



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

MOBILIZAÇÃO DE SABERES EM ENFERMAGEM

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

Por:

Madalena Conceição Silva Moutinho

PORTO, Maio de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

MOBILIZAÇÃO DE SABERES EM ENFERMAGEM

Trabalho apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Madalena Conceição Silva Moutinho

Sob orientação da Professora Irene Oliveira

PORTO, Maio de 2011

RESUMO

Este relatório descreve a minha prestação no estágio decorrido nos períodos: 19/04 a 19/06/2010, módulo II – Cuidados Intensivos realizado na Unidade Cuidados Intermediários de Medicina (UCIM) no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia; 04/10 a 27/11/2010 o módulo III – Cuidados Continuados, realizado na Unidade Convalescença (UC) do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo e ainda neste Hospital a 29/11 a 29/01/2011 o módulo I – Serviço de Urgência (SU).

Foi organizado através dos Domínios do Saber em Enfermagem e utilizei os objectivos preconizados com o fim de adquirir competências no âmbito dos cuidados ao idoso/adulto a desenvolver uma doença crítica ou falência orgânica.

Os Domínios do Saber são quatro e resultam dos conhecimentos teóricos e práticos mobilizados durante o percurso profissional do Enfermeiro. Estes não são estanques pelo que movimente e apliquei os conhecimentos dentro dos Domínios e dentro dos módulos de estágio.

O Domínio Saber Científico resultou da interligação de conceitos, da consulta bibliográfica e peritos. Identifiquei alterações da comunicação na UCIM e pus em prática os ensinamentos obtidos, com um discurso fundamentado envolvi a equipa/famílias nos cuidados, vi o doente de forma holística.

O Domínio do Saber Informação foi fruto da observação, do questionamento, da análise, do confronto. Detectei situações problema na área na gestão do risco, como a prevenção da infecção e das quedas. Reflecti de forma crítica na Triagem de Manchester, lembrando a Autonomia e o poder de Decisão. O enfermeiro é responsável por delegar funções e ajuizar competências.

O Domínio do Saber Ser reportou-se à natureza da pessoa que sou, aos meus valores e da forma como me envolvi na prática dos cuidados. Permiti na UCIM as visitas fora das horas instituídas reduzindo a ansiedade do doente/família. Geri o stress e incorporei na equipa actuando em conformidade com o preconizado em emergência, incentivei à verificação/manutenção do carro de emergência e criei um Manual de recomendações e actuações em emergência na UC e no SU.

O Domínio do Saber Prático centrou-se na execução. Através da gestão de cuidados actuei eficazmente na dor, no repouso e noutras necessidades do doente/família sentidas ou referidas. Na UC o Cuidador Informal é fundamental para a readaptação e reinserção do doente pelo que realizei acções, de carácter formal e informal, dirigidas aos prestadores de cuidados. Desenvolvi estudos como dos Antissépticos, dos Toners e da Higienização do SU, correlacionando a gestão de recursos com a gestão de qualidade, o que levou à reflexão e a mudanças de atitude nos serviços.

A motivação, a fácil integração e a autonomia crescente foram facilitadoras da aprendizagem, fui adquirindo competências do Enfermeiro Especialista e a cada tomada de decisão pude através do juízo crítico tornar-me mais assertiva, reflexiva e com alto grau de responsabilidade. Todos estes conhecimentos tornaram-se Saberes em Enfermagem, através da mobilização transporte-os deste estágio para a prática profissional. Foi uma experiência única e francamente enriquecedora.

ABSTRACT

This report describes my performance in the different modules in the internship: Module II - Intensive Care that took place at Intermediate Care Unit of Medicine in Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia from 19/04/2010 to 19/06/2010; Module III – Term Care that took place at Convalescent Unit of Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo from 04/10/2010 to 27/11/2010 and later, in the same hospital, Module I – Emergency from 29/11/2010 to 29/01/2011.

It was organized by the Domains of knowledge in Nursing and the objectives aimed to acquire competences in caring for the elderly and adults who develop a critical illness or organic failure. The four Domains of knowledge are the result of theoretical and practical knowledge. These are not isolated, so I mobilized and applied them simultaneously throughout the internship.

The Scientific knowledge Domain results from the relation between concepts. In this domain I demonstrate an advanced knowledge in the specialization area, I've consulted literature and experts, found communication changes and put into practice the theoretical lessons. I've involved families in care.

The Information Knowledge Domain results from observation, questioning, analysis and comparison. In this domain I've detected problem situations within the risk management, including prevention of infection and falls. I've reflected critically on the Manchester Triage, reminding the nurses about the autonomy and power of decision. The Nurse is responsible for functions delegation and needs to judge the ability to whom he will delegate.

The Knowledge-be Domain refers to the nature of the person that I am, my values and how I get involved in the practice of nursing. I've tried to reduce stress and anxiety of families allowing visits beyond regular time. I became part of the nurse team, managed stress and followed emergency guidelines. I've created emergency guidelines manual and encouraged the emergency unit maintenance.

The Practice Knowledge Domain is focused on execution. In the Convalescent Unit I've managed nurse care and acted effectively in pain or other needs of the patient / families. The caregiver role in the Convalescent Unit is one of the most importance and was improved by the formation that I accomplished. To manage quality I've developed Studies such as Antiseptics, Toners and Undertake formal or informal Training Sessions.

The motivation, the easy integration and increased autonomy were factors that facilitate apprenticeship. Throughout this period I've acquired Specialist competencies. It permitted decision making through a critical reflective way that aloud assertiveness, and a higher degree of responsibility, I've mobilized knowledge and competencies to act holistically.

All these competencies become to me Knowledge in Nursing, through the mobilization on this internship they became part of my professional practice. It was an enriching and unique experience.

AGRADECIMENTOS

Durante este longo período obtive a colaboração e disponibilidade das mais variadas pessoas, desde a compreensão da minha família pela atenção que não lhes dei aos colegas de trabalho pelos momentos que me facultaram para me ausentar, assim agradeço:

À minha **família** pelo carinho e compreensão;

À Exma. Sra. **Professora Orientadora** Irene Oliveira pela
disponibilidade, incentivo e dedicação;

Aos Exmos. Srs. **Tutores e Enfermeiros colaboradores** que permitiram a realização
dos estágios;

Aos **colegas de trabalho** pela disponibilidade e pelo alento nos momentos de maior
cansaço.

A todos muito Obrigado

SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AO – Assistentes Operacionais
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CVC – Cateter Venoso Central
CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
DGS – Direcção Geral da Saúde
DR – Diário da República
EEMC – Especialização Enfermagem Médico Cirúrgica
HNSCV – Hospital Nossa Senhora Conceição de Valongo
HSJ – Hospital São João
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN – International Council of Nurses
MRSA – Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus
OE – Ordem dos Enfermeiros
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
REPE – Regulamentação para o Exercício da Profissão de Enfermagem
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SU – Serviço de Urgência
UAVC – Unidade Acidentes Vasculares Cerebrais
UC – Unidade de Convalescença
UCI – Unidade Cuidados Intensivos
UCIM – Unidade Cuidados Intermédios de Medicina
VNG – Vila Nova de Gaia

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. DOMÍNIO DO SABER	15
2.1. Domínio do Saber Científico	15
2.2. Domínio do Saber Informação	20
2.3. Domínio do Saber Ser.....	26
2.4. Domínio do Saber Prático	29
3. CONCLUSÃO	43
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	51
ANEXO I – Formação “Recomendações para Carro de Emergência”	
ANEXO II – Manual para Carro de Emergência – Actuações e Recomendações	
ANEXO III – Manual de Recomendações e Actuações na Sala de Emergência	
ANEXO IV – Formação “A Importância do Enriquecedor de Oxigénio Acoplado ao Ressuscitador Manual”	
ANEXO V – Formação “Higienização Ocular”	
ANEXO VI – Formação “Úlceras de Córnea”	
ANEXO VII – Protocolo de Prevenção de Úlceras de Córnea e a sua Aplicação no SAPE	
ANEXO VIII – Formação “Comunicar – como abordar o doente/família”	
ANEXO IX – Adaptação do Inventário das Necessidades da Família	
ANEXO X – Formação “A Importância do Prestador de Cuidados Informal na Qualidade dos Cuidados”	
ANEXO XI – Formação “Formar o Prestador de Cuidados – Promover a Autonomia”	
ANEXO XII – Poster – “Prevenção de Infecção – Procedimentos Recomendados”	
ANEXO XIII – Norma de Higienização do Serviço de Urgência	
ANEXO XIV – Tabela Comparativa de Toners Reciclados/Novos, Procedimentos e Preços	
ANEXO XV – Estudo Comparativo de Antissépticos – Relação Custo/Benefício	

1. INTRODUÇÃO

O Relatório deste estágio insere-se no plano de estudos do 3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa do Porto e tem por base os objectivos delineados no Projecto de estágio e as competências adquiridas, no âmbito do doente crítico, da promoção e prevenção da doença, da readaptação funcional e da reinserção social (OE, 2007-A), ao longo deste período.

As escolhas pelos campos de estágio recaíram essencialmente pela minha experiência profissional em Medicina/Unidade Cuidados Intermédios de Medicina e pela organização da minha vida familiar/profissional, pelo horário praticado nas Instituições, face aos locais protocolados com a Universidade Católica.

Iniciei este meu percurso pelo Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios a 19/04/2010 até 19/06/2010 no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM). Esta Instituição de referência para o norte do país é constituída por três Unidades, duas em Vila Nova de Gaia (VNG) e uma em Espinho. Sendo que a Unidade I – Hospital Santos Silva comporta, em pavilhões, todas as valências inerentes ao tratamento do doente crítico. A UCIM situada no Pavilhão Satélite abraça no mesmo espaço a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) e tem 12 camas. Recebe doentes adultos, instáveis com patologias do foro médico ou cirúrgico, podendo necessitar de ventilação invasiva. A escolha por este tipo de Unidade recaiu pela necessidade de por em prática os conhecimentos adquiridos na fase teórica deste curso relativos ao cuidado centrado na família, já que pela minha experiência, situava-me mais no domínio do saber fazer, na resolução imediata e por vezes tecnicista do problema do doente. A família não era colocada à margem mas, também não a tinha como foco da atenção, o que vai de encontro ao proferido por Day (2006). Encaminhei os meus procedimentos para momentos reflexivos com Tutor e com equipa, a comunicação foi o alvo a atingir.

A 04/10/2010 continuei o estágio no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSCV) onde teve lugar o Módulo III – Cuidados Continuados até 27/11/2010 e seguidamente o Módulo I – Serviço de Urgência com término a 29/01/2011. A escolha por este local deveu-se ao horário e ao acesso ao hospital, mas também por ser a Instituição de primeira linha no atendimento da população, seja por doença, acidente/Trauma ou agressão, numa situação de urgência. É um hospital nível I do sector público administrativo e dá apoio à área de Valongo e zonas limítrofes como Gondomar e Paredes. Tem uma Urgência básica, Bloco Operatório, Serviços de Internamentos, Consultas e Unidade de Convalescença.

A Unidade de Convalescença (UC) é uma das Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Está incorporada nesta Instituição mas, poderia ser referenciada para outro local. Tem uma lotação de 24 camas e recebe doentes propostos pela Rede Nacional de

Cuidados Continuados que visem uma readaptação funcional e reabilitação integral da pessoa, no máximo de trinta dias como refere a legislação que regulamenta a Rede Nacional de Cuidados Continuados (Portugal, 2006-A).

Ao longo de quinze anos de profissão vivi experiências múltiplas e únicas, sendo os protagonistas pessoas/doentes de idade avançada, que passam por um período de doença aguda/crítica da qual resultaram deficits motores, de cognição, de comunicação e alterações das estruturas familiares e sociais adquiridas, tentam adaptar-se à sua nova condição de vida e a um novo processo de integração familiar/social. Encontro com frequência doentes inseridos em famílias destruídas ou a viverem sós, sem terem quem lhes preste auxílio/cuidados. É dever do Enfermeiro identificar as situações e dar o alerta para a Rede de Cuidados Continuados e ou Assistência Social. Na perspectiva de abordar estes temas fiz a opção pelo módulo de Cuidados Continuados. Neste local o Enfermeiro Especialista tem um papel extremamente importante na reeducação funcional/postural, assim como, na reeducação do prestador de cuidados, este assume na maioria das vezes o controlo da situação mas, para tal é necessário envolvê-lo nos cuidados e nas tomadas de decisão.

Situado no piso 1 do HNSCV o Serviço de Urgência apresenta uma estrutura moderna e funcional com circuito de entrada diferente do de saída. Atende todo o tipo de pessoas desde recém-nascidos a idosos, com diferentes graus de gravidade. Apresenta o sistema informático Alert® e a Triagem de Manchester. A activação/actuação na sala de emergência foi para mim um objectivo a atingir. Sem qualquer formação em urgência, os conhecimentos adquiridos na fase inicial deste curso foram fundamentais para desenvolver competências na abordagem ao doente crítico e ou em falência orgânica como recomenda a OE (2009) e ir ao encontro com o pretendido deste estágio.

Este relatório pretende descrever a minha prestação que é o reflexo da aquisição de saberes teóricos e práticos, quer pela experiência profissional quer pelos conhecimentos adquiridos na fase teórica desta EEMC e da formação inicial, mas e sobretudo, pela forma de ver o problema e pelas estratégias desenvolvidas para ultrapassar as dificuldades. A pertinência da inclusão dos estágios em Urgência, Cuidados Intensivos/Intermédios e Cuidados Continuados no Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica trouxe consigo a análise e o confronto das acções desenvolvidas na prática.

São objectivos deste relatório:

- Descrever as actividades relevantes para o meu desempenho;
- Reflectir sobre as actividades realizadas e as situações/problema encontradas;
- Descrever estratégias utilizadas para solucionar situações problema;
- Mencionar as competências adquiridas em função das actividades;
- Descrever outras situações importantes para este nível de formação.

A formação do Enfermeiro passa pela experiência profissional, como reflecte nela e das ilações que dela retira. Os Enfermeiros mobilizam saberes sejam eles intrínsecos ou de natureza própria como a autenticidade da pessoa, ou extrínsecos, adquiridos pela observação, pelo conhecimento científico ou pela reflexão. Hesbeen (2000) faz alusão aos Saberes em Enfermagem na prática do Cuidar, Benner (2001) partilha de um princípio idêntico onde a existência de Saberes reflexivos em Enfermagem leva a competências baseadas na experiência. Walter referida por Moniz (2003) refere que os saberes dos Enfermeiros são fruto de uma mobilização teórica e prática de conhecimentos, quer adquiridos pela formação teórica quer pela experiência profissional. Assim, de forma a facilitar a explanação deste meu percurso utilizarei aos quatro Domínios do Saber de Walter (1988), o Saber Científico, o Saber Informação, o Saber Ser e o Saber Prático, farei referência à mobilização de Saberes confrontando com os objectivos propostos no Projecto de Estágio. Utilizarei o método descritivo reflexivo recorrendo à pesquisa bibliográfica. No final farei uma conclusão com os aspectos de maior relevância e competências adquiridas.

2. DOMÍNIO DO SABER

Os Enfermeiros aprendem muitas vezes através da experiência e da reflexão. Hesbeen (2000) refere que o enfermeiro é um artista na Arte de Cuidar pois interliga os saberes como o Saber Ser que advém da sua personalidade, autenticidade, intuição, com o Saber do Conhecimento feito pela consulta de peritos, com o Saber Tornar-se pela necessidade da investigação e ainda com o Saber Fazer onde inclui a destreza, a forma de executar a acção. O desenvolvimento dessa acção é o fruto da atenção que cada um dá ao Cuidado e das deduções que dele retira. A autonomia e o poder de decisão assumem aqui um papel fundamental porque quem presta o Cuidado assume uma responsabilidade (Nunes, 2006) e só assume essa responsabilidade quem é verdadeiramente autónomo. À medida que aumentam os conhecimentos aumenta a panóplia de escolhas para a prestação do Cuidado, pelo que as decisões se tornam cada vez mais significativas e com repercussões na Qualidade dos Cuidados.

Benner (2001) cria o conceito de competência a partir da experiência reflexiva da prática dos Enfermeiros, assentando na mobilização de conhecimentos das suas práticas profissionais vão atingindo níveis de proficiência cada vez mais elevados e vão desde o iniciado ao perito.

É a partir de determinadas conclusões/reflexões que se parte para o Saber Científico, ou seja da prática à evidência. Boterf (2003) refere que o Enfermeiro é o profissional que sabe movimentar os conhecimentos e não só o que os adquire, a Ordem dos Enfermeiros (2009) reforça esta ideia e menciona que o Enfermeiro Especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para actuar em tempo útil e de forma holística.

Moniz (2003:27) citando Walter afirma: *“os saberes mobilizados no contexto da profissão de enfermagem, são fruto de uma mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados, adquiridos ao longo de toda a formação inicial e, posteriormente, com a experiência profissional”*. Walter (1988) foca quatro Domínios de Saberes em Enfermagem, são eles: Saber Científico, Saber Informação, Saber Ser e Saber Prático, refere que nenhum domínio é estanque, porque os Saberes são dinâmicos, por vezes cruzam-se as actividades face aos objectivos comuns. Desta forma passarei a descrever as acções e reflexões decorrentes deste estágio pelos Domínios do Saber de Walter, utilizarei os objectivos/actividades confrontando-os com as competências adquiridas.

2.1. Domínio do Saber Científico

O Saber Científico é um saber sistematizado numa teoria que parte da interligação de conceitos. É o saber teórico desenvolvido pela aquisição de conhecimentos através da literatura actual e credível, de artigos de carácter científico e da consulta de peritos em determinadas áreas do conhecimento. Este domínio não é por si só a solução para os

problemas encontrados, tudo gira em torno do observado e todos os factores deverão entrar na análise reflexiva do problema.

- Objectivos/actividades:

Para **demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da EEMC** e fundamentar as minhas **tomadas de decisão consultei/pesquisei bibliografia**, recorri a livros, enciclopédias, artigos de carácter científico e, com peso substancial às aulas leccionadas na parte teórica deste curso.

Os doentes referenciados para a Unidade de Cuidados Continuados têm patologias do foro neurológico como AVC, cirúrgico como carcinoma do intestino ou obstrução e ortopédico como próteses totais da anca ou joelho, muitos outros diagnósticos são possíveis de existir, assim como as múltiplas co-morbilidades. Pela minha experiência os doentes com AVC não me suscitaram muitas dúvidas, já os doentes portadores de colostomias, ileostomias, traqueostomias, próteses totais da anca e joelho levaram-me a pesquisar sobre os temas. Consultei livros como o de Kasper *et al* (2005) que me facilitou o entendimento quanto às abordagens foro ortopédico, o de Elcoat (2003) e as recomendações da Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009) que me permitiu perceber melhor o funcionamento do estoma, os tipos de estoma, o tratamento, as complicações e o ensino ao doente. **Consultei ainda peritos na área**, tendo recorrido aos Enfermeiros *experts* das consultas de Estomaterapia e Otorrinolaringologia do HSJ. Artigos de carácter científico para ensino ao doente/prestador de cuidados/equipa de enfermagem como o de Martins, Castilho e Simões (2000) ou o de Cunha (2007) fizeram que entendesse melhor a problemática dos cuidados à pessoa traqueostomizada/prestador de cuidados.

Pesquisei em livros como o de Hoeman (2000) e Phipps *et al* (2003) que foram essenciais para melhor compreender a filosofia do Autocuidado na perspectiva da autonomia. Deixar o doente realizar a acção, dando-lhe tempo e espaço para a iniciar ou completar. Orem (1983) explica a Teoria do Autocuidado e do Deficit do Autocuidado, dizendo ser a actividade que realizada dentro de determinados espaços de tempo leva ao amadurecimento das pessoas acerca das suas limitações, porque cuidam de si e quais as motivos que levam à presença do Enfermeiro. Os Sistemas de Enfermagem só funcionam quando são estabelecidas relações entre os Enfermeiros e os doentes com o propósito de desenvolverem acções de Enfermagem para satisfazerem essas necessidades. Henderson (2007) reforça essa ideia e refere as necessidades do ser humano (incluindo o autocuidado), saudável ou doente, e disse que se deveria realizar por este, o que ele faria se tivesse força, conhecimentos e vontade.

Num momento de reflexão informal com os Enfermeiros da Unidade Convalescença (UC), tomei conhecimento da não existência de um manual de normas/procedimentos no serviço, permitindo que cada enfermeiro execute as acções à sua maneira, respeitando os princípios básicos de actuação. Consultei o Manual de Normas e Procedimentos Técnicos da ACSS de Veiga *et al* (2008) que me pareceu ajustado às necessidades da Unidade, inclui

posicionamentos, como utilizar determinados dispositivos auxiliares da marcha, formas e vias de administração de fármacos, autocuidado e muitos outros procedimentos, o manual é ilustrado o que auxilia a compreensão, pelo que propus a sua implementação no serviço.

A Ventilação invasiva e o funcionamento das linhas arteriais foram temas que me suscitaram algumas dúvidas na UCIM até porque não tinha formação nestas áreas e pareceu-me necessário aprofundar conhecimentos. Ferreira *et al* (2009) acerca da ventilação descreve com clareza alguns conceitos, parâmetros, indicações de utilização e procedimentos a efectuar. Apesar de não ter tido esta experiência pude através da ventilação não invasiva perceber melhor a sua funcionalidade. É muito importante que o doente colabore, que responda positivamente, no caso de ventilação não invasiva ao Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP), ou seja, que não exerça pressão contrária à que se pretende. Deste modo o doente deve sincronizar a respiração com os parâmetros introduzidos na máquina. Foi possível realizar este procedimento, expliquei claramente ao doente o que se pretendia e a necessidade da máscara estar bem colocada/apertada para não existirem fugas. Escolhi a máscara em função do tamanho da face e coloquei almofadas de gel nas proeminências ósseas prevenindo o aparecimento de úlceras e simultaneamente aumentando o conforto. Também aqui tive o cuidado de pensar na prevenção da infecção que passou pela colocação de um filtro antimicrobiano. Algum tempo após a doente apresentava saturação de oxigénio de 90% o que me levou a reflectir e concluir que se não tivesse os conhecimentos necessários para actuar e esclarecer a doente, esta não teria percebido a recomendação e, em hipoxia e hiperventilação rapidamente cansar-se-ia e entraria em PCR. Mesmo nos momentos de maior tensão deve o Enfermeiro ser um **Gestor da Comunicação**, aplicando os seus conhecimentos.

As linhas arteriais têm a finalidade de monitorizar as pressão arteriais, por serem invasivas apresentam valores mais fidedignos que as tensões arteriais não invasivas. Apesar da minha experiência, foi inevitável relembrar o procedimento. A heparinização do soro não é um procedimento unânime, para otimizar a linha basta fazer um *flush* desse soro. A mudança do sistema é realizada de 96 em 96 horas e o transdutor é de uso único como preconizam as recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006). A **prevenção da infecção** é um dos pólos de incidência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), pelo que foi necessário estar atento às recomendações da Direcção Geral de Saúde, que no Domínio do Saber Informação será abordado.

Para responder às solicitações dos clientes admitidos nas salas de pequena cirurgia e de gessos do SU consultei livros como Phipps *et al* (2003), Black e Jacobs (1996) e Kasper *et al* (2005) que para além de relembrar a anatomia, fisiologia e os mecanismos osteoarticulares, revi tecidos, tipos de feridas e de tratamentos. Este suporte ajudou-me na técnica de suturar, de drenar abscessos e na aplicação ligaduras e talas. Desta forma sedimentei conhecimentos, avalei situações, adequei materiais face aos recursos existentes, promovi o Saber fazer e preveni complicações – **geri os Recursos promovendo a Qualidade dos Cuidados**.

As relações de confiança com os doentes assim como com as famílias são de extrema importância, já Silva (2002) referiu que uma equipa humanizada tem a mesma atenção com os doentes/famílias como com os seus pares. Serviços tecnologicamente equipados e onde a instabilidade e gravidade das situações se unem não se pode descurar a humanização. Também a UC apresenta o seu risco, doentes com média de idade de 73 anos (Conselho de Enfermagem, 2009) têm acrescido inúmeras patologias, associadas à da fragilidade do idoso e das famílias destruídas ou inexistentes.

Um dos meus objectivos de estágio foi identificar **alterações da comunicação do doente/família/equipa**. Na UCIM pude observar um casal de irmãos que visitava o pai e junto deste permaneciam imóveis e em silêncio, o doente apresentava-se em estado comatoso. Naquele momento percebi que é impossível não comunicar e compreendi Phaneuf (2005), o que o silêncio quer dizer, o que a palavra não quer revelar mas, o que os olhos, o tremor dos lábios e o mexer das mãos dão a conhecer. Abordei-os e de forma empática incentivei-os a manter a relação afectuosa/carinhosa que tinham com o pai, pois já Lynch (1978) mencionou que o toque de pessoas significativas e os sons familiares podem alterar os parâmetros vitais e até conduzir à recuperação. Também Dias abordado por Simões (2006) corrobora com esta afirmação e vai mais longe dizendo que não só a família, pela fala consegue reduzir a ansiedade e ajudar na recuperação da consciência do doente, mas também os profissionais de saúde são muito importantes neste nível de prestação de cuidados. De forma a reduzir a sua ansiedade mostrei-me disponível e receptiva para qualquer informação, dei-lhes a esperança possível/real da situação e referi a existência de relatos de pessoas que após terem saído do coma verbalizaram conversas ouvidas nesse período, como refere Simões (2006). Relativamente ao doente não assisti a qualquer movimentação ou alteração dos sinais vitais após os filhos terem falado com ele no entanto, vi nas reacções dos filhos reduzida a tensão emocional, desta forma foi também criada uma **relação de confiança com a enfermeira/equipa**.

Uma família esclarecida, junto do doente, ajuda no tratamento/cura deste referiu Leske (2002). Foi possível acalmar e levar à mudança de comportamento de uma **família em crise**, uma doente em fase terminal, encontrava-se receosa pelas atitudes da filha e esta apresentava um comportamento desajustado face à gravidade da situação. Em local calmo mostrei-me disponível para ouvir, deixei que falasse e expressasse os seus medos e receios, forneci contacto telefónico, assegurei-lhe que todas as medidas de conforto estavam a ser providenciadas, dei-lhe a esperança possível e realista. A mudança de comportamento da filha traduziu-se na redução da ansiedade – **gestão da ansiedade e medo**, de ambas incluindo o desaparecimento da taquicardia da doente.

A morte é um tema, de difícil abordagem e apesar da equipa do SU viver o seu dia-a-dia num local onde a gravidade e a morte andam de mãos dadas, o tempo de permanência do doente é reduzido e o envolvimento com a família acaba por não acontecer. A comunicação é o elo de ligação com a tríade doente/família/equipa e apesar do SU não ter uma Sala de Conferência

familiar foi possível utilizar outra sala para falar com a **família em crise/luto**. Desta forma **atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e étnicas** utilizei os conhecimentos de Phaneuf (2005), através do ambiente calmo, de confiança, de serenidade e empatia, fui um facilitador de emoções e, simultaneamente, envolvendo a família na situação problema ajudei a tomarem a decisão de se despedirem do ente querido, de contactar com familiares com os quais tinham relações complicadas e permiti que em conjunto tomassem decisões relativas ao velório. Foi possível perceber que a equipa estava pouco à vontade para falar com a família e para entender os seus pedidos. Reflectimos em conjunto sobre a forma de abordar a família, sobre a permissão de ver o corpo, de dar um espaço e tempo, mencionei Phaneuf (2005) reportando-me à relação de ajuda, às formas e expressões de comunicar, Melo (2004) pelo inevitável percurso da morte que sendo universal a perda de uma pessoa significativa é uma experiência solitária e única, e Neto (2003) pela necessidade de existir um espaço/sala para falar com as famílias. É necessário perceber o contexto familiar, social e cultural, o **respeito pelas etnias e ideologias** é uma obrigação dos Enfermeiros inscrita no **Regulamento para o Exercício da Profissão de Enfermagem** (Portugal, 1996).

Ter **conhecimentos e desenvolver habilidades em Suporte Avançado de Vida** (SAV) é uma obrigatoriedade do Enfermeiro EEMC. A Paragem cardio-respiratória é um momento de grande tensão e simultaneamente de responsabilidade por este motivo recorri ao Conselho Português de Ressuscitação (2010) e à Comissão Regional do Doente Crítico (2009) e na Sala de Emergência (SE) pude **actuar em conformidade com as recomendações**. Após activação da sala, iniciei manobras de ressuscitação cardiorespiratória, foi permeabilizada a via aérea e pude administrar fármacos considerados de emergência, desta forma foram **implementados protocolos terapêuticos complexos**. A doente tinha uma neoplasia do cólon e apresentava-se à chegada em assistolia, após 20 minutos de manobras, sem sucesso, estas foram suspensas e foi preparado o corpo. A imprevisibilidade e complexidade da situação requereram uma eficaz **gestão do stress**. Demonstrei através da **iniciativa em integrar-me rapidamente na equipa de ressuscitação** e em falar com a família após suspensão de manobras **capacidades de reagir perante situações de complexidade superior**.

Junto da SE percebi que os dois carros de emergência estavam um pouco desajustados do recomendado, quer pela presença de certos fármacos como o Acetilsalicilato de Lisina, quer pelas quantidades. **Procurei** junto dos algoritmos doses e fármacos recomendados, **consultei as normas** da Comissão de Ressuscitação intra-hospital do HSJ (2003-A; 2003-B; 2003-C) e Gaspar (2010), para carros de emergência e **consultei directamente elementos** da Comissão de Ressuscitação Intra-hospitalar do HSJ. Com a concordância do Enfermeiro Responsável do serviço reorganizei os carros de emergência e a SE de forma antecipatória à união das duas Instituições. Como proposta do Enfermeiro Chefe **criei um Manual de Actuações e Recomendações na SE**, onde incluí algoritmos para adulto, pediátrico e neonatal, **incorporei na prática os resultados da investigação**. Este Manual será analisado pelo grupo orientador da SE rectificado, se necessário, e posteriormente anexado aos carros de urgência, será uma

mais-valia para os profissionais que tendo menos experiência em determinada área rapidamente poderão verificar a recomendação.

Sendo uma indicação da Comissão Regional do Doente Crítico (2009) a implementação das Vias Verdes Sépsis, AVC, Conorrária ou Trauma torna-se imperativo. Numa Urgência básica é fundamental discernir entre as queixas do doente (na Triagem), quais poderão evoluir para situações muito graves, as quais poderão necessitar de tratamento imediato ou necessidade de accionar estas Vias junto de outra Instituição para tratamento. A cada Via Verde o Enfermeiro Chefe fez corresponder um grupo de trabalho multidisciplinar para elaborar, ajustando aos recursos existentes, os protocolos de actuação. Pudei intervir directamente neste processo, contribuindo com literatura que fundamenta a criação e actuação das vias verdes (Conselho Português de Ressuscitação, 2010; Comissão Regional do Doente Crítico, 2009; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2006; Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares *et al*, 2007; Conselho Português de Ressuscitação, 2006) e protocolos de triagem e actuação em caso de Sépsis, Trauma, AVC ou Dor Torácica do HSJ pude assim, promover **a investigação em serviço**. Contribuí ainda com a criação de um novo carro de emergência que ficará situado em local a determinar para a assistência a estes doentes.

- Competências adquiridas:

Apresentei um **discurso fundamentado** atendendo aos problemas de saúde encontrados e **demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos** na área da especialização – Saúde do Adulto/Idoso e da pessoa a vivenciar processos de **doença crítica** e ou falência **orgânica**. **Incorporei os resultados da investigação** e **tomei decisões atendendo às evidências científicas**. Fui uma **facilitadora da comunicação** atendendo à complexidade das situações encontradas. Propus a implementação do Manual de Normas e Procedimentos Técnicos da ACSS a qual foi bem recebida e encontra-se o pedido na Administração do Hospital para a sua oficialização. Criei o Manual de Recomendações e Actuações para Sala de Emergência no SU de forma a facilitar a rápida consulta numa situação de emergência. **Mantive de forma contínua e autónoma o meu auto desenvolvimento pessoal e profissional**, segundo Barrett (2005) o *“Auto conhecimento torna-se um resultado da aprendizagem”*.

2.2. Domínio do Saber Informação

Este Domínio do Saber é fruto da observação, quer dos profissionais ou dos clientes, quer de procedimentos ou das relações. Aqui cabe o observar, o questionar, o analisar e o confrontar. O Saber surge da informação obtida, quando esclarece os acontecimentos e se torna a base para a resolução de situações problema.

- Objectivos/actividades:

Através da observação pude identificar situações problema como a manipulação dos fármacos, a antisepsia da pele, a manutenção de dispositivos intravascular, uso de desinfectantes, a higienização dos Serviços ou materiais ou diferentes interpretações, por parte dos Enfermeiros, na Triagem de Manchester.

Na SE pude verificar a existência de carvão activado em pó num frasco sem possibilidade de dosar/pesar. Questionei o Tutor sobre a forma de encontrar a dose certa e propus as seguintes soluções: devolver à farmácia, utilizar toda a embalagem na diluição, retirar a dose necessária e inutilizar a restante, enviar à farmácia do HSJ para em câmara de fluxo laminar pesar e empacotar, sugerir aos serviços farmacêuticos a aquisição de um produto similar já embalado e na dose respectiva (como existe no HSJ), ou junto da farmácia encontrar um copo medida como solução provisória. As boas práticas de manipulação dos fármacos estão reguladas pela Portaria N.º 594/2004 (Portugal, 2004), e determinam que a manipulação deve ser feita em laboratório, sob determinadas condições e pelos técnicos farmacêuticos de forma a evitar contaminações cruzadas. Após confrontar a responsável pela farmácia, esta ficou de adquirir outra forma do produto, no entanto e temporariamente, até terminar os frascos comprados, colocou um copo medidor com equivalência de peso junto do fármaco.

A prevenção da infecção deve fazer parte dos princípios básicos de qualquer enfermeiro. Florence Nightingale como refere Tomey e Alligood (2004) viveu num clima de terror como é o cenário de guerra, mas apesar dessa situação de forma organizada através da sua formação e da pessoa que era tornou-se a pioneira na prevenção da infecção. Desde a antiguidade dos tempos à Medicina moderna que é necessário ter presente as precauções para evitar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Serviços sofisticadamente equipados reconhecem necessitar de elementos sabedores de conhecimentos. As Instituições criaram um Serviço específico para analisar, recomendar e oficializar essas normas ou directrizes de procedimentos face aos recursos existentes, que são as Comissões de Controlo de Infecção.

Nem sempre o praticado na Instituição é o recomendado pela Direcção Geral da Saúde (DGS) ou *guidelines*. Consultei as recomendações da Comissão de Controlo de Infecção do CHVNG/E – Norma 02/2002 e as recomendações da Comissão de Controlo de Infecção do HSJ (2004-A; 2004-D), as recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006) e as de Rutala *et al* (2008) acerca dos antissépticos. Os solutos para desinfecção da pele mais utilizados na UCIM são o Cloreto de Benzalcónio com base de álcool – Frekaderm® e Cutasept®, e a iodopovidona que é utilizada na desinfecção dos CVC.

Após discussão com equipa concluímos que a iodopovidona deveria ser deixada para doentes sensíveis aos outros produtos, pois este para além de apresentar uma elevada toxicidade (doentes alérgicos) apresenta baixo efeito residual e um tempo de actuação longo, de dois minutos, o que vai de encontro ao referido por Rutala *et al* (2008). O tratamento ao local de inserção do CVC deverá ser realizado tendo em conta a avaliação da ferida mas também do

material a utilizar, sob orientação do fabricante. O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006) recomenda ainda, a substituição do penso de dois em dois dias, se o penso é com gaze ou até sete dias se o penso for transparente. Fui percebendo ao longo do tempo que esta recomendação não era totalmente praticada e da reflexão com alguns elementos da equipa deparei que por excesso de zelo eram realizados diariamente, lembrei que o maior número de manipulações aumenta o risco de infecção.

A forma de realizar a antissepsia da pele tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, sobretudo pela descoberta de novos produtos, mais eficazes na remoção da microflora da pele. Foi possível constatar que cada enfermeiro do SU utilizava o produto e a técnica que achava correcta. O Álcool a 70%, o Cloreto de Benzalcónio com propanol e o uso de algodão não estéril são os produtos utilizados na punção/cateterização. Pude analisar esta temática quando realizei um estudo sobre antissépticos relação custo benefício que explicarei no Domínio do Saber Prático. Reuni com Enfermeiro Chefe e posteriormente com os Enfermeiros, confrontei-os com os resultados da minha pesquisa, o Cloreto de Benzalcónio com propanol é o melhor antisséptico e apresenta a melhor relação custo – benefício, o álcool a 70% pode ser uma segunda opção, apesar de menos eficiente e a necessidade de utilizar compressas em vez de algodão. No decorrer desta conversa abordei a técnica da antissepsia e mencionei vários autores como Hutin *et al* (2003) que formaram um grupo e desenvolveram as melhores práticas de controlo de infecção por via intradérmica, subcutânea e intramuscular, Rutala *et al* (2008) criaram as recomendações para a desinfecção e esterilização dentro dos estabelecimentos de saúde, de Miranda (2010) que desenvolveu um trabalho sobre prevenções básicas de infecção e controlo no SU e ainda as recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006). Propus a aquisição de compressas esterilizadas, que foi bem aceite, pelo feedback demonstrado e apesar de ainda não existirem as compressas estéreis a equipa já tende para a uniformização correcta do procedimento.

A higienização do serviço e materiais foi um assunto que me levou a reflectir de forma crítica junto do Enfermeiro Chefe do SU e da UCIM. As recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007-A; 2007-C) nem sempre eram cumpridas e a justificação era atribuída à existência de AO sem formação no SU, pertencente ao Instituto de Emprego e Formação Profissional. Foi-me sugerido a realização de uma Norma para a higienização do SU, a qual foi efectuada e será explicada no Domínio do Saber Prático, também nesta altura será explicado o que levou à realização de um Poster na UCIM. Observei alguns procedimentos de AO, como a lavagens dos nebulizadores na unidade do doente o que me levou a lembrar alguns conceitos, nos lavatórios da Unidade não se devem lavar os nebulizadores pela produção de aerossóis, essa tarefa deve ser executada em local apropriado, como recomenda Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2008).

Nem sempre o não cumprimento se deveu a AO mas também aos Enfermeiros, de forma informal fui alertando pessoalmente e em grupo para o risco de picadas acidentais. Levar um contentor com agulhas já utilizadas e possivelmente infectadas responsabiliza a pessoa que

pratica o acto. Os contentores devem ser cheios até à recomendação inscrita no próprio recipiente, indicações do fabricante acautelando a segurança. Estes não deverão ser levados na mão, nem de forma descuidada, devem ser colocados em local seguro, preferencialmente presos para que não tombem e as agulhas se espalhem. As agulhas nunca devem ser recapsuladas, mesmo as das canetas de insulina, segundo as recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006). A triagem dos lixos das enfermarias na UC nem sempre é efectuada, a presença de um balde único nestes espaços cria, pelo facilitismo, uma não conformidade. Lixos de risco biológico são remetidos para o lixo comum, quando abordei os enfermeiros sobre esse assunto, respondem ter sido uma decisão da equipa, visto existir na sala de Enfermagem e na Sala de pensos baldes para a separação. Com vista a relembrar as precauções padrão universais/controlo ambiental fundamentei o meu discurso nas directivas fornecidas pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007-A, 2007-C) e recomendações da Comissão Controlo Infecção do HNSCV (2009). A prevenção e controlo das IACS são da responsabilidade de todos.

A prevenção da infecção não se resume só à detecção de problemas mas, estende-se desde os conhecimentos que se demonstra ter face ao Plano Nacional de Controlo de Infecção e orientações das CCI das Instituições até à detecção de situações problema, planeamento de intervenções, implementação de acções e avaliação. Neste estágio onde a gravidade e a complexidade das situações clínicas exigiram uma atenção permanente, não posso deixar de salientar o alto risco de infecção, o que obrigou à aquisição de **conhecimentos**, a uma **capacidade de orientação**, de **supervisão** e de **responsabilidade**.

Sendo o Enfermeiro um **gestor do risco** também as quedas foram equacionadas. O risco de queda por vezes deixa de existir para dar lugar efectivamente à queda, insónias, desorientação, urgência urinária e dor podem ser as causas potenciadoras desta situação. Na UC na admissão do doente é preenchido a escala de Morse que avalia o risco de queda. O serviço tem sinalética apropriada para identificar o local. Existe ainda um dispositivo de infra vermelhos que é colocado junto do leito do doente que alarma se este tentar sair da cama. Está a decorrer ainda um estudo sobre o risco de quedas nos serviços o que obriga ao preenchimento de um questionário sempre que existir a queda. Mesmo após todas estas referências e cuidados tinha dificuldade em perceber – porque caíam os doentes? Questionei e comparei com o serviço de Medicina onde trabalhei e dificilmente/raramente existia uma queda. Foi-me explicado que para **promover a autonomia/independência** não se imobilizam os doentes, até porque eles não caem por desorientação, mas por impulsividade. Como se sentem melhor fisicamente pensam que já não necessitam de ajuda, mas como ainda apresentam deficits motores, desequilibram-se e surge a queda. Relembrei a Norma (Grupo Prevenção de Quedas do Hospital Nossa Senhora Conceição de Valongo, 2008), que regulamenta as quedas e os cuidados a ter na sua prevenção, dispositivos de infra vermelhos accionados, camas descidas, protecção com grades laterais de segurança previamente analisada, identificados factores de risco ambiental e alertado o doente para pedir ajuda. Deve o Enfermeiro estar desperto para os riscos de estar no hospital e não esquecer que estados

depressivos/ansiedade/insónia são factores que aumentam o número de quedas nocturnas, pelo que o doente deve ser bem avaliado e se necessário medicado. As **técnicas de relaxamento** e a **optimização da comunicação** devem ser factores a ter em consideração.

Reflectir na minha pratica de forma crítica e analítica, foi possível através da observação e constatação dos enfermeiros. A manutenção/fixação do cateter vesical suscitou-me dúvidas e pus em causa a minha actuação. Quando prestava cuidados de higiene a um doente algaliado fui interpelada para não fixar o cateter para região supra-púbica, como sendo orientações das *guidelines*. Face aos meus conhecimentos e experiência fiquei hesitante. Pesquisei e o recomendado pela DGS que se baseia em Gould *et al* (2008) que realizou as últimas *guidelines*, no homem a fixação é na face anterior da coxa, o Manual de Normas de Enfermagem creditado pela ACSS recomenda as duas formas de fixação. Em momento oportuno de reflexão conjunta permitiu perceber que por vezes é difícil desfazer o ângulo peniano-escrotal e na dúvida a melhor opção é a fixação lateral, permitiu-me ainda concluir que não importa a **forma de actuação** desde que trabalhemos em e com consciência **de acordo com a evidência científica**.

