemas utilizados para administração de sangue, derivados de sangue ou emulsões lipídicas são substituídos dentro de 24 horas após início da infusão						
33 Os prolongamentos utilizados na administração das infusões de medicação são substituídos de acordo com o tipo de medicação (Ex. Insulina, Propofol- cada 6 a 12 horas)						
Substituição dos dispositivos de acesso intravascular sem agulha						
34 As conexões e seus componentes são substituídos pelo menos com a mesma frequência do sistema de administração						
35 As torneiras de 3 vias ou os dispositivos de acesso intravascular sem agulha são desinfectados (álcool a 70%) antes de aceder ao sistema						

5

Critérios	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				Observações
		T	P	NÃO	N/A	
36 Utiliza apenas dispositivos estéreis no acesso ao sistema intravascular Ex. Tampas						
37 As tampas nas torneiras de três vias são mantidas quando o acesso não está a ser utilizado						
Vigilância de infecção relacionada com o cateter						
38 Inspecciona regularmente, (palpação através do penso intacto ou visualmente) o local do cateter, em função da situação clínica de cada doente						
39 É instruído o doente/acompanhante para comunicar aos profissionais qualquer alteração no local de inserção do cateter ou algum novo desconforto						
40 É registado em local próprio a data e a hora de remoção do CVC						
41 É registado em local próprio a mudança dos pensos do CVC						
42 As culturas das pontas de cateter não são feitas por rotina						
43 A ponta de CVC é sempre acompanhada de uma colheita de sangue para hemocultura						
44 A colheita do sangue para a hemocultura é de veia periférica diferente						
Remoção do cateter						
45 O CVC é removido assim que não é essencial a sua utilização						
46 O CVC não é substituído por rotina/protocolo da Unidade						
47 O CVC é substituído se há sinais de infiltração.						
48 O CVC é substituído se a data de inserção não é conhecida						

6

Critérios	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores				Observações
		T	P	NÃO	N/A	
49	O CVC é substituído se há suspeita de infecção da corrente sanguínea relacionada com o cateter (CVC com pelo menos uma hemocultura positiva obtida através de veia periférica)					
Preparação e controlo de qualidade da medicação intravenosa						
50	Na utilização de frascos multidose é feita a sua refrigeração após terem sido abertos, se for recomendado pelo fabricante e colocada a data de abertura, a data e o nome do profissional					
51	É desinfectado o diafragma de borracha dos frascos multidose (álcool a 70%) antes de inserir um dispositivo dentro do frasco					
52	É utilizado dispositivo estéril para aceder ao frasco multidose (evitar contaminar o material após a perfuração do diafragma de borracha)					
TOTAL = 52 critérios						
Índice de Conformidade Total		= _____ %				

ANEXO X

Certificado de participação na formação “Conta a
Gripe: Vacinar, Vacinar”

Não Identificado



DECLARAÇÃO

Declara-se que **JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA** frequentou a Acção de Formação "**Contra a Gripe: Vacinar, Vacinar**" realizada **no dia 8 de Novembro de 2016**, com a duração total de **1 hora e 15 minutos**.

Lisboa, 2 de Fevereiro de 2017

ANA VAZ PEREIRA

Não Identificado

A Área de Gestão da Formação

A handwritten signature in black ink that reads 'Ana Vaz Pereira'.

Ana Vaz Pereira
Técnica Superior

(Programa no verso)

Declaração N.º8266/2016/LS

Não Identificado

PROGRAMA

Conferência "Contra a Gripe: Vacinar, Vacinar":

- Vacinação antigripal: eficácia e segurança
- Articulado das orientações técnicas da Direcção-Geral de Saúde (D.G.S.)

ANEXO XI

Certificado do Curso de Formação Pedagógica Inicial
de Formadores



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP

Entidade certificadora competente ao abrigo da Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio

Certificado de Competências Pedagógicas

Certifica-se que JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA, natural de BARCELOS, nascido(a) em 10-11-1984, titular do cartão cidadão n.º 12539957, válido até 21-01-2017, possui competências pedagógicas para exercer a atividade de FORMADOR (M/F).