Também no SU pude **reflectir na prática de forma crítica**. Um dos objectivos mais relevantes deste período, considerando a minha parca experiência, foi a passagem pela Triagem de Manchester. Senti necessidade de estudar o sistema informático e terapêutico Alert® e dentro deste a forma de triar. Este pressupõe o registo da queixa do doente e de forma rápida e assertiva consoante a gravidade, faz corresponder uma prioridade, codificada por uma cor. Existem cinco cores, a cada uma delas para além de corresponder um grau de gravidade, corresponde um tempo de espera. Não é fácil triar. A triagem feita por um Enfermeiro menos experiente é diferente de uma realizada por um Enfermeiro experiente. Benner (2001) refere que o Enfermeiro perito não se baseia no principio analítico, na regra, na indicação mas, de forma intuitiva determina qual o problema sem se perder em considerações, soluções ou diagnósticos.

Os Enfermeiros fazem interpretações diferentes e por vezes assinalam discriminadores diferentes em situações idênticas. A dor, a hipertermia e a queixa não específica são sem dúvida os factores influenciadores de uma eficaz triagem. O tempo preconizado para triar é reduzido e a acção de muita responsabilidade, o que acarreta algum stress ao evento. Valorizar a queixa do doente é primordial, das poucas palavras que proferir deve sair o registo. A experiência do dia-a-dia faz com que o Enfermeiro conheça os discriminadores e o resultado correspondente, pelo que pode manipular a introdução dos dados para obter outro resultado.

A hipertermia nas crianças é a situação geradora de discordância na actuação. Pude observar, analisar, confrontar e reflectir com a equipa e com o responsável pelo serviço. A autonomia/responsabilidade de Enfermagem é o foco central deste problema. Por diversas vezes estive perante esta situação. Crianças com hipertermia acompanhadas de familiares referiram ter feito antipirético no domicílio mas sem o efeito pretendido, outros referiram não saber se o poderiam fazer, outros ainda não o fizeram alegando que se chegassem com

hipertermia ao hospital teriam prioridade. Em conjunto com equipa percebi que todos pretendem atingir o mesmo fim, ou seja, diminuir a temperatura corporal mas, as formas de o conseguir poderão não ser iguais. A diferença de 0,1°C na criança altera a prioridade de amarelo correspondente a 1 hora de espera, para laranja a que corresponde 10 minutos de espera, pela observação médica. Uns Enfermeiros contactam telefonicamente o médico, outros dão antipirético, outros alteram o registo para alterar a prioridade, outros ainda alteram o procedimento consoante a relação existente com o médico. Nunes (2006) refere que a autonomia é a capacidade que cada um tem de dar leis a si próprio e tende a respeitar a autonomia dos outros, da ética e da moral. Ao dar “leis” estamos a fazer escolhas ou seja, a tomar decisões. Ao tomar decisões estamos a assumir responsabilidades mas, nem todas as pessoas se encontram no mesmo patamar de decisão, porque decidir depende de muitos factores como as emoções, como capacidade de enfrentar um julgamento ou confronto, como falta de confiança ou a forma de assumir compromissos.

Não pareceria justo “premiar” com a observação imediata o que, conhecendo o sistema, põe em risco a saúde e a vida do familiar. Não tomar uma decisão incorrer-se-ia num acto mais grave, ir contra o princípio da Beneficência e de encontro com o da Não Maleficência. Decidir é escolher, e não escolher é já em si uma escolha. Ser-se autónomo não é igual para todos, depende da maturidade de cada um. A autonomia nos Cuidados de Enfermagem depende do estágio do Enfermeiro, se perito ou principiante. Nem sempre a idade cronológica dita o perito, por vezes o avançado no tempo mantém-se principiante. O objectivo da triagem não são as interpretações secundárias no entanto as situações podem exigir acções diferentes. Desta reflexão surgiu um grupo de trabalho de forma a criar protocolos de actuação evitando as diferentes interpretações.

Relembrei que os Enfermeiros podem e devem exercer a sua autonomia quando delegam ou exercem funções. Numa situação em que era necessário chamar o médico à noite, percebi que não era hábito na UC assumirem essa decisão e transferiam-na telefonicamente para Enfermeiro Chefe ou Médico da Unidade. Reflectimos em conjunto, o Enfermeiro tem o dever e o direito de **tomar decisões atempadamente de forma holística**. Não assumir o seu papel inscrito no Código Deontológico dos Enfermeiros pode ter repercussões até no Código Penal (Portugal, 1982). A crítica poderá acontecer por ignorância ou se o Enfermeiro não souber fazer o diagnóstico correctamente. O aconselhamento com Enfermeiros peritos e a actualização dos conhecimentos trará benefícios para quem não tem muita prática na identificação das situações de urgência.

A delegação de funções por vezes parece estar invertida, encontrei AO a realizar cuidados de higiene sem perguntar ao Enfermeiro se o poderiam fazer, e Enfermeiros a prestar cuidados quando estes poderiam estar só com supervisão. A tomada de posição da OE (2007-B) refere o Enfermeiro como responsável pelo poder de delegar funções e ajuizar da competência daquele a quem vai delegar, de forma que todos tomassem **consciência crítica do seu poder de delegação/decisão**, fiz questão de mencionar. Visando também o poder de **delegar e co-**

responsabilizar o doente e família/prestador de cuidados (Portugal, 2006) orientei/incentivei para a utilização de dispositivos motores quando indicado, promovendo o envolvimento da família nesta tomada de decisão. O **doente/família deve ser informado** como determina a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (Portugal, 2001) de forma que compreenda o que lhe está a ser indicado. Doentes com alterações do equilíbrio, da marcha e com alterações neurologias têm dificuldades diferentes em aceitar os dispositivos motores. Doentes com afasia global não compreendem o que se pretende nem o que é o dispositivo, alguns doentes com hemiparesias encontram-se renitentes com medo de cair por desequilíbrio e doentes do foro ortopédico por dor e receio de não cicatrização da ferida cirúrgica evitam iniciarem a marcha. O **ensino deve ser reforçado** e devem ser dados os **passos para a instrução** (Veiga *et al*, 2008), só após os conhecimentos terem sido adquiridos o **treino pode ser implementado** e deve ser sempre supervisionado. Aquando dos conhecimentos demonstrados a pessoa poderá utilizar o dispositivo sem supervisão. Para que o doente colabore com o Enfermeiro para a utilização dos dispositivos é necessário ter presente os motivos da não adesão e tentar solucioná-los.

- Competências adquiridas:

Desta forma **abordei questões complexas de modo sistemático e criativo**, relacionando o doente/família/equipa. Avaliei a adequação dos métodos de análise. **Reflecti na e sobre a prática de cuidados** com consciência crítica, **analisei estas situações segundo uma perspectiva académica avançada**, tornando-me uma profissional com saberes actuais, científicos e possíveis de aplicar junto do doente em situação de doença complexa.

2.3. Domínio do Saber Ser

Este domínio reporta-se à natureza e à autenticidade do Enfermeiro, está interligado com prática/experiência e com os valores do próprio, confere aos cuidados de Enfermagem resultantes do Saber Ser o título de Arte.

- Objectivos/actividades:

Assiduidade e pontualidade são factores que prezo no meu dia-a-dia. As passagens de turno são momentos de formação de carácter informal ao qual devemos estar presentes, também o trabalho do outro me merece consideração pelo que não o devo fazer esperar. A rotina do dia-a-dia permitiu integrar-me na equipa, ou seja, o desenvolver determinadas acções, o respeito, a responsabilidade, a demonstração de conhecimentos permitiram que essa autonomia fosse crescendo ao longo do tempo no seio da equipa multidisciplinar.

Através da minha **personalidade** e da **autenticidade** da pessoa que sou, demonstrei assumir sempre as minhas **responsabilidades**. Agir por impulsividade ou de forma irreflectida demonstra imaturidade e falta de profissionalismo. O dever é atender **o doente de forma holística**, valorizando as suas crenças e valores. O Ser Humano é único e irrepetível, se

pretendo respeito e consideração devo retribuir da mesma forma. Enfermagem é a Arte de Cuidar como menciona Hesbeen (2000). Boff citado por Sena *et al* (2008) diz que o cuidado não é só um acto mas muito mais abrangente é uma atitude de envolvimento e responsabilização pelo outro. Collière (2003) alimenta o conceito e refere que é mais que um acto isolado é a resposta a um conjunto de necessidades seja do foro afectivo, social, económico ou biológico e poderá estar associado a profissionais de saúde ou não. Desta forma não me limitei a ver o órgão/necessidade afectada, mas sim um todo, em todas as suas dimensões e foi possível trabalhar esta temática em equipa. Semanalmente, na UC realiza-se uma reunião com todos os elementos da equipa multidisciplinar para fazer o ponto de situação. Todos têm a possibilidade de expor as suas expectativas e em conjunto determinarem a melhor solução para o doente/família. Desenvolvi deste modo **capacidades e habilidades para as tomadas de decisão**.

O **juízo crítico** e a **tomada de decisão** estão presentes em todas as actividades de Enfermagem. Num momento de grande tensão pude em colaboração com a minha Tutora na UCIM permitir a entrada de uma criança, que tinha vindo visitar a avó, que numa situação normal não entraria. A doente apresentava um quadro de instabilidade mas, naquele momento o mais importante e significativo era ver o neto. A visita durou cinco minutos o tempo suficiente para acalmar a doente e esta permitir a continuação do tratamento. Os doentes não são presos nem devem estar dependentes exclusivamente das nossas vontades ou regras. As Leis existem para serem cumpridas mas, também nós devemos ser advogados dos nossos doentes. Nunes (2006) referindo-se a Kant sobre esta temática, diz que devemos agir em conformidade com a nossa vontade, de tal forma que esse princípio deve tornar-se Lei Universal, ou seja, nesta situação, devemos ser **capazes de reflectir** sobre o que é **melhor para o doente**, de discernir entre as regras impostas à e para a sociedade e o Princípio da Beneficência.

O que parece ter menos importância ganha aqui um cuidado especial, porque o cuidado engloba a atenção que se dá ao mesmo, assim durante a prestação de cuidados de higiene a um doente em coma, apercebi-me que não apresentava movimento palpebral espontâneo significativo. Apesar de ser o problema menor para o doente, era importante **tratar ou prevenir o aparecimento de mais uma situação** que, dado à sua gravidade seria complexo de tratar. Sensibilizei os colegas para aquela situação de risco de úlcera de córnea, foi também possível realizar uma acção de formação sobre este tema e a criação de um protocolo a pedido da própria equipa, dada a sua relevância, esta temática será desenvolvida no Domínio do Saber Prático.

As situações de urgência criam sempre algum stress e se não estamos suficientemente preparados para as identificar e actuar, surgem dificuldades em discernir o que é mais importante no momento. A filosofia da UC é a promoção da autonomia o que relega para segundo plano outras preocupações como a imprevisibilidade das situações de urgência, percebo que não é a principal preocupação dos Enfermeiros, no entanto, devem estar

preparados para qualquer eventualidade. Uma doente com um Mieloma Múltiplo desenvolveu uma Insuficiência renal aguda, ficou prostrada, monitorizei os sinais vitais e a glicemia capilar, o traçado cardíaco, a saturação de oxigénio e foi contactado médico. Nesse momento foi possível observar e posteriormente avaliar o não cumprimento das regras de manutenção do carro de urgência que passarei a explicar no Domínio do Saber Prático. Puncionei a doente apesar de difícil acesso venoso, iniciei fluidoterapia, administrei fármacos de urgência como o gluconato de cálcio, pois apresentava concentrações séricas de potássio – 9mEq/L. Preparei-a e foi enviada ao HSJ acompanhada por um Enfermeiro, iniciou de imediato hemodiálise. Foi-me também dada a possibilidade de cooperar na estabilização hemodinâmica de uma doente com náuseas e vômitos contínuos e posteriormente enviada ao HSJ, também acompanhada por um Enfermeiro, terá sido submetida a cirurgia de emergência. Aos doentes que sofreram quedas e com risco de Traumatismo crânio encefálico colaborei com a realização do exame neurológico como reactividade à luz, simetria e tamanho das pupilas, monitorização do estado de consciência, avaliação de sinais vitais e monitorização da glicemia capilar. Foram enviados ao HSJ e informei as famílias. **Actuei em conformidade com o preconizado em emergência** – Conselho Português de Ressucitação (2006 e 2010) em todas estas situações. Assim **mostrei iniciativa e espírito crítico**, quer em situações complexas quer na prestação de cuidados.

A participação da família/prestador de cuidados informal na prestação de cuidados e a sua co-responsabilização está prevista no Decreto – Lei que regulamenta a Rede (Portugal, 2006), pelo que falei com tutor para que permitisse abrir a UC à família. A presença de um familiar no turno da manhã é possível, no entanto, esta informação não é divulgada pela equipa. Quando questionados referem que poucas famílias pretendem acompanhar o familiar todo o dia, optando pela visita à tarde. A família é muitas vezes o elo de ligação com o doente. Um doente traqueostomizado não conseguia expressar-se e a equipa não compreendia o que dizia, a presença da esposa veio ajudar à comunicação e, simultaneamente, permitiu o **ensino**, a aquisição de conhecimentos, a **instrução** e o **treino** do autocuidado do seu familiar. Para **optimizar a comunicação** criei estratégias como as referidas por Silva (2002) ou como aquisição de lousa mágica como descreve Melles e Zargo (2001).

Pelo descrito posso dizer que salvguardei a segurança dos doentes, envolvi as famílias nas tomadas de decisão em momentos de crise, proporcionei momentos de confiança. Na Enfermagem o **Saber Fazer** é crucial mas, o **Saber Estar** e o **Saber Ser** determinam em que estágio de maturação se encontra o profissional.

- Competências adquiridas:

Adquiriti competências em gerir as capacidades de actuação em situações complexas e imprevistas como determina o Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE (2009). Ao tomar decisões não me limitei ao estado físico atendi também às necessidades sociais e éticas. Criei estratégias para melhorar os cuidados, tomei iniciativa e fui criativa.

2.4. Domínio do Saber Prático

Este Domínio centra-se na perspectiva da execução, ou seja, da destreza, da eficácia, da segurança dos cuidados e da capacidade de realizar acções de Enfermagem. Este Saber põe em prática o Saber Científico, complementado pela observação e pela forma de ser do Enfermeiro, é a base da relação terapêutica entre este e o doente/família/equipa. Os cuidados/acções são múltiplas e em diversas áreas.

- Objectivos/actividades:

A gestão de cuidados passa pela identificação de situações problema, das necessidades formativas, da identificação e actuação em estádios da dor, na integridade cutânea pelo posicionamento, pela avaliação das necessidades do prestador de cuidados, pela identificação de problemas relacionados com sono/repouso/privação do equilíbrio sensorial e pela gestão de recursos, para facilitar a compreensão passarei a descrever a minha actuação pelos temas acima referidos.

A UCIM apresenta meios técnicos complexos, monitores, ventiladores, bombas perfusoras, camas eléctricas, enfim, meios que quando activados criam barulhos perturbadores do descanso do doente. **Reconhecer problemas relacionados com o sono/repouso/privação do equilíbrio sensorial** foi um dos meus objectivos para este estágio. Pude comprovar que o mínimo ruído acorda o doente que nem sempre se encontra orientado. Almeida (2002) citando Roberts refere que os ruídos provocam perturbações na concentração e na percepção auditiva, levam a alterações do humor, à depressão, a sensações de perseguição em UCI. Os níveis máximos de ruído numa UCI são de 45 Db durante o dia e 35 Db durante a noite refere Pereira *et al* (2003). Se pensarmos que uma seringa infusora provoca 72Db, o alarme de um ventilador 90Db ou o aspirador de secreções 67Db estamos muito longe do aceitável. Desde cedo foi minha preocupação retirar dos monitores o ruído marca passo (do traçado electrocardiográfico), reduzir ao indispensável os parâmetros a monitorizar, reduzir ao mínimo o volume dos alarmes e alargar ao máximo os limites dos parâmetros. Relativamente às bombas perfusoras tive a preocupação de monitorizar o tempo de perfusão para que o alarme não tocasse no final da mesma. Reduzir a luminosidade como menciona Almeida (2002), delimitando a noite do dia, baixar os alarmes e alguma contenção no falar foi uma preocupação. À medida que ia passando pelos doentes com a intenção de lhes proporcionar uma noite de descanso, percebi que os colegas observavam esta atitude e sentiam-se pouco à vontade porque os fiz recordar que ir trabalhar e ter de estar acordado faz esquecer que a noite é para descansar, quando um aglomerado de pessoas se junta, por exemplo, nas passagens de turno é esquecida esta recomendação.

Os doentes que permanecem muito tempo em UCI necessitam de estímulos conhecidos, necessitam dos seus valores pessoais, do som da sua família, das pessoas significativas, porque também a ausência dos sons significativos cria estados de ansiedade como refere Silva (2006). Quando esta privação se associa ao ruído continuo sem significado ou ruído branco, o

doente entra em pânico, pode criar quadros alucinatórios ou de perseguição, não tem presente o tempo nem o espaço, pode achar que as conversas que ouve se destinam a si numa tentativa de o mal tratar. Para que tal não acontecesse criei momentos de comunicação, ajudei a situarem-se no tempo e no espaço, favoreci e incentivei à permanência de pequenos objectos pessoais e foi dada a possibilidade de interagir com o meio, de forma a tornar-se o mais independente possível e com um certo controlo. Aos doentes acordados, ofereci ajuda para se posicionarem, uma bebida relaxante, procurei saber se no domicílio tinham aquele padrão de sono, se faziam medicação, falei com médico para ajuste terapêutico.

Os doentes internados na UC são dependentes com alterações da mobilidade e requerem uma vigilância de Enfermagem cuidada. Ao contrário do que supunha e promovendo a autonomia, são raros os doentes que necessitam de auxílio para se posicionarem, necessitam sim de um sistema eficaz para prevenir a queda, pois sentindo-se melhor tentam levantar-se sem auxílio. As quedas acontecem principalmente durante a noite. As insónias, a urgência urinária e a **dor** são os grandes causadores desta não conformidade. Com vista a diminuir estes riscos participei nos cuidados **gerindo terapêutica em SOS**, executei medidas não farmacológicas tipo crioterapia ou massagem, **monitorei a dor** através da escala analógica e reavaliei, posicionei o membro do doente como medida de conforto. A Circular Normativa sobre a dor da DGS (2003 e 2008) refere uma obrigatoriedade/esforço que cada profissional deve fazer para detectar esta situação promovendo ganhos na qualidade de vida dos portadores da dor. Realizei análises tipo Combur[®] para identificar infecções urinárias, incentivei à não ingestão de bebidas depois do jantar para diminuir a frequência urinária e já durante a noite ofereci uma bebida quente e auxílio para se deslocar até ao WC.

Os serviços por onde passei não têm protocolos de actuação na dor, a nível farmacológico são dependente da prescrição médica, no entanto, foi possível aplicar **medidas não farmacológicas no alívio da dor**. Este procedimento passou pela criação de uma relação de ajuda, pela mudança de posicionamento, pela massagem, pela crioterapia, pela optimização do ambiente e pela disposição para ouvir. Uma palavra, um toque e saber escutar surpreendeu os menos crentes.

Ao contrário da UC na UCIM os doentes em fase aguda de doença, necessitam muitas vezes, de repouso absoluto pelo que os posicionamentos são com frequência, é fundamental **promover a integridade cutânea pelo posicionamento**. Sempre que um doente é admitido, é preenchido um impresso sobre a integridade da pele. É também preenchida a escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão. Em função do resultado, se risco grave/alto/moderado/fraco ou sem risco, é feita avaliação diária de 3 em 3 dias ou 5 em 5 dias. Esta escala avalia vários parâmetros como percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento e ainda a nutrição. Cada doente é um caso e é posicionado em função da sua necessidade. É utilizado o Manual de Normas de Enfermagem da ACSS. Não existe uma hora para posicionar todos os doentes, apesar de haver uma

aproximação entre os intervalos. A massagem e hidratação da pele estiveram sempre presentes.

Um factor importante é a alimentação do doente, sempre que o doente apresenta uma alimentação adequada na escala de Braden é fornecido um suplemento nutricional para que não aumente o risco de úlceras de pressão. Em determinado momento do estágio tinha um doente aos meus cuidados e foi-lhe prescrito alimentação entérica farmacológica por sonda, era um doente em coma com um internamento de semanas em UCI e UCIM, bem adaptado à alimentação entérica por sonda, realizada na cozinha do Hospital. Não estava desnutrido e tinha transferência programada para a Medicina, com vista a alta para o domicílio. Fiquei surpreendida com a atitude. Consultei recomendações de Kreyman *et al* (2006) sobre alimentação entérica e artigos sobre alimentação em cuidados intensivos como os de Vila e Grau (2005) e Henriques *et al* (2005), cheguei à conclusão que a alimentação comercial ou farmacológica é a mais equilibrada e possível de equilibrar, no entanto, porquê alterar nesse momento a alimentação. Esta decisão passou apenas pela mudança de médico e não pelo estudo analítico e antropométrico. Compreendo a não contestação por parte da equipa de enfermagem, tendo em conta a **promoção da integridade cutânea**. Manter uma alimentação mais saudável e equilibrada durante o internamento poderá ser a melhor decisão.

As **necessidades formativas** resultantes da avaliação reflexiva dos cuidados resultam muitas vezes em formações de carácter formal ou informal ao doente/família/equipa. Por vezes os Enfermeiros negligenciam as formações informais porque, ao não registar a sua execução e pertinência anulam a sua efectividade para as auditorias/avaliações de cuidados prestados. As rotinas incluem quase sempre pequenas informações, recomendações ou ensinamentos que pela sua vulgaridade e brevidade são postas de lado e esquecidas pelo próprio. Hesbeen (2000) fala de “pequenas coisas” que revelam a preocupação que o Enfermeiro tem no outro e certamente irá melhorar a sua condição física ou emocional, são elas os Cuidados de Enfermagem, que aparecem de forma subtil, espontânea, criativa e intuitiva e que pela sua falta de visibilidade costumam a ser aceites pela comunidade científica.

Ao longo deste estágio **realizei múltiplas formações de carácter informal** ao doente/família/equipa, salientando que a UC foi por excelência o local desta primazia.

Com base na observação, nas patologias e nas questões colocadas pelos doentes/famílias foram realizados ensinamentos ao doente e família/prestadores de cuidados sobre:

- Higiene ocular – colocação de colírios e pomadas oftálmicas, tendo em conta conservação/prazos de validade e armazenamento dos frascos, importância do grau de viscosidade, posicionamento, tempos de absorção e sinais de alerta;
- Diabetes e insulino-terapia – conceito, tratamento, dieta, acondicionamento/armazenamento da insulina, locais de administração e procedimento, sinais de hiperglicemia e hipoglicemia e actuação, vigilância dos pés e olhos;

- Hipertensão – dieta, consequências, tratamento, promoção do exercício físico, ganhos em deixar de fumar;
- Ileostomias – cuidados com a pele e estoma, mudança de saco e placa, importância do prestador utilizar luvas, dieta;
- Procedimentos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor;
- Procedimentos farmacológicos e não farmacológicos em caso de hipertermia;
- Cuidados a ter com a transmissão de doenças infecto-contagiosas, como na varicela, infecção por pseudomonas e MRSA.
- Cuidados a ter com a higiene auricular – importância de consultar o médico e ou técnico de manutenção do aparelho auditivo conforme orientações do fabricante; lavagem do ouvido e limpeza com toalha sem introdução do cotonete; aplicação de gotas próprias para retirar o cerúmen e como aplicar gotas auriculares.

Para conseguir fazer **formação formal à equipa desenvolvi estratégias, tomei iniciativa e fui criativa**, visto não estarem motivados para se dirigirem ao serviço, fora das horas de trabalho. Assim para colmatar estas dificuldades realizei formações mais pequenas, de vinte minutos, após passagem de turno e desta maneira comuniquei os resultados da prática clínica e de investigação aos profissionais especializados. Aproveitei as situações problema detectadas para a formação. Realizei apenas uma formação programada de uma hora e trinta minutos na UC.

O carro de emergência deve estar preparado e verificado para que numa situação de emergência se possa actuar rapidamente e sem hesitação. Nos três locais de estágio, por objectivos delineados ou propostos, debruzei-me sobre os carros de urgências tendo em vista a competência do enfermeiro especialista para actuar em situações de alto grau de complexidade face a processos de saúde/ doença crítica e falência organica.

O carro de emergência deve estar devidamente equipado e pronto a ser utilizado em qualquer lugar onde a sua presença o exija. A equipa deve ter formação em SBV, podendo alguns elementos terem uma formação mais avançada. A ignorância ou o desconhecimento não desculpa a má actuação ou a não actuação. O REPE (Portugal, 1996) previne essa situação e o Código Penal (Portugal, 1982) dita as sanções a cumprir. Dar outra função ao carro aumenta a erro. Para diminuir essa possibilidade foi criado um pequeno stock de medicação, acordado com a equipa, tendo em mente que o carro só será aberto para respeitar as recomendações da Comissão Regional do Doente Critico (2009). A formação **Recomendações para Carro de Emergência** – ANEXO I, realizada em colaboração com uma colega deste curso de EEMC, teve o intuito de incutir essa responsabilidade, de actuar eficazmente numa situação de emergência e zelar pelos materiais existentes no serviço. Para que tal pudesse acontecer foi necessário relembrar procedimentos através das recomendações do Conselho Português de Ressucitação (2010), as recomendações para as Unidades da Rede através da Comissão

Regional do Doente Crítico (2009) e a quem cabe a responsabilidade referenciando Blanchard (1996). Pela importância do assunto foram realizadas sensibilizações individuais sobre o tema, mesmo após o término do estágio, desta forma foi possível lembrar que a formação é uma área a ser trabalhada pelos Enfermeiros e é alvo de avaliação. Para suportar toda esta informação realizamos um **Manual para Carro de Emergência – Actuações e Recomendações** – ANEXO II, que fará parte do carro de emergência. Este serve para esclarecimentos de dúvidas, lembrar procedimentos, identificar no carro os locais dos materiais e as quantidades. A responsabilidade em manter o carro equipado, validado e selado, assim como manter o desfibrilhador operacional é de toda a equipa, podendo no entanto ser atribuída a função a um só elemento. Separado do Manual mas, dentro do mesmo dossier deixamos folhas para registo da abertura do carro e da verificação da operacionalidade do desfibrilhador como mandam as recomendações. A nossa sugestão de utilizar as recomendações para a manutenção do carro de emergência, das Unidades da Rede proposta ao Enfermeiro Chefe, foi aceite e recomendada pela Administração do Hospital, podendo até estender-se a qualquer serviço da Instituição.

Foi proposto pelo Enfermeiro Chefe do SU, tendo em conta a falta de vínculo, de experiência e a grande rotatividade do corpo clínico a criação de um **Manual de Recomendações e Actuações na SE** – ANEXO III, onde incluisse os algoritmos recomendados pelo Conselho Português de Ressuscitação (2010) e pudesse ser consultado de forma fácil e rápida numa situação de emergência. Para dar resposta a esta solicitação compilei todos os documentos relativos à SE, desde a Norma de activação da SE, folhas e verificação do carro de emergência, dos armários da SE, da mala de transporte e um resumo das principais alterações ao SAV do adulto, da pediatria e da neonatologia.

Com base nas recomendações referidas e nas Normas para carro de emergência realizadas pela Comissão de Ressuscitação intra-hospitalar do HSJ (2003-A; 2003-B; 2003-C) e de Gaspar (2010) reestruturei os carros de emergência, stock de fármacos, mala de transporte e restantes materiais existentes na SE. Refiz a folha de verificação do carro de emergência alterando as datas de verificação de semanal para mensal com base nas recomendações da Comissão Regional do Doente Crítico (2009) e nas Normas para carro de emergência da Comissão de Ressuscitação intra-hospital do HSJ (2003-A; 2003-B), salvaguardando que o carro sempre que utilizado deverá ser repostado e selado.

A introdução das agulhas intra-ósseas e das máscaras laríngeas foi a principal alteração aos materiais existentes no carro de emergência. As máscaras laríngeas não trouxeram grandes novidades para a equipa, já que a maioria referiu estar familiarizada com este tipo de material, a sua aquisição foi imediata, visto ser um artigo existente no serviço de aprovisionamento. Com a fusão do HNSCV com o HSJ os serviços de Aprovisionamento e de Escolha passarão a ser os mesmos, e à semelhança do HSJ, as agulhas intra-ósseas escolhidas deverão ser as BIG®, por esse motivo procurei distribuidor em Portugal (Remeditec) para que me fornecesse indicações do produto e preço. Facultei à equipa artigos científicos como o de Guimarães e

Lane (2008) e filmes demonstrativos do material e técnica. Ao responsável do serviço apresentei preços, condições de pagamento e contacto do distribuidor. A punção intra-óssea é uma área para investimento na formação. Foram lembrados os cuidados de excelência que, visando a qualidade dos cuidados, visam a **formação contínua, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros**.

Fiz revisão ao carro de emergência na UCIM e detectei que não existia enriquecedor de oxigénio no ressuscitador manual e verifiquei também que as unidades dos doentes não apresentavam. Falei com a equipa e descobri que era de desconhecimento total, mesmo médico. Fiz uma formação sobre ressuscitadores e a **Importância do enriquecedor de oxigénio** – ANEXO IV. Passei dois breves filmes sobre funcionamento e montagem dos ressuscitadores, apresentei um exemplar e fiz relação custo benefício, fiz ainda alusão ao Conselho Português de Ressuscitação (2006), últimas *guidelines* sobre o tema na data de apresentação. A avaliação desta formação encontra-se incluída no anexo. A principal ilação que pude retirar desta formação foi de encontro com a transferência de conhecimentos, o que transmiti à equipa levou a Enfermeira Chefe a procurar de imediato os responsáveis do serviço para se poder proceder à aquisição dos enriquecedores de oxigénio, melhorando assim os cuidados a prestar.

É na prestação directa de cuidados que se detecta a maioria das situações problema. Aquilo que por vezes parece ter menos importância quando avaliado sugere o contrário. Pela observação e pelas questões colocadas pelo doente pude constatar que a higienização ocular e colocação de colírios na UC eram temas que a equipa assumia que o doente já sabia e tratava. Mesmo partindo do princípio que a colocação de colírios era uma prescrição antiga, a situação actual de deficits quer físicos quer de fragilidade imputam aos profissionais a avaliação de conhecimentos e os ensinamentos. O objectivo principal da formação **Higienização Ocular** – ANEXO V, foi sensibilizar a equipa para esta problemática. Não podemos descurar o que parece ter menos importância. Realizada em colaboração com uma colega deste curso de EEMC referimos que todas as necessidades que o doente por si não consegue realizar são passíveis de levar a um ensino. Referimos ainda o Manual de Normas e Procedimentos da ACSS e as Normas de Actuação do Departamento de Oftalmologia do HSJ. Foi proposto a implementação do Manual de Normas da ACSS que foi aceite superiormente. A avaliação da formação encontra-se no anexo.

Quando prestava cuidados de higiene a um doente na UCIM apercebi-me que não existia a atenção especial e uniforme para cuidar e encerrar as pálpebras, tendo em conta o risco de úlceras de córnea em doentes sedados, curarizados e em estados comatosos. Estes doentes apresentam diminuição ou paralisação do pestanejar o que associado à gravidade da situação clínica, à presença das luzes, da temperatura, do ar condicionado e à falta de conhecimento sobre o tratamento leva ao aparecimento das úlceras de córnea. Realizei uma formação sobre **Úlceras de Córnea** – ANEXO VI, referindo estudos como o de Alvarenga (2010) e Ousler *et al* (2007) e fiz demonstração com produtos apropriados, a avaliação da formação pode-se

analisar no gráfico III no anexo. Foi-me solicitada a criação de um **Protocolo de Prevenção de Úlceras de Córnea e a sua Aplicação no SAPE** – ANEXO VII, a sua importância na prestação de cuidados globais ao doente.

Resultante de uma reflexão após discussão com a equipa sobre horário de visita, abordagem ao doente/família, local para falar com família surgiu a ideia de realizar uma formação sobre **Comunicar** – como abordar o doente/família – ANEXO VIII. Nesta foi exposta a pertinência de criar uma Sala de Conferência para a Família que segundo Neto (2003) é indispensável para a criação um clima de confiança, foram abordadas formas e barreiras à comunicação, referi Leske (2002) e o impacto positivo que tem na recuperação do doente a presença da família e Day (2006) referindo ser raro ver o Cuidado centrado na família em Cuidados Intensivos. A avaliação desta formação está exposta no gráfico IV dentro de respectivo anexo. Este tema de carácter controverso promoveu a discussão e dele surgiu a possibilidade de realizar um trabalho sobre as necessidades das famílias.

Ainda neste âmbito propus um trabalho de investigação sobre necessidades das famílias na UCIM. Do serviço obtive a autorização pela Enfermeira chefe e a participação voluntária de uma Enfermeira. Da Orientadora obtive a indicação que iria pedir autorização para utilizar o inquérito original à Professora Jane Leske e incentivo realista quanto ao tempo disponível e o previsível para a realização deste trabalho. Fiz uma **Adaptação ao Inventário das Necessidades da Família** – ANEXO IX. Consegui desta forma **promover a investigação e o envolvimento da equipa**.

A filosofia da Unidade de Convalescença é a **promoção da autonomia**. O autocuidado é o foco da atenção de todos os profissionais de Enfermagem, já que este é o CORE da profissão. O Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem funções bem definidas para a sua prática (OE, 2009). A participação no autocuidado vai promover o treino do equilíbrio, o erguer, o levantar, o deambular, o vestir/despir. Quantos movimentos passivos não seriam necessários para equivaler a um banho com auxílio no chuveiro? Por vezes as funções são confundidas ou mal interpretadas, aqui não há sobreposição de funções entre enfermeiros e fisioterapeutas. Estes últimos ~~exercem~~ ~~as~~ ~~suas~~ ~~funções~~ ~~no~~ ~~gimásio~~ e [•] ~~as~~ ~~atividades~~ de vida diária. Ao contrário do que se passa noutros serviços privilegia-se a execução da acção pelo próprio, pelo que é necessário dar tempo ao doente e, logo, mais tempo ao enfermeiro para auxiliar/supervisar.

A presença da família/prestador de cuidados é muito importante não só pela participação no autocuidado, mas também, por toda uma série de ensinamentos relacionados com as comorbilidades, situações de risco e aquisição de hábitos de vida saudável. Mas como sabemos o que já sabe o prestador? Será que já adquiriu conhecimentos? Estas dúvidas levaram-me a construir um instrumento de avaliação de conhecimentos do prestador, que foi apresentado ao grupo numa formação.

A Importância do Prestador de Cuidados Informal na Qualidade dos Cuidados –

ANEXO X, esta formação foi realizada com o intuito de dar a conhecer a importância do prestador na recuperação física e mental e na reintegração/readaptação social e familiar do doente para tal, lembrei as indicações para a Rede através do Conselho de Enfermagem (2009) e do Decreto-Lei (Portugal, 2006). Identifiquei o papel do prestador no CORE da Enfermagem que é o Autocuidado projectando um filme (ADVITA, 2008-A), identifiquei sentimentos do prestador que levam a uma inversão de papéis projectando um filme (ADVITA, 2008-B) e identifiquei ainda as necessidades de avaliar os conhecimentos do prestador. Com base no que o prestador diz saber e no que prova saber criei um Instrumento de Avaliação de Conhecimentos, para desta forma conseguir avaliar em que fase do ensino/instrução/treino se encontra. Posso ainda avaliar e no mesmo documento registar se existem sentimentos incompatíveis com a formação a prestar. Estes familiares poderão ser encaminhados para médico ou psicólogo da Unidade podendo ficar a cargo do médico assistente do próprio. Foram incentivados os registos do International Council of Nurses (2002) pelo SAPE, referindo o Referencial do Enfermeiro (Conselho Enfermagem, 2009). Propus a implementação do Instrumento de Avaliação, a passagem dos filmes apresentados para os doentes e familiares nas horas de maior fluxo de visitas de forma a aumentar a auto confiança dos prestadores. As sugestões foram bem acolhidas e encontram-se em fase de implementação.

Informar/formar o Prestador de Cuidados – Promover a Autonomia – ANEXO XI.

Esta formação serviu para analisar e reflectir sobre as recomendações para a Rede de Cuidados Continuados/Unidade de convalescença e promover os ensinamentos como sugere o Conselho de Enfermagem (2009). Abordei a Diabetes Mellitus e a insulino-terapia, armazenamento e procedimentos; dieta e estilos de vida saudável; na Estomatoterapia cuidados a ter, diferenças e material inovador tipo técnica de irrigação – demonstração de DVD (Alves *et al*, 2008) onde se explica a técnica, benefícios e testemunhos; roupa interior adaptada e inibidores de odores; nos Traqueostomizados cuidados a ter, mudança e limpeza de cânula, – projecção de filme (Poblete, Youtube), exercícios a ensinar para recuperar os músculos do pescoço, filtro antimicrobiano para quem não usa cânula de traqueostomia – abordei a auto-estima; adesão/gestão do regime terapêutico com identificação dos factores que impedem a adesão. **Criei estratégias para co-responsabilizar os prestadores** e dei exemplos de material que auxilia à adesão, como caixas para fármacos ou máquinas de pesquisa de glicemia capilar falante. **Propus a implementação do Manual de Normas e Procedimentos da ACSS** com vista a uniformizar os cuidados, a aquisição de material para a adesão ao regime terapêutico, **criei um dossier físico e virtual com folhetos, brochuras, artigos** ou seja **material que providencie a aprendizagem** e possa ser facultada ao doente/família/prestador de cuidados, criei lista de contactos com Associações, Laboratórios, Delegados e Enfermeiros *Experts* de determinadas consultas para fornecer aos clientes, assim como, para retirar dúvidas dos profissionais. Foi motivador ver os colegas a utilizar o que realizei logo após a sua apresentação.

A avaliação global das Acções de Formação foi muito positiva, Temas e Exposição muito bons e meios audiovisuais bons. Esta avaliação gerou motivação e confiança, permitindo de forma contínua o próprio **processo de auto – desenvolvimento pessoal e profissional**.

Pude exercer supervisão e zelei pelos cuidados no âmbito da profissão. Detectei situações de não conformidade e executei junto das AO da UCIM algumas **acções de sensibilização**. Recomendei a lavagem dos nebulizadores, após cada utilização, em lavatórios próprios, fora da Unidade. A lavagem dos nebulizadores provoca aerossóis que se depositam em todas as partes envolventes do lavatório o que vai levar à contaminação das mãos. Foram também orientadas para não utilizar vassouras mas, sim mopas húmidas na limpeza do chão, devido ao lançamento de partículas/microrganismos para o ar, principalmente da Legionela. Também foi detectado uma situação/problema no despejo dos sacos colectores de urina e as AO foram advertidas para a utilização de meios que previnam o risco de infecção no doente e no profissional, como o uso de máscara, preferencialmente com viseira, luvas e avental de uso único. Cuidado na manipulação do saco, para que não entre em contacto com o chão e limpar torneira com toalhete para que não goteje. Estas recomendações foram actualizadas pela CCI do CHVNG/E (2010) e referenciadas por Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2008) encontrando-se acessíveis na página da DGS. Foi realizado um Poster – **Prevenção de Infecção. Procedimentos Recomendados**. – ANEXO XII. Forma gradual assisti a uma mudança no procedimento na lavagem dos nebulizadores, o Poster serviu para relembrar os procedimentos no momento da execução.

Um dos padrões de qualidade é a higienização do serviço (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007-A; 2007-C), que permite premiar a Instituição pela certificação como refere Mezone (2001). Durante o período de estágio do SU pude observar que nem sempre os AO respeitavam as regras da higienização, quer pelo inapropriado uso de materiais de protecção individual quer pela deficiente higienização do SU. Abordei os AO que se desculparam com causas aparentemente sem relação com a actividade profissional. Percebi que o incumprimento não se devia ao desconhecimento. Junto com Tutor analisamos a questão e concluímos que o assunto não era de causa recente pois, já havia sido trabalhado com elementos do serviço e com alunos. A solução passou pela criação de uma norma para que posteriormente se pudesse verificar e exigir o seu cumprimento. Assim realizei a **Norma de Higienização do SU** – ANEXO XIII, criei duas tabelas exemplificadoras da higienização de superfícies e de materiais. Baseei-me nas recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007-A; 2007-B; 2007-C) e da Comissão Controlo de Infecção do HNCSV (2009), Comissão Controlo de Infecção do HSJ (2004-B; 2004-C), Comissão Controlo de Infecção do CHVNG/E (2010) e Comissão Controlo de Infecção do CHLN. Esta proposta de Norma será estudada por um grupo de Enfermeiros do serviço, que verificará a sua aplicabilidade, no entanto para além da satisfação demonstrada pelo Enfermeiro Chefe pude com agrado verificar alterações no comportamento dos AO resultantes das formações informais como, terem eliminado a roupa exterior que usavam por baixo da farda assim como a mudança frequente de luvas.

Pude colaborar na gestão de recursos materiais e humanos como determina a OE (2009). O Enfermeiro chefe tem a função de pedir a farmácia (com excepção da unidose), material clínico e hoteleiro, colaborei com este na manutenção dos materiais e pedidos em tempo útil.

O SU apresenta um sistema de registo Alert® – free paper, no entanto é necessário imprimir receitas e cartas de transferência para outras Instituições, pelo que o gasto de papel e toner para impressora é considerável. No início do estágio vi um armário com imensos toners vazios e abordei o Tutor acerca do assunto. Este propôs-me a realização de um trabalho sobre toners reciclados custo benefício, construí uma **tabela**, através da qual foi possível **comparar toners reciclados com novos, propriedades e preços** – ANEXO XIV.

Após pesquisa sobre o tema e contacto com distribuidores cheguei á seguinte conclusão:

- São necessários cinco litros de petróleo para fazer um toner;
- Um toner usado pode ser utilizado até seis vezes;
- O toner utilizado pode ser vendido;
- Segundo distribuidores a eficácia dos toners reciclados é igual à dos novos e imprimem a mesma quantidade de páginas;
- O preço de um toner novo permite comprar três reciclados;
- É uma preocupação ambiental actual, em 2002 foram lançados para o lixo comum em Portugal dois milhões de cartuxos mensalmente (Recitoner, 2008).

Apresentei às conclusões ao Enfermeiro Chefe que propôs à Direcção do Hospital a sua aquisição.

Pela minha observação constatei que no SU os antissépticos utilizados para aplicação na pele eram dois e de uso indiscriminado. Falei com o Tutor que me informou que a escolha foi da farmácia. Os antissépticos são o Álcool a 70% e o Cloreto de Benzalcónio com propanol (Cutasept®), utilizados de forma aleatória, também a sua utilização/manuseamento demonstrou algum desconhecimento pois, as recomendações dos fabricantes não eram tidas em consideração. Pude ainda observar que a utilização de algodão era o produto escolhido para a antisepsia da pele e o seu uso aceite por todos.

Propus realizar um estudo sobre **Antissépticos – relação custo benefício** – ANEXO XV, tendo chegado à conclusão que teria de dar resposta a três questões:

1. Qual o antisséptico a escolher num SU?
2. Quais os materiais a utilizar na antisepsia?
3. Qual a técnica recomendada para a antisepsia?

Após pesquisa e análise concluí que o Cloreto de Benzalcónio com propanol apresenta características que potenciam o efeito desejado no SU. Encontrei no entanto um distribuidor com melhor preço. A presença do algodão é para eliminar e me não suscitou dúvidas. Algodão

não estéril, muitas vezes manuseado com as mãos e acondicionado em recipiente de uso múltiplo é um material não recomendado como refere Hutin *et al* (2008). Em sua substituição sugeri as compressas esterilizadas como recomendam Veiga *et al* (2008) e Miranda (2010). Realizei um estudo de mercado e coloquei sob a forma de tabela os produtos, características, distribuidores, preço, apresentação e preço final com compressa ou em toalhete.

Relativamente à técnica foi necessário junto dos Enfermeiros lembrar o conceito de antissepsia. Esta é a fricção da pele após aplicação de soluto antisséptico, através de compressas estéreis, com o objectivo de diminuir ou destruir a microflora transitória e ou residente da pele. É importante lembrar que as recomendações do fabricante devem ser respeitadas, como os tempos de actuação. Com este lembrete/observação, os Enfermeiros compreenderam que realizavam o procedimento de forma errada. A fricção como recomenda Cardoso *et al* (2006) e Moureau (2009) é de extrema importância para diminuir o risco de infecção, assim como a higienização das mãos e o uso de luvas (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006; 2007-B). Em anexo a esse trabalho deixei uma tabela com o procedimento e fundamentação para a realização da antissepsia com o Cloreto de Benzalcónio com propanol (Cutasept®). O Enfermeiro Chefe mostrou interesse imediato em adquirir compressas estéreis e os colegas iniciaram o processo de uniformização do procedimento.

Este trabalho abrange todas as áreas do conhecimento em Enfermagem desde a **prestação directa dos cuidados à gestão** e também à **formação** pela sensibilização realizada à equipa acerca da técnica e do produto, e ao Enfermeiro chefe sobre a aquisição de outros produtos e ou distribuidores. Este é a entidade máxima de Enfermagem no serviço pelo que é o responsável máximo pela segurança imediata ou longo prazo dos clientes logo, tem acrescido a responsabilidade de escolher o material.

Não basta para o **profissional** ter muitos **conhecimentos**, deve saber criar **estratégias** para os transmitir de forma a serem assimilados. Podem ser de **carácter informal** e com pouca informação porque de pequenas coisas vive o Homem e **das sensibilizações diárias alteram-se comportamentos**. Como balanço global acredito que estas formações de carácter formal e outras de carácter informal tiveram um impacto positivo nas equipas. Retirei esta ilação através da apreciação das formações, pela abertura e empenho dos Enfermeiro Chefes em implementar nos serviços as recomendações sugeridas e pela mudança de atitude dos colegas, de compreensão e aplicação do sugerido.

A realização dos horários é uma preocupação dos Enfermeiros Chefes, pelo com **equidade** devem proceder à sua realização. Foi possível colaborar na realização do horário do mês de Novembro e Dezembro que inclui o Natal, para tal foram analisados todos os horários e ajustados os turnos nestes dois últimos meses do ano. O mês de Dezembro, devido às festividades, causa sempre algum incomodo para o gestor, propus criar folha de voluntários, a qual foi bem aceite e o problema extinguiu-se quase na totalidade. Sob orientação do Enfermeiro Chefe o Enfermeiro responsável de turno da noite na UCIM realiza o plano para o

dia seguinte, já no SU e na UC fica a cargo do responsável do serviço, nestes três locais pude colaborar na sua realização.

A **gestão de cuidados** é uma competência do Enfermeiro. Consegui observar, propor e executar algumas acções/intervenções para proporcionar o bem-estar, o conforto e melhor os cuidados ao doente.

Na UCIM a abordagem à família não é regida por normas, o enfermeiro responsável pelo doente é o indicado para colher dados ou fornecer alguma informação. No acto da admissão o enfermeiro tem a preocupação de verificar se o doente irá necessitar de ajuda no domicílio e faz o encaminhamento da família para a Enfermeira Especialista (da manhã) que tem acrescido a função de orientação/encaminhamento para outros profissionais, o que aconteceu. Encaminhei a esposa de um doente que foi admitido em estado confusional, após longo período em hipoxia, era de prever que o doente mantivesse esse estado após a alta. Segundo a esposa teriam dificuldades económicas, pelo que iriam necessitar de auxílio da Assistente Social desta forma encaminhei esta família para a Enfermeira Especialista que terá realizado a avaliação da situação.

Pensando nos cuidados e englobando quem os presta, pude **auxiliar um colega em integração**. Ouvir os motivos que o levaram ao serviço, os seus objectivos e os seus receios. Apesar de não estar a fazer a sua integração/avaliação, incentivei-o e encorajei-o a prosseguir com os seus intuítos, a esclarecer as suas dúvidas, e a **participar na auto e hetero formação**.

A UAVC tem vários protocolos ao contrário da UCIM, porque esta utiliza o Manual de Normas de Enfermagem da ACSS. Colaborei na aplicação do protocolo para disfagia. Antes de alimentar o doente é necessário certificar se existe alguma dificuldade na deglutição, para tal existe este protocolo que de forma gradual avalia a presença de disfagia e para que tipo de alimentos, se sólidos ou líquidos ou ambos. Na UCIM utiliza-se muitas vezes água gelificada (forma de gelatina) já que a disfagia para líquidos está presente na maioria dos doentes com AVC.

Após observar a utilização do Bladder Scan, pude sugerir a sua utilização numa doente da UCIM. A doente parecia não apresentar globo vesical, mas retraía-se à palpação e estava há várias horas sem urinar. Confirmei esta situação com um pequeno ecografo que avalia e determina o volume vesical existente. Com este procedimento evitou-se a algaliação desnecessária. Foi uma mais-valia em termos de conforto para o doente, a não cateterização **reduziu o risco de infecção e os gastos**.

A instabilidade/falência orgânica dos doentes, o grau de complexidade no seu tratamento, a necessidade repentina de ventilação mecânica ou o suporte de amins cria na UCIM e no SU uma crescente preocupação na **auto-formação** e no **envolvimento multidisciplinar**. Recordei aos Enfermeiros que a **formação é um parâmetro da avaliação**, mas também que quem se mantém actual certamente presta cuidados de qualidade superior.

- Competências adquiridas:

Consegui demonstrar conhecimentos aprofundados sobre **técnicas de comunicação**. Possuo capacidades para **trabalhar em equipa** e envolvi-me nos problemas da prática. Desta forma identifiquei necessidades formativas e envolvi a equipa. Promovi a formação em serviço e incentivei à investigação. **Promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros. Zelei pela manutenção dos cuidados**. Apresentei **capacidade de reagir perante situações imprevistas**, de trabalhar adequadamente em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, de ser capaz de **gerir os cuidados de Enfermagem promovendo a auto e hetero formação**.

3. CONCLUSÃO

A aprendizagem acontece quando existe motivação interior, Marques (2007) reportando-se a Vygotsky refere que depende da interacção com os outros e com a cultura em que se está inserido. Brandura, para o mesmo autor, sugere uma aprendizagem pela figura do espelho, quando se está motivado criam-se estratégias para fazer face às adversidades e todas as teorias poderão ser validas para a realização dos cuidados de Enfermagem. O cuidado não é mais do que a atenção que coloco na actividade/acção que estou a desenvolver, é um aglomerado de “pequenas coisas” como refere Hesbeen (2000) que faz a diferença, a atitude, a Arte de Enfermagem.

Desta forma, pretendi com este relatório descrever todo um percurso crítico-reflexivo onde a criatividade e a iniciativa estiveram de mãos dadas. A fácil integração permitiu-me desde cedo perceber onde se situavam as minhas dificuldades no seio da equipa, e com o auxílio dos Enfermeiros Tutores e com a pesquisa bibliográfica foi possível obter/solidificar conhecimentos, mantendo de forma contínua o meu auto **desenvolvimento pessoal e profissional** e adquirir competências na área da EEMC como preconiza a OE (2009). Assim, pude mobilizar conhecimentos e habilidades para actuar em tempo útil e de forma holística, a OE (2007-A) refere que o Enfermeiro Especialista é o que tem conhecimentos aprofundados sobre a vida humana, mas também um nível excelente de **juízo crítico e tomada de decisão**. A autonomia/responsabilidade e a experiência profissional como refere Benner (2001) são sem dúvida factores que determinam a proficiência do Enfermeiro, na Triagem de Manchester foi visível este factor, quanto mais responsável é o Enfermeiro mais elevado é o seu poder de decisão, o que influencia a prestação dos cuidados e consequentemente a qualidade dos cuidados.

A **responsabilidade profissional, ética e legal** foi um campo onde demonstrei conhecimentos. O doente/família/equipa formam uma tríade que se rege em função do conforto, da confiança, do cuidar e dos Cuidados de Excelência (Portugal, 2009). Relembrar o **Código Deontológico**, o **REPE** ou o Código Penal, incentiva à **responsabilização** quer nas **tomadas de decisão** quer no **juízo crítico** dos enfermeiros. O doente é o foco da atenção, não é visto em partes nem como a soma delas, é um complexo indissociável onde está incluído a família, o ambiente, o social, o espiritual mas também o físico, os *deficits* motores e as comorbilidades. A UC foi o local privilegiado para os ensinamentos e todas as necessidades não satisfeitas permitiram a sua realização, estes são referenciados sobretudo para as Unidades de Convalescença (Conselho de Enfermagem, 2009). Dirigi-me ao doente com vista à sua readaptação funcional no seio da família e da sociedade, e dirigi-me aos Enfermeiros e aos Prestadores de cuidados informais de forma a sensibiliza-los, para a importância da sua intervenção na Qualidade dos Cuidados, impedindo a agudização do doente e o seu regresso

ao hospital. **Actuar como formadora oportuna em contexto de trabalho, assim como, demonstrar habilidades em ultrapassar as barreiras da comunicação foram competências adquiridas.**

Identifiquei situações de risco e de forma antecipatória actuei em conformidade com as recomendações credíveis e actuais, quer no SU pela reestruturação da SE e criação de Manual de Recomendações e Actuações que de forma rápida se poderá consultar, como na UCIM pela identificação da não existência de reservatórios enriquecedores de oxigénio no carro de emergência, o que deu lugar a uma formação/sensibilização da equipa para a importância da aquisição de reservatórios de oxigénio para acoplar ao ressuscitador manual. Também na UC foi necessário lembrar a importância de manter o carro de emergência verificado e selado, e foi criado um Manual de Recomendações e Actuações em Emergência.

Promovi a eficaz actuação perante focos de instabilidade, demonstrei conhecimentos e executei cuidados de alta complexidade à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica pela prestação directa de cuidados desenvolvidos diariamente na UCIM, pela identificação antecipatória de focos de instabilidade em doentes internados na UC e no SU, mais concretamente na SE demonstrei conhecimentos, habilidades e actuação compatível com o recomendado pelas *guidelines*. Geri o stress, fui humana e pude **dignificar a morte** no SU.

Colaborei na **gestão da qualidade**, promovendo a **prevenção e o controlo da infecção**. O Enfermeiro é também um dinamizador e um estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados. Através da análise reflexiva da técnica da antisepsia, da manutenção de dispositivos intravasculares e da criação de uma Norma para a higienização do SU, identifiquei **oportunidades de melhoria** e fomentei um **ambiente terapêutico seguro**. Identifiquei **gestão de recursos**, tendo presente a situação sócio-económica do país. Negociei recursos adequados à prestação de **cuidados de qualidade**, referindo a melhor relação custo benefício quando desenvolvi estudos como o antisséptico a utilizar no SU, a utilização de toners reciclados ou da sensibilização para a aquisição dos reservatórios enriquecedores de oxigénio para o ressuscitador manual.

Através da sensibilização promovi a **prevenção da infecção** e fiz **gestão diferenciada da dor recorri à massagem, ao posicionamento, à crioterapia e a medidas não farmacológicas**. O Enfermeiro EEMC deve ser o impulsor das medidas não farmacológicas, deve saber escutar, avaliar, programar e propor soluções não invasivas ao doente, deixando os fármacos para situações em que não obteve sucesso. Na UC de forma a perceber o que sabe o prestador acerca das necessidades do seu familiar, incentivei os colegas à realização de **Registos, numa linguagem universal, para se obter indicadores de qualidade**. Elaborei um Instrumento de Avaliação dos Conhecimentos do Prestador de Cuidados, para que de forma rápida e assertiva o Enfermeiro identifique o estágio de conhecimentos/aprendizagem se encontra, porque Ensinar é diferente de Instruir e de treinar, dar tempo é fundamental, cada pessoa tem um ritmo próprio de aprendizagem.

Criei espaços de confiança com as famílias e fui **facilitadora da comunicação**, envolvendo-as nas tomadas de decisão. Fazendo uso do **juízo crítico** tomei **decisões fundamentadas** e fomentei as mudanças de comportamento, quer dos doentes/famílias quer dos Enfermeiros, incluindo dos responsáveis dos serviços e AO, através das formações de carácter formal e informal.

Como retrospectiva deste período saliento que os contributos deixados no serviço não conseguem descrever na íntegra a forma como foram recepcionados pelos Enfermeiros. As mudanças de comportamento de forma a incluírem as propostas efectuadas e a receptividade dos Enfermeiros responsáveis dos serviços, para a mudança, foram de tal modo expressivos que tornaram este estagio um campo de conhecimentos riquíssimo e extremamente aprazível.

A **Mobilização de Saberes em Enfermagem** ganha ênfase na especificidade da EEMC, estabelecer uma relação de cuidar vai ao encontro da pessoa/família/equipa que necessita de ser ouvida, de cuidados, de orientação e de formação. Uma atitude de mudança **reflexiva da prática** produz certamente **Cuidados de Qualidade**.

Este trajecto de ensinamentos e aprendizagem traduziu-se também em mim numa mudança de atitude, a atenção que coloco em cada acção que desenvolvo é certamente superior, cada gesto que faço, cada palavra que ouço ou o silêncio que sinto criam outra disposição para cuidar. Como Enfermeira Especialista não posso deixar de referir que este tempo de estudo, de pesquisa, de análise e confronto se transformou em algo muito superior em Saberes em Enfermagem, porque o cuidado não é estático e os Saberes são mobilizados de um lado para o outro em prol do doente/família. Pelo descrito espero ter atingido os objectivos inicialmente propostos para a realização deste relatório.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria Celeste (2002). **Stress e Qualidade de Vida dos Doentes nos Cuidados Intensivos**. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto.
- ALVARENGA, Andreza (2010). **Lesões da córnea: incidência e factores de risco em Unidade de terapia intensiva de adultos**. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- ALVES, Emília *et al* (2008). **A técnica de irrigação e a qualidade de vida da pessoa ostomizada**. [DVD]. (19m:54s) EPICO – Epidemiologia, Investigação, Cuidados em Ostomias. Coloplast.
- ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA IDOSOS (ADVITA) (2008-A). **AJUDAR A CUIDAR – Apoio nas actividades da vida diária**. [DVD]. ADVITA (33min.). Lisboa.
- ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA IDOSOS (ADVITA) (2008-B). **AJUDAR A CUIDAR – Sentimentos e emoções do Cuidador**. [DVD]. ADVITA (21min.). Lisboa.
- BENNER, Patrícia (2001). **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. P. 41-63
- BLACK, Joyce e JACOBS, Esther (1996). **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 4ª Ed. Guanabara Koogan.
- BLANCHARD, K (1986). **Liderança e o Gerente Minuto**. Rio Janeiro: Editora Record.
- BOTERF, Guy (2003). **Desenvolvendo competências dos profissionais**. Porto Alegre: Artemed. P.48.
- COLLIERE, Marie Françoise (2003). **Cuidar... A Primeira Arte da Vida**. 2ª Ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., P.241.
- COMISSÃO CONTROLO DE INFECÇÃO, CHLN, EPE – **Recomendações para a Descontaminação de Materiais**. Lisboa. Centro Hospitalar Lisboa Norte.
- COMISSÃO CONTROLO DE INFECÇÃO, CHVNG (2002). **Guia de utilização de antissépticos e desinfetantes** – Norma 02/2002. Vila Nova de Gaia. Centro Hospitalar Vila Nova Gaia.
- COMISSÃO CONTROLO DE INFECÇÃO, CHVNG/E, EPE (2010). **Curso Básico de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Vila Nova de Gaia. Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho.
- COMISSÃO CONTROLO DE INFECÇÃO, HNSCV (2009). **Higienização do Ambiente Hospitalar**. Valongo. Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo.
- COMISSÃO CONTROLO DE INFECÇÃO, HSJ (2004-A). **Cateter venoso periférico. Fundamentos CVP**. Porto. Hospital São João.
- COMISSÃO CONTROLO DE INFECÇÃO, HSJ (2004-B). **Higienização do ambiente hospitalar – princípios gerais**. Porto. Hospital São João.
- COMISSÃO CONTROLO DE INFECÇÃO, HSJ (2004-C). **Higienização das mãos. Fundamentos higienização das mãos**. Porto. Hospital São João.

- COMISSÃO CONTROLO DE INFECÇÃO, HSJ (2004-D). **Manutenção de Cateter Vascular Central – Procedimento**. Porto. Hospital São João.
- COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRITICO – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP (2009). **Recomendação: para Carro de Emergência**. Administração Regional de Saúde do Norte.
- COMISSÃO DE RESSUSCITAÇÃO INTRA-HOSPITALAR, HSJ (2003-A). **Conteúdo do Carro de Emergência (Adulto e Pediátrico)**. Porto. Hospital São João.
- COMISSÃO DE RESSUSCITAÇÃO INTRA-HOSPITALAR, HSJ (2003-B). **Manutenção do carro de Emergência**. Porto. Hospital São João.
- COMISSÃO DE RESSUSCITAÇÃO INTRA-HOSPITALAR, HSJ (2003-C). **Utilização do Carro de Emergência**. Porto. Hospital São João.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM (2009). **Rede Nacional de cuidados continuados integrados – Referencial do Enfermeiro**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2006). **Manual de Suporte Imediato de Vida**. 2ª Ed.
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2010). **Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council**. **Revista Saúde Infantil/ASIC**. Edição Paula Grácio.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES *et al* (2007). **Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral**. Lisboa: Alto comissariado para a Saúde.
- DAY, Lisa (2006). Family Involvement in critical Care: Short Comings of a Utilitarian Justification, **American Journal of critical Care**. Vol.15, Nº2, P.223-225
- DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2003). **A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor**. Circular Normativa Nº09/DGCG. Ministério da Saúde.
- DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2008). **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Circular Normativa Nº11/DGCS/DPCD. Ministério da Saúde.
- ELCOAT, Dame (2003) – **Stoma Care Nursing**. Hollister.
- FERREIRA *et al* (2009). Ventilação não invasiva. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. Vol. 15, Nº.4, P. 655-667.
- GASPAR, Patrícia (2010). **Sala de Emergência. Carro de Apoio à Unidade**. Porto. UAG/Urgência e Cuidados Intensivos do HSJ, EPE.
- GOULD, Carolyn *et al* (2009). **Guideline For prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infections**. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.
- GRUPO PREVENÇÃO DE QUEDAS DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE VALONGO (2008). **Norma – Prevenção, avaliação, intervenção e monitorização do risco de queda**. Valongo. Hospital Nossa senhora da Conceição de Valongo.
- GUIMARÃES, Hélio e LANE, John (2008). Acesso venoso pela via intra-óssea em urgências médicas. São Paulo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol. 20. Nº1
- HENDERSON, Virgínia (2007). Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE. Loures: Lusodidata. P.3-13.
- HENRIQUES, Rosa *et al* (2005). Nutrição entérica em Cuidados Intensivos. **GE** Vol.12 P.204-209
- HESBEEN, Walter (2000). **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- HOEMAN, Shirley P. (2000). **Enfermagem de Reabilitação – aplicação e processo**. 2ª Ed. Loures: Lusociência. Cap.11 P. 161-172
- HUTIN, Yvan *et al* (2003). Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. **Bulletin of the World Health Organization 2003**, 81 (7).
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2002). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)** – Versão beta 2. Edição Associação Portuguesa de Enfermeiras.
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2006). **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica – INEM.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2006). **Recomendações para a prevenção de infeção associada aos dispositivos intravasculares**. DGS, Ministério da Saúde.
- INTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007-A). **Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa prática**. DGS, Ministério da Saúde.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007-B). **Recomendações para a higienização das mãos nas Unidades de saúde**. DGS, Ministério da Saúde.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007-C). **Recomendações para o controlo do ambiente – Princípios Básicos**. DGS, Ministério da Saúde.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2008). **Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Guia Prático**. 2ª Ed. DGS, Ministério da Saúde.
- KASPER, Dennis *et al* (2005). **Harrison's – Principles of Internal Medicine**. 16ª Edição. USA: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- KREYMANN, Kg *et al* (2006). **Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care (ESPEN)** Department of Intensive Care Medicine. University Hospital Eppendorf, Hamburg, Germany.
- LESKE, Jane (2002). Interventions to Decrease Family Anxiety. **Critical Care Nurse**. Vol.22 P.61-65
- LYNCH, James (1978). The Simple Act of Touching. **Nursing**. Vol.8. P.32-36.
- MARTINS, José; CASTILHO, Amélia e SIMÕES, Isabel (2000). Cuidados de Enfermagem ao doente traqueostomizado. **Revista Referencia**. Nº4
- MELO, Rita (2004). **Processo de Luto – O inevitável percurso face à inevitável morte**. Curso – Nós e o morrer no hospital. HSJ, EPE.
- MELLEES, A.M.; ZARGO, M.M.F.Z. (2001). A utilização da Lousã magica na comunicação do traqueostomizado. Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol.9 Nº1 P.73-79
- MEZONO, João Catarin (2001). **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos**. 1ªEd. Barueri – SP Brazil: Editora Manole.
- MIRANDA, Tiago (2010). **Prevenções básicas de infeção e controlo. Vivências dos alunos do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem no ensino clinico de urgência**. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto.
- MONIZ, José (2003). **A Enfermagem e a pessoa idosa**. Loures: Lusociência.
- MORGON, Fernanda H. e GUIRARDELLO, Edinéis B. (2003). Validação da Escala de Razão das Necessidades de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva. Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 12 N ° 2 P.198-203

- MOUREAU, Nancy (2009). Preventing peripheral intravenous line infections. Recommendations for healthcare facilities. **The Journal of the Association for Vascular Access**. Volume 14 N°4. P. 187 – 190.
- NETO, Isabel (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. Vol. 19. P.68-74.
- NUNES, Lucília (2006). **Autonomia e Responsabilidade na tomada de Decisão Clínica em Enfermagem**. II Congresso da OE. Lisboa: Ordem Enfermeiros.
- ORDEM ENFERMEIROS (2007-A). **Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional – Especialização em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. Lisboa: Ordem Enfermeiros.
- OREM, Dorothea E. (1983). **Normas Práticas Enfermería**. Madrid: Ediciones Piramede, S.A. P.39-54.
- OUSLER, George *et al* (2007). An Evaluation of Tear Film Breakup Time Extension and Ocular Protection Index Scores Among Three Marketed Lubricant Eye Drops. **Cornea**. Vol. 26 N° 8 P.949-952
- PHANEUF, Margot (2005). **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. P.26, 321-386.
- PEREIRA, Raquel *et al* (2003). Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. Vol.69 N°6 P. 766-771
- PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane (2003). **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª Ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- REGISTERED NURSES’ ASSOCIATION OF ONTARIO (2009). **Ostomy Care and Management. Best Practice Guidelines**. Ontario: RNAO.
- RUTALA, William *et al* (2008). **Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities**. USA: Department of Health & Human Services.
- SENA, Roseni *et al* (2008). O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface Botucatu**. Vol.12: N°24
- SILVA, M. Júlia Paes (2002). **Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em Saúde**. S. Paulo: Edição Loyola
- SILVA, Rosanna Rita (2006). Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Salus**. Guarapuava – PR. P.39 – 41.
- SIMÕES, João (2006). **A influência da estimulação auditiva na pessoa em coma**. [Doutoramento em Tecnologias da Saúde – Projecto de Tese] Secção Autónoma de Ciência da Saúde: Aveiro, 31. Universidade de Aveiro.
- TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile (2004). **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. 5ª Ed. Loures: Lusociência. Cap.6 P.73-93.
- VEIGA, Barbara *et al* (2008). **Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos**. 2ª Ed. Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- VILA, B.G. e GRAU, T. (2005). La nutrición enteral precoz en el enfermo grave. **Nutrición Hospitalaria XX** P.93-100.
- WALTER, Beatrice (1988). **Le Savoir Infirmier**. Paris: Edições Lamarre. P.57-62

FONTES DE INTERNET

- BARRETT, Helen C. (2005). **White paper: Researching Electronic Portfolios and learning Engagement – The Reflect Initiative**. Helen C. Barrett. <http://electronicportfolios.com> [19/11/2010]
- CARDOSO, Shirley *et al* (2006). Anti-sepsia para a administração por via endovenosa e intramuscular. **Revista Electrónica de Enfermagem**. http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_10.htm [03/12/2010]
- CUNHA, Tiago (2007). **Comunicação**. http://cms.piso5.net/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=30 [16/06/2010]
- MARQUES, Ramiro (2007). **A pedagogia construtiva de Lev Vygotsky (1896-1934)**. Escola Superior de Educação de Santarém. Santarém. http://www.eses.pt/usr/ramiro/docs/etica_pedagogia/A%20Pedagogia%20construtivista%20de%20Lev%20Vygotsky.pdf [15/01/2010]
- ORDEM ENFERMEIROS (2007-B). **Tomada de posição sobre delegação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao [16/10/2010]
- POBLETE, Mariella. **Cuidados Del Traqueostoma En Pacientes Laringectomizados**. Serviço de Foniatria/Oficina de Comunicaciones – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. YOUTUBE, Canal de Jonasfarma_Ficheiros. (07m:34s) www.youtube.com/watch?v=cGrBmLpZOxQ [10/10/2010]
- RECITONER (2008). **Reciclagem**. Laranjeiro: RECITONER – Reciclagem de Consumíveis Informáticos www.recitoner.pt/ [01/12/2010]

LEGISLAÇÃO

- PORTUGAL – Assembleia da República (1982). Decreto – Lei Nº 400/82. **Vigésima terceira alteração ao Código Penal**. DR: 1ª Série Nº 170 de 4 de Setembro de 2007. P. 6218-6258
- PORTUGAL – Assembleia da República (2009). Lei 111/2009. **Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. DR: 1ª Série, Nº 180 de 16 de Setembro de 2009. P. 6546 – 6548.
- PORTUGAL – Ministério da Saúde (1996). Decreto – Lei Nº 161/96 Artigo 9 alínea e). **Regulamentação para o Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE)**. DR: 1ª Série A Nº205. P. 2981.
- PORTUGAL – Ministério da Saúde (2004). Portaria Nº 594/2004. **Boas Práticas na Preparação de Medicamentos Manipulados**. DR: 1ª Série – B, Nº 129 de 2 de Junho de 2004. P.3441-3445
- PORTUGAL – Ministério da Saúde (2006). Decreto – Lei Nº 101/2006. **Rede Nacional de Cuidados Continuados**. DR: 1ª Série A, Nº 109 de 6 de Junho de 2006. P. 3856 – 3865
- PORTUGAL, Presidente da Republica (2001). Decreto – Lei Nº 1/2001 Artigo 5º. **Ratificação da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano face às Aplicações da Biologia e da medicina: Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina**. DR: I Série A Nº 2 de 03/01/2001. P. 27

ANEXOS

ANEXO I – Formação “Recomendações para Carro de Emergência”

Inclui:

- Plano de Formação;
- Ficha de avaliação da sessão formativa;
- Diapositivos.

Plano da Formação

Tema – Recomendações para Carro de Emergência

Formadora – Madalena Moutinho e Maria José Borges alunas do 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa
– Porto

Local – Unidade Convalescença – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Data – 19/10/2010

Hora – 15h30 m

Destinatários – Enfermeiros

Duração – 30 minutos

Métodos – Expositivo, descritivo e demonstrativo

Objectivos:

- Conhecer as recomendações do Conselho Português de Ressuscitação (2010) e da Comissão Regional do Doente Critico (2006)
- Analisar as recomendações para a ressuscitação;
- Reflectir sobre a importância da manutenção e operacionalidade do Carro de Emergência;
- Dar a conhecer a nova apresentação do Carro de Emergência aos Enfermeiros;
- Promover e zelar pelos cuidados prestados ao doente crítico;
- Zelar pela manutenção dos materiais existentes no serviço;
- Responsabilizar a equipa pela prestação de cuidados de qualidade;
- Implementar as directivas para a manutenção e verificação do Carro de Emergência da Comissão Regional do Doente Critico na Unidade de Convalescença.

Ficha de avaliação da sessão formativa

Recomendações para Carro de Emergência

ASSINALE COM UM X A RESPOSTA QUE MAIS LHE CONVEM.

➤ TEMA

Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente

➤ EXPOSIÇÃO

Muito Boa	Boa	Suficiente	Insuficiente

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Bastante adequados	Adequados	Pouco adequados	Não adequados

Sugestões / Observações:

Obrigada
Madalena Moutinho

Apresentação PowerPoint (Slides)

Recomendações para Carro de Emergência



Slide 1

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

- O Conselho Português de Ressucitação (2006) e a Comissão Regional do Doente Crítico (2009) recomenda a existência de unidade móvel devidamente equipada.



Slide 2

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

Salvar uma vida não tem preço

A existência de material adequado a uma situação de emergência pode fazer a diferença.

Slide 3

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

- A Cadeia quebra pelo elo mais fraco;
- Por vezes a cadeia encontra-se no limite da resistência.



Slide 4

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA



TODOS OS ELOS DA CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA TEEM O MESMO PESO E A MESMA IMPORTÂNCIA.

Slide 5



RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

É fundamental ter presente e saber:

- Reconhecer sinais de alerta;
- Pedir auxílio;
- Iniciar manobras SBV;
- Colaborar no SAV;
- Executar cuidados pós reanimação.

Slide 6



RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

O REPE (1996) regulamenta:

O profissional deve estar preparado para reconhecer e actuar em situações imprevistas de emergência.

Slide 7



RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

A consequência do erro/desconhecimento/ignorância pode levar a sanções previstas no Código penal

Slide 8



RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

É fundamental em ambiente intra hospital a existência de uma **unidade móvel** devidamente equipada desde que:

- Todos saibam onde está;
- Como se desloca;
- Exista uma equipa com conhecimentos adequados para fazer uso dos materiais/fármacos aí existentes.

Slide 9

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

Materiais de 1ª linha numa situação de peri paragem cardio respiratória:

- Fonte de Oxigénio;
- Aspirador secreções;
- Desfibrilhador;
- Adjuvantes da via aérea/
material entubação;
- Ressuscitador manual;
- Material de punção.

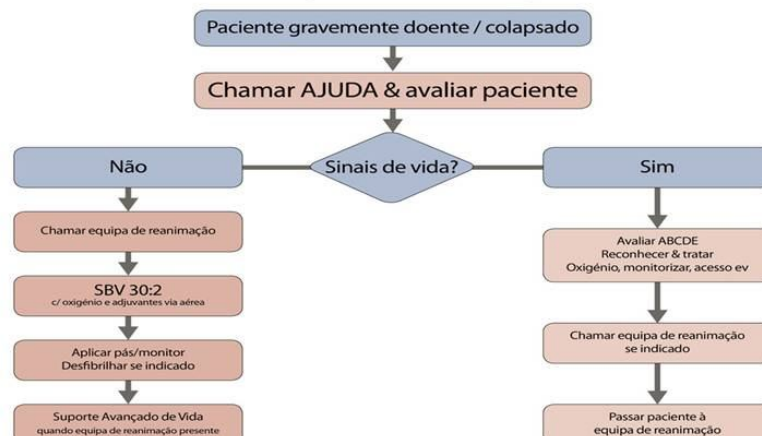


Slide 10

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

🚒 Reconhecer situação de emergência e actuar

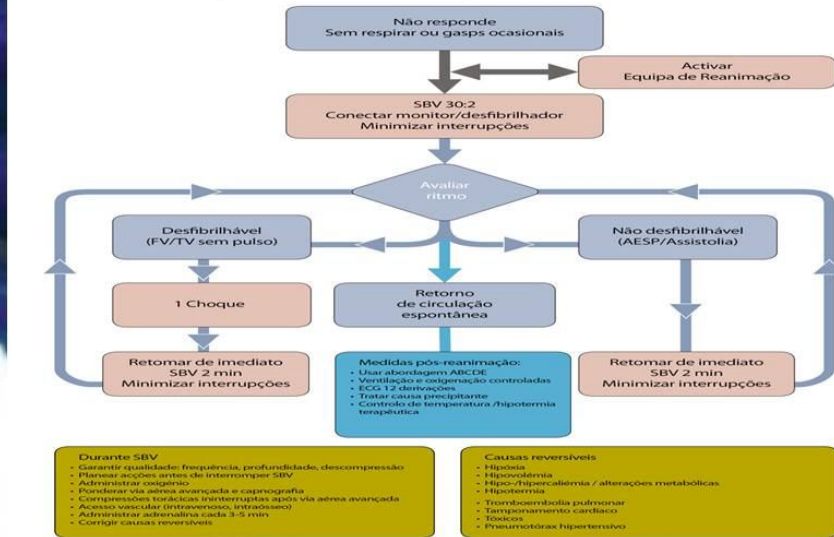
Reanimação Intra-Hospitalar



Slide 11

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

Auxiliar no SAV e prestar cuidados pós reanimação
Suporte Avançado de Vida



Slide 12

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

Alterações das Guidelines (2010)

- Desvalorização murro pré cordial;
- Compressões de qualidade. Deprimir 5cm e depois deixar expandir;



Slide 13

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

- Via endotraqueal dá lugar à via intra óssea;
Local de eleição de administração

❖ Face antero interna da tíbia a 2cm abaixo da tuberosidade tibial



Slide 14

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

- Atropina deixa de ser utilizada por rotina nas assistolias e na actividade eléctrica sem pulso;
- Adrenalina 1mg mantém-se após 3ºchoque e repete em intervalos de 3 a 5 minutos nas fibrilhações ventriculares e taquicardias ventriculares **sem pulso**;
- Amiodorona 300mg após 3ºchoque;



Slide 15

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

- Recomenda-se a utilização de mascarar laringeas.



Slide 16

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

O carro de emergência deve conter segundo a Comissão Regional do Doente Critico (2009):

Base superior

- Estetoscópio;
- Desfibrilhador;
- Fonte Oxigénio;
- Ressuscitador manual com reservatório e filtro



Slide 17

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

1ª gaveta

- Fármacos;



2ª gaveta

- Material via aérea;



3ª gaveta

- Material de punção;



4ª gaveta

- Restante material;



Laterais

- Tubos endotraqueais e mascarar laringeas.



Slide 18

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

A manutenção o carro deve ficar a cargo de um elemento, que periodicamente (segundo as recomendações um mês) valida o carro em termos de:

- **Validades superiores a três meses;**
- **Reposição de materiais (sempre que necessário);**
- **Higienização.**

No final sela o carro e em folha própria descreve o motivo, data, hora, assina e coloca o numero mecanográfico.

Slide 19



RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

A responsabilidade de manter o carro dentro do recomendado passa por todos os Enfermeiros. O Enfermeiro Chefe pode delegar a função no responsável pelo carro e diariamente pelo responsável de turno no entanto, a responsabilidade em última estância será sempre sua.

Slide 20



RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

Pela manutenção da saúde e pelo não agravamento da doença devemos mantê-lo sempre pronto a utilizar.

Pelo nosso **Juízo Crítico** e pelas nossas **Tomadas de Decisão** é importante ter formação na área da **Saúde do Adulto/Idoso e do Doente Crítico**, sendo estes os Clientes que diariamente habitam as Unidades de Convalescença

Slide 21

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

BIBLIOGRAFIA

- BLANCHARD, K (1986) – *Liderança e o Gerente Minuto*. Rio Janeiro: Editora Record
- CONSELHO DE ENFERMEGEM (2009) – Rede Nacional de cuidados continuados integrados – *Referencial do Enfermeiro*
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2006) – *Manual de Suporte Vida*. 2ª Edição.
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2010) – *Recomendações 2010 Reanimação do European Resuscitation Council*. Edição Paula Grácio. Infantil/ASIC
- ORDEM ENFERMEIROS (2009). *Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*

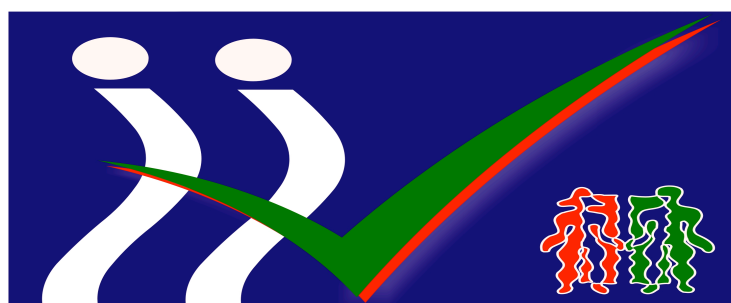
Slide 22

RECOMENDAÇÕES PARA CARRO DE EMERGENCIA

- PORTUGAL – ASSEMBLEIA DA REPUBLICA – *Decreto – Lei Nº 400/82. Vigésima alteração ao Código Penal*. DR: 1ª Série Nº 170 de 4 de Setembro de 2007
- PORTUGAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Decreto – Lei Nº 161/96 artigo 9 alínea e). Regulamentação para o Exercício da Profissão de Enfermagem*. DR: 1ª Série A Nº 2981
- PORTUGAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Decreto-Lei Nº 101/2006. Rede Cuidados Continuados*. DR: 1ª Série A Nº 109 de 6 de Junho de 2006 P. 3856 - 3865
- RESSUSCITATION COUNCIL - UK (2006) – *Advanced Life Support*. 5th

Slide 23

ANEXO II – Manual para Carro de Emergência – Actuações e Recomendações



**HOSPITAL N.ª S.ª DA CONCEIÇÃO
VALONGO**

CARRO DE EMERGÊNCIA

ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

**Elaborado: - Madalena Moutinho
- Maria José Pinto Borges**

Porto, Novembro de 2010



CARRO DE EMERGÊNCIA

ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

Elaborado: - Madalena Moutinho e Maria José Borges - Alunas do 3º Curso Pós licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa - Porto

Tutores: - Manuel Melo - Enfermeiro Chefe e Especialista na Unidade Convalescença do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

- Ana Paula Veiga - Enfermeira Graduada da Unidade Convalescença do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Orientadora: - Irene Oliveira - Professora da Universidade Católica Portuguesa - Porto

INDICE

1 – RECOMENDAÇÕES GERAIS	7
2 – LOCALIZAÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA.....	9
3 – MANUTENÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA.....	11
4 – ORGANIGRAMA DO CARRO DE EMERGÊNCIA.....	13
5 – RECONHECIMENTO PRECOCE DE SINAIS/SINTOMAS DE UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA	15
6 – ALGORITMO PARA A REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITAL DO SUPORTE BASICO DE VIDA	17
7 – ALGORITMO PARA A REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITAL DO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA	19
8 – CONCLUSÃO.....	21
9 – BIBLIOGRAFIA.....	23
ANEXO I - RECOMENDAÇÃO PARA CARRO DE EMERGÊNCIA DA COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRITICO.....	25

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Carro de Emergência; desfibrilhador; bala de oxigénio; ressuscitador manual	13
FIGURA 2 – <i>Suporte Básico de Vida em meio intra hospitalar</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010.....	17
FIGURA 3 – <i>Suporte Avançado de Vida</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010	19
FIGURA 4 – Agulha intra óssea.....	20

1 – RECOMENDAÇÕES GERAIS

A Unidade de Convalescença é uma unidade de internamento que faz parte da Rede de Cuidados Continuados. Para esta Unidade são propostos clientes que pela sua dependência necessitam de “...estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável..” segundo o Conselho de Enfermagem (2007:6). Acrescida a estes deficits físicos e ou neurológicos que lhe causam dependência, aparece simultaneamente o factor envelhecimento que o fragiliza. A média de idade na Rede é de 73 anos, logo se pode deduzir que o risco de acontecer uma situação de emergência/paragem cardio respiratória encontra-se potencializado. É necessário ter presente o conhecimento e as habilidades proferidas pela Ordem dos Enfermeiros (2009) em tempo útil e de forma holística face às exigências da situação.

Chain of Survival ou cadeia de sobrevivência identifica as intervenções que podem salvar vidas. A cadeia de sobrevivência quebra pelo elo mais fraco. Este pode ser o não reconhecimento de uma situação de emergência e não pedir ajuda, a não actuação no Suporte Básico de Vida, a não desfibrilhação precoce ou a não prestação de cuidados pós-reanimação.

O profissional deve estar preparado para reconhecer e actuar em situações imprevistas de emergência, esta demanda encontra-se regulada no artigo 9 alínea e) do Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro. Desta forma e para que se salvem vidas as Instituições realizam cursos de Suporte Básico de Vida, Suporte Imediato de Vida e Suporte Avançado de Vida gratuitamente.

O desconhecimento ou a ignorância não diminui o erro mas, revela a falta de profissionalismo /actuação e pode traduzir-se em sanção penal previsto no Código Penal no Decreto-Lei 400/82 de 23 de Setembro.

Em contexto intra hospital é necessário dotar os Enfermeiros com os conhecimentos suficientes para reconhecer atempadamente uma situação de crise e actuar imediatamente, enquanto outro elemento pede colaboração de alguém/equipa mais diferenciada.

O sucesso de uma intervenção depende de vários factores, já mencionada a identificação da situação, o pedido de auxílio, a rápida actuação, o número de elementos/reanimadores também faz a diferença. Já a equipa que se desloca ao serviço influencia pelo tempo que demora a chegar, quer pelo seu desempenho. Por vezes o elo mais fraco situa-se no equipamento que o serviço tem disponível. Fonte de oxigénio ligada, aspirador de secreções pronto a utilizar, desfibrilhador operacional e o ressuscitador manual devidamente montado são os principais materiais que devem estar sempre preparados e no mesmo local para a rápida intervenção e melhorar a qualidade dos cuidados.

O carro de emergência devidamente equipado é uma recomendação do Conselho Português de Ressuscitação. Com o mesmo intuito a Administração Regional de Saúde do



CARRO DE EMERGÊNCIA ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

Norte através da Comissão Regional do Doente Crítico, criou um Manual *Recomendação: "Carro de Emergência"*, que recomenda a existência de uma estrutura móvel onde se podem encontrar fármacos e materiais indispensáveis para uma situação de emergência/paragem cardio respiratória – ANEXO I.

Este manual tem como objectivos:

- Servir para uma rápida consulta e para esclarecimento de dúvidas pontuais numa situação de emergência;
- Relembrar a necessidade da formação na área do doente crítico;
- Zelar pela manutenção dos materiais existentes no serviço;
- Dar a conhecer uma recomendação da Comissão Regional do Doente Crítico;
- Expor os materiais no carro de emergência, segundo a recomendação.

As recomendações para a Rede abarcam todas as Unidades pelo que foi feita uma selecção dos materiais a utilizar na Unidade de Convalescença, podendo não se encontrar alguns dos ditos recomendados.