Conceição Matos

Diretora do Departamento de Formação Profissional

Certificado n.º **F649255/2016**

Emitido em: 09-11-2016 | Impresso em 09-11-2016

Validação digital de acordo com a Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio
Pode ser consultado no portal <https://netforce.iefp.pt>



REPÚBLICA
PORTUGUESA

MINISTÉRIO DO TRABALHO,
SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA
SOCIAL

Anexo ao Certificado de Competências Pedagógicas n.º F649255/2016

Via Formação Pedagógica Inicial de Formadores

Curso:

Formação Pedagógica Inicial de Formadores

Concluído em 15-10-2016

Entidade formadora:

ALAMEDAS OFFICE - CONSULTADORIA E FORMAÇÃO RECURSOS HUMANOS,
RUA RIO GANDARA, 697
formacao@alamedasoffice.pt

Duração: 116 horas

Avaliação final: 5 - EXCELENTE

Estrutura curricular

MÓDULO 1. FORMADOR: SISTEMA, CONTEXTOS E PERFIL

MÓDULO 2. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL

MÓDULO 3. COMUNICAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE GRUPOS EM FORMAÇÃO

MÓDULO 4. METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS

MÓDULO 5. OPERACIONALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO: DO PLANO À ACÇÃO

MÓDULO 6. RECURSOS DIDÁTICOS E MULTIMÉDIA

MÓDULO 7. PLATAFORMAS COLABORATIVAS DE APRENDIZAGEM

MÓDULO 8. AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DAS APRENDIZAGENS

MÓDULO 9. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA FINAL

ANEXO XII

Declaração de Formador na Ação de Formação:
Precauções Básicas de Controlo de Infeção

Não Identificado

R



CERTIFICADO

Certifica-se que **JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA** colaborou como formador(a) **F649255/2016** na Acção de Formação “**Precauções Básicas em Controlo da Infecção - 1ª ação**”, realizada **no dia 30 de Novembro de 2016**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 15 de Dezembro de 2016

A Área de Gestão da Formação

A handwritten signature in purple ink, reading 'Ana Vaz Pereira', is written over a circular official stamp.

Ana Vaz Pereira
Técnica Superior

(Programa no verso)

Certificado N.º1226/2016/AC

Não Identificado

Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação) 9-04-2001 - ACSS)

PROGRAMA

Precauções Básicas em Controlo da Infeção e a equipa da limpeza.

Noções Básicas;

Cadeia epidemiologia e vias de transmissão;

Higiene das mãos;

Utilização do equipamento de proteção individual, etiqueta respiratória, gestão de resíduos hospitalares.

Controlo ambiental, exposição do risco no local do trabalho.



Não Identificado



CERTIFICADO

Certifica-se que **JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA** colaborou como formador(a) **F649255/2016** na Acção de Formação “**Precauções Básicas em Controlo da Infecção - 2ª ação**”, realizada **no dia 30 de Novembro de 2016**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 15 de Dezembro de 2016

A Área de Gestão da Formação

A handwritten signature in purple ink that reads 'Ana Vaz Pereira'.

Ana Vaz Pereira
Técnica Superior

(Programa no verso)

Não Identificado

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

ANEXO XIII

Formação “Microsoft Excel – Nível I”

Não Identificado



CERTIFICADO

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Regulamentar n.º 35/2002, de 23 de Abril

Certifica-se que **JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA**, natural de Rio Covo Barcelos, nascido(a) a 10-11-1984, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do documento de identificação com o n.º 12539957, frequentou com Aproveitamento na Área de Gestão da Formação, nos dias 12, 13 e 14 de Outubro de 2016, com a duração total de **12 horas**, a Acção de Formação

"Microsoft Excel - Nível I"

(vide programa no verso)

Lisboa, 21 de Outubro de 2016

A Área de Gestão da Formação


Rui Pereira

Técnico Superior

Certificado N.º618/2016/CO

Não Identificado

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

PROGRAMA

1. Explorando o Excel 2007;
2. Edição de dados;
3. Ordenar e filtrar dados;
4. Formatação de dados;
5. Fórmulas e funções.