2 – LOCALIZAÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

O local deve ser de fácil acesso, fora das salas ou enfermarias. Deve permitir pela sua disposição que portas e janelas mantenham a sua função. Não devem ser colocados à sua frente materiais que possam impedir o seu deslocamento. **Todos os profissionais devem saber aonde ele se encontra e como se desloca.**

3 – MANUTENÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

O **carro** deve **estar** devidamente equipado **com o material** estipulado, **selado** e **verificado** com data, hora, assinatura e número mecanográfico, em **folha própria** conforme as recomendações. Este só deve ser utilizado/aberto para situações de emergência, verificação mensal das validades, reposição de materiais e higienização.

A validade dos fármacos/materiais deverá ter aproximadamente três meses, para que os serviços onde se utilizam com menos frequência, os possam trocar ou devolver ao respectivo serviço de aprovisionamento/farmácia.

O **desfibrilhador** é um aparelho de extrema importância nas paragens cardio respiratórias pelo que se **recomenda** a sua **manutenção** de **fábrica** e no **serviço**. Deverá diariamente o Enfermeiro responsável proceder à sua operacionalidade, verificar se está ligado à corrente eléctrica, se não for o caso conecta-lo e verificar a carga da bateria.

Deverá ainda ser **nomeado um elemento para ser responsável** pela verificação periódica das validades, pela reposição de materiais, pela higienização do **carro**, pela verificação do nível da bala de oxigénio e operacionalidade do desfibrilhador. Idealmente este elemento deverá ser o mais motivado para a problemática do doente crítico, podendo desta forma estar a par das novas guidelines/orientações da Comissão de Ressucitação Intra-Hospitalar.

Todos elementos de Enfermagem participam nesta co-responsabilização, principalmente o nomeado para a função, sob o ponto de vista do Código Deontológico de Enfermagem, no entanto o Enfermeiro Chefe e Técnico Responsável pela Unidade assume a responsabilidade máxima, porque não se delega responsabilidade mas sim a autoridade (Blanchard, 1986).

4 – ORGANIGRAMA DO CARRO DE EMERGÊNCIA


 <p>The image shows an emergency cart with various drawers and shelves. On top, there is a defibrillator, a manual resuscitator, and an oxygen tank. A diagram of a human torso is shown at the top left, indicating the placement of the resuscitator. A close-up of the oxygen tank is shown on the right.</p>	<h3><u>Base superior</u></h3> <ul style="list-style-type: none">• Estetoscópio;• Desfibrilhador;• Fonte Oxigénio;• Ressuscitador manual com reservatório e filtro <h3><u>1ª Gaveta ou tabuleiro superior</u></h3> <ul style="list-style-type: none">• Fármacos; <h3><u>2ª Gaveta</u></h3> <ul style="list-style-type: none">• Material via aérea; <h3><u>3ª Gaveta</u></h3> <ul style="list-style-type: none">• Material de punção – inclui placas para desfibrilhador e eléctrodos <h3><u>4ª Gaveta</u></h3> <ul style="list-style-type: none">• Restante material – soros, luvas, colar cervical, torneiras, ... <h3><u>Laterais</u></h3> <ul style="list-style-type: none">• Tubos endotraqueais. <p>Ver Anexo I – Recomendações para carro de Emergência</p>
--	--

FIGURA 1 – Carro de Emergência; desfibrilhador; bala de oxigénio; ressuscitador manual

5 – RECONHECIMENTO PRECOCE DE SINAIS/SINTOMAS DE UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

O reconhecimento precoce pode salvar vidas pelo que é fundamental que o Enfermeiro saiba abordar o ABCDE e pedir auxílio atempadamente.

A – Via aérea

- Pesquisar sinais de obstrução;
- Executar manobras de permeabilização da via aérea;
- Favorecer oxigénio alta concentração.

B – Respiração

- Ver, Ouvir e Sentir sinais de dificuldade respiratória;
- Avaliar a frequência respiratória e simetria do tórax;
- Fazer percussão do tórax (risco de pneumotorax – macicez);
- Fazer auscultação do tórax (sons diminuídos);
- Favorecer oxigénio alta concentração.

C – Circulação

- Avaliar coloração a pele e extremidades;
- Avaliar temperatura;
- Medir tempo de enchimento capilar;
- Avaliar se hipovolémia;
- Palpar pulso e amplitude;
- Medir Tensão Arterial;
- Procurar sinais de hemorragia (repor volémia);
- Colocar acesso venoso;
- Reavaliar pulso.

D – Disfunção neurológica

- Rever ABC;
- Analisar simetria/reactividade à luz das pupilas;
- Analisar consciência através AVDS
 - A – ALERTA
 - V – RESPONDE À VOZ
 - D – RESPONDE À DOR
 - S – SEM RESPOSTA.
- Controlar convulsões;
- Controlar glicemia;
- Controlar temperatura.



CARRO DE EMERGÊNCIA ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

E – Exposição

- Examinar todo o corpo do doente;
- Colher informações adicionais.

6 – ALGORITMO PARA A REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITAL DO SUPORTE BASICO DE VIDA

Reanimação Intra-Hospitalar

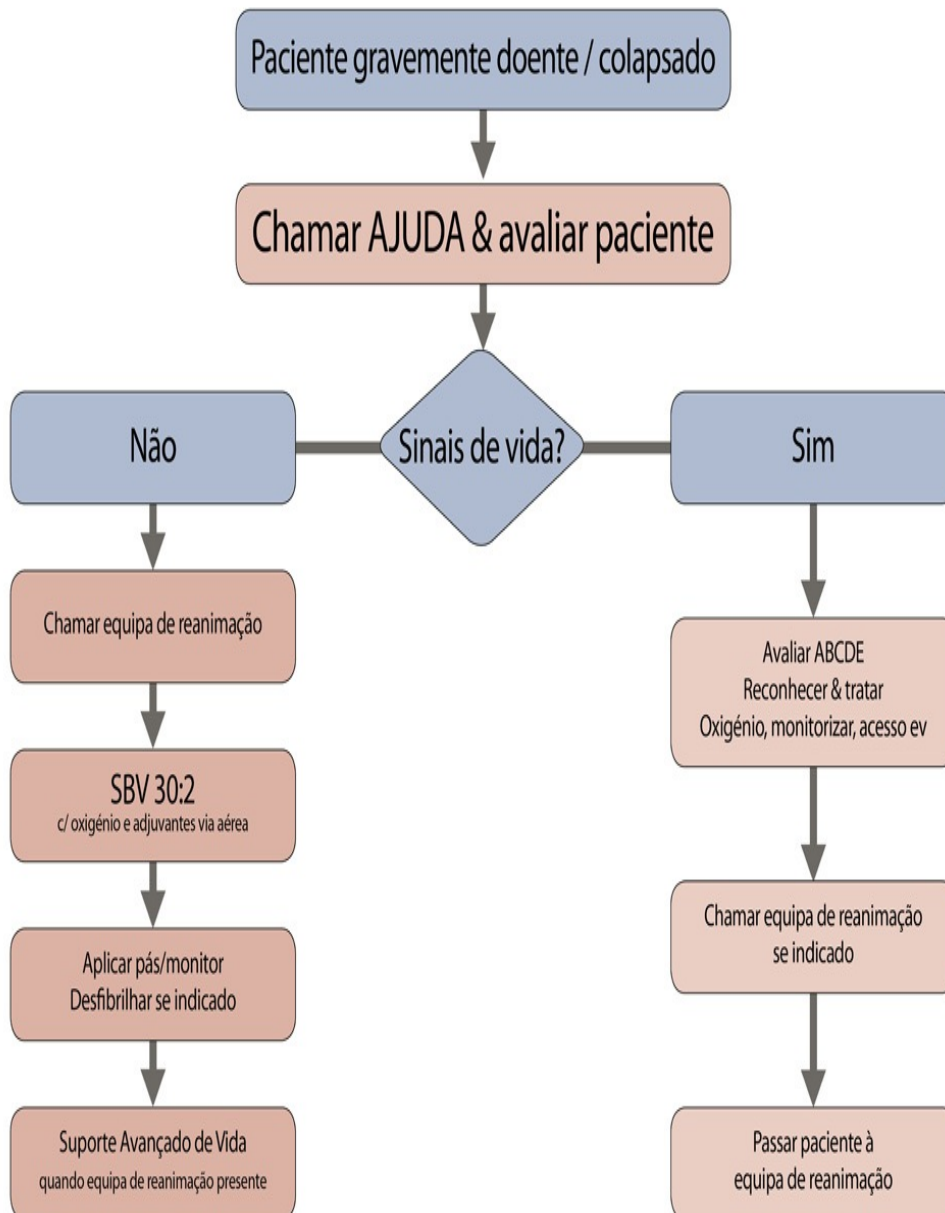


FIGURA 2 – Suporte Básico de Vida em meio intra hospitalar – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010

7 – ALGORITMO PARA A REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITAL DO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Suporte Avançado de Vida

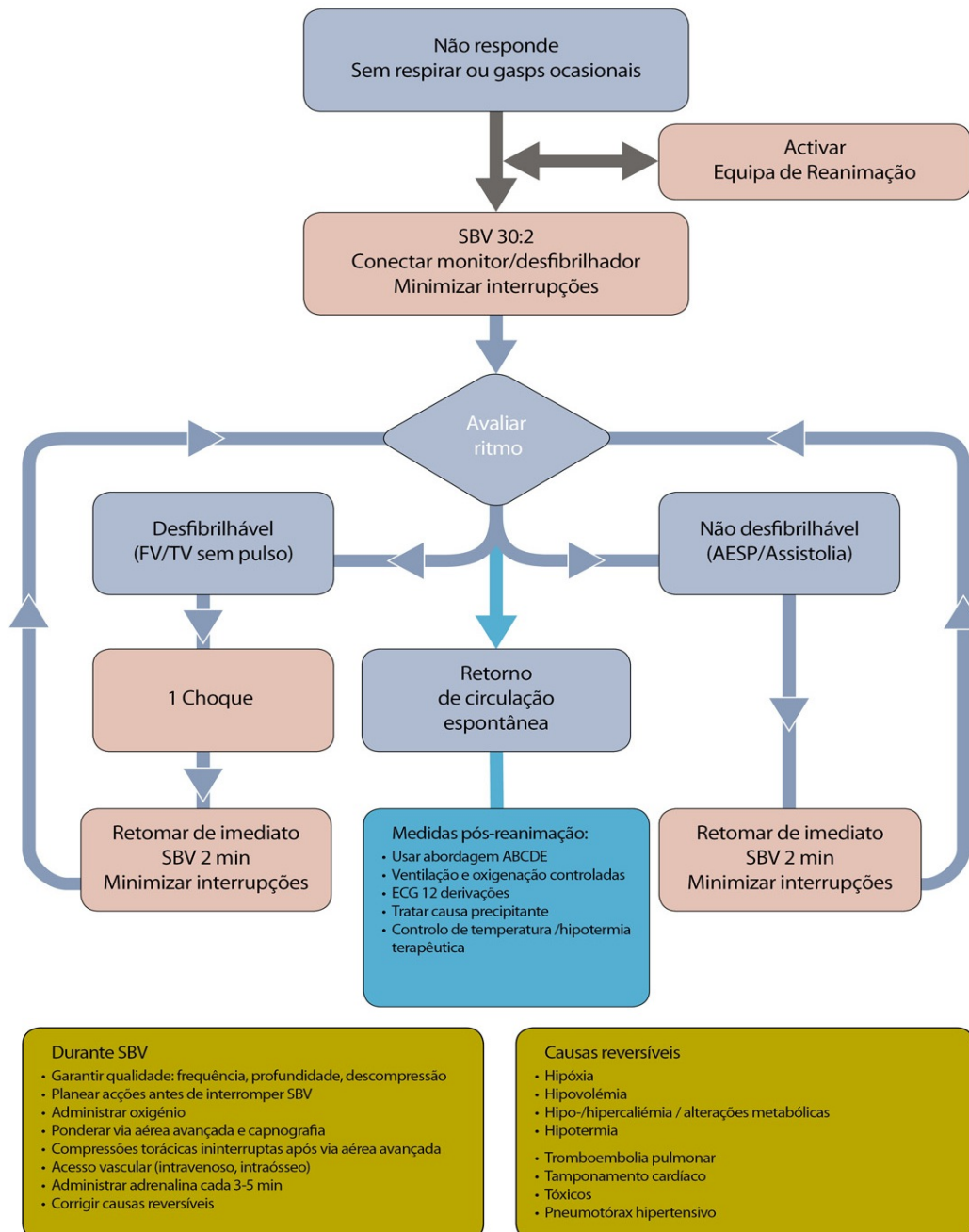


FIGURA 3 – Suporte Avançado de Vida – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RESUSCITATION 2010

As últimas guidelines, publicadas ainda neste mês dão principal importância às compressões. Estas deverão ser de qualidade, pelo que o treino e actualizações periódicas devem acontecer com frequência. O muro pré cordial é desvalorizado. O esterno a quando das compressões deve deprimir cinco centímetros e seguidamente o tórax deve expandir, o que significa aproximadamente cem compressões por minuto. Os reanimadores devem reduzir ao mínimo as interrupções das compressões torácicas. Recomenda-se ainda para diminuir estas interrupções a sua manutenção enquanto se carrega o desfibrilhador. Após a via aérea assegurada o algoritmo de 30:2 deixa de existir e as compressões não param devem ser ao ritmo de 100 por minutos e as ventilações de 10 por minuto.

A entubação endotraqueal só deve acontecer quando existir um profissional altamente qualificado, isto porque diminui o risco de insucesso mas principalmente reduz as paragens das compressões para confirmar o posicionamento do tubo. Recomenda-se a utilização das mascarar laríngeas.

A via endotraqueal que era uma alternativa a via endovenosa para a administração de fármacos de emergência deixar de existir para dar lugar à via intra óssea.



FIGURA 4 – Agulha intra óssea

O local de eleição para a punção intra óssea é a face antero interna da tíbia a 2 centímetros abaixo da tuberosidade tibial. Já era a via alternativa para a criança nas guidelines anteriores. Conseguem-se por esta via concentrações séricas idênticas às por via endovenosa e simultaneamente uma actuação mais rápida que por via endotraqueal.

A utilização de alguns fármacos na emergência também sofreu alterações. A Atropina deixa de ser utilizada por rotina na assistolia ou na actividade eléctrica sem pulso. No tratamento da fibrilhação ventricular e da taquicardia ventricular sem pulso deve ser administrada Adrenalina 1mg depois do 3ºchoque, imediatamente após inicio das compressões e deve ser repetida em intervalos de 3 a 5 minutos (em ciclos alternados) e a Amiodorona 300mg também se administra após 3º choque, para o mesmo tratamento.

Recomenda-se a verificação das novas actualizações e o treino, já que este é essencial neste nível de formação. Segundo Boterf (2008:48):

“O profissional não é aquele que possui conhecimentos ou habilidades, mas aquele que sabe mobiliza-los em um contexto profissional”

8 – CONCLUSÃO

Sendo o Carro de Emergência um equipamento indispensável para a eficaz actuação em situações de peri-paragem cardio respiratória é mandatário que se cumpra com o estipulado pelas Instancias Superiores. Desta forma deverá ser nomeado um elemento da equipa para que fique responsável pela sua manutenção.

A formação continua é uma exigência da Carreira de Enfermagem pela sua aplicabilidade na prática quotidiana dos serviços. As situações de paragem cardio respiratória imprimem Stress no momento o que pode dificultar a destreza na actuação no entanto, se os Enfermeiros estiverem preparados e treinados para actuar em conformidade com o exigido, certamente que essa dificuldade rapidamente será ultrapassada.

Espero ter conseguido demonstrar a pertinência deste tema e que este manual seja o impulsionador de uma nova visão do doente critico. A gestão dos cuidados ao adulto/idoso é uma recomendação para a rede de Cuidados Continuados e muito especificamente para a Unidade de Convalescença.

9 – BIBLIOGRAFIA

- BLANCHARD, K (1986) – *Liderança e o Gerente Minuto*. Rio Janeiro. Editora Record.
- COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRITICO – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP (2009) – *Recomendação: para carro de Emergência*.
- CONSELHO DE ENFERMEGEM (2009) – *Rede Nacional de cuidados continuados integrados – Referencial do Enfermeiro*
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2006) – *Manual de Suporte Imediato de Vida*. 2ª Edição.
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2010) – *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Edição Paula Grácio. Revista Saúde Infantil/ASIC
- LE BOTERF, Guy (2003) – *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed P. 48
- ORDEM ENFERMEIROS (2009) – *Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*
- PORTUGAL – ASSEMBLEIA DA REPUBLICA – *Lei Nº 111/2009. Alteração aos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*. D. R.: 1ª Série Nº 180 de 16 de Setembro de 2009 P. 6528 – 6550
- PORTUGAL – ASSEMBLEIA DA REPUBLICA – *Decreto – Lei Nº 400/82. Vigésima terceira alteração ao Código Penal*. D. R.: 1ª Série Nº 170 de 4 de Setembro de 2007 P.6218 a 6258
- PORTUGAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Decreto – Lei Nº 161/96 artigo 9 alínea e). Regulamentação para o exercício da profissão de Enfermagem*. D. R.: 1ª Série A Nº205 P. 2981.
- PORTUGAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Decreto-Lei Nº 101/2006. Rede Cuidados Continuados*. D. R.: 1ª Série A, Nº 109 de 6 de Junho de 2006 P. 3856 – 3865
- RESSUSCITATION COUNCIL - UK (April 2006) – *Advanced Life Support*. 5th Edition.



CARRO DE EMERGÊNCIA
ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

ANEXO I

RECOMENDAÇÃO PARA CARRO DE EMERGÊNCIA DA COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Comissão Regional do Doente Crítico

Administração Regional de Saúde do Norte, IP

RECOMENDAÇÃO: “CARRO DE EMERGÊNCIA”

CONTEÚDO

INTRODUÇÃO

COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

NORMAS DE UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO

CHECK LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA (Anexo 1)

TESTE DO DESFIBRILHADOR (Anexo 2)

FICHA DE AUDITORIA (Anexo 3)

REGISTO DE ABERTURA DO CARRO DE URGÊNCIA (Anexo 4)

AGRADECIMENTO

1. INTRODUÇÃO

O Carro de Emergência é uma estrutura móvel onde se encontra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardio-respiratória.

A sua existência, bem como de todo o seu material e a sua organização, são ferramentas importantes para o sucesso da abordagem de um doente grave. Nesse sentido elaboram-se estas recomendações e propõe-se a existência de uma determinada uniformização.

Os carros de Emergência devem existir em TODAS as Salas de Emergência de TODOS os Serviços de Urgência da Rede (Despacho nº 5414/2008, de 28 de Fevereiro), bem como em todas as Unidades do Sistema de Saúde que lidam com doentes agudos ou com doenças crónicas que possam agudizar.

Estes carros de Emergência foram uniformizados quanto ao conteúdo e disposição do material.

A organização e planeamento da manutenção dos carros de Emergência, quer no que diz respeito ao material quer ao seu funcionamento é da responsabilidade do Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde em causa ou de quem este delegue.

É da responsabilidade da Administração Regional de Saúde do Norte auditar os Carros de Emergência e seus registos, periodicamente, sem pré-aviso e com registo dos resultados (Anexo 3).

2. COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

O conteúdo do carro de emergência consta na listagem do Anexo 1 deste documento.

A organização dos fármacos e do material deverá ser adaptável às características do carro de cada Unidade de Saúde/ Serviço, considerando-se sempre a facilidade de acesso rápido e com a menor probabilidade de erro.

Uma sugestão de organização poderá ser:

Base superior: desfibrilhador, estetoscópio, bala de O₂ (com debitômetro), insuflador manual com saco/reservatório e filtro descartável.

1ª Gaveta: fármacos de 1ª linha em situações de emergência (constantes na check list)

Atenção: separar fármacos com forma de apresentação idêntica – ex.: separar a atropina da adrenalina, colocando-as em cantos opostos da gaveta com uma cor de fundo diferente, e colocando todos os fármacos mais utilizados segundo um código de cores que favoreça uma reacção mais instintiva, rápida e menos dada a equívocos.

2ª Gaveta: MATERIAL VIA AÉREA (laringoscópios, vias orofaríngeas, sonda de aspiração rígida etc EXCEPTO TUBOS - estes deverão estar organizados por tamanho em outra divisória do carro)

3ª Gaveta: MATERIAL PARA ACESSOS VENOSOS (INCLUI KIT CATETERIZAÇÃO CENTRAL); AS PÁS DESFIBRILHADOR E PACE MAKER

4ª Gaveta: PARA RESTANTE MATERIAL : soros mais usados; prolongadores, torneiras, etc...

3. NORMAS DE UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO

Utilizar em **TODAS** as situações com grave compromisso das funções vitais:

Via Aérea	Permeabilidade Ameaçada
Ventilação	<u>Paragem Respiratória</u> FR <5 ou> 35
Circulação	<u>Paragem Cardíaca</u> FC <40 ou> 140 TA sist. <90 MmHg
Estado Neurológico	<u>Súbita Perda de Consciência</u> Com diminuição na Escala de Glasgow superior a 2 valores Convulsões repetidas ou prolongadas

Manter o Carro de Emergência em ordem e sempre no local pré-definido sem qualquer obstáculo à sua mobilização.

Compete a cada Unidade de Saúde/ Serviço manter a sua operacionalidade.

Recomendações para cada Unidade de Saúde/ Serviço:

1. Manter desfibrilhador sempre ligado à corrente eléctrica.
2. Diariamente:
 - a. Verificar se o carro de emergência está selado/fechado
 - b. Testar o desfibrilhador, independentemente das verificações periódicas da responsabilidade da marca e registar em folha própria (Anexo 2)
3. Sempre que for utilizado:
 - a. Proceder à sua higienização;
 - b. Repor o material o mais breve possível através de verificação da “check-list” de todo o material (Anexo 1);
 - c. Registar na folha de abertura do carro (Anexo 4)

4. Mensalmente

- a. “ Check- list”: verificar a validade, acondicionamento dos fármacos e material e registar na folha de abertura do carro (Anexo 4).

Quando a validade dos fármacos ou material atingir os 3 meses do final deve enviar ao Serviço de Farmácia para efectuar a respectiva troca.

Selar o Carro de Emergência após cada verificação, reposição ou auditoria.

Em todos os registos deve constar: data, hora, assinatura legível e número mecanográfico.

As folhas de registo devem ser preenchidas e arquivadas sendo da responsabilidade do enfermeiro responsável.

CHECK LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA (Anexo 1)

Nº _____ LOCALIZAÇÃO _____

TIPO DE MATERIAL		QUANTIDADE
MATERIAL DE VIA AEREA/VENTILAÇÃO		
Insuflador manual com saco/reservatório e filtro descartável	Adulto	2
	Pediátrico	1
Máscara Facial	Nº2 → 5	1 de cada
Tubo de Guedel	Nº1 → 4	1 de cada
Tubo Nasofaríngeo	Nº6	1
	Nº7	1
Laringoscópio	Cabo pequeno	1
	Cabo normal	1
	Lâminas de laringoscopia (recta nº 1,2)	1 de cada
	Lâminas de laringoscopia (curva nº 2, 3 e 4)	1 de cada
Tubo Endotraqueal c/cuff	Nº3	2
	Nº3.5	2
	Nº6	2
	Nº6.5	2
	Nº7	2
	Nº7.5	2
	Nº8	2
Nº8.5	2	
Máscara Laríngea	Nº4 e Nº5	1 de cada
Laringoscópio McCoy ¹		1
Introdutor Bougie ¹		1
Pinça Maggil	Adulto	1
	Pediátrico	1
Kit de Cricotireotomia ¹		1
Máscara de O ₂ c/saco reservatório (alto débito)	Adulto	2
	Pediátrico	2
Máscara com nebulizador e tubo		2
Guia ou condutor	Adulto	1
	Pediátrico	1
Gel lubrificante		1
Fita de nastro ou outro sistema de fixação		1
Sonda de Aspiração	CH 6→18	4
Drenos torácicos	(nº14→40)	2
Válvula de Heimlich		1

Fonte de Aspiração Portátil/Aspirador de secreções	1
Fonte de Oxigénio Portátil (bala de oxigénio)	1
Drenos torácicos nº 14 → 40F	1 de cada

Material de desfibrilhação

Desfibrilhador ²	1
Eléctrodos p/desfibrilhação/pacemaker externo	2
Gel ultrassons	1
Eléctrodos p/monitorização	1

Material de Fluidoterapia

Cloreto de Sódio 0.9%	500 ml	1
	1000 ml	1
Lactacto de Ringler	500 ml	1
Gelafundina	500 ml	1
Hidroxietilamido (HAES)	500 ml	1
Manitol a 20%	250 ml	1
Bicarbonato de Sódio 8.4%	100 ml	1
Soro glicosilado 5%	500 ml	1
	100 ml	1
Cateter I.V.	14G →24G	4
Aplicador p/cateter	14G→24G	4
Sistema de soro		5
Torneira de 3 vias c/prolongador		5
Seringa irrecuperável	1 c.c.	5
	2 c.c.	5
	5 c.c.	5
	10 c.c.	5
	20 c.c.	5
Agulhas irrecuperáveis	I.M. (0.8x40mm)	10
	I.V. (0.9x40mm)	10
	S.C. (0.60x25mm)	10
Agulha-Intraóssea ¹	Adulto	2
	Criança	2

¹ material exclusivo dos Serviços de Urgência Básica (SUB)

² o desfibrilhador deverá ser automático/semi-automático nos Centros de Saúde, USF e Extensões de Saúde e manual com monitor nos SUB's

TIPO DE MATERIAL	Quantidades
Fármacos	
Ácido Acetilsalicílico 100mg (cp)	3
Adenosina 6mg (amp)	5
Adrenalina 1mg (amp)	10
Água Bidestilada 20cc (amp)	10
Amiodarona 150mg (amp)	5
Atropina 0,5mg (amp)	9
Bicarbonato de Sódio 8,4%, 10 MEq (amp)	5
Captopril 25mg	5
Cloreto de Potássio 7,45% (amp)	3
Cloreto de Sódio 20cc (amp)	5
Glucose 30% 20cc (amp)	2
Diazepan 100mg (amp)	5
Digoxina 0,5mg (amp)	3
Dopamina 200mg (amp)	3
Flumazenil, 5mg (amp)	4
Furosemida 20mg (amp)	15
Cloreto de Cálcio 10% (amp)	2
Hidrocortisona 100mg (amp)	2
Lidocaína a 1 % 10mg (amp)	2
Sulfato de Magnésio 20% (amp)	3
Midazolan 15mg (amp)	4
Naloxona 400micg (amp)	4
Nitroglicerina 0,5mg (cp)	4
Prednisolona 1gr (amp)	1
Propofol 1% (amp)	3
Salbutamol/Brometo ipatrópio nebul. (2,5mg+0,5mg) (amp)	2

TIPO DE MATERIAL	QUANTIDADES
Estetoscópio	1
Garrote	1
Adesivo Hipoalérgico 5x10	1
Compressas Esteril. 7.5x7.5	4
Compressas Esteril. 15x20	2
Luvas Cirúrgicas nº 6,5	1
Luvas Cirúrgicas nº 7	1
Luvas Cirúrgicas nº 7,5	1
Luvas Cirúrgicas nº 8	1
Luvas de Latex Médias (cx de 100)	1
Sonda Nasogástrica Tam.14	1
Sonda Nasogástrica Tam. 16	1
Mini-plano duro	1
Colar cervical	
Pediátrico	1
Adulto	1
Obeso	1

TESTE DO DESFIBRILHADOR (Anexo 2)

MÊS _____ ANO _____ (anexo2)

DESFIBRILHADOR	TESTE DIÁRIO	ASSINATURA Nº MEC.
DIA 1	OK <input type="checkbox"/>	
DIA 2	OK <input type="checkbox"/>	
DIA3	OK <input type="checkbox"/>	
DIA4	OK <input type="checkbox"/>	
DIA5	OK <input type="checkbox"/>	
DIA6	OK <input type="checkbox"/>	
DIA7	OK <input type="checkbox"/>	
DIA8	OK <input type="checkbox"/>	
DIA9	OK <input type="checkbox"/>	
DIA10	OK <input type="checkbox"/>	
DIA11	OK <input type="checkbox"/>	
DIA12	OK <input type="checkbox"/>	
DIA13	OK <input type="checkbox"/>	
DIA14	OK <input type="checkbox"/>	
DIA15	OK <input type="checkbox"/>	
DIA16	OK	
DIA17	OK <input type="checkbox"/>	
DIA18	OK <input type="checkbox"/>	
DIA19	OK <input type="checkbox"/>	
DIA20	OK <input type="checkbox"/>	
DIA21	OK <input type="checkbox"/>	
DIA22	OK <input type="checkbox"/>	
DIA23	OK <input type="checkbox"/>	
DIA24	OK <input type="checkbox"/>	
DIA25	OK <input type="checkbox"/>	
DIA26	OK <input type="checkbox"/>	
DIA27	OK <input type="checkbox"/>	
DIA28	OK <input type="checkbox"/>	
DIA 29	OK <input type="checkbox"/>	
DIA30	OK <input type="checkbox"/>	
DIA31	OK <input type="checkbox"/>	

FICHA DE AUDITORIA (Anexo 3)

UNIDADE DE SAÚDE/ SERVIÇO _____ DATA ____/____/____ HORA: _____

RESPONSÁVEL PELA MANUTENÇÃO	
LOCALIZAÇÃO	
ASPECTO GERAL	
SELO	
FOLHAS DE REGISTO	
ÚLTIMA VERIFICAÇÃO	

OBSERVAÇÕES:

RECOMENDAÇÕES:

AUDITOR _____

REGISTO DE ABERTURA DO CARRO DE URGÊNCIA (Anexo 4)

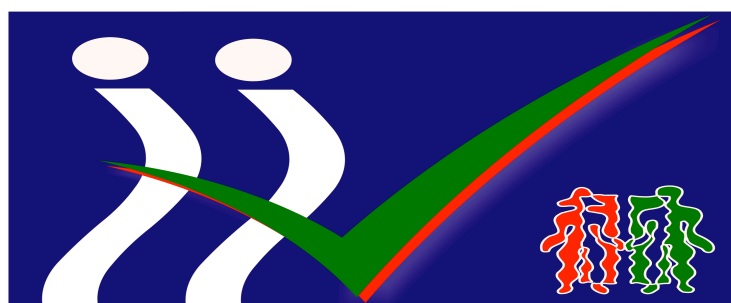
DATA E HORA	Nº de SELO COLOCADO	MOTIVO	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA Nº MEC
____/____/____ ____:____:____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> E O MOTIVO PRINCIPAL DE ABERTURA? QUE SERÁ A UTILIZAÇÃO DO CARRO EM SITUAÇÃO PARA QUAL FOI CRIADO? OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		
____/____/____ ____:____:____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		

<p>____/____/____ :____</p>		<p>VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/></p>	<p>REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/></p>		
<p>____/____/____ :____</p>		<p>VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/></p>	<p>REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/></p>		

Agradecimento

A ARS Norte agradece à Senhora Dra Ângela Aragão e à Senhora Enfermeira Lucia Pinto, do ACES Nordeste, bem como à Senhora Dra Berta Nunes, a elaboração e cedência do trabalho prévio que serviu de suporte a este documento, que foi corrigido e alterado pela CRDC.

ANEXO III – Manual de Recomendações e Actuações na Sala de Emergência



**HOSPITAL N.ª S.ª DA CONCEIÇÃO
VALONGO**

SALA DE EMERGÊNCIA

ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

Elaborado: - Madalena Moutinho

Porto, Janeiro de 2011



SALA DE EMERGÊNCIA
ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

SALA DE EMERGÊNCIA

ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

Elaborado: - Madalena Moutinho - Aluna do 3º Curso Pós licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa - Porto

Tutores: - Rui Dias - Enfermeiro Chefe e Especialista no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Orientadora: - Irene Oliveira - Professora da Universidade Católica Portuguesa - Porto



ABREVIATURAS

- Cap. – Capítulo
- Ed. – Edição
- N.º – Número
- P. – Página
- Vol. – Volume



SIGLAS

- CCI – Comissão de Controlo de Infecção
- D.R. – Diário da República
- FV – Fibrilhação Ventricular
- HNSCV – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo
- HSJ – Hospital São João
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- SE – Sala de Emergência
- SU – Serviço de Urgência
- TV – Taquicardia Ventricular

INDICE

1 – RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	9
2 – CARRO DE URGÊNCIA.....	11
3 – RECONHECIMENTO PRECOCE DE SINAIS/SINTOMAS DE UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	13
4 – RECOMENDAÇÕES PARA ALGORITMOS.....	15
5 – CONCLUSÃO.....	29
6 – BIBLIOGRAFIA.....	31
ANEXOS.....	33
ANEXO I – Norma de Activação da Sala de Emergência	
ANEXO II – Folha de Verificação da abertura do Carro de Emergência	
ANEXO III – Folha de verificação de Fármacos da sala de Emergência	
ANEXO IV – Folha de verificação dos materiais da Sala de Emergência e mala de transporte	

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – <i>Algoritmo Suporte Avançado de Vida</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010	17
FIGURA 2 – <i>Algoritmo de Taquicardia</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010.....	20
FIGURA 3 – <i>Algoritmo de Bradicardia</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010.....	21
FIGURA 4 – <i>Algoritmo dos Síndromes Coronários Agudos</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010.....	22
FIGURA 5 – <i>Algoritmo do Tratamento dos Síndromes Coronários Agudos</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010.....	22
FIGURA 6 – <i>Algoritmo Suporte Avançado de Vida Pediátrico</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010.....	24
FIGURA 7 – <i>Algoritmo da Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho na Criança</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010.....	25
FIGURA 8 – <i>Algoritmo do Suporte de Vida Neonatal</i> – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010.....	27

1 – RECOMENDAÇÕES GERAIS

O Serviço de Urgência é o local de afluência de pessoas na situação de doentes ou com potencialidade de o ser. O enfermeiro que exerce funções num serviço de urgência deve apresentar determinadas características, segundo Vaz e Catita (2000:14) “... a rapidez, a agilidade e a diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes reflectem risco de vida ou de morte para o doente”. A OE (2009:41) reforça esta ideia e refere que o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para actuar em tempo útil e de forma holística.

Chain of Survival ou cadeia de sobrevivência identifica as intervenções que podem salvar vidas. A cadeia de sobrevivência quebra pelo elo mais fraco. Este pode ser o não reconhecimento de uma situação de emergência, a não actuação precoce ou a não prestação de cuidados pós-reanimação.

O profissional deve estar preparado para reconhecer e actuar em situações imprevistas de emergência, esta demanda encontra-se regulada no artigo 9 alínea e) do Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro. Desta forma e para que se salvem vidas as Instituições realizam cursos de Suporte Básico de Vida, Suporte Imediato de Vida e Suporte Avançado de Vida gratuitamente. O desconhecimento ou a ignorância não diminui o erro mas, revela a falta de profissionalismo /actuação e pode traduzir-se em sanção penal previsto no Código Penal no Decreto-Lei 400/82 de 23 de Setembro.

A Sala de emergência é o local para onde são encaminhadas as situações emergentes e onde os doentes estão em estado crítico, em risco de vida. O SU do HNSCV tem uma norma de activação da Sala de Emergência onde se descreve o local, fluxograma de activação e funções de cada profissional – Anexo I. O carro de emergência é um dos pontos mais importantes da SE. Este deve estar sempre operacional com os fármacos e materiais recomendados (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009). Para que seja possível e de forma a responsabilizar todos os Enfermeiros criei uma folha de verificação com o número de selo, data e turno da abertura do carro, o nome e o número mecanográfico do Enfermeiro que o utilizou – Anexo II.

De forma a harmonizar os procedimentos e a seguir as novas linhas de orientação do Conselho Português de Ressuscitação (2010), criei este manual onde incluí a norma da SE, folhas de verificação do carro de emergência e armários, procedimentos em emergência, e alguns algoritmos. Tem a finalidade de:

- Servir para uma rápida consulta e para esclarecimento de dúvidas pontuais numa situação de emergência;
- Uniformizar procedimentos;
- Relembrar a necessidade da formação na área do doente crítico;



SALA DE EMERGÊNCIA ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

- Zelar pela manutenção dos materiais existentes na SE;
- Responsabilizar a equipa pela operacionalidade do carro de urgência.

O método utilizado será o descritivo recorrendo à bibliografia.

2 – CARRO DE URGÊNCIA

Com a proximidade do Centro Hospital São João foi necessário proceder a uma harmonização entre procedimentos, o que só foi possível utilizando as recomendações da Comissão de Ressuscitação intra-hospital do HSJ, da CCI do HSJ e do HNSCV.

O carro de emergência é composto por seis gavetas e alberga todo o material indispensável a uma ressuscitação/estabilização do doente crítico – Anexo III.

Desfibrilhador, placas, eléctrodos, bomba infusora com sistema incluído e já preenchido, contentor de corto perfurantes e luvas limpas são os materiais que se encontram na parte **superior do carro**.

A **1ª gaveta** é composta por fármacos de urgência e as suas quantidades foram calculadas a partir das doses utilizadas nos algoritmos. *A Atropina deixa de ser utilizada por rotina nas assistolias mas, continua a ser recomendada nas bradicardias (Guidelines, 2010).*

A **2ª gaveta** denominada de circulação inclui todo o material de punção (periférico) e com as novas recomendações a introdução das agulhas intra ósseas pediátricas e de adulto.

A **3ª gaveta** com o nome de via aérea não invasiva é composta por adjuvantes da via aérea como tubos de Guedel e kits de oxigenoterapia e nebulizadores quer pediátrico como de adulto.

A **4ª gaveta** a qual recebeu o nome de via aérea invasiva é agora também composta por mascaras laríngeas de todos os tamanhos (Guidelines, 2010), tubos traqueais e todo o material para entubação traqueal.

A **5ª gaveta** denominada de outros inclui todo o material necessário à aspiração de secreções, entubação nasogástrica e algaliação, para pediatria e adultos.

Após revisão mensal do carro ou sempre que tenha sido aberto, este, deve ser verificado, repostado e selado. Em folha própria deve ser colocado o número do selo, o nome e o número mecanográfico de quem o fecha. A responsabilidade por esta revisão não recai num único enfermeiro mas, naquele que tiver sido destacado para a SE nesse turno (Comissão de Ressuscitação intra-hospital, 2003). Blanchard (1986) afirma que não se delega responsabilidade mas sim autoridade, o que se traduz na responsabilidade do responsável do serviço, ou seja a todos cabe uma parte da responsabilidade.

A revisão mensal dos fármacos do carro de emergência deverá ser feita no turno da manhã a cada **primeira segunda-feira** de cada **mês** – Anexo III. Se não for possível por motivo de activação da SE nesse turno, deverá ser passado ao enfermeiro do turno seguinte a quem lhe caberá a função. Os materiais assim como os fármacos deverão ter uma validade superior a três meses para que se possam trocar entre serviços ou devolver aos respectivos



SALA DE EMERGÊNCIA ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

serviços farmacêuticos e ou aprovisionamento, desta forma evitar-se-á o desperdício destes materiais.

Na **primeira terça-feira** de cada **mês** e no turno da **manhã** deverão ser revistos os prazos de validade e quantidades de soros existentes nos armários, **deve ser higienizado esse local.**

A revisão dos materiais do carro de emergência e mala de transporte será na **primeira quarta-feira** de cada **mês**. A **higienização do carro** também deve ser contemplada (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009 e Comissão de Ressuscitação intra-hospitalar, 2003), pelo que deverá realizar-se em **simultâneo com a revisão dos materiais** – Anexo IV.

Na **primeira quinta-feira** de cada **mês** será necessário rever os materiais existentes nos armários da SE. A **higienização dos armários (interiores e exteriores)** deverá acontecer **semanalmente** e deverá ser **coincidente com a revisão dos materiais** (CCI, 2007; Curso Básico Controlo Infecção, 2009).

Semanalmente, a **cada 2ªfeira**, no turno da manhã, deverá ser verificada e reposta a medicação em falta do armário de terapêutica adicional ali existente.

3 – RECONHECIMENTO PRECOCE DE SINAIS/SINTOMAS DE UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

O reconhecimento precoce pode salvar vidas pelo que é fundamental que o Enfermeiro saiba abordar o ABCDE e pedir auxílio atempadamente.

A – Via aérea

- Pesquisar sinais de obstrução;
- Executar manobras de permeabilização da via aérea;
- Favorecer oxigénio alta concentração.

B – Respiração

- Ver, Ouvir e Sentir sinais de dificuldade respiratória;
- Avaliar a frequência respiratória e simetria do tórax;
- Fazer percussão do tórax (risco de pneumotorax – macicez);
- Fazer auscultação do tórax (sons diminuídos);
- Favorecer oxigénio alta concentração.

C – Circulação

- Avaliar coloração a pele e extremidades;
- Avaliar temperatura;
- Medir tempo de enchimento capilar;
- Avaliar se hipovolémia;
- Palpar pulso e amplitude;
- Medir Tensão Arterial;
- Procurar sinais de hemorragia (repor volémia);
- Colocar acesso venoso;
- Reavaliar pulso.

D – Disfunção neurológica

- Rever ABC;
- Analisar simetria/reactividade à luz das pupilas;
- Analisar consciência através AVDS
 - A – ALERTA
 - V – RESPONDE À VOZ
 - D – RESPONDE À DOR
 - S – SEM RESPOSTA.
- Controlar convulsões;
- Controlar glicemia;
- Controlar temperatura.



SALA DE EMERGÊNCIA ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

E – Exposição

- Examinar todo o corpo do doente;
- Colher informações adicionais.

4 – RECOMENDAÇÕES PARA ALGORITMOS

Com vista a uma rápida e fácil consulta por todos os profissionais perante o doente crítico e tendo em conta as novas Guidelines for Resuscitation do European Resuscitation Council (2010), elaboro um pequeno resumo com as alterações recomendadas.

O Conselho Português de Ressuscitação reconhece a importância de existirem equipas intra-hospitalar experientes e treinadas para dar apoio nas situações de péri-paragem em outros locais do hospital.

→ SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA NO ADULTO

- Recomendam-se compressões de elevada qualidade, ou seja, depressão de 5 centímetros do esterno, ao ritmo de 100 por minuto minimizando as interrupções das compressões mesmo quando se carrega o desfibrilhador;
- É desvalorizado o murro pré cordial;
- A **entubação traqueal** só deverá ser efectuada na presença de um profissional altamente qualificado de forma a reduzir ao mínimo as interrupções torácicas. Se tal acontecer **não deverá exceder os dez segundos**;
- A **via aérea** deverá ser **permeabilizada com máscara laríngea**. Após assegurada a via aérea as compressões não devem parar e o algoritmo 30:2 deixa de existir e mantém-se o ritmo de 100 compressões e 10 ventilações por minuto.;
- A **atropina não se utiliza** por rotina na **assistolia** ou na **actividade eléctrica sem pulso**;
- Deve **augmentar** – se a utilização da **capnografia** para confirmar a posição do tubo traqueal e também como indicador de circulação espontânea;
- A **utilidade da ecografia** torna-se numa mais valia para o diagnóstico. Profissionais experientes não devem demorar mais de 10 segundos a realizar o exame;
- O uso da **via traqueal deixa de existir** para **dar lugar á via intra óssea**. O local de eleição para a punção intra óssea é a face antero interna da tibia a 2 centímetros abaixo da tuberosidade tibial. Era a via alternativa para a criança nas guidelines anteriores. Por esta via conseguem-se concentrações séricas idênticas às por via endovenosa e simultaneamente uma actuação mais rápida que por via traqueal;
- Se **FV/TV desfibrilhar precocemente**;
- Na **FV e TV após início das compressões e depois do 3º choque** deve-se administrar **1mg de adrenalina**, que poderá ser repetida de 3 a 5 minutos;



SALA DE EMERGÊNCIA ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

- A **amiodorona 300mg** deve ser administrada **após 3º choque nas FV/TV**. Se recorrente pode ser administrado **150mg em bólus e seguidamente 900mg em perfusão de 24 horas**;
- O **magnésio SÓ** está indicado em **“Torsade de pointes”**;
- **Não é recomendado, por rotina o bicarbonato** em situações de paragem cardíaco-respiratória. Se a situação se associa a uma hipercalemiemia e ou intoxicação por antidepressivos tricíclicos pode ser administrado 50mmol deste produto;
- Deve-se ter sempre presente a necessidade de saber a causa, pelo que é de **considerar os 4Ts e os 4Hs**;
- Em caso de confirmada **hipovolémia preferir cristalóides aos colóides**.

Na figura 1 encontramos o algoritmo do SAV do adulto que poderá ser elucidativo em caso de dúvidas.

Suporte Avançado de Vida

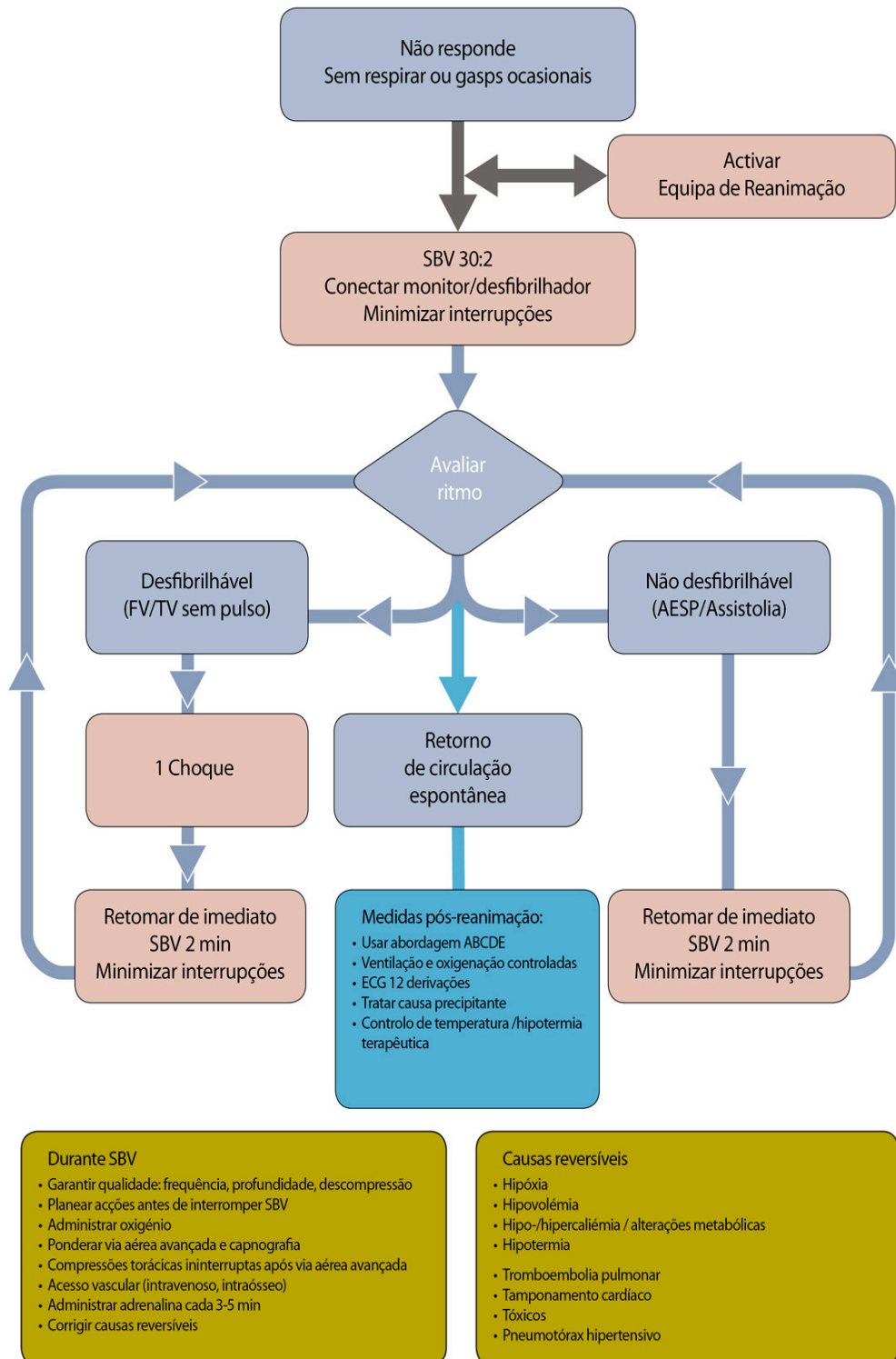


FIGURA 1 – Algoritmo do Suporte Avançado de Vida – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010

→ DISRITMIAS PÉRI – PARAGEM

A rápida e correcta identificação das disritmias péri-paragem pode evitar a paragem cárdio-respiratória. É importante que o profissional siga o ABCDE, deve saber reconhecer os sinais de gravidade – choque, síncope, insuficiência cardíaca e isquemia do miocárdio, deve monitorizar (se possível com ECG 12 derivações), colocar acesso, administrar oxigénio alta concentração e só depois de avaliada a situação implementar o tratamento, que pode ser farmacológico ou eléctrico (cardioversão).

→ TAQUICARDIA

Se o doente está instável com frequência cardíaca superior a 150 batimentos por minuto deve fazer-se de imediato cardioversão sincronizada. Se esta não tiver sucesso administrar amiodorona 300mg endovenosa em perfusão de 10 a 20 minutos, seguida de nova cardioversão e inicia uma perfusão de 900mg de amiodorona em 24 horas – ver figura 2.

→ BRADICARDIA

Tal como na Taquicardia o procedimento é idêntico, avaliar o doente pelo ABCDE, procurando sinais de gravidade. Doentes com frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto encontram-se neste grupo. O tratamento inicial é farmacológico, se não houver sucesso pode passar pela colocação de Pacemaker – ver figura 3.

→ SINDROMES CORONÁRIOS AGUDOS

Estes síndromes incluem enfarte agudo do miocárdio sem e com supra de ST e angina de peito instável. É muito importante **ouvir o que o doente e a família nos relatam** e estar **atento às manifestações** como a dor torácica com irradiação, dispneia ou hipersudorese. É mandatário realizar electrocardiograma de 12 derivações pois este, pode só por si, determinar a necessidade de reperfusão coronária imediata. Os biomarcadores como as Troponinas I e II, CK, CK-MB e Mioglobina pelas suas concentrações séricas também podem ajudar a determinar o diagnóstico e respectivo tratamento – ver figura 4.

A trinitroglicerina pode ser uma opção no tratamento destas síndromes. É contra indicação em caso de hipotensão, bradicardia, enfarte inferior e do ventrículo direito. Quando a **dor não diminui com nitratos a morfina é o analgésico de eleição** na dose de 3 a 5mg por via endovenosa, podendo repetir-se até a dor ceder. Não devem ser dados anti – inflamatórios não esteróides pela sua acção pró – trombótica. O oxigénio deve ser ajustado perante o resultado da gasimetria. Altas concentrações poderão ser prejudiciais. A todos os doentes com suspeita destas situações deve ser administrado precocemente, AAS 160 a 325mg. As tienopiridinas como o Clopidogrel diminuem a agregação plaquetária pelo que se deve associar



na dose de 300mg ao AAS e a um anti – trombínico como a heparina de baixo peso molecular – ver figura 5.

Os doentes com **enfarte agudo do miocárdio com supra de ST** devem ser **encaminhados o mais precocemente** possível, nas primeiras 12 horas, para fazerem reperfusão coronária. Para haver fibrinólise o doente deve chegar 2 a 3 horas após início da sintomatologia, ao local do procedimento.

→ PARAGEM CARDIACA EM CIRCUNTÂNCIAS ESPECIAIS

Não nos podemos esquecer que existem situações especiais onde os algoritmos terão de ser ajustados. Relativamente a 2005 só as intoxicações, envenenamentos e paragens cárdio-respiratórias associadas á gravidez sofreram alterações. No caso das **intoxicações e envenenamentos** é necessário **identificar o tóxico** através dos sinais e da história relatada pelos acompanhantes e bombeiros. O Centro de intoxicações deverá ser consultado.

- <http://www.who.int/ipcs/poisons/centre/en/>
- <http://toxnet.nlm.nih.gov/>
- Centro de anti-venenos em Portugal – Telefone Nº 808 250 143

Atenção **hipo e hipertermia** podem **ser sinais de envenenamento**.

A **paragem cárdio-respiratória associada á gravidez** leva a um risco acrescido de aspiração, pelo que a **entubação traqueal precoce** é preconizada. Se a reanimação não for conseguida ao **fim de 4 minutos de manobras** é necessário iniciar uma **Histerectomia** emergente. Se a gestação for inferior a 23 semanas provavelmente perder-se-á o feto, se for superior ás 23 semanas existe a possibilidade de salvar ambos, no entanto o intervalo de tempo para manobras e decisão é muito reduzido e os profissionais devem ser altamente qualificados.

Algoritmo da Taquicardia (com pulso)

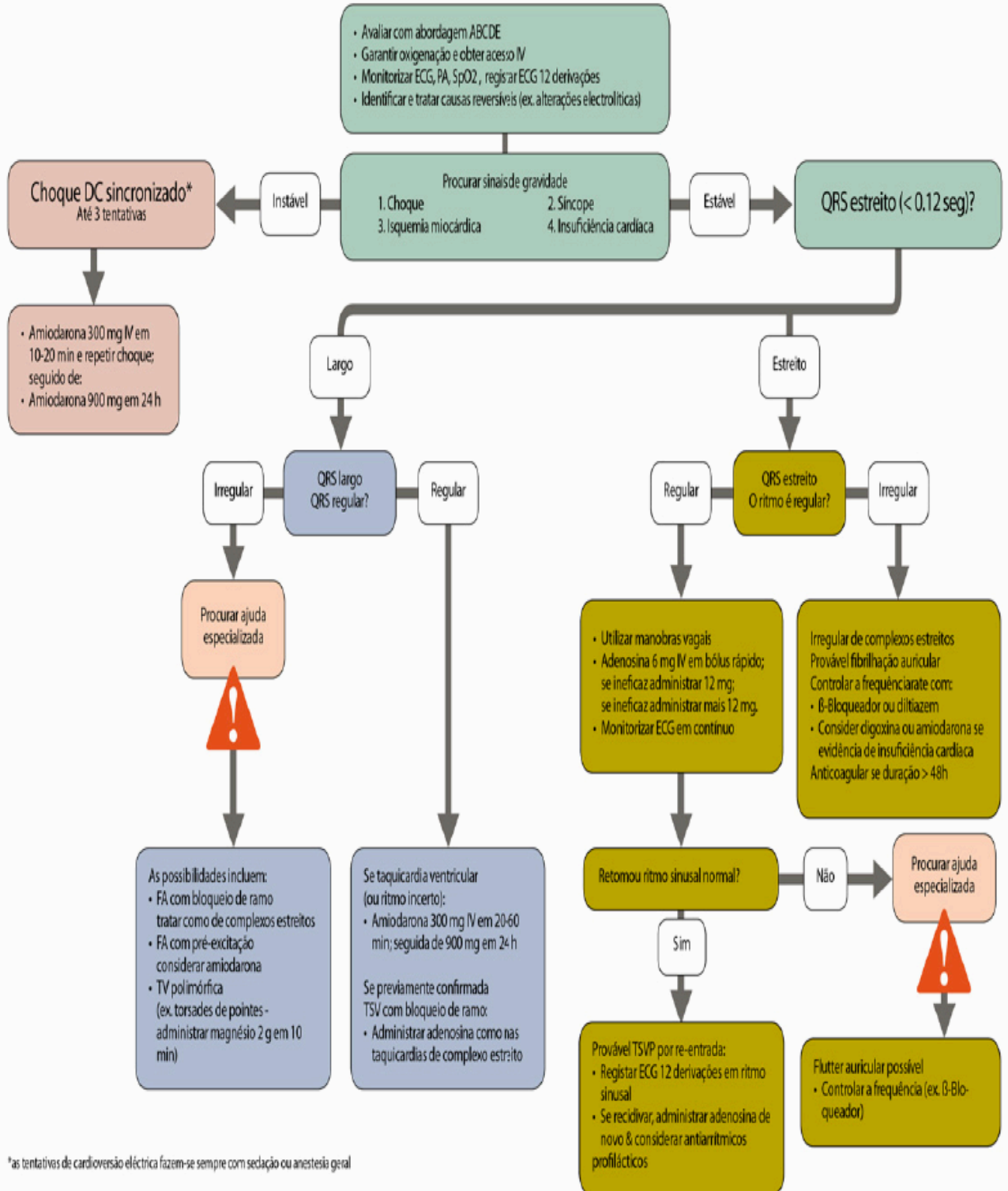


FIGURA 2 – Algoritmo da Taquicardia – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010

Algoritmo da Bradicardia

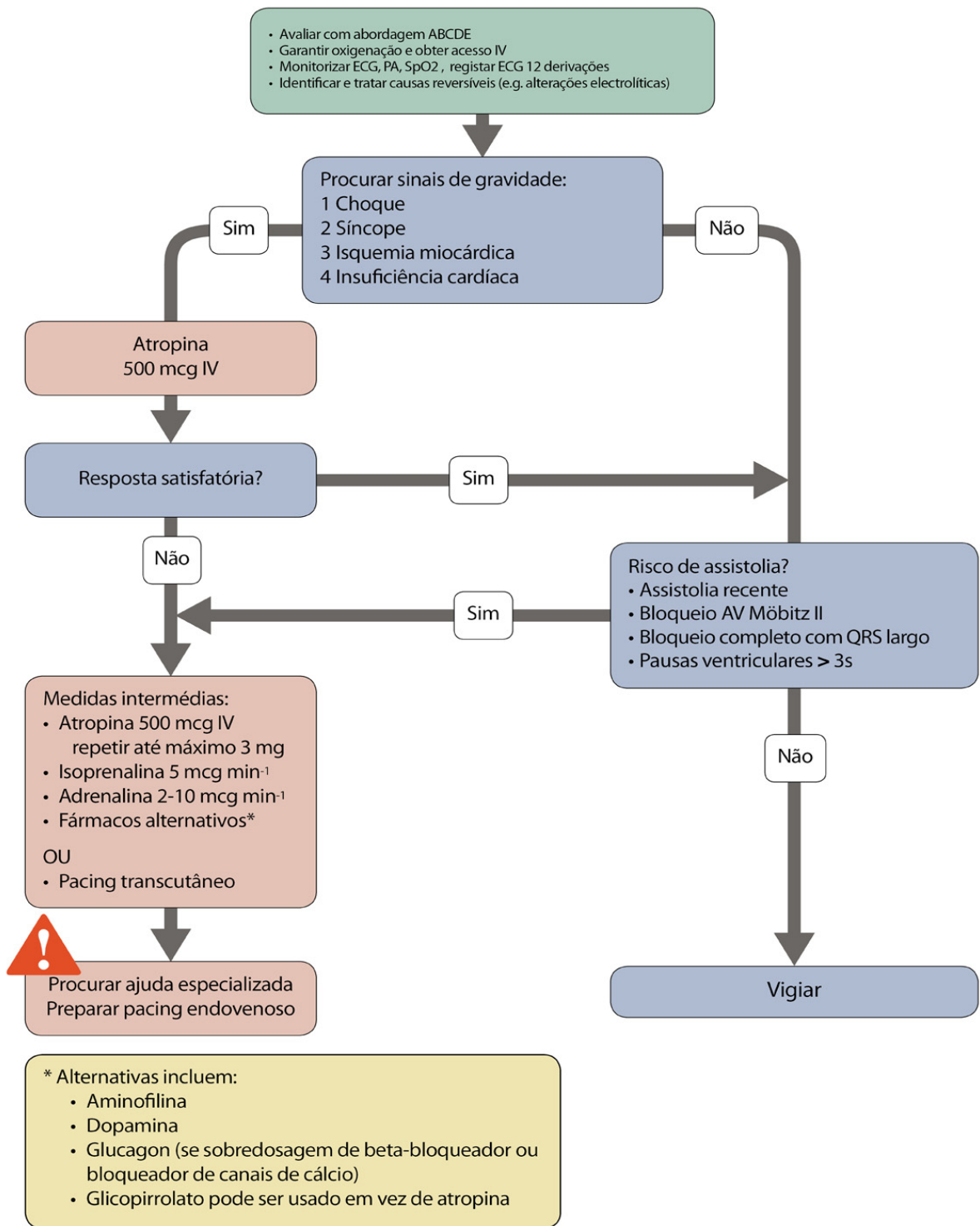


FIGURA 3 – Algoritmo da Bradicardia – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010

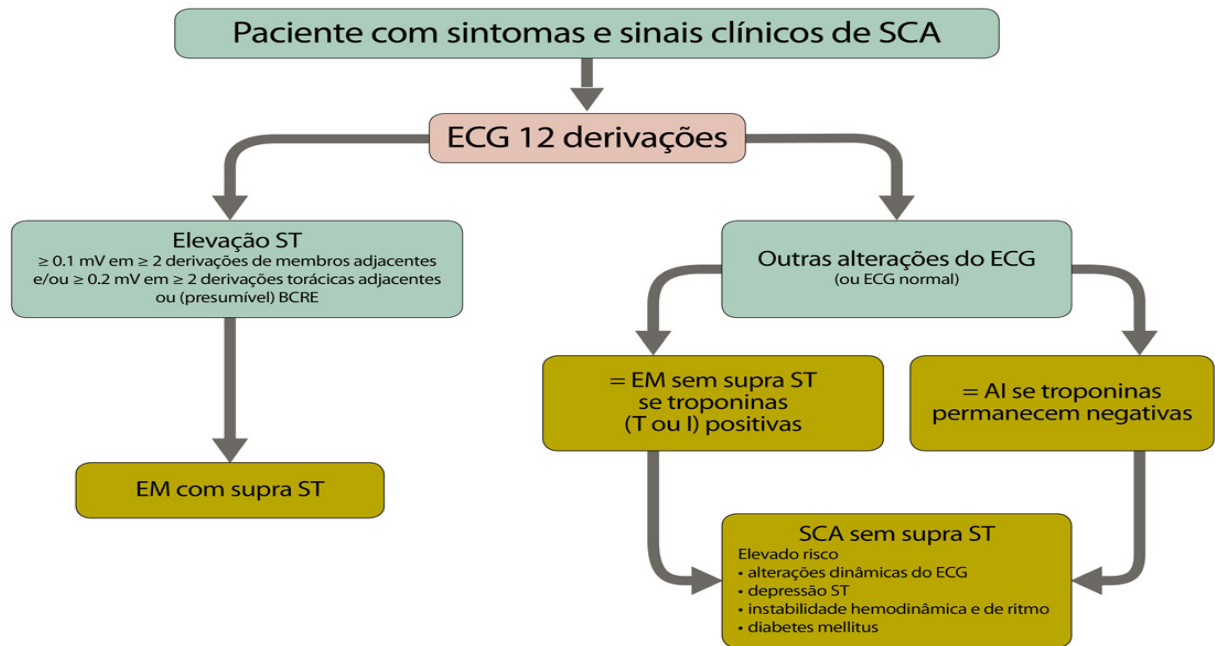
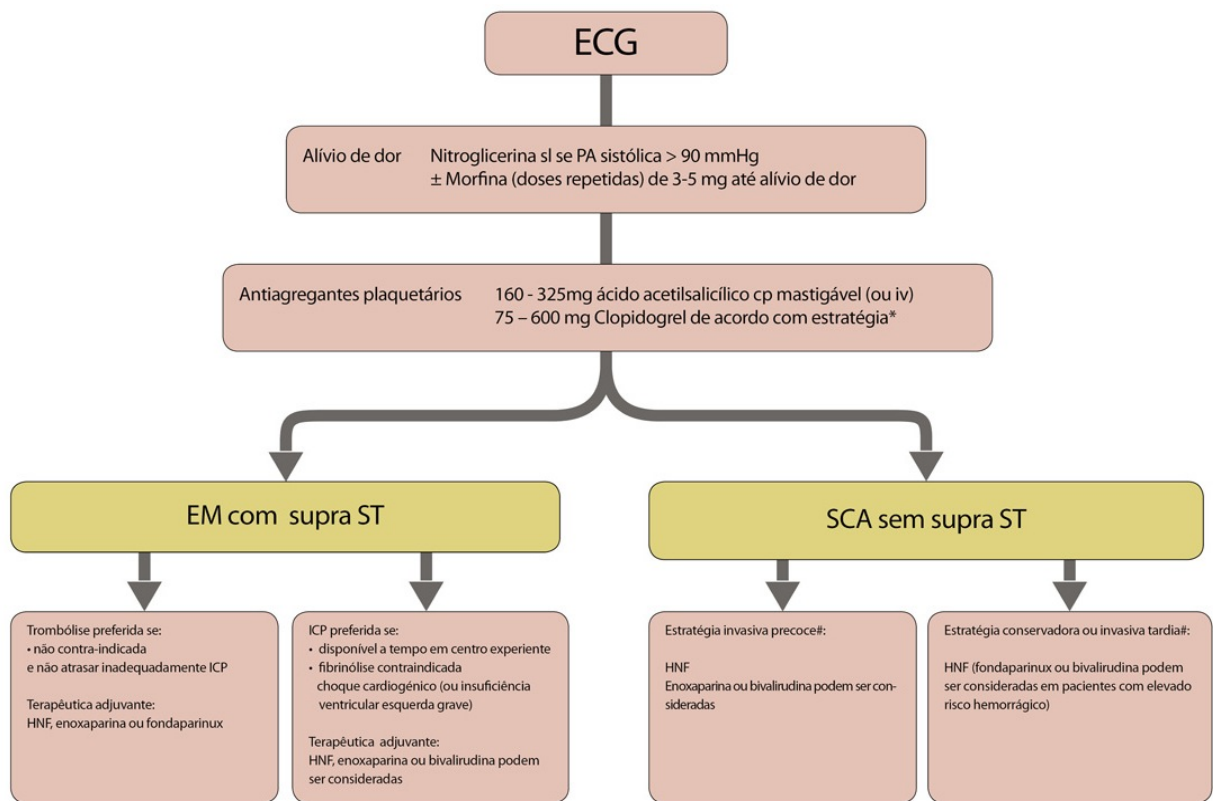


FIGURA 4 – Algoritmo dos Síndromes Coronárias Agudas – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010



De acordo com estratificação de risco

FIGURA 5 – Algoritmo do tratamento dos Síndromes Coronárias Agudas – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010

→ SUORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

A eficaz intervenção na pediatria precede o ABCDE tal como nos adultos.

Se não houver sinais de vida e mesmo que hajam dúvidas quanto há presença de pulso mas, com a certeza de uma frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto deve-se iniciar compressões torácicas e insuflações. As **compressões nas criança fazem-se ao ritmo de 15:2** e a frequência é de pelo menos 100 compressões por minuto mas, não deve exceder as 120 por minuto.

A forma e o local de compressões varia se a **criança tem mais de 1 ano** ou é lactente. O local é achado localizando a **linha média entre o apêndice xifóide e as últimas costelas**. Deve-se colocar a base da mão sobre a linha encontrada e deprimir o tórax aproximadamente 5 centímetros. Em **lactentes** deverá usar-se as duas mãos, entrelaçando os dedos, usando a técnica do abraço. A depressão do tórax deverá ser de 4 centímetros.

Nas **crianças em caso de FV/TV** sem pulso deve-se precocemente **desfibrilhar** com **4JKg**, seguindo a mesma regra dos adultos, mantendo as compressões no máximo de tempo possível. Após choque retomar compressões de imediato por 2 minutos (1 ciclo) e verificar o ritmo, se mantiver o mesmo repetir até ao 3º choque. Após deve administrar-se 10µgkg de adrenalina (a dose máxima total é de 1mg) e 5mgkg de amiodorona. A cada 3 a 5 minutos administrar a mesma dose de adrenalina e após 5º choque uma segunda dose de amiodorona. Se o FV/TV persistir pode iniciar-se amiodorona em perfusão.

Identificar a causa para o sucedido, pensando nos 4Ts e nos 4Hs, as causas mais frequentes são a hipovolémia e a hipoxia. A bradicardia na criança rapidamente pode evoluir para paragem cárdio-respiratória pelo que deve ser administrado oxigénio a 100%, e o recurso à atropina pode ser uma solução – ver figura 6.

O **contacto com a especialidade é uma prioridade** quando se trata de crianças.

Após ressuscitação é importante manter a temperatura e o controlo glicémico. Crianças com temperatura abaixo de 32°C devem ser aquecidas gradualmente. Glicemias de 180mg/dl são consideradas normais.

Um grande número de paragens cárdio-respiratórias nas crianças é devido á obstrução da via aérea por corpo estranho. As recomendações das últimas guidelines não sofrerem alterações, pelo que relembro algoritmo da obstrução da via aérea por corpo estranho em pediatria – ver figura 7.

As compressões abdominais ao contrário das do adulto não são recomendadas, pela possibilidade de traumatismo

Suporte Avançado de Vida Pediátrico

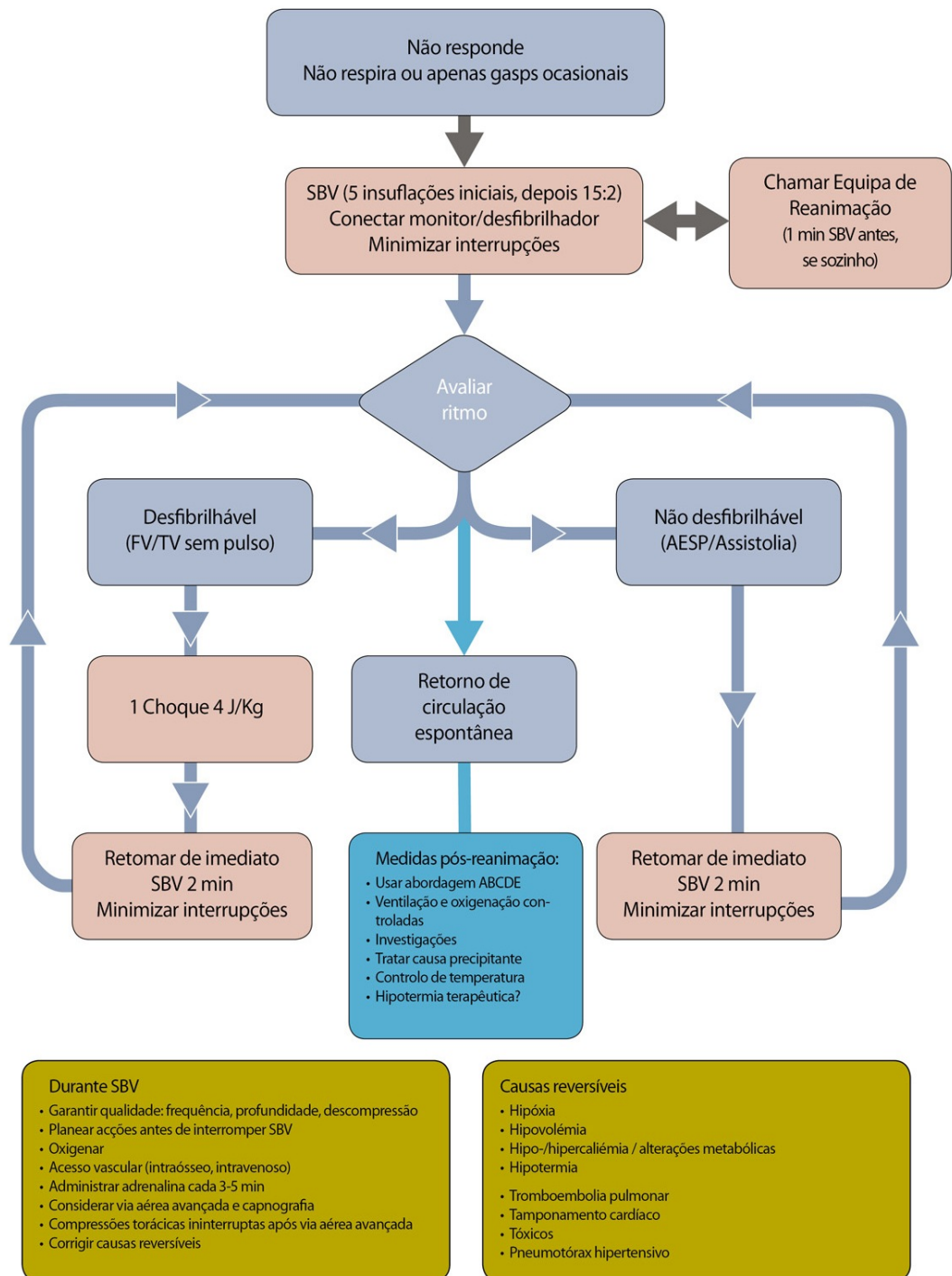


FIGURA 6 – Algoritmo Suporte Avançado de Vida Pediátrico – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RESUSCITATION 2010

Tratamento da Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho na Criança

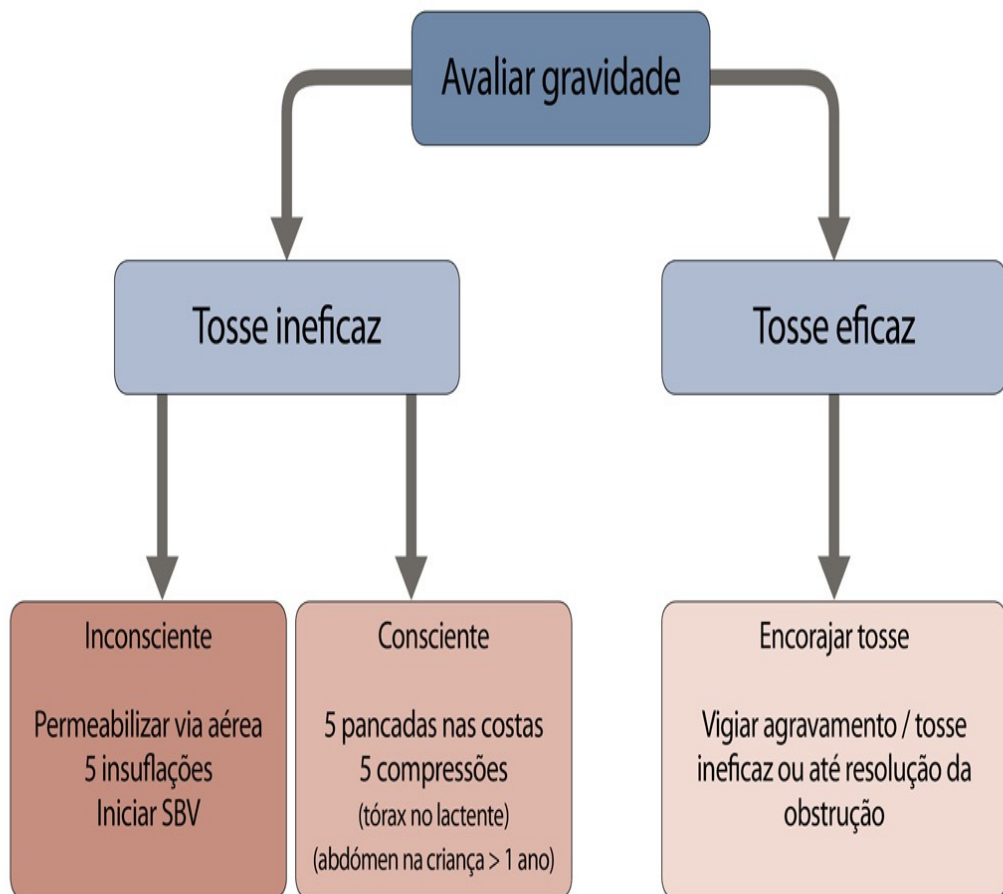


FIGURA 7 – Algoritmo da Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho na Criança – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RESUSCITATION 2010

→ SUPOORTE DE VIDA NEONATAL

O **controlo da temperatura** é um dos factores mais importantes num recém-nascido. Para diminuir as perdas de calor deve-se manter o local aquecido, cobrir o recém-nascido com panos secos e quentes ou coloca-lo junto da pele da mãe. Pode ainda ser necessário em prematuros envolvê-los em película aderente sem os secar e coloca-los junto de uma fonte de calor. Em simultâneo deve ser **contactada a ajuda especializada**. A esta deve ser dada a informação sobre frequência respiratória, cardíaca e tonús muscular – índice de Apgar. A frequência cardíaca deverá ser avaliada no ápex e deverá ser superior a 100 por minuto.



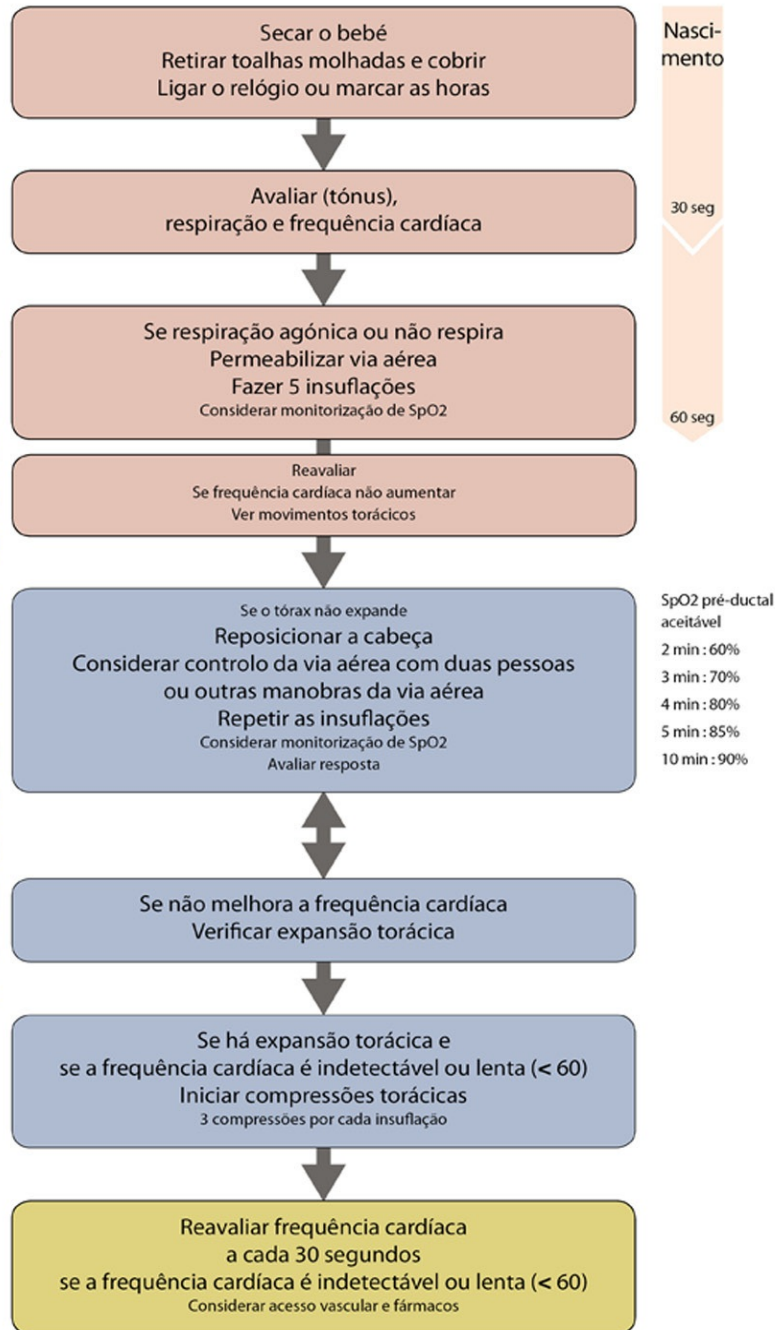
A aspiração de secreções só será necessária se existir obstrução da via aérea. A presença de **mecónio** é **uma indicação para aspiração**. A fonte de vácuo terá de ser doseada para menos de 100mmHg.

O gemido é um indício de sofrimento. Num parto normal aparece cianose periférica mas, após 30 segundos surge uma cor rosada, quando isso não acontece é sinal de mau prognóstico. Se hipotónico ao nascer, não está reactivo pelo que necessita de intervenção. Normalmente a abertura da via aérea e a ventilação são suficientes para recuperar o recém-nascido. As compressões torácicas só deverão ser realizadas se não houver movimentos respiratórios após insuflações durante 30 segundos. Uma ventilação eficaz normalmente conduz a um aumento da frequência cardíaca. Se esta é inferior a 60 por minuto iniciam-se as compressões através da técnica do abraço, a um dedo acima do apêndice xifóide. A **relação é de 30:1** ou seja 90 compressões e 30 insuflações por minuto – ver figura 8.

Raramente é necessário administrar fármacos nas paragens cárdio-respiratórias, no entanto quando a frequência cardíaca é inferior a 60 após eficaz ventilação e compressão deve-se ponderar a sua utilização. A adrenalina na dose de 10 a 30µgkg por via endovenosa, se por via traqueal 50 a 100µgkg, apesar de não ser recomendada. A via intra óssea não é permitida em crianças com menos de seis meses. O bicarbonato é desaconselhado mas, se numa reanimação prolongada pode ser administrado na dose de 1 a 2mmolkg por via endovenosa. Preferir cristalóide isotónico a colóide na dose de 10mlkg em bolus.

Suporte de Vida Neonatal

DURANTE TODO O TEMPO PERGUNTAR:
PRECISO DE AJUDA?



* www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1510

FIGURA 8 – Algoritmo Suporte de Vida Neonatal – EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RECUSCITATION 2010

5 – CONCLUSÃO

Nunes (2008) citando Macphail considera que a enfermagem de urgência envolve o conhecimento de vários saberes dentro do ser humano, quer físico, mental ou relacional e a experiência do dia a dia, a destreza e o juízo crítico que levarão às tomadas de decisão.

Sendo esta urgência uma urgência de carácter básico tem a dupla responsabilidade de atender qualquer pessoa idosa ou recém-nascida e o peso do encaminhamento, do pedido de ajuda especializada. O Enfermeiro para além de técnico é um perito, a este cabe muitas vezes ajuizar e decidir.

A vida e o risco dos clientes, no serviço de urgência, passam sem dúvida por todos os profissionais. O rápido atendimento, a eficácia do tratamento e o encaminhamento atempado faz com que o doente crítico chegue ao serviço diferenciado de forma segura. Para que tal aconteça é necessário que se cumpra com o estipulado no Código Deontológico, com as directrizes da Instituição e com as normas e procedimentos do SU principalmente com as da SE. A responsabilidade é de todos e a todos é pedida a sua responsabilidade.

Espero ter conseguido com este manual fomentar a formação na área do doente crítico, transmitir a responsabilidade que cada um tem na manutenção da operacionalidade da SE uniformizando os procedimentos, assim como permitir o esclarecimento atempado de algumas dúvidas com este suporte teórico.

6 – BIBLIOGRAFIA

- BLANCHARD, K (1986) – **Liderança e o Gerente Minuto**. Rio Janeiro. Editora Record.
- CCI, HNSCV, EPE (2009) – **Higienização do Ambiente Hospitalar**.
- CCI, HSJ, EPE (2004) – **Higienização do ambiente hospital – classificação das áreas em função do risco de infecção**.
- COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRITICO – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP (2009) – **Recomendação: para carro de Emergência**.
- COMISSÃO DE RESSUSCITAÇÃO INTRA-HOSPITALAR, HSJ (2003) – **Conteúdo do Carro de Emergência (Adulto e Pediátrico)**.
- COMISSÃO DE RESSUSCITAÇÃO INTRA-HOSPITALAR, HSJ (2003) – **Utilização do Carro de Emergência**.
- COMISSÃO DE RESSUSCITAÇÃO INTRA-HOSPITALAR, HSJ (2003) – **Manutenção do carro de Emergência**.
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2006) – **Manual de Suporte Imediato de Vida**. 2ª Edição.
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2010) – **Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council**. Edição Paula Grácio. Revista Saúde Infantil/ASIC
- GASPAR, Patrícia (2010) – **SALA DE EMERGÊNCIA. CARRO DE APOIO Á UNIDADE**. UAG/Urgência e Cuidados Intensivos do HSJ, EPE
- NUNES, Madalena et al (2008) – **Competências dos Enfermeiros que exercem funções de urgência periféricos da RAM**. Pós graduação em urgência/emergência hospitalar. Universidade Atlântica.
- ORDEM ENFERMEIROS (2009) – Caderno Temático – **Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**
- PORTUGAL – ASSEMBLEIA DA REPUBLICA – Lei N° 111/2009. **Alteração aos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros**. D. R.: 1ª Série N° 180 de 16 de Setembro de 2009 P. 6528 – 6550
- PORTUGAL – ASSEMBLEIA DA REPUBLICA – Decreto – Lei N° 400/82. **Vigésima terceira alteração ao Código Penal**. D. R.: 1ª Série N° 170 de 4 de Setembro de 2007 P.6218 a 6258
- PORTUGAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto – Lei N° 161/96 artigo 9 alínea e). **Regulamentação para o exercício da profissão de Enfermagem**. D. R.: 1ª Série A N°205 P. 2981.
- VAZ, Célia e CATITA, Paula (2000) – **Cuidar no Serviço de Urgência**. Revista Nursing N° 148. P. 14 - 17.



SALA DE EMERGÊNCIA ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

ANEXOS



SALA DE EMERGÊNCIA
ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

ANEXO I – Norma de Activação da Sala de Emergência



PROCESSO	Revisão	Pág.
Norma	Nº	
Activação da Sala de Reanimação	08/09	1/9

RESUMO DE REVISÕES		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PROX. REVISÃO
15/08/09	Publicação Inicial	

SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
 - 4.1. Definições
 - 4.2. Abreviaturas
5. REQUISITOS
 - 5.1. Localização
 - 5.2. Instalações e Equipamentos
 - 5.3. Activação
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
 - 7.2. Papel dos Enfermeiros na Sala de Emergência
 - 7.3. Papel do Médico na Sala de Emergência
 - 7.4. Papel do AAM na Sala de Emergência
8. ANEXOS

Tabela de Critérios de Activação da Sala de Reanimação

Tabela de Guidelines Para Decisão de Acompanhamento Clínico

Fluxograma de activação da Sala de Emergência

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Cristina Magalhães; Marisa Paredes; Mónica Sousa e Rita Neto	Direcção técnica	Conselho de Administração
Data: 15/08/09	Data:	Data:



PROCESSO		Revisão	Pág.
Norma		Nº	
Activação da Sala de Reanimação		08/09	1/9

RESUMO DE REVISÕES		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PROX. REVISÃO
15/08/09	Publicação Inicial	

1. OBJECTIVO

Promover a regulamentação do funcionamento da Sala de Emergência, de forma, a elevar o grau de eficiência na avaliação, estabilização e administração dos primeiros cuidados ao doente crítico, ao maior nível possível.