ANEXO XIV

Certificado de Participação no Curso:
Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso
Múltiplo

Não Identificado



DECLARAÇÃO

Declara-se que **JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA** frequentou a Acção de Formação **“Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo”** realizada **no dia 24 de Novembro de 2016**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 13 de Dezembro de 2016

A Área de Gestão da Formação

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Ana Vaz Pereira', is written over a light blue horizontal line.

Ana Vaz Pereira
Técnica Superior

Ar
ão

Não Identificado

(Programa no verso)

Declaração N.º8226/2016/AC

Não Identificado

PROGRAMA

- Importância do serviço de esterilização para o controle de infecção no hospital.
- Importância do serviço de esterilização para a atividade do BO
- Rastreabilidade dos dispositivos médicos
- Métodos de esterilização e sua monitorização.

ANEXO XV

Certificado de Participação no Ciclo de Conferências:

“Segurança do Doente”

Não Identificado



CICLO DE CONFERÊNCIAS SEGURANÇA DO DOENTE

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

José Manuel da Silva Faria

Participou na Conferência

“Segurança do Doente: Identificação Segura?”

Realizado no dia 14 de Dezembro de 2016, no Hospital [

Não Identificado

com a duração total de 4 Horas.

Não Identificado

Técnica Superior
Área de Gestão da Formação



Segurança
do Doente

Não Identificado

ANEXO XVI

Certificado de Participação no IV Encontro de
Enfermeiro Especialistas em Enfermagem Médico-
Cirúrgica



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOSÉ MANUEL DA SILVA FARIA

membro nº30199 desta Ordem, esteve presente no **IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, nos dias 20 e 21 de Janeiro de 2017, num total de 9 horas em Braga, no Auditório do Hospital de Braga.

Braga, 21 de Janeiro de 2017.

A Bastonária

Ana Rita Cavaco Pedroso



IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**GENTE QUE CUIDA DE GENTE
EM CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA**

**Audatório do Hospital de Braga
20 e 21 de Janeiro de 2017**



PROGRAMA

20 DE JANEIRO DE 2017

14h00 Mesa inaugural - Investigação: Que contributos para melhores práticas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC)?

Moderador - Rui Gonçalves, Vice-presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE)

_ A importância da informação de Enfermagem no pré-operatório: construção e validação de instrumento de medida, Marco António Rodrigues Gonçalves, EEEMC

_ Avaliação da cultura de segurança de doentes em Enfermeiros de Cuidados Intensivos no Hospital β, Manuel Filipe Rodrigues Pedreira, EEEMC

15h00 Sessão solene de abertura

_ Ana Rita Cavaco, Digníssima Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

_ Vasco Luís de Mello, Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Braga

_ Maria de Fátima Faria, Enfermeira Directora do Hospital de Braga

_ Catarina Lobão, Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) da OE

_ João Paulo Carvalho, Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Norte da OE

16h00 A visibilidade da nossa prática – Pannel de comunicações livres

_ Adesão à terapêutica analgésica pelo doente com dor crónica

Maria Manuela Mendes

_ Dificuldades e estratégias de adesão dos enfermeiros às medidas de prevenção das infeções hospitalares: revisão integrativa

Patrícia Pontífice-Sousa

_ Intervenções de Enfermagem promotoras do bem-estar do utente cirúrgico

Maria de Fátima Neves

_ Terapia nutricional no doente crítico

Ana Isabel Alves

17h00 À conversa com:

Amélia Castilho, EEEMC e Catarina Lobão, Presidente da MCEEMC da OE

Dotações Seguras na Prática da Enfermagem Especializada

21 DE JANEIRO DE 2017

09h00 Gestão, segurança e qualidade dos cuidados – Pannel de pósteres

11h00 Debate - Especialidades em Enfermagem: Viver o presente, pensando o caminho para futuro

Moderador - Enf. Luís Barreira, Vice-presidente da OE

Palestrantes:

_ Ana Fonseca, EEEMC e Presidente do Conselho de Enfermagem da OE

_ Paulo Parente, EEEMC e Presidente da Escola Superior de Enfermagem do Porto

_ Ricardo Almeida, Presidente da Associação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

12h30 Sessão de encerramento e entrega de prémios