2. APLICAÇÃO

Esta norma aplica-se aos enfermeiros, médicos e AAM do Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo.

3. REFERÊNCIAS

As fontes utilizadas na elaboração desta norma, foram as seguintes: www.gov.pt; www.normmedico.pt; Massada, Salvador; "Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave".

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

4.1. Definições

4.1.1. Serviço de Urgência – Por serviço de urgência, entende-se todo o serviço de saúde equipado para avaliar e tratar situações de doença de início recente e de gravidade tal que o cidadão comum, possuidor de uma cultura média e de conhecimentos mínimos de saúde, entenda necessitar de ser observado por um médico em consulta urgente não programada.

4.1.2. Doente – O que apresenta situação clínica com risco instalado, ou iminente, de falência de funções vitais.

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Cristina Magalhães; Marisa Paredes ; Mónica Sousa e Rita Neto	Direcção técnica	Conselho de Administração
Data: 15/08/09	Data:	Data:

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo				Ministério da Saúde		IDENTIFICAÇÃO 0	
PROCESSO Norma			Revisão Nº		Pág.		
Activação da Sala de Reanimação			08/09		1/9		
RESUMO DE REVISÕES							
DATA		DESCRIÇÃO				DATA PROX. REVISÃO	
15/08/09		Publicação Inicial					

4.1.3. Doente Urgente – O que apresenta situação clínica com potencial de falência de funções vitais.

4.1.4. Sala de Emergência – Área de observação de doentes inicialmente classificados de emergentes, ou, se necessário qualquer doente no SU que apresente descompensação das funções/parâmetros vitais que coloque a vida em risco. Esta sala deverá ser utilizada para doentes classificados de muito urgentes; não deverá ser utilizada como local de tratamento e estabilização prolongado do doente.

4.1.5. Norma – documento escrito que estabelece os conceitos e orientações que regulam as actividades técnico-científicas e administrativas do Hospital.

4.2. Abreviaturas

4.2.1. SU – Serviço de Urgência

4.2.2. AAM – Auxiliar de Acção Médica

5. REQUISITOS

5.1. Localização

A Sala de Emergência está situada à entrada principal do SU, na área de observação clínica, junto ao posto de triagem; perto da sala de acompanhantes.

5.2. Instalações e Equipamentos


5.2.1. Capacidade suficiente para tratar 2 doentes em simultâneo, com sistema de cortinas para garantir a privacidade.

5.2.2. Monitorização não invasiva: dois monitores.

5.2.3. Desfibrilhador: dois desfibrilhadores.

5.2.4. Ventilação mecânica: dois ventiladores.

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Cristina Magalhães; Marisa Paredes ; Mónica Sousa e Rita Neto	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data: 15/08/09</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		 <small>HOSPITAL N.ª DA CONCEIÇÃO</small>	Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
PROCESSO Norma		Revisão Nº	Pág.	
Activação da Sala de Reanimação		08/09	1/9	
RESUMO DE REVISÕES				
DATA	DESCRIÇÃO		DATA PROX. REVISÃO	
15/08/09	Publicação Inicial			

5.2.5. Electrocardiografo

5.2.6. Máquina de gasimetria, com acesso facilitado à mesma.

5.2.7. Imagiologia com acesso facilitado ao serviço.

5.2.8. Informática: um computador para registos e visualização de imagens; um telefone.

5.2.9. Relógio de parede bem visível e sistema de cronometragem de tempo desde o início de actuação.

5.2.10. Stock próprio de equipamento e medicação distribuídos por armários laterais e dois carros móveis.

5.2.11. Dois acessos, um pela porta principal do SU e outra pelo corredor interior.

5.2.12. Mecanismo de abertura/fecho das portas manual (com accionamento imediato de botão de alarme).

5.2.13. Botão de alarme junto das portas com aviso sonoro audível em todo SU.

5.2.14. Área de lavagem das mãos.

5.2.15. Área de armazenamento de sujos, até à sua recolha.

5.3. Activação

5.3.1. Por informação prévia da equipa de emergência pré-hospitalar, através de contacto telefónico para o administrativo do SU.

5.3.2. Sem notificação prévia, o enfermeiro da Triagem do SU deverá referenciar o doente e acompanhá-lo para a Sala de Emergência e accionar o sistema sonoro.


5.3.2.1. Critérios de Activação:

- Todos os doentes triados com Nivel de Prioridade de "cor vermelha",

Todos os doentes triados com o discriminadores:

- Dor Pré cordial

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Cristina Magalhães; Marisa Paredes; Mónica Sousa e Rita Neto	Direcção técnica Data:	Conselho de Administração Data:
Data: 15/08/09		

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo			Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
PROCESSO Norma		Revisão N°	Pág.	
Activação da Sala de Reanimação		08/09	1/9	
RESUMO DE REVISÕES				
DATA	DESCRIÇÃO		DATA PROX. REVISÃO	
15/08/09	Publicação Inicial			

- *Alteração estado consciência* - com valor escala de coma de Glasgow \leq a 8
- *Alteração do estado de consciência* – do Fluxograma Sobredosagem ou envenenamento
- *Alta Mortalidade* – do Fluxograma Sobredosagem ou envenenamento

6. RESPONSABILIDADES

O enfermeiro da triagem tem a responsabilidade de accionar a Sala de Emergência.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1.1. Quando há notificação prévia, através do contacto telefónico, por parte da equipa de emergência pré-hospitalar, o enfermeiro da triagem comunica de imediato ao enfermeiro que se encontra atribuída, no plano de trabalho, a área da pequena cirurgia, o qual será designado posteriormente de – *Primeiro Enfermeiro*. Comunica também ao médico que se encontra a consultar no gabinete n.º 1 (Azuis/verdes); tem também a responsabilidade de comunicar ao enfermeiro que se encontra na área de trabalho da Sala de Observações Adultos/Crianças, que posteriormente será designado de – *Segundo Enfermeiro*. Sempre que necessário existe a possibilidade de reforço, de um *Terceiro Enfermeiro*, da equipa da Sala de Emergência, que se encontra na área de trabalho da Sala de Tratamentos. Cabe também ao enfermeiro avisar o AAM, destacado para esta área de trabalho. Estes elementos da equipa multidisciplinar deverão se encaminhar de imediato para a Sala de Emergência e aguardar a chegada do doente.

7.1.2. Quando não há notificação prévia, o enfermeiro da triagem acompanha o doente para a Sala de Emergência e acciona o botão de alarme. Assim, dirigem-se de imediato para a sala o *Primeiro e Segundo Enfermeiros*; o Médico e AAM.

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Cristina Magalhães; Marisa Paredes ; Mónica Sousa e Rita Neto	Direcção técnica Data:	Conselho de Administração Data:
Data: 15/08/09		

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo			Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
PROCESSO Norma		Revisão Nº	Pág.	
Activação da Sala de Reanimação		08/09	1/9	
RESUMO DE REVISÕES				
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PROX. REVISÃO		
15/08/09	Publicação Inicial			

7.2. Papel dos Enfermeiros na Sala de Emergência

7.2.1. Primeiro Enfermeiro

Enfermeiro com preparação em suporte avançado de vida e/ou em trauma, conhecedor e aderente às orientações clínicas e operacionais da Sala de Emergência.

O seu plano de acção engloba:

- a) Preparação da Sala de Emergência para a reanimação;
- b) Cooperar na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala;
- c) Assiste o médico no controle da via aérea e na ventilação;
- d) Executa a entubação naso ou orogástrica;
- e) Cooperar na avaliação primária e secundária do doente;
- f) Recolha de informações relevantes ao tipo de situação e história clínica do doente;
- g) Controle do número de pessoas na sala;
- h) Prepara o doente para a transferência intra e extra hospitalar da Sala de Emergência, bem como o seu transporte;
- i) Responsável pela operacionalização da sala após utilização.

7.2.2. Segundo Enfermeiro

Enfermeiro com preparação em suporte avançado de vida e/ou em trauma, conhecedor e aderente às orientações clínicas e operacionais da Sala de Emergência.

O seu plano de acção engloba:

- a) Colabora na preparação da Sala de Emergência;

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Cristina Magalhães; Marisa Paredes ; Mónica Sousa e Rita Neto	Direcção técnica	Conselho de Administração
Data: 15/08/09	Data:	Data:

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
PROCESSO Norma		Revisão Nº 08/09	Pág. 1/9
Activação da Sala de Reanimação			
RESUMO DE REVISÕES			
DATA 15/08/09	DESCRIÇÃO Publicação Inicial	DATA PROX. REVISÃO	

- b) Colabora na passagem do doente da maca de transporte para a maca da Sala de Emergência;
- c) Monitoriza o doente (ECG, FC, T.A., SaO2) e procede à algaliação quando determinada;
- d) Providencia/ executa cateterização de acessos venosos de grande calibre;
- e) Procede de acordo com orientação clínica na preparação e administração de fármacos, (na ausência do Terceiro Enfermeiro);
- f) Assiste o coordenador da equipa na execução de procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos;
- g) Efectua registos informáticos, (na ausência do Terceiro Enfermeiro);

7.2.3. Terceiro Enfermeiro

Enfermeiro com preparação em suporte avançado de vida e/ou em trauma, conhecedor e aderente às orientações clínicas e operacionais da Sala de Emergência, reforça a equipa sempre que necessário.

O seu plano de acção engloba:

- a) Procede de acordo com orientação clínica na preparação e administração de fármacos;
- b) Efectua registos informáticos;

7.3. Papel do Médico na Sala de Emergência

Médico com preparação em suporte avançado de vida e/ou em trauma, tem a responsabilidade de coordenar a operacionalidade da Sala de Emergência.

O seu plano de acção engloba:

- a) Obter história da situação clínica, de testemunhas e do pessoal de transporte;
- b) Avaliação clínica do doente;

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Cristina Magalhães; Marisa Paredes ; Mónica Sousa e Rita Neto	Direcção técnica Data:	Conselho de Administração Data:
Data: 15/08/09		



PROCESSO	Revisão	Pág.
Norma	Nº	
Activação da Sala de Reanimação	08/09	1/9

RESUMO DE REVISÕES		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PROX. REVISÃO
15/08/09	Publicação Inicial	

- c) Coordena a ressuscitação, actuando se necessário;
- d) Providencia e supervisiona a manutenção da via aérea e da ventilação;
- e) Coordena o plano de estabilização hemodinâmica;
- f) Coordena e efectua o transporte intra e extra-hospitalar;
- g) Responsável pelo registo clínico.

7.4. Papel do AAM na Sala de Emergência

- a) Colabora na passagem do doente da maca de transporte para a maca da Sala de Emergência;
- b) Colabora na passagem do doente para a transferência intra e extra hospitalar da Sala de Emergência, bem como o seu transporte;
- c) Colabora na exposição do doente quando solicitado;
- d) Efectua transporte para a realização de exames complementares de diagnóstico;
- e) Efectua transporte de espécimes para análise e respectivo resultado (ex.: gasimetria);
- f) Efectua a recolha de sujos e procede á limpeza da sala;
- g) Colabora com o Primeiro Enfermeiro na operacionalização da Sala de Emergência.

8. ANEXOS

Tabela de Critérios de Activação da Sala de Reanimação

Tabela de Guidelines Para Decisão de Acompanhamento Clínico

Fluxograma de activação da Sala de Emergência

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Cristina Magalhães; Marisa Paredes; Mónica Sousa e Rita Neto	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data:</i> 15/08/09	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

Tabela de Critérios de Activação da Sala de Reanimação

Activação da Sala de Reanimação

- Todos os doentes triados com Nível de Prioridade de "*cor vermelha*",

Todos os doentes triados com o discriminadores:

- Dor Pré cordial
- *Alteração estado consciência* - com valor escala de coma de Glasgow \leq a 8
- *Alteração do estado de consciência* – do Fluxograma Sobredosagem ou envenenamento
- *Alta Mortalidade* – do Fluxograma Sobredosagem ou envenenamento

Tabela de Critérios de Transporte de doentes Críticos

1. VIA AEREA ARTIFICIAL		8. PACEMAKER	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Guedel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	2	Sim, provisório (externo ou endocavitano)	2
2. FREQUENCIA RESPIRATORIA		9. ESTADO DE CONSCIENCIA	
FR entre 10 e 14 / min	0	Escala de Glasgow = 15	0
FR entre 15 e 35 / min	1	Escala de Glasgow >8 e < 14	1
Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	2	Escala de Glasgow ≤ 8	2
3. SUPORTE RESPIRATORIO		10. SUPORTE TECNICO E FARMACOLOGICO	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não	0	Mantol ≥ 20%	
Acesso periférico	1	Analgésicos	2
Acesso central em doente instável	2	Grupo II	
5. AVALIAÇÃO HEMODINAMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (frequer < 15ml/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos ou sangue)	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíticos	
Não	0	Anticoagulante	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno torácico	
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48 h)	1		
Sim, alto risco* (e EAM < 48 h)	2		
		TOTAL	

- * Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.
- * Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O ₂ e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O ₂ , ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat. O ₂ , ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Norma de Activação da Sala de Reanimação

Fluxograma de Actividades	Responsável	Acção/Document
<p>Receber Utente no SU e abrir ficha</p> <p>Receber contacto telefónico do CODU!</p> <p>Triar o Utente na Sala de Triagem</p> <p>Valida Critérios de Activação da Sala de Reanimação?</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito Geral de Utentes.</p>	Administrativo	Receber contacto telefónico CODU ou receber utente no balcão de entrada e abrir ficha após recolher os dados identificativos do utente.
<p>Accionar o botão de Alarme Sonoro</p> <p>Observação Médica</p> <p>Necessita de Exames Auxiliares de Diagnóstico?</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Enfermeiro	Chamar o Utente pelo sistema Som e triar com recurso do Sistema de Triagem de Manchester.
<p>Sim</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito Geral de Utentes.</p>	Enfermeiro	Comparar Discriminador na Triagem com a Tabela Critérios de Activação da Sala de Reanimação.
<p>Observação Médica</p> <p>Necessita de Exames Auxiliares de Diagnóstico?</p> <p>Não</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Enfermeiro	Colocar o Utente na Sala de Reanimação (com ou sem o auxílio do auxiliar) e solicitar reequipagem.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Médico	Observar o Utente
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Sim</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Médico	Decide mediante o caso sobre a necessidade de exames auxiliares de diagnóstico no sistema.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Não</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Médico	Decide da necessidade de transferir o utente para Hospital de Referência. Caso não seja necessário, elabora Carta de transferência e decide da necessidade de acompanhamento médico e enfermeiro segundo guias internacionais.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Sim</p> <p>Alta Por transferência para Hospital de Referência</p>	Médico	Decide da necessidade de transferir o utente para Hospital de Referência. Caso não seja necessário, elabora Carta de transferência e decide da necessidade de acompanhamento médico e enfermeiro segundo guias internacionais.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Não</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Médico	Prescrever o tratamento mediante avaliação de todos os dados clínicos possíveis.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Prescrever o tratamento</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Médico	Prescrever o tratamento mediante avaliação de todos os dados clínicos possíveis.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Executar o tratamento</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Enfermeiro/ Médico	Executar o tratamento pelo enfermeiro ou pelo médico.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Necessita de Cuidados na Sala de Reanimação?</p> <p>Sim</p> <p>Permanece Até que o médico ou enfermeiro decidam deixar de ser necessário.</p>	Enfermeiro/ Médico	Decidem sobre a necessidade de utilização da sala de Reanimação. Caso não seja necessário, o utente irá para outras áreas de vigilância, outro hospital ou mortuária em caso de falecimento.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Não</p> <p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	Enfermeiro/ Médico	Decidem sobre a necessidade de utilização da sala de Reanimação. Caso não seja necessário, o utente irá para outras áreas de vigilância, outro hospital ou mortuária em caso de falecimento.
<p>Fluxograma da Norma de Circuito de Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p> <p>Não permanece Será encaminhado para outras áreas ou outro Hospital</p>	Enfermeiro/ Médico	Decidem sobre a necessidade de utilização da sala de Reanimação. Caso não seja necessário, o utente irá para outras áreas de vigilância, outro hospital ou mortuária em caso de falecimento.



SALA DE EMERGÊNCIA
ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

ANEXO II – Folha de Verificação da abertura do Carro de Emergência

	Dia	Verificar validades e quantidades	Selo N°	Assinatura
Fevereiro	1	ter Armário lateral de soros		
	2	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	3	qui Armários SE		
	7	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	14	seg Armário de Fármacos adicionais		
	21	seg Armário de Fármacos adicionais		
	28	seg Armário de Fármacos adicionais		
Março	1	ter Armário lateral de soros		
	2	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	3	qui Armários SE		
	7	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	14	seg Armário de Fármacos adicionais		
	21	seg Armário de Fármacos adicionais		
	28	seg Armário de Fármacos adicionais		
Abril	4	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	5	ter Armário lateral de soros		
	6	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	7	qui Armários SE		
	11	seg Armário de Fármacos adicionais		
	18	seg Armário de Fármacos adicionais		
	25	seg Armário de Fármacos adicionais		
Mai	2	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	3	ter Armário lateral de soros		
	4	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	5	qui Armários SE		
	9	seg Armário de Fármacos adicionais		
	16	seg Armário de Fármacos adicionais		
	23	seg Armário de Fármacos adicionais		
	30	seg Armário de Fármacos adicionais		
Junho	1	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	2	qui Armários SE		
	6	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	7	ter Armário lateral de soros		
	13	seg Armário de Fármacos adicionais		
	20	seg Armário de Fármacos adicionais		
	27	seg Armário de Fármacos adicionais		
Julho	4	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	5	ter Armário lateral de soros		
	6	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	7	qui Armários SE		
	11	seg Armário de Fármacos adicionais		

	Dia	Verificar validades e quantidades	Selo N°	Assinatura
	18	seg Armário de Fármacos adicionais		
	25	seg Armário de Fármacos adicionais		
Agosto	1	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	2	ter Armário lateral de soros		
	3	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	4	qui Armários SE		
	8	seg Armário de Fármacos adicionais		
	15	seg Armário de Fármacos adicionais		
	22	seg Armário de Fármacos adicionais		
	29	seg Armário de Fármacos adicionais		
Setembro	1	qui Armários SE		
	5	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	6	ter Armário lateral de soros		
	7	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	12	seg Armário de Fármacos adicionais		
	19	seg Armário de Fármacos adicionais		
	26	seg Armário de Fármacos adicionais		
Outubro	3	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	4	ter Armário lateral de soros		
	5	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	6	qui Armários SE		
	10	seg Armário de Fármacos adicionais		
	17	seg Armário de Fármacos adicionais		
	24	seg Armário de Fármacos adicionais		
	31	seg Armário de Fármacos adicionais		
Novembro	1	ter Armário lateral de soros		
	2	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	3	qui Armários SE		
	7	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	14	seg Armário de Fármacos adicionais		
	21	seg Armário de Fármacos adicionais		
	28	seg Armário de Fármacos adicionais		
Dezembro	1	qui Armários SE		
	5	seg Fármacos - carro de emergência e armário adicional		
	6	ter Armário lateral de soros		
	7	qua Materiais carro de emergência e mala de transporte		
	12	seg Armário de Fármacos adicionais		
	19	seg Armário de Fármacos adicionais		
	26	seg Armário de Fármacos adicionais		

O N° do selo só é aplicavel ao carro de emergência - Fármacos e Materiais



SALA DE EMERGÊNCIA
ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

ANEXO III – Folha de verificação de Fármacos da sala de Emergência

HNSCV				Enf.		
Checklist Fármacos da SE				Turno: Data:		
Fármacos Carro Emergência				Fármacos Armário Lateral Direito		
Quant.	Fármacos Injectáveis	Faltas	Validade	Quant.	Fármacos Adicionais à Urgência	Faltas
6	Adenosina			10	Água bidestilada	
10	Adrenalina			5	Acetilsalicilato de lisina	
2	Aminofilina			5	AAS 500mg	
8	Amiodarona			20	Brometo ipatropio	
6	Atropina			20	Budesonida	
2	Bicarbonato de sódio 8.4%			5	Butilescopolamina	
2	Biperideno			5	Captopril	
4	Cloreto de Potássio 7.5%			5	Carvão ativado	
2	Cloreto de sódio 20%			5	Diazepan 5mg	
6	Dexametasona			5	Diazepan rectal	
2	Diazepan			5	Diclofenac	
1	Digoxina			5	Digoxina	
5	Dinitrato de Isossorbido			5	DNI	
4	Dopamina			2	Gel rectal	
2	Efedrina			4	Metilprednisolona 125	
1	Etomidato			2	Metilprednisolona 500	
2	Flumazenil			2	Metilprednisolona 1000	
10	Furosemida			10	Metoclopramida	
2	Glicose 30%			5	Nifedipina 5mg	
1	Gluconato de cálcio			5	Nifedipina 10mg	
2	Haloperidol			10	Paracetamol 500	
6	Hidrocortisona			5	Paracetamol 125	
2	Hidroxizina			5	Paracetamol 250	
2	Midazolam			5	Prometazina	
2	Morfina			5	Propranolol 10 mg	
2	Naloxona			5	Propranolol 40 mg	
2	Paracetamol 1 g			5	Ranitidina	
3	Prednisolona 25 mg			2	Tiamina	
2	Propranolol			5	Tiocolquiosido	
1	Propofol			5	Tramal	
5	Recurónio - Frigorífico			10	Soro fisiológico	
2	Verapamil			3	Salbutamol	
				5	Sulfato de sódio 10g e 1.25g	

SOROS/Armário Lateral Direito						
3	Bicarbonato sódio 1.4%			5	G. 0,3% em 0,3% NaCl 500 ml	
4	Cloreto de sódio 0,9% 500 ml			4	Glicose 5% em NaCl 1000 ml	
4	Cloreto de sódio 0,45% 500 ml			4	Haemacel 500 ml	
6	Cloreto de sódio 0,9% 1000ml			4	Ionosteril G 1000 ml	
10	Cloreto de sódio 0,9% 100 ml			4	Ionosteril 1000 ml	
10	Glicose 5% 100 ml			3	Lactato de Ringer 1000 ml	
5	Glicose 10% 500 ml			3	Osmofundina Concentrada	
5	Glicose 30% 500 ml			5	Solução de lavagem	
5	Glicose 5% 500 ml					



SALA DE EMERGÊNCIA
ACTUAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

**ANEXO IV – Folha de verificação dos materiais da Sala de
Emergência e mala de transporte**

Hospital N. Sra da Conceição - Valongo	CHECKLIST SALA DE EMERGÊNCIA	
	ENF.	Assinatura _____ N.º Mec _____
	Data: _____ Turno _____	

CARRO A		CARRO B	
Monitor/ Disfibrilhador com cabos e electrodos e placa de Gel		Monitor/ Disfibrilhador com cabos e electrodos e placa de Gel	
Contentor cortantes/perfurantes		Contentor cortantes/perfurantes	
Máquina perfusora		Máquina perfusora	
Luvas não esterilizadas			
Soro fisiológico 100cc+ sistema preenchido		Soro fisiológico 100cc+ sistema preenchido	
Gaveta 1		Gaveta 1	
Medicação		Medicação	
Gaveta 2		Gaveta 2	
1 Agulha intra ossea 15G e 18G		1 Agulha intra ossea 15G e 18G	
5 Seringas: 1,2,5,10,20 cc		3 Seringas: 1,2,5,10,20 cc	
5 Abocates: G 24, 22, 20, 18, 16		4 Abocates: G 24, 22, 20, 18, 16	
2 Ligaduras de 5 cm		2 Ligaduras de 5 cm	
2 Ligaduras de 10 cm		2 Ligaduras de 10 cm	
10 Agulha 20G		10 Agulha 20G	
1 Garrote		1 Garrote	
1 Máquina de glicemia e fitas		1 Máquina de glicemia e fitas	
1 Antisseptico - Cutasept		1 Antisseptico - Cutasept	
10 Lancetas		10 Lancetas	
20 Adesivos		20 Adesivos	
2 Compressas		2 Compressas	
2 Kit gasimetria		2 Kit gasimetria	
2 Prolongadores		2 Prolongadores	
2 Sistemas de soros		2 Sistemas de soros	
4 Bionector		4 Bionector	
2 Torneiras 3 vias		2 Torneiras 3 vias	
Gaveta 3		Gaveta 3	
2 Tubo de Guedel n.º 00, 0, 3, 4, 5		2 Tubo de Guedel n.º 00, 0, 3, 4, 5	
1 Cabo de Saturímetro pediátrico		1 Cabo de Saturímetro pediátrico	
1 Kit ventimask adulto + nebulizador		1 Kit ventimask adulto + nebulizador	
1 Máscara de alto débito		1 Máscara de alto débito	
1 Cânula nasal		1 Cânula nasal	
1 Kit ventimask criança + nebulizador		1 Kit ventimask criança + nebulizador	
Gaveta 4		Gaveta 4	
1 Ambu pediátrico + filtro		1 Ambu pediátrico + filtro	
1 Ambu adulto+ filtro		1 Ambu adulto+ filtro	
1 Pinça de Maguil grande		1 Pinça de Maguil grande	
1 Pinça de Maguil pequena		1 Pinça de Maguil pequena	
2 Mandril		2 Mandril	
2 Tubo orotraqueal n.º 3,5;4; 4,5; 5; 6; 6,5; 7; 7,5; 8; 8,5		2 Tubo orotraqueal n.º 3,5;4; 4,5; 5; 6; 6,5; 7; 7,5; 8; 8,5	
1 Cabo de laringoscópio		1 Cabo de laringoscópio	
3 Lâminas: pequena, média e grande		3 Lâminas: pequena, média e grande	
1 Lidoject 2%		1 Lidoject 2%	
1 Seringa de 10cc		1 Seringa de 10cc	
1 Fita de nastro		1 Fita de nastro	
1 Xilocaina spary		1 Xilocaina spary	
1 Peça em T		1 Peça em T	
1 Conexão Swivl com traqueia		1 Conexão Swivl com traqueia	
2 Mascara laringea		2 Mascara laringea	

Hospital N. Sra da Conceição - Valongo	CHECKLIST SALA DE EMERGÊNCIA		
	ENF.	Assinatura _____	N.º Mec _____
	Data: _____		Turno _____

CARRO A		CARRO B	
Gaveta 5		Gaveta 5	
2	Kit compressas	2	Kit compressas
2	Água destilada 10cc	2	Água destilada 10cc
1	Algália n.º 10, 14, 16, 18, 20 e 3 vias	1	Algália n.º 10, 16, 18, 20
1	Soro de lavagem 250cc	1	Soro de lavagem 250cc
1	Instillagel 6ml e 11ml	1	Instillagel 6ml e 11ml
2	Seringa de 10cc	2	Seringa de 10cc
2	Saco colector	2	Saco colector
4	Sondas de aspiração n.º8;10;12; 14; 16; 18	4	Sondas de aspiração n.º12, 14, 16, 18
2	Peças em y	2	Peças em y
1	Sonda nasogástrica dupla via	1	Sonda nasogástrica dupla via
1	Sonda nasogástrica n.º 8; 12, 16, 18	1	Sonda nasogástrica n.º 12, 16, 18
1	Seringa 100cc	1	Seringa 100cc
2	Clampe	2	Clampe
1	Lidocaina gel 2%	1	Lidocaina gel 2%
1	Estetoscópio	1	Estetoscópio
2	Pilhas para laringoscópio	2	Pilhas para laringoscópio
2	Luvas esterilizadas 6,5;7;5,5;8;8	2	Luvas esterilizadas 6,5;7;5,5;8;8
2	Saco colector	2	Saco colector

HNSCV

Checklist armários SE

Enf. _____
Turno: _____

Data: _____

Material Clínico Armário Esquerdo	
Armário Superior	
1	Microondas
1	Máscaras faciais bico de Pato
2	Máscaras faciais e cirúrgicas
3	Seringas perfusoras
1	Transfere
1	Mala de transporte
1	Apoios laterais e manta de aquecimento
4	Colar cervical pequeno
7	Colar cervical médio
2	Colar cervical grande
1	Ventilador de transporte
Armário Inferior	
Gavetas	Material
1 a 5	Tubos de Guedel
6	Máscaras de O2 alto débito
7	Canulas nasais
8	Filtros bacterianos
9	Máscaras Laríngeas 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 4; 5; 6
10	Peças T e cânulas de traqueostomia
11	Kit ventimask criança
12	Nebulizadores criança
13	Tubos orotraqueais n.º 5 e 5,5
14	Tubos orotraqueais n.º 4 e 4,5
15	Tubos orotraqueais n.º 3,5
16	Kit ventimask adulto
17	Nebulizadores adulto
18	Tubos orotraqueais n.º 8 e 8,5
19	Tubos orotraqueais n.º 7 e 7,5
20	Tubos orotraqueais n.º 6 e 6,5
21	Ambu, stock de máscaras, fita de nastro
22	Prolongadores
23	Sacos de Aspiração
24	Tubos de aspiração, peças em y
25	Saco colector com debitómetro
26	Seringas de 10cc, 100cc(2), instillagel(4)
26	Lidocaína, água destilada 10cc, clamps
27	Sondas nasogástricas dupla via e n.º 20
28	Sondas nasogástricas n.º 18
29	Sondas nasogástricas n.º 16
30	Sondas nasogástricas n.º 8, 12 e 14
31	Algálias bequilée e Kit de algaliação
32	Algálias n.º 20 e 3 vias
33	Algálias n.º 18
34	Algálias n.º 16
35	Algálias n.º 8, 10 e 12
36	Sondas aspiração n.º 18, cânula rígida
37	Sondas aspiração n.º 14 e 16
38	Sondas aspiração n.º 10 e 12
39	Sacos colectores
40	Sondas rectais
41	Conexão swivel com traqueia

Material Clínico Armário Direito	
Armário Superior	
10	Lençóis
2	Batas
4	Aventais
1 emb	Esponjas
6	Fraldas
4	Sacos de cadáver
1 cx	Luvas esterilizadas n.º 6,5; 7; 7,5 e 8
2	Pastas de arquivo
2	Adesivo e algodão
1 cx	Luvas não esterilizadas
Armário Inferior	
Gavetas	Material
1	Cateteres n.º 14, 16 e 18
2	Cateteres n.º 20 e 22
3	Cateteres n.º 24
4	Kit de Broselow rosa
5	Kit de Broselow vermelho
6	Seringas de 1 e 2cc
7	Seringas de 5 e 10cc
8	Seringas de 20 e 100cc
9	Kit de Broselow roxo
10	Kit de Broselow amarelo
11	Agulhas 20, 21, 23 e 25G
12	Sistemas de soros e prolongadores
13	Sistemas de soros e seringas para máquina perfusora
14	Kit de Broselow branco
15	Kit de Broselow azul
16	Lancetas, bionectores, torneiras 3 vias, garrote
17	Electrodos, papel de ECG, gel e cabos
18	Registo de espólio
19	Kit de Broselow laranja
20	Kit de Broselow verde
21	Agulhas intra osseas 15G e 18G

Observações:

HNSCV

Checklist Mala de Transporte da SE

Enf:

Turno:

Data:

Bolsas/Mala	Quant.	Mala material	Confere	
Lateral esquerda superior	5	Seringas 2, 5, 10 e 20cc		
	2	Soro Haemacel 500cc		
	2	Soro Fisiológico 100cc		
	1	Glicose 5% 100cc		
	2	Sistemas de soros		
	1	Sistema de soros máquina perfusora		
	1	Prolongador		
Lateral direita	3	Cateteres 16, 18, 20, 22, 24G		
	1	Agulha intra ossea 15G, 18G		
	1	Garrote		
	2	Torneiras 3 vias		
	2	Bionector		
	2	Ligadura 5 cm		
	10	Adesivos cortados		
Interior	1	Ambú adulto com filtro		
	1	Máscara de adulto e pediátrica		
	3	Campos de compressas		
	2	Ligaduras de 10 cm		
	1	Máscara de O2 e nebulizador adulto		
	1	Máscara de O2 e nebulizador pediátrica		
	1	Máscara de alto débito		
	1	Cânula Nasal		
	2	Sondas de aspiração n.º 8, 12, 16, 18 e rígida		
	1	Sondas nasogátricas n.º 8, 12, 14, 16, 18 e 20		
	1	Clampe		
	1	Seringa de 100cc		
	1	Saco colector		
	2	Luvas esterilizadas n.º 6,5; 7,5 e 8		
	10	Agulhas n.º 20, 21, 23 e 25G		
		Quant.	Mala medicação	
		4	Adrenalina	
	2	Aminofilina		
	6	Amiodarona		
	6	Atropina		
	2	Atrovent		
	2	Diazepan		
	5	Furosemida		
	2	Haloperidol		
	2	Pulmicort		
	2	Soro Fisiológico 10cc		
	1	Stesolid		
	1	Ventilan		
Frontal	1	Tubos Orotraqueais n.º 3,5; 4; 5,5; 6; 6,5; 7; 7,5; 8 e 8,5		
	1	Máscara laríngea 3;4;5;6		
	1	Seringa de 10cc		
	2	Fita de nastro		
	1	Tubo de Guedel n.º 00, 0. 2, 3, 4 e 5		
	1	Lidoject 2%		

Observações:

ANEXO IV – Formação “A Importância do Enriquecedor de Oxigénio Acoplado ao Ressuscitador Manual”

Inclui:

- Plano de Formação;
- Ficha de avaliação da sessão formativa;
- Diapositivos;
- Avaliação da Sessão.

Plano da Formação

Tema – Importância do Reservatório Enriquecedor de Oxigénio Acoplado ao Insuflador/Ressuscitador Manual

Formadora – Madalena Moutinho – Aluna do curso de Mestrado de Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Local – Unidade Cuidados Intermédios de Medicina do Cento Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Data – 30/04/2010

Hora – 15h30m

Destinatários – Enfermeiros

Duração – 15 minutos

Métodos – Expositivo (passagem de dois filmes) e demonstrativo

Objectivos:

- Dar a conhecer o reservatório enriquecedor de oxigénio;
- Vantagens de utilização do reservatório enriquecedor de oxigénio;
- Relembrar a importância da oxigenação cerebral em situação de paragem cardiorespiratória;

Avaliação da acção de formação – Ficha de avaliação da sessão formativa.

Ficha de avaliação da sessão formativa

Importância do Reservatório Enriquecedor de Oxigénio Acoplado ao Insuflador/Ressuscitador Manual

ASSINALE COM UM X A RESPOSTA QUE MAIS LHE CONVEM.

➤ TEMA

Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente

➤ EXPOSIÇÃO

Muito Boa	Boa	Suficiente	Insuficiente

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Bastante adequados	Adequados	Pouco adequados	Não adequados

Sugestões / Observações:

Obrigada
Madalena Moutinho

Apresentação PowerPoint (Slides)

**Importância do Reservatório Enriquecedor de Oxigênio Acoplado ao
Insuflador/Ressuscitador Manual**



RESSUSSITADOR MANUAL



- 1956 – 1º insuflador manual na Dinamarca tendo sido apelidado de AMBU;
- Ao longo dos tempos vai sofrendo alterações, de forma a responder às exigências de uma ventilação mais eficaz.

Slide 2

RESSUSSITADOR MANUAL



- Alterações dos materiais de forma a tornarem-se de fácil limpeza;
- Materiais mais devem que facilitam o manuseamento;
- Invenção de válvulas que impedem o retorno do ar/oxigénio e a entrada de secreções;
- Criação de filtros anti-bacterianos que ajudam à não transmissão de infecção;
- Aparecimento do reservatório enriquecedor de oxigénio que aumenta os níveis de oxigénio a insuflar.

Slide 3

RESSUSSITADOR MANUAL



Slide 4

RESSUSSITADOR MANUAL

OBJECTIVOS:

- Manter uma ventilação eficaz;
- Aumentar o aporte de oxigénio cerebral, reduzindo o tempo de hipoxia e consecutivamente a morte cerebral.

Slide 5

RESSUSSITADOR MANUAL



Para dar resposta ao factor económico outras marcas iniciam a sua produção e comercialização e passa a chamar-se insuflador ou ressuscitador manual

Slide 6

RESSUSSITADOR MANUAL



- O ar respirável/ambiente é de 21% de oxigénio;
- Para que em situação de paragem cardio-respiratória o oxigénio se situe entre 65 e 90% temos que ter o insuflador conectado a uma fonte de oxigénio de 15L/minuto;
- Para obteremos % próximas de 100% devemos acoplar um reservatório de O₂ ao insuflador.

Slide 7

RESSUSSITADOR MANUAL

FILMES

- Procedimento de assegurar via aérea com insuflador manual (1 min);
- Descrição em 3D do insuflador manual (4 min).

Slide 8

RESSUSSITADOR MANUAL

- É muito importante manter altas concentrações de O₂ nas situações de PCR de forma a evitar a hipoxia. **Não esquecer de acoplar o reservatório enriquecedor de O₂.**



- Ver exemplar de reservatório descartável.

Slide 9

RESSUSSITADOR MANUAL

O valor de uma vida não tem preço.

- Reservatório descartável em média 1 a 2 centimos;
- Reservatório permanente em média 10 a 15€.

Slide 10

RESSUSSITADOR MANUAL

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Ambu. <http://www.melhorvitt.com.br/produtos/ambu/emergencia.htm> [28/04/2010]
- ❖ Basic Airway Management (sample). (0m:50s). (2008) YouTube <http://www.youtube.com/watch?v=nAu1adMVDAc&feature=related> [28/04/2010]
- ❖ Concelho português de ressuscitação (2006) – **Manual de Suporte Imediato de Vida**. 2ª Edição.
- ❖ Loja Caduceus. **Ressuscitador**. http://loja.caduceus.pt/pages/166529.sf/pt_PT?ObjectPath=/Shops/166529/Products/Ressuscitador_0 [28/04/2010]
- ❖ Qualymed. **Máscaras para RCP**. http://www.qualymedrecife.com.br/produtos2_emerg2_mascaras.htm [28/04/2010]

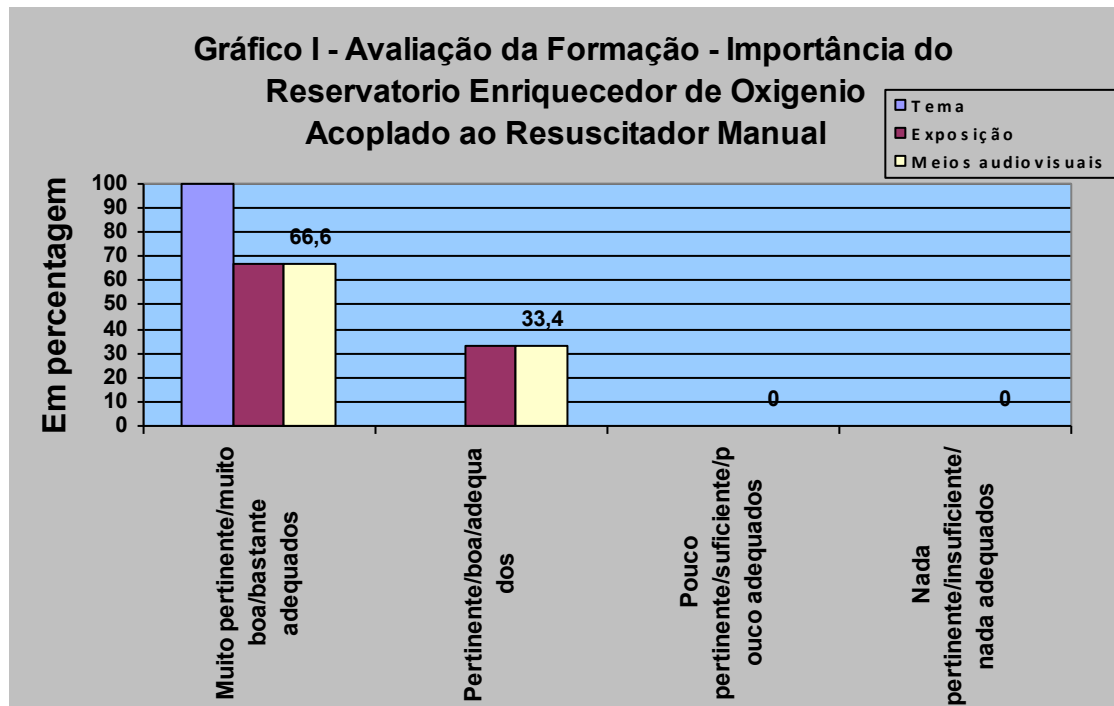
Slide 11

RESSUSSITADOR MANUAL

- ❖ Prolife. **Ressuscitadores Manuais Reusáveis.** http://www.prolife.com.br/prod_sub.aspx?numero=15[28/04/2010]
- ❖ **Ressuscitador Manual.** <http://www.hqimed.com.br/index.php?page=produtoprint&cat=27&idde=133> [28/04/2010]
- ❖ Resuscitation council (UK) (2006) – **Advanced Life Support.** 5th Edition.
- ❖ SaúdeBusinessweb. **Reservatório para Ambú.** <http://catalogohospitalar.com.br/reservatorio-para-ambu.html>[28/04/2010]
- ❖ VASUDEVAN (2007). **3D description of AMBU bag** (03m:09s). JIPMER, Puducherry. <http://www.youtube.com/watch?v=ZPJGRqpmLU&feature=related>[28/04/2010]

Avaliação da Formação

Da avaliação da formação posso concluir, como demonstra o gráfico a baixo, que mais de metade dos formandos acharam a exposição de boa e os meios audiovisuais de adequados, quanto ao tema a totalidade acha-o de muito pertinente.



ANEXO V – Formação “Higienização Ocular”

Inclui:

- Plano de Formação;
- Ficha de avaliação da sessão formativa;
- Diapositivos;
- Avaliação da Sessão.

Plano da Formação

Tema – Higienização Ocular – Promover a Autonomia

Formadoras – Madalena Moutinho e Maria José Borges alunas do 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto

Local – Unidade Convalescença – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Datas – 22/10/2010; 25/10/2010; 29/10/2010; 5/11/2010

Hora – 10h30m (nos dias 29 e 5); 14h30m

Destinatários – Enfermeiros

Duração – 30 minutos

Métodos – Expositivo, descritivo e demonstrativo

Objectivos:

- Analisar as recomendações para a Rede de Cuidados Continuados;
- Reflectir sobre a importância dos ensinamentos nas Unidades de Convalescença;
- Promover o ensino ao cliente/prestador de cuidados com vista à sua autonomia, nas áreas:
 - Higiene das mãos – prevenção da infecção;
 - Higiene ocular;
 - Colocação de colírios/pomadas oftálmicas;
 - Armazenamento/acondicionamento dos fármacos;
 - Prazos de validade;
 - Identificar sinais de alarme.

Avaliação da acção de formação – Ficha de avaliação da sessão formativa.

Ficha de avaliação da sessão formativa

Higienização Ocular – Promover a Autonomia

ASSINALE COM UM X A SUA OPÇÃO DE RESPOSTA

➤ TEMA	Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente
➤ EXPOSIÇÃO	Muito Boa	Boa	Suficiente	Insuficiente
➤ MEIOS AUDIOVISUAIS	Bastante adequados	Adequados	Pouco adequados	Não adequados

Sugestões / Observações:

Obrigada
As Formadoras

Apresentação PowerPoint (Slides)

Higienização Ocular – Promover a Autonomia



Higienização Ocular **promover a autonomia**

No ano de 2008 segundo o **INE** - Instituto Nacional de Estatística recorreram a uma consulta de Oftalmologia em Portugal continental, num hospital público:

- **1133308** clientes.

Segundo **IGIF** - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde estiveram internados no Serviço de Oftalmologia do Hospital São João, EPE e com encaminhamento para a consulta 837 clientes:

- 49,8% destes pertencem a uma faixa etária superior a 60 anos;
- 18,7% destes pertencem a uma faixa etária superior a 75 anos;
- 56,8% destes pertencem ao género masculino.

Slide 2

Higienização Ocular **promover a autonomia**

- ❑ De acordo com o Relatório de monitorização da Rede de 2007, mencionado no Referencial do Enfermeiro (Março 2009) a idade media dos clientes referenciados para a Rede é de 73 anos o que vai de encontro ao aumento do numero de idosos em Portugal/Europa;
- ❑ Associado à idade encontra-se patologias do foro médico como AVC e Diabetes e cirúrgico como intervenções na área da Ortopedia/Oftalmologia e Cólon rectal o que deixa o **idoso** mais **fragilizado** e **dependente** na sua independência/autonomia.

Slide 3

Higienização Ocular **promover a autonomia**

“A necessidade de ensino é sobretudo
incluída nas propostas para a Unidade
de Convalescença.”

Referencial do Enfermeiro – RNCCI (2009:21)

Slide 4

Higienização Ocular **promover a autonomia**

Segundo OE o Enfermeiro:

- ❖ “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.”
- ❖ “Considerando as situações de saúdeo enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.”

OE (2009:41)

Slide 5

Higienização Ocular **promover a autonomia**

- Limpeza e remoção de secreções oculares, evitando a obstrução do canal lacrimal e reduzindo o risco de infecção;
- Aplicação de colírios e pomadas oftálmicas conforme a prescrição médica;
- Promover a autonomia através de ensinamentos demonstrativos/executivos e com demonstração de conhecimentos adquiridos por parte do cliente/prestador de cuidados.

Slide 6

Higienização Ocular **promover a autonomia**

- ❖ A higienização inclui as pálpebras, as pestanas e o globo ocular.
 - Informar o cliente do procedimento;
 - Lavar/higienizar as mãos;



Slide 7

Higienização Ocular **promover a autonomia**

- Lavar o olho com soro fisiológico.
- Para cada olho uma compressa limpa;
- Iniciar pelo exterior e só depois pelo interior;
- Lavar o olho do canto interno para o externo
 - ✓ Desta forma impede-se a contaminação do outro olho.

Slide 8

Higienização Ocular **promover a autonomia**

Ensino ao cliente:

- Recolher todo o material e leva-lo para junto de um espelho;
- Reforçar a higienização das mãos;
- Utilizar uma compressa ou lenço de papel limpo para cada olho;
- Proceder ao anteriormente descrito.



Slide 9

Higienização Ocular **promover a autonomia**

Colocação de colírios:

- Acontece sempre depois da limpeza ocular;
- Verificar nome do fármaco, data de validade, estado da embalagem, hora de administração;

Alguns colírios devem ser guardados no frio, respeitar indicações do laboratório

- Preferencialmente junto de um espelho;
- Realizar uma pequena bolsa na pálpebra inferior;



Slide 10

Higienização Ocular **promover a autonomia**

- Inclinar a cabeça ligeiramente para trás;
- Rejeitar a 1ª gota;
- Deixar cair sem tocar nas pálpebras ou no globo ocular uma gota na bolsa que se formou;



- Fechar o olho por alguns segundos.

Slide 11

Higienização Ocular **promover a autonomia**

- Deve-se atender ao **grau de viscosidade do fármaco**, o menos viscoso deve ser administrado primeiro e o mais viscoso em último lugar;
- Devido a capacidade de absorção da mucosa os colírios devem ter um intervalo de **5 minutos entre cada aplicação**;
- Fechar bem o frasco para evitar contaminação.
- Identificar o colírio com data de abertura e identificação do cliente. Ter atenção que **os colírios** na sua maioria **após um mês de abertos deverão ser rejeitados**. Respeitar indicações do Laboratório;
- Proceder aos respectivos registos - administração de terapêutica e conhecimentos demonstrados pelo cliente/prestados de cuidados.

Slide 12

Higienização Ocular **promover a autonomia**

Colocação de pomada oftálmica:

- ❖ Se existirem colírios estes devem ser aplicados em 1º lugar, tendo em conta o grau de viscosidade;
- ❖ Deve-se informar o cliente que a visão poderá ficar alterada;
- ❖ Restos de pomada poderão levar a um diagnóstico errado;
- ❖ O procedimento é semelhante ao da colocação do colírio;
- ❖ Sem tocar na pálpebra ou globo e do canto interno para o externo colocar a pomada;



Slide 13

Higienização Ocular **promover a autonomia**

- ❖ Com o dedo fazer pequenos círculos sobre a pálpebra superior de forma a espalhar a pomada;
- ❖ Retirar excesso;
- ❖ Pode-se ocluir com penso oftálmico;
- ❖ Recolher material fechando bem a bisnaga;
- ❖ Proceder aos registos.



Slide 14

Higienização Ocular **promover a autonomia**

O cliente/ prestador de cuidados deve estar atento para as seguintes situações:

- Cefaleias frontais intensas em doentes com diagnóstico de Glaucoma;
- Olho vermelho;
- Lacrimejo;
- Secreção ocular em abundância;
- Dor ocular;
- Lesão/ulcera da conjuntiva;
- Outras.

Slide 15

Higienização Ocular **promover a autonomia**

Tendo em mente a recuperação da autonomia não podem os profissionais de saúde descurar o que parece ter menos importância:

- ✓ Aumentar o tempo de internamento;
- ✓ Provocar uma nova agudização;
- ✓ Aumentar os gastos;
- ✓ Aumentar o sofrimento físico e psicológico do cliente/prestados de cuidados informais;
- ✓ Limitar o acesso de outra pessoas a estes cuidados;

Deve-se envolver os clientes e os prestadores de cuidados logo na **admissão** na Unidade de Convalescência para que se possa cumprir com este propósito legal.

Slide 16

Higienização Ocular **promover a autonomia**

“*Cuidados continuados integrados*» o conjunto de intervenções sequenciais....entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa *promover a autonomia...* da *pessoa em situação de dependência*, através da sua *reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social*”

Artigo 3 Decreto Lei Nº101/2006 de 6 de Junho

Slide 17

Higienização Ocular **promover a autonomia**

BIBLIOGRAFIA

- CONSELHO DE ENFERMAGEM (2009). *Rede Nacional de cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. P.20 - 21
- DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA DO HSJ, EPE (2010). *Normas de aplicação de colírios e pomadas do Departamento de Oftalmologia do HSJ, EPE*
- INE (2008). *Consultas externas (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2001) e Especialidade da consulta - Anual - INE, Inquérito aos Hospitais*. www.ine.pt [20/10/1010]
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – IGIF (2010). *Distribuição de doentes saídos segundo a idade e o sexo*.
- ORDEM ENFERMEIROS (2009). *Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*

Slide 18

Higienização Ocular **promover a autonomia**

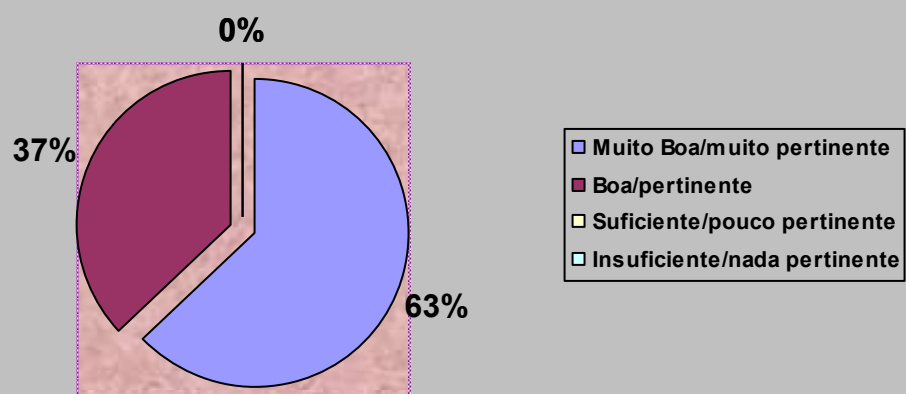
- PALAY, David A. et KRACHMER, Jay H. (1999). *Princípios Básicos de Oftalmologia*. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. P.68 - 79 e 295
- PORTUGAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto-Lei N.º 101/2006. *Rede Cuidados Continuados*. DR: 1ª Série - A , N.º 109 de 6 de Junho de 2006. P. 3856 - 3865
- REES, Gragg et al (1983). *Princípios científicos de enfermagem*. 8ª Edição. C.V.Mosby Company Saint Louis – USA. Editora Portuguesa de livros técnicos e científicos, Lda. P.578 - 585
- VEIGA, Barbara; SILVA, Carla e al(2008). *Manual de normas de Enfermagem – Procedimentos técnicos*. 2ª Edição. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. P. 248 - 249

Slide 19

Avaliação da Formação

Da avaliação da formação após tratamento dos dados posso referir que a totalidade das pessoas acharam a exposição muito boa e 63% acharam o tema muito pertinente e os meios audiovisuais utilizados bastante adequados, os restantes participantes de pertinentes e adequados respectivamente, como se pode ver neste gráfico.

Gráfico II - Avaliação da Formação - Higiene Ocular



ANEXO VI – Formação “Úlceras de Córnea”

Inclui:

- Plano de Formação;
- Ficha de avaliação da sessão formativa;
- Diapositivos;
- Avaliação da Sessão.

Plano da Formação

Tema – Úlceras de Córnea

Formadora – Madalena Moutinho – Aluna do curso de Mestrado de Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Local – Unidade Cuidados Intermédios de Medicina do Cento Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Data – 07/05/2010

Hora – 15h30m

Destinatários – Enfermeiros

Duração – 15 minutos

Métodos – Expositivo e descritivo

Objectivos:

- Lembrar principais estruturas anatómicas do olho;
- Analisar princípios de higienização ocular em doentes com risco de ulcera da córnea;
- Colocação de colírios;
- Colocação de pomadas;
- Atender à importância do juízo crítico na determinação do diagnóstico e implementação das intervenções.

Avaliação da acção de formação – Ficha de avaliação da sessão formativa.

Ficha de avaliação da sessão formativa

Úlceras de Córnea

ASSINALE COM UM X A RESPOSTA QUE MAIS LHE CONVEM.

➤ TEMA

Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente

➤ EXPOSIÇÃO

Muito Boa	Boa	Suficiente	Insuficiente

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Bastante adequados	Adequados	Pouco adequados	Não adequados

Sugestões / Observações:

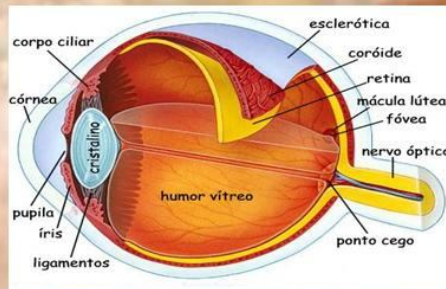
Obrigada
Madalena Moutinho

Apresentação PowerPoint (Slides)

Úlceras de Córnea

LESÕES DA CORNEA

Os olhos são globos redondos gelatinosos e tem cerca de 2,5 cm de diâmetro.



LESÕES DA CORNEA

CAMADAS DO OLHO

- EXTERIOR OU ESCLEROTICA
- INTERMEDIA OU COROIDE
- RETINA

Slide 2

LESÕES DA CORNEA

CAMADA EXTERNA

É FORMADA POR:

- ESCLERA – grossa, branca e resistente – protectora;



- CORNEA – transparente, avascular – protecção e focagem. São as lágrimas e o humor aquoso que alimentam a córnea mantendo-a húmida e saudável

Slide 3

LESÕES DA CORNEA

PÁLPEBRAS

- As pálpebras são pedaços de pele, músculo e membrana mucosa;
- Tem a função de proteger das agressões do exterior, da quantidade de luz e de distribuir as lágrimas.

Slide 4

LESÕES DA CORNEA

CONJUNTIVA

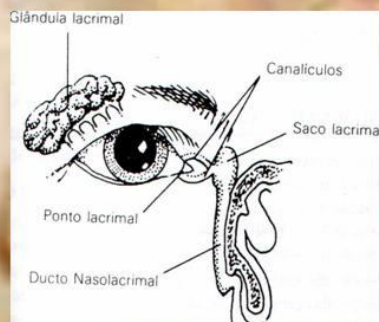
- É a membrana mucosa que protege as pálpebras . Tem a função de nutrir a córnea e através do seu muco proteger esta da fricção exercida pelas pálpebras.

Slide 5

LESÕES DA CORNEA

SISTEMA LACRIMAL

As lágrimas são produzidas pelas glândulas lacrimais. Este líquido protege o olho de infecções e sai através de 2 aberturas das pálpebras – canais lacrimais, conduz-se pelo ducto nasolacrimal para o meato da cavidade nasal.



Slide 6

LESÕES DA CORNEA

• RISCO DE LESÃO DA CORNEA BILATERAL

- » Em doentes ventilados, sedados, curarizados;
- » Em estados comatosos.

❖ Em Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios

Slide 7

LESÕES DA CORNEA

Competência do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

- Capacidade raciocínio;
- Capacidade de juízo crítico;
 - ❖ Na determinação dos diagnósticos e implementação das intervenções.

Segundo OE:

“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.”

“Considerando as situações de saúdeo enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” (OE,2009:41)

Slide 8

LESÕES DA CORNEA

- Aumentam o tempo de internamento;
- Aumentam os custos;
- Os maus cuidados ou a ausência deles reduzem a qualidade de vida.

Slide 9

LESÕES DA CORNEA

Higienização ocular em doentes com risco de ulcera de córnea e ou com ulcera da córnea

Objectivos:

- **Limpeza ocular/remoção de secreções:**

- ❖ Diminui o risco de infecção;
- ❖ Impede a obstrução do canal lacrimal;
- ❖ Favorece a hidratação ocular;
- ❖ Durante o banho é feito naturalmente com água no exterior e com soro fisiológico no interior;
- ❖ Do canto interno para o externo;
- ❖ Cada olho uma compressa;
- ❖ Não esquecer as secreções secas nas pestanas.

Slide 10

LESÕES DA CORNEA

Higienização ocular em doentes com risco de ulcera de córnea e ou com ulcera da córnea

Objectivos:

- **Prevenir a secura ocular**

- ❖ Utilização de lágrimas artificiais em forma de colírios ou gel como Hipromelose se o doente pisca os olhos mais de cinco vezes por minuto ou podendo associar filme de polietileno como o Systane no caso de tal não acontecer.

Slide 11

LESÕES DA CORNEA

Higienização ocular em doentes com risco de ulcera de córnea e ou com ulcera da córnea

Objectivos:

• Encerramento ocular

- ❖ Previne a desidratação ocular;
- ❖ Protege das agressões exteriores em doentes que não encerram as pálpebras (como a luz ou as poeiras);
- ❖ Pode ser feito com gaze, adesivo, penso oftálmico ou suturado.
- ❖ **Em caso de infecção não ocluir até indicação médica.**

Slide 12

LESÕES DA CORNEA

Colocação de colírios



Lavar as mãos

Rejeitar a 1ª gota



Com a cabeça inclinada para trás, forme uma bolsa com a pálpebra inferior

Feche o olho durante 5 segundos



Se utilizar mais do que 1 tipo de colírio deve fazer um intervalo de 5 minutos entre as aplicações

Slide 13

LESÕES DA CORNEA

Colocação de POMADAS

- Procedimento idêntico ao colírio



- » Colocar a pomada sem tocar no olho;
- » Do canto interno para o externo;
- » Feche o olho;
- » Limpe o excesso;
- » Com o dedo fazer pequenos círculos sobre a pálpebra superior de forma a espalhar a pomada;
- » Pode-se ocluir.
- » Se existirem colírios e pomadas 1º colocar os menos viscosos, depois os mais viscosos e por fim as pomadas;
- » Não esquecer o intervalo de absorção da mucosa de pelo menos 5 minutos.

Slide 14

LESÕES DA CORNEA

Peça a observação por um oftalmologista quando:

- Olho vermelho;
- Lacrimejo;
- Secreções ocular em abundância;
- Dor;
- Lesão da conjuntiva;
- Outras.

❖ A perda da visão ou parte dela pode ocorrer em horas

❖ Não desvalorize o que parece de menos importância.

Slide 15

LESÕES DA CORNEA

SUGESTÃO

Elaboração protocolo

Slide 16

LESÕES DA CORNEA

BIBLIOGRAFIA

- ALVARENGA, Andreza (2010). Lesões da córnea: incidência e factores de risco em Unidade de terapia intensiva de adultos.
<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/AndrezaW%20Alvarenga.pdf> [29/04/2010]
- DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA DO HSJ, EPE (2010). *Normas de aplicação de colírios e pomadas do Departamento de Oftalmologia do HSJ, EPE. HSJ. Porto*
- ORDEM ENFERMEIROS (2009). *Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*
- OUSLER, George W BS et al (2007)- *An Evaluation of Tear Film Breakup Time Extension and Ocular Protection Index Scores Among Three Marketed Lubricant Eye Drops.*
<http://journals.lww.com/corneajml/pages/articleviewer.aspx?year=2007&issue=09000&article=00010&type=abstract> [03/05/2020]

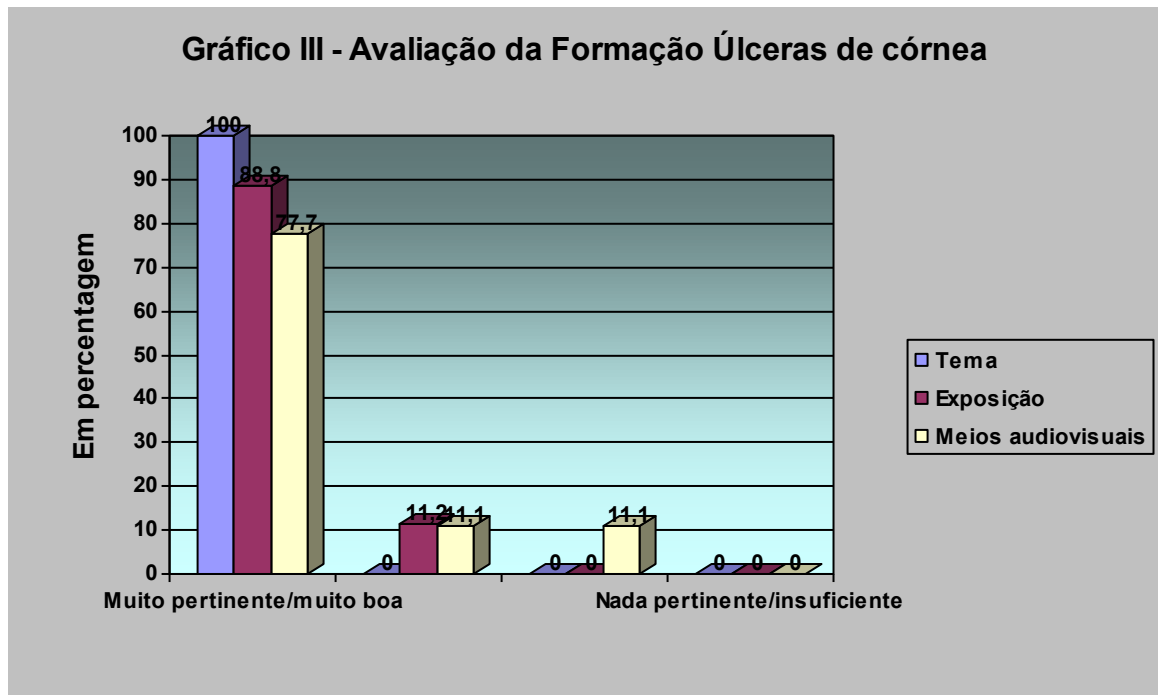
Slide 17

LESÕES DA CORNEA

- PALAY, David A. et KRACHMER, Jay H. (1999). *Princípios Básicos de Oftalmologia*. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. P. 68 a 79 e 295.
- REES, Gragg et al (1983). *Princípios científicos de enfermagem*. 8ª Edição. C.V.Mosby Company Saint Louis – USA. Editora Portuguesa de livros técnicos e científicos, Lda. P. – 578 a 585.
- VEIGA, Barbara; SILVA, Carla e al(2008). *Manual de normas de Enfermagem – Procedimentos técnicos*. 2ª edição. Administração Central do Sistema de Saúde, IP, P. 248 e 249.

Avaliação da Formação

Da avaliação da formação após tratamento dos dados posso referir que a totalidade das pessoas acharam o tema muito pertinente, 88,8% consideraram a exposição de muito boa e os restantes de boa, 11% acharam os meios audiovisuais de adequados, 11% de pouco adequados e os restantes 77,7% de bastante adequados.



ANEXO VII – Protocolo de Prevenção de Úlceras de Córnea e a sua Aplicação no
SAPE



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Protocolo Prevenção de Úlceras de Córnea

Elaborado: Madalena Moutinho – Aluno do 3º Curso Pós licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto

Tutora: Isabel Ferreira – Enfermeira Especialista da Unidade de Cuidados Intermédias de Medicina do CHVNG/E, EPE

Orientadora: Irene Oliveira – Professora da Universidade Católica Portuguesa – Porto

Junho de 2010

ÍNDICE

1 - PROTOCOLO PREVENÇÃO DE ULCERAS DE CORNEA.....	5
2 - BIBLIOGRAFIA.....	9
ANEXO – RISCO ÚLCERA DE CórNEA INTERLIGAÇÃO COM SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM	11

1 - PROTOCOLO PREVENÇÃO DE ULCERAS DE CORNEA

Cuidar é uma atenção particular. Já Collière (2003) definiu cuidar como um acto de vida, ou seja, como um número de actividades realizadas de forma a manter a vida. Boff (2000) diz que cuidar é mais que um acto é uma atitude. O Enfermeiro segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009:41) é o que:

“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.”

Deve também ser capaz de ter uma visão holística do doente. Desta forma não se deve descurar a parte que parece ter menos importância nesse momento.

A Unidade Cuidados Intermédios de Medicina é um serviço altamente tecnológico e por definição os doentes que atende, enquadram-se neste contexto de disfunção multiorganica.

O aparecimento de úlceras de córnea em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios é um problema real. O meio ambiente/hospitalar através das partículas que se encontram suspensas no ar agredem a superfície ocular, quando o olho deixa de ter a sua funcionalidade e lubrificação natural. Deste modo provocam lesões na córnea por secura e abrasão por fricção palpebral. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2002:28) úlcera é:

“... Um tipo de tecido com as características específicas: ferida ou lesão aberta, perda da camada mais profunda de tecido; lesão circunscrita semelhante a uma cratera, com diminuição do aporte sanguíneo a essa área; tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor da ferida, área dolorosa em torno da ferida, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico, associada a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno.”

Ainda segundo a córnea International Council of Nurses (2002) está relacionada com a topologia, ou seja, a localização da úlcera.

A córnea é um constituinte da camada externa do olho. É transparente, avascular e tem a função de protecção e focagem. As lágrimas e o humor aquoso alimentam-na e mantêm-na húmida e saudável.

Para combater o risco do aparecimento das úlceras de córnea foi criado este protocolo. Destina-se aos doentes que pela sua situação clínica se encontram em estados comatosos e/ou sedados e curarizados. Pode-se ainda acrescentar o nível de consciência como factor de inclusão/exclusão do doente neste protocolo face à gravidade encontrada.

Tem os seguintes objectivos:

- Prevenir o aparecimento de úlceras de córnea;
- Instituir atempadamente o tratamento para as úlceras de córnea;
- Evitar o aumento do tempo de internamento;
- Conservar o bom estado da córnea para permitir a sua doação;
- Melhorar os cuidados de saúde prestados.

De forma a reconhecer o risco de úlcera de córnea nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina é necessário identificar alguns sinais de gravidade, que são os seguintes:

- Nível de consciência (Escala Coma Glasgow inferior a oito);
- Se pestaneja os olhos mais de cinco vezes por minuto;
- Se pestaneja os olhos menos de cinco vezes por minuto;
- Se apresenta olho vermelho;
- Se apresenta lacrimejo;
- Se apresenta secreções purulentas;
- Se se observa alguma irregularidade na superfície corneana.

Deve-se referir ao médico qualquer irregularidade, para que se possa pedir observação pela especialidade – Oftalmologia.

Após pesquisar os sinais que determinam o risco é necessário planear o tratamento e identificar as actividades a realizar.

O doente deve ser visto de forma holística, não esquecendo o ambiente que o rodeia, incluindo presença de ar condicionado, luzes e temperatura pois, estas tem a sua influência na agressão ao globo ocular.

A realização das actividades abaixo mencionadas irá contribuir para a manutenção de uma córnea saudável.

Intervenções:

- Planear tratamento. Este deve ser planeado após pesquisar sinais de gravidade. Se necessário deve ser informado o médico e a decisão/planeamento passará a ser conjunta;
- Executar higiene/diária face e corpo com água. A actividade autocuidado – higiene deve ser executada tendo presente as necessidades do doente, assim como, devem ser respeitados os seus hábitos de vida diários;
- Executar limpeza ocular com soro fisiológico. É a substância que mais se aproxima da existente no organismo humano. É uma solução isotónica;
- Executar limpeza ocular do canto interno para o externo. Deste modo evita-se que escorra o líquido para o outro olho e em caso de infecção a sua propagação;
- Executar limpeza ocular com compressas, cada olho uma compressa. O algodão não deve servir para esta acção pois, os pequenos fios deste podem entrar e permanecer na mucosa ocular e por fricção das pálpebras lesar as estruturas envolventes. Pelo mesmo princípio de evitar a propagação da infecção deve ser utilizada uma compressa para cada olho;

- Executar aplicação dos fármacos oculares atendendo aos intervalos. Entre colírios cinco minutos, para pomadas 30 minutos. A mucosa ocular necessita de um intervalo de tempo para absorver os fármacos;
- Executar aplicação de colírios tendo presente a viscosidade. Aplicar do menos viscoso para o mais viscoso. A absorção do fármaco pela mucosa é feita de forma mais rápida se o líquido apresenta menos viscosidade e de forma mais lenta se é um gel ou uma pomada;
- Executar penso ocular. Ocluir com penso oftálmico ou adesivo. Esta oclusão deve ser feita de forma a não permitir o movimento reflexo das pálpebras, para que se evite a fricção. As pálpebras podem ser suturadas para fazer o encerramento ocular. É um procedimento médico. Com os olhos ocluídos evita-se a adesão de poeiras ou outras partículas sobre a superfície ocular, diminui-se a agressão corneana pela luz e a desidratação da mucosa;
- Gerir aplicação de colírios conforme gravidade. Recomendado 5*dia pelos Oftalmologistas não havendo no entanto consenso sobre o nº de aplicações diárias;
- Gerir intensidade de luz. Desta forma diminui o risco de agressão corneana;
- Monitorizar temperatura corporal e ambiental. O calor excessivo lesa a córnea.

Para um mais fácil registo, interpretação e avaliação realizo uma sugestão de aplicação no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) tendo em conta a actual Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem que se utiliza neste serviço e que se encontra em anexo.

2 - BIBLIOGRAFIA

- ALVARENGA, Andreza (2010) – *Lesões da córnea: incidência e factores de risco em Unidade de terapia intensiva de adultos*. Acedido em 29/04/2010. Disponível em <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/AndrezaW%20Alvarenga.pdf>
- BERTHO, Alex-Sander et al. *A influência da comunicação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente psiquiátrico*. Acedido em 14/05/2010. Disponível em http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo010.pdf
- COLLIÉRE, M. Françoise (2003). *Cuidar...A Primeira Arte da Vida*. 2ª Edição. Loures : Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. pág. 41.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Versão beta 2*. Edição Associação Portuguesa de Enfermeiras.
- DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA DO HSJ, EPE (2010). *Normas de aplicação de colírios e pomadas do Departamento de Oftalmologia do HSJ, EPE*
- ORDEM ENFERMEIROS (2009). – *Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*
- OUSLER, George W BS et al (2007)- *An Evaluation of Tear Film Breakup Time Extension and Ocular Protection Index Scores Among Three Marketed Lubricant Eye Drops*. Acedido em 03/05/2010. Disponível em <http://journals.lww.com/corneajrnl/pages/articleviewer.aspx?year=2007&issue=09000&article=00010&type=abstract>
- PALAY, David A. et KRACHMER, Jay H. (1999). *Princípios Básicos de Oftalmologia*. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. pág. 68 a 79 e 295
- REES, Gragg et al (1983). *Princípios científicos de enfermagem*. 8ª Edição. C.V.Mosby Company Saint Louis – USA. Editora Portuguesa de livros técnicos e científicos, Lda. Pag. – 578 a 585
- VEIGA, Barbara; SILVA, Carla et al (2008). *Manual de normas de Enfermagem – Procedimentos técnicos*. 2ª Edição. Administração Central do Sistema de Saúde, IP, pág. 248 e 249.

ANEXO

RISCO DE ÚLCERA DE CÓRNEA

Interligação

SISTEMA DE APOIO Á PRÁTICA DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Versão beta 2

Eixo A: Foco da prática de Enfermagem

Classificação

- Fenómeno de Enfermagem
 - Ser Humano
 - ✓ Individuo
 - Função – Tegumentos

ÚLCERA

“Úlcera é um tipo de tecido com as características específicas: ferida ou lesão aberta, perda da camada mais profunda de tecido; lesão circunscrita semelhante a uma cratera, com diminuição do aporte sanguíneo a essa área; tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor da ferida, área dolorosa em torno da ferida, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico, associada a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno.” (CIPE, 2002:28)

Eixo B: Juízo

- SIM/NÃO

“É um fenómeno de Enfermagem avaliado relativamente a Sim/Não, é um fenómeno de Enfermagem com as características específicas: afirma-se a presença ou ausência do fenómeno de Enfermagem.” (CIPE, 2002:84)

Não é possível fazer a sua determinação e o seu grau pelo Enfermeiro sem uma avaliação médica, com a excepção do risco.

Eixo C: Frequência

- CONTÍNUO

“Um fenómeno de Enfermagem Continuo é um tipo de fenómeno de Enfermagem com as características específicas: o fenómeno de enfermagem desenvolve-se sem parar, ou sem pausas periódicas.” (CIPE, 2002:118)

EIXO D: Duração

- AGUDO

“Um fenómeno de Enfermagem agudo é um tipo de fenómeno de enfermagem que tem como características específicas: Ocorrer durante um intervalo de tempo curto, com início abrupto ou súbito.” (CIPE, 2002:122)

EIXO E: Topologia

- VERTICALIDADE – Direito
– Esquerdo
- LATERALIDADE – Unilateral
– Bilateral

EIXO F: Localização anatómica

- OLHO (T-AA000)
- CORNEA (T-AA200)

EIXO G: Probabilidade

- RISCO

“Um fenómeno de enfermagem para o qual existe um risco é um fenómeno de Enfermagem que tem como características específicas: estima-se que um fenómeno de enfermagem indesejável ocorra numa determinada probabilidade.” (CIPE, 2002:130)

- FORTE ALTO RISCO
 - ✓ Se não pestaneja os olhos até 5*minuto
- ALTO RISCO
 - ✓ Se pestaneja os olhos mais de 5*minuto

EIXO H: Portador

- INDIVIDUO

“Um fenómeno de Enfermagem de um indivíduo é um tipo de fenómeno de Enfermagem que tem como características específicas: o fenómeno de enfermagem é possuído por um único indivíduo.” (CIPE, 2002:134)

RISCO DE ULCERA DE CORNEA BILATERAL

Status – Risco:

- Forte alto risco
- Alto risco

Intervenções

- Monitorizar consciência. Sugestão se Escala Coma Glasgow inferior a oito;
- Executar a higiene face e corpo com água;
- Executar a limpeza ocular com soro fisiológico;
- Executar a limpeza ocular utilizando compressas. Cada olho uma compressa;
- Executar limpeza ocular do canto interno para o externo;
- Executar aplicação dos fármacos oculares atendendo aos intervalos. Entre colírios cinco minutos, para pomadas 30 minutos;
- Executar penso ocular. Ocluir com penso oftálmico ou adesivo. As pálpebras podem ser suturadas para fazer o encerramento ocular é um procedimento médico;
- Executar aplicação de colírios tendo presente a viscosidade. Aplicar do menos viscoso para o mais viscoso;
- Executar aplicação de hipromelose, metilcelulose ou similar em associação com polietileno, se o doente pestaneja menos de 5*por minuto;
- Executar aplicação de hipromelose, metilcelulose ou similar, se o doente pestaneja mais de 5*por minuto;
- Executar aplicar de outros colírios, gel ou pomadas conforme prescrição médica;
- Gerir aplicação de colírios conforme gravidade. Recomendado 5*dia;
- Planear tratamento;
- Gerir intensidade de luz.
- Monitorizar temperatura corporal e ambiental.

ANEXO VIII – Formação “Comunicar – como abordar o doente/família”

Inclui:

- Plano de Formação;
- Ficha de avaliação da sessão formativa;
- Diapositivos;
- Avaliação da Sessão.

Plano da Formação

Tema – COMUNICAR – como abordar o doente/família

Formadora – Madalena Moutinho – Aluna do curso de Mestrado de Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Local – Unidade Cuidados Intermédios de Medicina do Cento Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Data – 21/05/2010

Hora – 15h30m

Destinatários – Enfermeiros

Duração – 20 minutos

Métodos – Expositivo

Objectivos:

- Atender à comunicação como área de competência do Enfermeiro;
- Identificar formas e barreiras à comunicação;
- Conhecer a importância da criação de um Gabinete de Conferência Familiar;
- Atender às manifestações da família em crise;
- Enumerar formas de satisfazer as necessidades da família.

Avaliação da acção de formação – Ficha de avaliação da sessão formativa.

Ficha de avaliação da sessão formativa

COMUNICAR – como abordar o doente/família

ASSINALE COM UM X A SUA OPÇÃO DE RESPOSTA

➤ TEMA

Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente

➤ EXPOSIÇÃO

Muito Boa	Boa	Suficiente	Insuficiente

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Bastante adequados	Adequados	Pouco adequados	Não adequados

Sugestões / Observações:

Obrigada
Madalena Moutinho

Diapositivos (Apresentação Power Point)

COMUNICAR – Como abordar o doente/família



COMUNICAR

A **comunicação é uma competência** a ser desenvolvida pelos Enfermeiros e segundo a “Ordem dos Enfermeiros” pelos Enfermeiros Especialistas (2009:42):

“Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”.

Diapositivo 2

COMUNICAR

- A comunicação é uma ferramenta terapêutica que serve para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do saber fazer profissional.

Diapositivo 3

COMUNICAR

A comunicação deve ser um momento de partilha

Atitudes

Informação

Emoções

Boff
2000

Diapositivo 4

COMUNICAR

Pretende-se com a comunicação:

- Dar continuidade aos cuidados;
- Ajudar o doente/família:
 - ❖ Escutar activamente;
 - ❖ Informar com veracidade e clareza;
 - ❖ Diminuir a ansiedade;
 - ❖ Envolve-los nas tomadas de decisão.

Diapositivo 5

COMUNICAR

Quando a comunicação verbal com o doente não é possível é nosso dever saber utilizar outros tipos de linguagem:

Utilizando o corpo, os dedos, os olhos;

Através do toque;

Utilizar meios de apoio – papel, canetas;

Linguagem gestual;

Permitir participação da família.

Diapositivo 6

COMUNICAR

Toque pode ser terapêutico

Não esquecer a “bolha” do espaço pessoal do doente

*Este pode não querer ser tocado é necessário perguntar **sempre** se podemos, se é de sua vontade.*

Diapositivo 7

COMUNICAR

Barreiras da comunicação

ENFERMEIRO
/ DOENTE:

- Falta de tempo;
- Falta de conhecimentos em formas de comunicação alternativas;
- Falta de treino na percepção das necessidades.

ENFERMEIRO
/ FAMÍLIA:

- Falta de tempo;
- Conhecimento insuficiente que sabe a família;
- Conhecimento insuficiente sobre o doente;
- Falta de um espaço apropriado;
- A visão da família como perturbadora/incomoda.

Diapositivo 8

COMUNICAR

“O treino da percepção revela-se uma necessidade vital para o profissional de Saúde principalmente [...] porque a rotina do dia a dia faz com que olhemos muitas vezes sem ver, escutemos sem ouvir, palpemos sem sentir.”

(Silva, MJP, 2002)

Diapositivo 9

COMUNICAR

“Na UCI é muito raro ver o cuidado centrado na família.”

(Day, 2006)

Diapositivo 10

COMUNICAR

A família/cuidador informal é a extensão do doente:

Dá informações sobre o contexto social/familiar e até físico;

Pode auxiliar nos cuidados básicos ao doente reduzindo a ansiedade de ambos.

É com ela que podemos contar para a recuperação após a alta;

Diapositivo 11

COMUNICAR

Leske
2002

Estudos realizados referem que a participação/presença da família parece ter um impacto positivo no tratamento do doente. Neste contexto é importante aproximar a família .

Bertho
Neto
(2003)

Outros estudos indicam que a criação de um Gabinete de Conferência Familiar para falar com a família em situações de crise ou não, revela-se um indicador de respeito e confiança para com estas pessoas.

Diapositivo 12

COMUNICAR

- Explicar procedimentos ou actuações, num clima de grande tensão, junto do doente ou no corredor não é boa pratica;
- Se o tempo de visita for curto a família estará menos disponível para ouvir os Enfermeiros;
- Nas Unidades com doentes hemodinamicamente instáveis e com períodos de visita curtos os Enfermeiros poderão não estar disponíveis para a família;
- As tomadas de decisão deveriam ser tomadas em conjunto pela equipa/família/doente.

Diapositivo 13

COMUNICAR

A transmissão de informações à família potencialmente agressivas, em situações de crise, deve ser feita:

Em local calmo;

Acolhedor;

Privado;

Sem interrupções;

Com uma linguagem simples, clara e verdadeira;

Com esperança realista;

O toque pode ser intencionalmente utilizado

Diapositivo 14

COMUNICAR

O apoio à família no luto deve fazer-se em local apropriado

Respeita-se a dor/sofrimento da família;

Permite-se que a família expresse os seus sentimentos/emoções;

Partilha dos últimos momentos;

Estabelece/solidifica uma relação de confiança com a equipa.

Diapositivo 15

COMUNICAR

- **Formação em comunicação é uma necessidade sentida por 71% das Instituições nacionais**
- HOSPITAIS NÃO PREPARAM PROFISSIONAIS PARA COMUNICAR NOTÍCIAS NEGATIVAS

Comunicado de Imprensa 18/06/2009



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Diapositivo 16

COMUNICAR

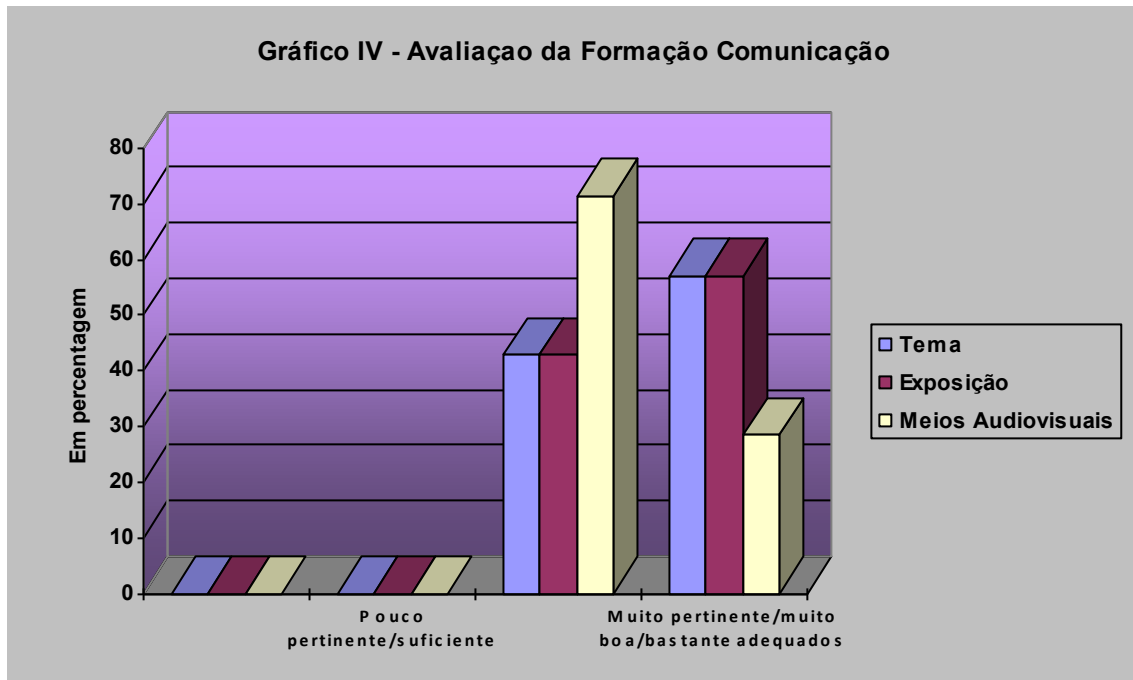
“Não há forma de transformar a má notícia numa boa notícia mas, podemos empenhar nos em mudar a forma como a transmitimos.”

Extraído dos apontamentos das aulas de Enfermagem Fim-de-vida/2010 Universidade Católica - Porto

Diapositivo 17

Avaliação da Formação

Da avaliação da formação posso concluir, como demonstra o gráfico a baixo, que mais de metade – 57,14% dos formandos acharam a exposição de muito boa e o tema de muito pertinente os restantes de boa e pertinente. Os meios audiovisuais foram rotulados de adequados em 71,42% e os 28,57% de bastante adequados.



ANEXO IX – Adaptação do Inventário das Necessidades da Família

QUESTIONÁRIO

INTRODUÇÃO

As alunas do Curso de Pós Licenciatura de Especialidade em Enfermagem Medico Cirúrgica, juntamente com a Sra. Enfermeira Especialista funcionária deste Hospital elaboraram este questionário e, pretendem com ele saber quais as necessidades dos familiares dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intermédios, no sentido de melhorarem o atendimento à família.

Só poderá participar neste questionário quem tiver mais de 18 anos e tiver um familiar internado na UCIM/UAVC do CHVNG/E, EPE.

➤ Dados demográficos

Idade	
Sexo	
Religião	
Escolaridade	
Grau parentesco	
Tempo de internamento (aproximado)	

Responda conforme as suas necessidades, colocando um X na coluna correspondente ao SIM ou ao NÃO.

➤ Necessidades relacionadas com os conhecimentos/informações

Este parâmetro refere-se essencialmente aos conhecimentos que tem e às informações que obtém acerca do seu familiar.

	SIM	NÃO
Tem conhecimento acerca da alta		
Tem respostas claras às perguntas		
É informado em casa sobre as alterações da situação clínica do seu familiar		
Sabe quais são os medicamentos que estão a administrar ao seu familiar		
Sabe fatos concretos sobre a evolução clínica do seu familiar		
Recebe informação sobre o estado de saúde do seu familiar pelo menos uma vez por dia		
São lhe dadas explicações compreensíveis		
Sabe porque determinado procedimento foi realizado		
Sabe exactamente o que está a ser feito ao seu familiar		
É informado sobre os profissionais que o podem ajudar com os outros problemas		
Recebe orientações do que fazer quando está ao lado da cama do seu familiar		
Sabe qual o membro da equipe multidisciplinar que pode dar informações		

Cont.

Recebe informações sobre o ambiente da Unidade antes de entrar pela primeira vez		
Conhece os profissionais que estão a cuidar do meu familiar		
É informado sobre os planos de transferência enquanto estes estão a ser equacionados		
Sabe quais os serviços religiosos existentes na Instituição		
Outras necessidades		

Exemplifique.....

➤ **Necessidades relacionadas com o conforto**

Este parâmetro refere-se ao conforto que encontra dentro da Unidade e junto desta enquanto espera pelo horário de visita.

	SIM	NÃO
Tem um WC próximo da sala de espera		
Tem um telefone próximo da sala de espera		
Tem uma sala de espera próxima do seu familiar		
Tem mobiliário confortável na sala de espera		
Tem um lugar no hospital onde possa ficar sozinho		
Tem disponível no hospital um bar/refeitório		
Outras necessidades		

Exemplifique.....

➤ **Necessidades relacionadas com a segurança emocional**

Este parâmetro refere-se à forma como se sente. Se ansiosa ou temerosa quanto à situação clínica ou ao prognóstico do seu familiar internado.

	SIM	NÃO
Tem a certeza que o seu familiar está a receber o melhor tratamento		
Sente que há esperança		
Tem amigos próximos para o ajudar		
Sente-se acolhido pela equipe multidisciplinar		
Sente-se seguro quando se encontra no hospital		
Conversa sobre os seus sentimentos com a equipa perante o desenvolvimento da situação clínica do seu familiar		
Conversa com a equipa sobre a possibilidade de falecer o meu familiar		
Traz alguma pessoa consigo quando vem visitar o seu familiar		
Sente-se à vontade para chorar		
Tem a liberdade de ficar sozinho a qualquer hora		
Outras necessidades		

Exemplifique.....

➤ Necessidades relacionadas com o acesso ao doente e aos profissionais de saúde

Este parâmetro refere-se ao horário que tem para visitar o seu familiar e ao horário que lhe é disponibilizado para falar com a equipa de saúde.

	SIM	NÃO
Conversa com o médico todos os dias		
Visita o seu familiar frequentemente		
Conversa com a enfermeira responsável todos os dias		
Tem o dia e o horário de visita flexíveis, podendo ser modificados em situações especiais		
Tem o horário de início da visita respeitado, isto é, inicia a visita pontualmente no horário previsto		
Tem notícias do seu familiar telefonicamente quando não por vir à visita		
Tem um profissional de saúde específico no hospital para falar consigo		
Participa nos cuidados físicos ao seu familiar		
Pode visitar a qualquer momento		
Tem alguém para ajudar nos problemas financeiros, custo das despesas de deslocação		
Acha o horário de visita suficiente para ver, estar e conversar com o seu familiar		
Conhece os cuidados que a equipa presta em relação ao seu familiar		
Outras necessidades		

Exemplifique.....

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

Vila Nova de Gaia,/...../201

ANEXO X – Formação “A Importância dos Prestadores de Cuidados Informais na
Qualidade dos Cuidados”

Inclui:

- Plano de Formação;
- Ficha de avaliação da sessão formativa;
- Diapositivos;
- Avaliação da Sessão.

Plano da Formação

Tema – A Importância dos Prestadores de Cuidados Informais na Qualidade dos Cuidados

Formadora – Madalena Moutinho – Aluna do 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto

Local – Unidade Convalescença do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Data – 05/11/2010

Hora – 14h30m

Destinatários – Enfermeiros

Duração – 1h 30 minutos

Métodos – Expositivo e descritivo

Objectivos:

- Relembrar a importância que o prestador de cuidados tem na recuperação física/mental e na reintegração/readaptação social e familiar do doente;
- Reconhecer as recomendações para a Rede de Cuidados Continuados/Unidade Convalescença;
- Identificar o papel do prestador de cuidados no domínio das AVD's – projecção de filme: *Ajudar a cuidar – Apoio nas AVD's*;
- Identificar as necessidades do prestador de cuidados relativos à interacção de papéis – projecção de filme: *Ajudar a cuidar – Sentimentos e emoções do Cuidador*;
- Identificar as necessidades de avaliar os conhecimentos do prestador de cuidados;
- Analisar Instrumento de Avaliar os conhecimentos adquiridos e demonstrados pelos prestadores de cuidados informais.

Avaliação da acção de formação – Ficha de avaliação da sessão formativa.

Ficha de avaliação da sessão formativa

A Importância dos Prestadores de Cuidados Informais na Qualidade dos Cuidados

ASSINALE COM UM X A RESPOSTA QUE MAIS LHE CONVEM.

➤ TEMA

Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente

➤ EXPOSIÇÃO

Muito Boa	Boa	Suficiente	Insuficiente

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Bastante adequados	Adequados	Pouco adequados	Não adequados

Sugestões / Observações:

Obrigada
Madalena Moutinho

Diapositivos (Apresentação PowerPoint)

A Importância dos Prestadores de Cuidados Informais na Qualidade dos Cuidados



Diapositivo 1



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

- “ 1. Todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. a) Através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral...;
2. b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice.... .”

Constituição da Republica Portuguesa – artigo 64º (1989:45)

Diapositivo 2



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Quem necessita de cuidados:

- Idade média 73 anos;
- Fragilidade do idoso;
- Patologias associadas.

Referencial do Enfermeiro (2009:20)

Diapositivo 3

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Em 2050 prevê-se que duplique o número de pessoas idosas.

DGS (2005)



Diapositivo 4

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Para assegurar a continuidade de cuidados foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados (2006), nomeadamente as Unidades de Convalescência, que visam:

- Melhorar as condições de vida e bem estar das pessoas em situação dependência;
- A manutenção das pessoas com perda da funcionalidade ou risco de a perder;
- A qualidade dos cuidados de saúde e social;
- O apoio aos familiares e ou prestadores de cuidados;
- A articulação com os serviços da Rede.

Diapositivo 5



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Quem é referenciado para as UNIDADES
CONVALESCENÇA

A pessoa com perda transitória de autonomia com potencialidade de a recuperar, a readaptação funcional a uma nova situação de vida ou a sua reinserção familiar e social, num período não superior a 30 dias.

Diapositivo 6



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Quem pode ser Prestador de Cuidados informal:

- Ser próximo/familiar;
- Ser carinho/afectivo;
- Demonstre habilidades e vontade e cuidar;
- Seja comunicativo e interessado em adquirir conhecimentos;
- Esteja disponível.

Diapositivo 7



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Segundo Lawton, Kleban e colaboradores (1989 citado por Petronilho 2007:49) o prestador é decidido em função:

- **Retribuição de apoio;**
- Tradição familiar – ser **mulher** e **esposa;**
- Princípios religiosos;
- Modelo a seguir para os filhos;
- Baixa escolaridade;
- Idade avançada.

Diapositivo 8



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Segundo Albert (1992 citado Petronilho 2007:49):

❖ **Ser Cuidador Surge por imposição.**

Diapositivo 9



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Para Petronilho famílias com maiores recursos económicos contratam uma pessoa com ou sem formação para executarem esta função em troca de uma remuneração.

“as pessoas mais abastadas tendem a ter auxílio suplementar formal para cuidar dos seus idosos...”

Paul(1997) citado por Petronilho (2007:48)

Diapositivo 10



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho

Artigo 4

2.e) “ O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados”

Artigo 6

i) “Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores na prestação de cuidados.”

Diário Republica – Iª Série – A Nº 109 de 6 Junho (2006:3858)

Diapositivo 11



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

“Papel de Prestador de Cuidados é um tipo de Interacção de Papeis com as características específicas:

interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família.”

ICN (2002:63)

Diapositivo 12



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

O Referencial do Enfermeiro (2009:4) faz referencia à Eficiência a à Qualidade na prestação, inclui:

- ✓ Individualidade, humanidade, continuidade, equidade;
- ✓ Envolvência da comunidade;
- ✓ Equipe multidisciplinar;
- ✓ Promoção e ou recuperação da autonomia;
- ✓ Co-responsabilização da família/prestadores de cuidados.

Diapositivo 13



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

- O **Enfermeiro perito** deve exercer com dignidade a profissão, **relatando** aos superiores **o que levou à diminuição da qualidade**, como assegura a alínea d) artigo 88 da Lei nº111/09 de 16 de Setembro. O artigo 76 a) refere ainda que para além dos conhecimentos e técnicas o Enfermeiro **deve adoptar** as medidas que **visam melhorar os cuidados**.

Diapositivo 14



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

O **Enfermeiro especialista** tem **conhecimentos aprofundados** sobre respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, tem um nível de **julgamento crítico** e **tomada de Decisão excelentes**, na sua área de intervenção.

OE(2007)

Diapositivo 15



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

- O **Enfermeiro Especialista** em Enfermagem **Medico cirúrgica** tem competências na área da Saúde do Adulto e do Idoso em Situação de doença crónica e **pode actuar em as Unidades da Rede.**

Referencial do Enfermeiro (2009:24)

Diapositivo 16



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Segundo a OE (2007) sobre a tomada de decisão acrescenta:

- O Enfermeiro é responsável pelo poder de delegar funções e ajuizar da competência daquele a quem vai delegar.**

Diapositivo 17

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Com vista a cumprir um propósito legal:

“ A necessidade de ensino é sobretudo
incluída nas propostas para a Unidade
Convalescença”

Referencial do Enfermeiro – RNCCI (2009:21)

Diapositivo 18

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

A família como prestadora de cuidados é
vista na Rede também como alvo de
horas de cuidados de Enfermagem.



Diapositivo 19



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Por vezes a **família** leva o cliente ao Hospital porque está em **exaustão**.

Está **previsto no Decreto-Lei** que regulamenta a Rede no artigo 17 alínea 3 que é possível nas Unidades de longa duração **realizar** um **internamento para apoiar a família/cuidadores que necessitam de descansar**.

A Unidade de Neurocirurgia do HSJ,EPE já executa esta recomendação nos doentes seus conhecidos.

Diapositivo 20



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Para que hajam ganhos em Saúde e melhoria na qualidade dos cuidados os Enfermeiros devem investir na formação dos prestadores.

Diapositivo 21



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Devem ser dados conhecimentos nas áreas respectivas:

- Autocuidado;
- Insulinoterapia;
- Estomoterapia;
- Gestão regime terapêutico;
- **Dieta;**
- **Outras**

Diapositivo 22



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

O providenciar material acessório tipo leitura ou filme deve ser visto como uma mais valia para a aquisição de conhecimentos.

Diapositivo 23



PRESTADORES DE CUIDADOS
INFORMAIS

Filme

AJUDAR A CUIDAR
APOIO NAS ACTIVIDADES DA VIDA
DIÁRIA

Após a aquisição de conhecimento é
necessário dar tempo para treinar.

Diapositivo 24



PRESTADORES DE CUIDADOS
INFORMAIS

O Enfermeiro deve saber reconhecer o
stress do Cuidador, ele necessita de
tempo para se adaptar ao novo papel.

Filme

AJUDAR A CUIDAR
Sentimentos e emoções do Cuidador

Diapositivo 25

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

O Enfermeiro é o interlocutor entre o cliente e os prestadores. Deve assegurar uma prestação de cuidados segura contribuindo para a readaptação funcional e reinserção familiar e social.



Diapositivo 26

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

A documentação /registos é um requisito da Rede e é recomendado a implementação da CIPE:

Uma linguagem universal de forma a obter indicadores de qualidade, investigação e fundamentos para futuras decisões políticas.

Diapositivo 27

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

Neste seguimento surgiu a necessidade de **avaliar** o que sabe o **prestador** de cuidados, de forma **clara, precisa e objectiva**.

Utilizando uma linguagem CIPE passo a descrever o Instrumento de avaliação dos cuidadores.

Diapositivo 28

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DEMONSTRADOS PELO PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL

➤ PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL
○ CONTACTO

➤ CONVIVENTE SIGNIFICATIVO
○ CONTACTO

VINHETA/NOME

DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO (os que são necessários trabalhar com o prestador)

O QUE SABE O PRESTADOR (acerca do motivo de internamento e co-morbilidades associadas)

Diapositivo 29

DATA	FOCO	DATA	ENSINAR	DATA	CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS	DATA	INSTRUIR	DATA	TREINAR	DATA	CONHECIMENTOS DEMONSTRADOS
	AUTO CUIDADO HIGIENE										
	AUTO CUIDADO BANHO NO WC										
	AUTO CUIDADO BANHO NO LEITO										
	AUTO CUIDADO VESTIR-SE-DESPIR-SE										
	AUTO CUIDADO IR AO SAHITÁRIO										
	INCONTINENCIA										
	AUTO CUIDADO ESTOMA -LIMPEZA										
	AUTO CUIDADO ESTOMA -MUDANÇA SACO										
	AUTO CUIDADO ESTOMA -MUDANÇA PLACA-CAHUULA										
	AUTO CUIDADO COMER ORALMENTE										
	AUTO CUIDADO COMER POR SIG										
	MASTIGAÇÃO										

Diapositivo 30

DATA	FOCO	DATA	ENSINO	DATA	CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS	DATA	INSTRUIR	DATA	TREINAR	DATA	CONHECIMENTOS DEMONSTRADOS
	MALNUTRIÇÃO										
	AUTO CUIDADO BEBER										
	DESIDRATAÇÃO										
	AUTO CUIDADO ACTIVIDADE FISICA										
	SENTAR-SE										
	TRANFERIR-SE										
	ERGUER-SE										
	DEAMBULAR										
	ANDAR COM DISPOSITIVO AUXILIAR DE MARCHA										
	MOVER-SE EM CADEIRADE RODAS										
	ACTIVIDADE RECREATIVA										
	COMPORTAMENTO SONO-REPOUSO										

Diapositivo 31



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

A avaliação periódica dos conhecimentos dá indicadores precisos das necessidades dos Cuidadores.

Não esquecer que Ensinar é diferente de Instruir e diferente Treinar.

Cada pessoa tem um ritmo próprio de aprendizagem. É necessário dar tempo para a interiorização de papeis.

Diapositivo 34



PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

A **formação** do prestador **não termina com a alta** do cliente. É necessário **envolve-lo** em **actividades** e **formações** existentes **na sua área de residência**, como em Centros de Saúde, Câmaras ou Associações. **Disponibilizar contacto** para esclarecer dúvidas pode ser uma opção, assim como **referenciar para a Equipa domiciliária**.

Diapositivo 35

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

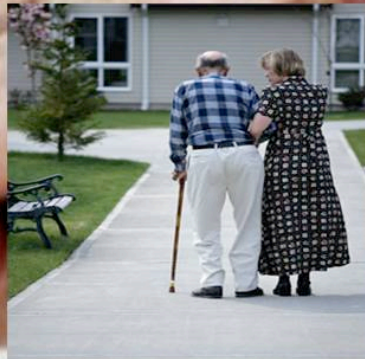
PROPOSTAS

- ❖ Inclusão do INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DEMONSTRADOS PELO PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL como forma de avaliação;
- ❖ Passagem dos filmes sobre AJUDAR A CUIDAR, de forma a reduzir a ansiedade e aumentar a confiança do prestador trazendo ganhos em e para a saúde do cliente.

Diapositivo 36

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

A formação dos prestadores traduz-se na qualidade dos cuidados e em ganhos para a Saúde.



Diapositivo 37

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

BIBLIOGRAFIA

- ADVITA (2008) – *AJUDAR A CUIDAR – Apoio nas actividades da vida diária*. [DVD]. Lisboa. ADVITA (33min.).
- ADVITA (2008) – *AJUDAR A CUIDAR – Sentimentos e emoções do Cuidador*. [DVD]. Lisboa. ADVITA (21min.).
- CALVÁRIO, A.; BRITO, I.; BRITO L. (1999). *Necessidades de informação, educação e apoio nos cuidados a idosos dependentes*. Revista Referencia N°3. P. 15 a 21
- CONSELHO DE ENFERMEGEM (2009) – *Rede Nacional de cuidados continuados integrados - Referencial do Enfermeiro*
- CONSTITUÇÃO DE REPÚBLICA PORTUGUESA (1989). Porto Editora. P.46
- DIRECÇÃO - GERAL DA SAÚDE (2007) – *Elementos Estatísticos – Informação Geral Saúde/2005*. P.7 www.dgs.pt [15/10/2010]
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Versão beta 2*. Edição Associação Portuguesa de Enfermeiras

Diapositivo 38

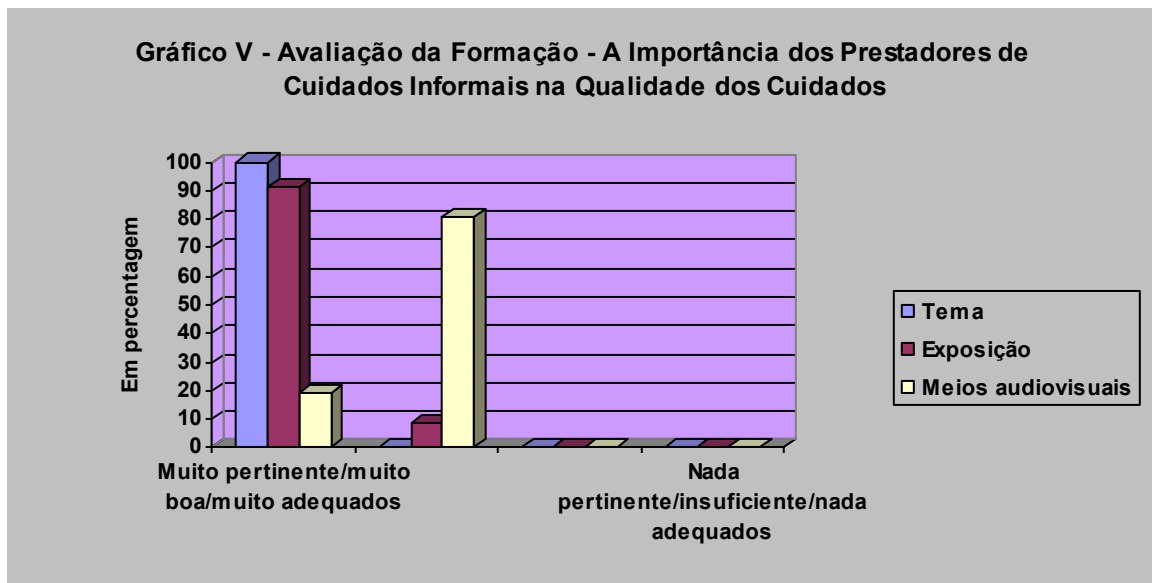
PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS

- ORDEM ENFERMEIROS (2007). *Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem*. www.ordemenfermeiros.pt/imagens/contents/documentes/91_individualisespecialidades_site.pdf [01/06/2010]
- ORDEM ENFERMEIROS (2007). *Tomada de posição sobre delegação*. www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao [16/10/2010]
- PETRONILHO, Fernando Alberto (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau: Coimbra P. 49
- PORTUGAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto-Lei n° 101/2006. *Rede Cuidados Continuados*. D.R.: 1ª Série - A, N° 109 de 6 de Junho de 2006. P. 3856 - 3865
- PORTUGAL – ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Lei 111/2009. *Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. D.R.: 1ª Série, N° 180 de 16 de Setembro de 2009. pag. 6546 e 6548
- VILAÇA, Cynthia et al (2005). *O autocuidado de cuidadores informais em domicílio – percepção de académicos de enfermagem*. Revista electrónica de Enfermagem. Vol.07. N° 02. P. 221 a 226 www.fen.ufg.br [10/10/2010]

Diapositivo 39

Avaliação da Formação

Da avaliação da formação após tratamento dos dados posso referir que a totalidade das pessoas acharam o tema exposto muito pertinente, 91% acharam a exposição muito boa e 9% boa. Relativamente aos meios audiovisuais 81% achou os meios adequados e 19% de bastante adequados.



**ANEXO XI – Formação “Formar o Prestador de Cuidados – Promover a
Autonomia”**

Inclui:

- Plano de Formação;
- Ficha de avaliação da sessão formativa;
- Diapositivos;
- Avaliação da Sessão.

Plano da Formação

Tema – Formar o Prestador de Cuidados – Promover a Autonomia

Formadora – Madalena Moutinho aluna do 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto

Local – Unidade Convalescença – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Data – 12/11/2010

Hora – 14h30m

Destinatários – Enfermeiros

Duração – 30 minutos

Métodos – Expositivo, descritivo e demonstrativo

Objectivos:

- Analisar as recomendações para a Rede de Cuidados Continuados;
- Reflectir sobre a importância dos ensinamentos nas Unidades de Convalescença;
- Promover o ensino ao cliente/prestador de cuidados com vista à sua autonomia, nas áreas:
 - Diabetes Mellitus/Insulinoterapia – alguns conceitos;
 - Estomaterapia;
 - Dieta;
 - Gestão/Adesão ao regime terapêutico.
- Apresentar:
 - Dossier com material para ensinamentos e contactos;
 - Material possível utilizar para a gestão do regime terapêutico;
 - Manual de normas de Enfermagem da ACSS.

Avaliação da acção de formação – Ficha de avaliação da sessão formativa.

Ficha de avaliação da sessão formativa

Formar o Prestador de Cuidados – Promover a Autonomia

ASSINALE COM UM X A RESPOSTA QUE MAIS LHE CONVEM.

➤ TEMA

Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente

➤ EXPOSIÇÃO

Muito Boa	Boa	Suficiente	Insuficiente

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Bastante adequados	Adequados	Pouco adequados	Não adequados

Sugestões / Observações:

Obrigada
Madalena Moutinho

Diapositivos (Apresentação PowerPoint)

Formar o Prestador de Cuidados – Promover a Autonomia

**FORMAR O PRESTADOR
DE CUIDADOS**

**ENSINAR
INSTRUIR/TREINAR
PROMOVER A AUTONOMIA**



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

A Rede de Cuidados Continuados foi criada em 2006 regulamentada pelo Decreto - Lei 101/2006 de 6 de Junho e visa:

- ❖ Melhorar as condições de vida das pessoas dependentes;
- ❖ A manutenção da funcionalidade ou a não perda dela;
- ❖ A qualidade dos cuidados de Saúde e Sociais;
- ❖ O apoio aos familiares/Prestadores de Cuidados informais.

Diapositivo 2



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Na Rede podemos encontrar vários tipos de Unidades de internamento:

- Convalescença;
- Média duração;
- Longa duração;
- Cuidados paliativos;

Diapositivo 3



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Para todas as Unidades são referidos os seguintes critérios:

- Apoio psico social;
- Animação sócio cultural;
- Actividades de convívio e lazer;
- Cuidados de Enfermagem
-

Diapositivo 4



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

A quem se aplica os critérios mencionados:

- Ao cliente;
- À família;
- Ao Prestador de Cuidados.

Diapositivo 5



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Sendo a Unidade de Convalescença aquela que tem menor tempo de Internamento sugere que o **cliente** ou o **prestador de cuidados** se encontre numa **fase de recuperação ou readaptação** a um novo estilo de vida, por um **curto período** de Tempo - 30 dias, com vista á **autonomia**.

Diapositivo 6



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Desta forma **é fundamental adquirir conhecimentos, criar hábitos, demonstrar habilidades e apresentar juízo crítico** no âmbito dos Cuidados de **Enfermagem a Prestar** - Competências de Enfermagem.

Diapositivo 7



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Deve-se envolver os Prestadores desde o início quer na prestação de Cuidados quer nas tomadas de decisão.

O Decreto - lei que regula a Rede menciona a co-responsabilização e participação das famílias e ou prestadores.

Diapositivo 8



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

A necessidades de **ensinos** é referenciada sobretudo para as **Unidades de Convalescência**, como refere o Referencial do Enfermeiro (2009:21).



Diapositivo 9



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Os **temas** podem ser **múltiplos**, todas as necessidades que não se encontram satisfeitas são **passíveis de originar ensinamentos**, como:

- Dieta;
- Estomaterapia;
- Insulinoterapia;
- Autocuidado;
- Adesão/Gestão regime terapêutico;
-

Diapositivo 10



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Para se ensinar é necessário:

- **Ter tempo;**
- Ter conhecimentos;
- **Ter habilidades/criatividade** (técnicas de comunicação alternativas);
- Ter percepção das necessidades;
- **Conhecer o doente/prestador de cuidados;**
- Ter local/ambiente calmo;
- **Ter materiais apropriados;**
- Ter receptividade de quem escuta.

Diapositivo 11



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

"...a rotina do dia a dia faz com que olhemos muitas vezes sem ver, escutemos sem ouvir, palpemos sem sentir."

(SILVA, MJP, 2002)

Diapositivo 12



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

- + **Ensinar** é dar conhecimento;
- + **Instruir** é fornecer os passos;
- + **Treinar** é dar tempo para realizar a acção quantas vezes for necessário.

Diapositivo 13



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Deve o Enfermeiro apresentar e adaptar estratégias para o sucesso da sua transmissão de conhecimentos.

A **CIPE/ICN** refere o tipo de acção **PROVIDENCIAR** e como recursos

- o Material de instrução;
- o Material de aprendizagem;
- o Material de leitura,
- o

Diapositivo 14



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

A **finalidade** é tornar as pessoas o mais autónomas/independentes possível. Possibilitando desta forma a **manutenção** das suas **capacidades físicas e intelectuais**.

Diapositivo 15



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

A criação de um **dossier** físico e ou virtual com material disponível para retirar **dúvidas aos profissionais** mas, principalmente para fornecer ao **cliente/prestador** é imperioso existir. Muitas vezes as **dificuldades, dúvidas** surgem como decorrer do tempo e quando **estão sozinhos**. **Um pequeno auxiliar é sempre uma ajuda.**

Diapositivo 16



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Calvário e Brito em 1999 desenvolveram um estudo acerca das *Necessidades de informação, educação e apoio dos prestadores de cuidados* e chegaram á seguinte conclusão:

- ❑ É necessário informar onde e quem procurar para ajudar;
- ❑ Providenciar auxiliares de ensino/aprendizagem;
- ❑ Apoiar em situações de crise.

Diapositivo 17



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

De forma a uniformizar os cuidados a prestar uma equipa de Enfermeiros realizou um *Manual de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos*, em 2008. Sendo este creditado pela ACSS encontra-se a ser implementado em diversas Instituições e a ser consultado pelos Enfermeiros. Não só **uniformizamos registos** como a **forma de actuação**.

Diapositivo 18



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Falar de alimentação/dieta é falar de um estilo de vida saudável



Diapositivo 19



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Existem várias doenças que são provocadas pela má alimentação, vícios e maus hábitos, outras que exigem dietas restritivas de determinados alimentos como:

- Obesidade mórbida;
- HTA;
- IRC;
- DM;
- AVC;
- Doenças Cardiovasculares;
-



Diapositivo 20



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

A alimentação deve ser adaptada às necessidades de cada um, tendo em conta a sua saúde e o risco de a perder.



O prestador pode necessitar de um tipo de alimentação e o cliente de outra completamente diferente.

Diapositivo 21



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Diabetes Mellitus Insulinoterapia

Este é um tema privilegiado em 2005 segundo o INE o número de portadores da Diabetes situava-se entre os 5 - 10% da população.

Pode não ser o que levou o cliente ao internamento mas, a sua fragilidade obriga a **verificar conhecimentos** teóricos e Práticos - **Instrumento de avaliação de conhecimentos**.

Diapositivo 22



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Na Diabetes/insulinoterapia é importante relembrar o seguinte:

➤ A dieta apropriada;



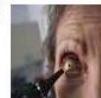
➤ Exercício físico adaptado;



➤ Vigilância dos pés;



➤ Vigilância dos olhos;



Diapositivo 23



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

- Dose certa, hora certa, medicamento certo, via certa;



- Pesquisas de glicemia capilar realizadas correctamente;



- Medidor de glicemia OK;

- Higienização das mãos;

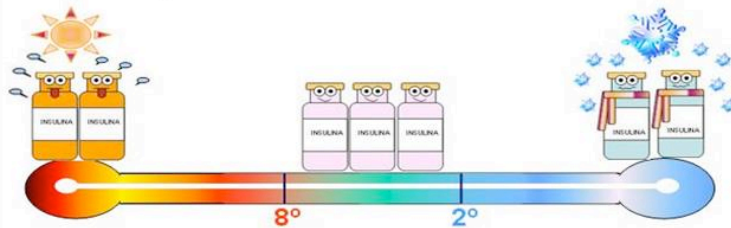


Diapositivo 24



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

- O acondicionamento/armazenamento da insulina (por abrir no frigorífico junto da prateleira dos vegetais);



Diapositivo 25



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

- Depois de aberta a insulina tem aproximadamente um mês de validade à temperatura ambiente;
- Algumas insulinas não se podem juntar;
- Caneta de insulina são para utilizar pelo próprio, risco de picadas;
- Não se recapsula as agulhas, mesmo as das canetas;
- Mudar frequentemente de agulha das canetas;
- Respeitar indicação do fabricante;
- Reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.



Diapositivo 26



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Estomaterapia

Podemos encontrar estomas diversos:

- Colostomia;
- Ileostomia;
- Ureterostomia;
- Traqueostomia.

Diapositivo 27



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Consoante o local do estoma o tratamento difere assim como o respectivo ensino.

O estoma é um orifício feito pelo homem pelo que a pele envolvente deve ter cuidados redobrados.

Diapositivo 28



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

- Colostomia descendente:
 - Fezes semi - sólidas com frequência variável;
 - Usar saco fechado.
- Colostomia sigmoidea:
 - Fezes sólidas com 1 a 2 descargas por dia;
 - Usar saco fechado.
- Colostomia transversa:
 - Fezes semi - líquidas;
 - Usar saco fechado.
- Colostomia ascendente:
 - Fezes semi - líquidas a pastosas;
 - Usar saco fechado.



Diapositivo 29



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

➤ Ileostomia:

- Fezes líquidas contínuas;
- Utilizar saco aberto.



➤ Urostomia:

- Urina contínua;
- Saco aberto.



➤ Traqueostomia:

- Entrada e saída de ar;
- Expulsão de secreções;
- Os exercícios de recuperação;
- Material apropriado como canulas, sondas de aspiração e protecção do estoma.



Diapositivo 30



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Em todas estas situações o importantes é transmitir:

- O que se deve fazer;
- Quando se deve fazer;
- Identificar situações de risco ou anómalas;
- Onde procurar ajuda;
- A quem pedir ajuda;

Diapositivo 31



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

- Dar informações sobre novas técnicas como as irrigações nas colostomias;



- Dar a conhecer material inovador como roupa interior para doentes com colostomias, inibidores de odores, tampões para o estoma depois da irrigação, filtros antibacterianos para os traqueostomas.



Diapositivo 32



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Desta forma não só damos
informação mas, também
motivamos os
clientes/prestadores
melhorando a sua auto estima
e o seu desempenho.

Diapositivo 33



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Adesão/Gestão Regime Terapêutico

- ✦ É um tema de difícil abordagem com o cliente/prestador;
- ✦ Devem-se criar estratégias para co-responsabilizar os prestadores/clientes e permitir que sejam eles a tomarem as decisões sem pressões e com conhecimentos demonstrados.

Diapositivo 34



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

A OMS refere 5 factores como causas para a não adesão ao Tratamento.



Fonte: Gusmão e Mion Jr., adaptado de OMS¹.

Figura 1 – Dimensões da adesão ao tratamento

A OE orienta para a verificação dos aspectos físicos, mentais, comportamentais, socio-económicos, ambientais e espirituais.

Diapositivo 35



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Adesão/Gestão ao:

- Posicionamento;
- Cuidados de higiene;
- Alimentação;
- Terapêutica medicamentosa;
- Terapêutica não medicamentosa (exercício físico, fisioterapia, deixar de fumar, uso de drogas,...);
-



Diapositivo 36



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Para potencialmente haver adesão deve-se:

- Criar um espaço para treino da medicação;
- Fornecer alternativas para diminuir as limitações (caixas para fármacos);
- Adquirir máquinas de pesquisas de glicemia capilar para invisuais;
- Indicar locais de convívio/lazer;
- Criar espaços para o exercício físico adaptado a cada um;
- Promover o autocuidado;
- Promover a distração.



Diapositivo 37



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

- Identificar necessidades socio-económicas e referencia-las;
- Identificar problemas intrínsecos ao cliente;
- Identificar problemas de doença do cliente/prestador.
- Exaustão do prestador.



Diapositivo 38



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

Após esta abordagem posso concluir que a transmissão de conhecimento, a instrução e o treino são acções de extrema importância para a continuidade e para a qualidade dos cuidados. O conhecimento anda de mãos dadas com a habilidade e com a criatividade



Diapositivo 39



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

PROPONHO:

- Implementação do Manual de Normas da ACSS na Unidade de Convalescença;
- Aquisição de material para treino do Regime terapêutico (tipo o apresentado);
- Dar continuidade ao dossier físico e virtual criado com filmes, brochuras, desdobráveis, artigos e outros;
- Criar agenda com contactos pertinentes para os futuros ensinamentos (alguns já colocados junto do dossier).

Diapositivo 40



ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

BIBLIOGRAFIA

- ❖ CALVÁRIO, A.; BRITO, I.; BRITO, L. (1999). *Necessidades de informação, educação e apoio nos cuidados a idosos dependentes*. Revista Referencia Nº3 P. 15 - 21
- ❖ CONSELHO DE ENFERMEGEM (2009) - *Rede Nacional de cuidados continuados integrados - Referencial do Enfermeiro*
- ❖ INE (2009) - *Inquérito de Saúde 2005/2006. Nº de portadores de doenças crónicas*. www.ine.pt [04/11/2010]
- ❖ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão beta 2*. Edição Associação Portuguesa de Enfermeiras
- ❖ ORDEM ENFERMEIROS (2007). *Desenvolvimento Profissional - Individualização das Especialidades e Enfermagem*. www.ordemenfermeiros.pt/imagens/contents/documente/91_individualescialidades_site.pdf [01/06/2010]

Diapositivo 41

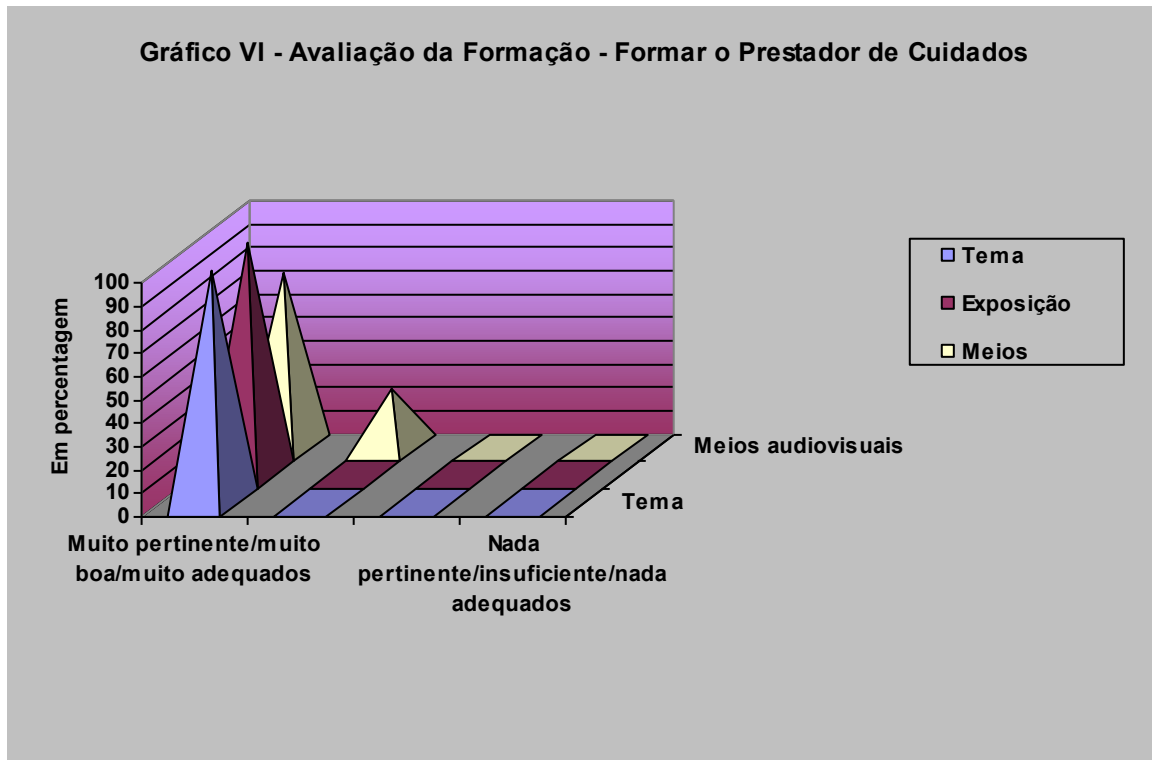


ENSINAR/INSTRUIR/TREINAR PROMOVER A AUTONOMIA

- ❖ ORDEM ENFERMEIROS (2009) - *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*
- ❖ PORTUGAL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - Decreto-Lei Nº 101/2006. *Rede Cuidados Continuados*. D.R.: 1ª Série - A , Nº 109 de 6 de Junho de 2006 P. 3856 - 3865
- ❖ SILVA, M. Júlia Paes (2002) - *Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em Saúde*. S. Paulo: Edição Loyola
- ❖ VEIGA, Barbara; SILVA, Carla e al (2008) - *Manual de normas de Enfermagem - Procedimentos técnicos*. 2ª Edição. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. P. 248 - 249

Avaliação da Formação

Da avaliação da formação após tratamento dos dados posso referir que a totalidade das pessoas acharam a exposição muito boa e o tema muito pertinente, os meios audiovisuais utilizados bastante adequados para 75% dos participantes e os restantes acharam os meios adequados.



ANEXO XII – Poster – “Prevenção de Infecção – Procedimentos Recomendados”

PREVENÇÃO INFEÇÃO

Procedimentos recomendados

▪ Os nebulizadores produzem aerossóis que atingem facilmente os alvéolos pulmonares e podem desencadear uma infecção respiratória ou agravar a já existente.



- ✓ Devem ser respeitadas indicações do CCI e fabricante para a sua manutenção;
- ✓ Entre doentes devem ser substituídos;
- ✓ Devem ser lavados com água e detergente imediatamente após utilização para o mesmo doente;
- ✓ A sua lavagem deve ser feita fora da Unidade, em local apropriado.

▪ Os resíduos hospitalares que se encontram no chão, estão sob a forma de pequenas partículas e pó. Sendo a varredura uma forma de transferência de microrganismos, principalmente, pelo que provoca a Legionela, esta é uma actividade não recomendada;

▪ Devem ser utilizadas mopas húmidas.



Deve ser abolida a sua utilização.

- ✓ As mopas devem ser humedecidas antes de entrarem em contacto com o chão;
- ✓ As mopas devem ser substituídas sempre que sujas;
- ✓ Devem ser enviadas à lavandaria para serem devidamente lavadas.



▪ O risco de infecção urinária num doente algaliado é muito grande. Os microrganismos ascendem pelo lúmen do cateter nomeadamente pelo inadequado despejo dos sacos e contaminação dos mesmos.



- ✓ Antes de qualquer manipulação deve-se calçar luvas;
- ✓ Antes de entrar em contacto com os fluidos colocar avental;
- ✓ Entre doentes deve-se mudar as luvas;
- ✓ Devido aos possíveis salpicos durante o despejo do saco colector de urina deve-se usar máscara preferencialmente com viseira;
- ✓ O saco/torneira não deve entrar em contacto com o chão;
- ✓ A torneira deve ser limpa após o despejo para evitar o gotejamento.



BIBLIOGRAFIA:

* Comissão Controlo Infecção [CCI] - CHVNG/E, EPE (2010) – CURSO BÁSICO DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE.

* PINA, Mónica et PINA, Elaine (2008) - PREVENÇÃO DE INFEÇÕES ADQUIRIDAS NO HOSPITAL - GUIA PRÁTICO. 2ª edição. Acedido em 10/05/2010. Disponível em <http://www.dgs.pt>

ELABORADO POR:

* Madalena Moutinho - Aluna do 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto

ANEXO XIII – Norma de Higienização do Serviço de Urgência

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	Revisão	Pág.
	Norma	Nº	1/12
	Higienização Serviço de Urgência	01/11	

RESUMO DE REVISÕES		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PROX. REVISÃO
19/01/11	Publicação Inicial	

SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
 - 4.1. Definições
 - 4.1.1. Serviço de Urgência
 - 4.1.2. Doente urgente
 - 4.1.3. Higienização do Ambiente Hospitalar
 - 4.1.4. Ambiente seguro
 - 4.1.5. Norma
 - 4.2. Abreviaturas
5. REQUISITOS
 - 5.1. Princípios fundamentais
 - 5.2. Áreas de higienização
 - 5.3. Higienização/actuação em situações especiais
 - 5.4. Higienização de material acessório
 - 5.5. Material de protecção individual
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
 - 7.1. Limpeza geral
 - 7.2. Limpeza na alta do doente
 - 7.3. Limpeza SE
 - 7.4. Limpeza de urgência
8. ANEXOS

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Madalena Moutinho Data: 19/01/2011	Direcção técnica Data:	Conselho de Administração Data:

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	<i>Revisão</i>	<i>Pág.</i>
	Norma	Nº	2/12
	Higienização Serviço de Urgência	01/11	

<i>RESUMO DE REVISÕES</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PROX. REVISÃO</i>
19/01/11	Publicação Inicial	

1. OBJECTIVO

Pretende-se com esta norma contribuir para uma melhoria dos serviços de limpeza do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, assim como uniformizar procedimentos, tendo em conta a necessidade de uma eficaz higienização do Serviço de Urgência e a elevação deste padrão de qualidade.

2. APLICAÇÃO

Esta norma deverá ser divulgada no Serviço de Urgência do HNSCV a todos os profissionais, principalmente aos Assistentes Operacionais que ali desempenham funções.

3. REFERÊNCIAS

As referências bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma foram:

- CCI, CHLN, EPE – Recomendações para a Descontaminação de Materiais.
http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/358/Default.aspx#ID_0
[03/12/2010]
- CCI, CHVNG/E, EPE (2010) – Curso Básico de Prevenção e Controlo de Infecção – Promoção Ambiente Seguro
- CCI, HNSCV (2009) – Higienização do Ambiente Hospitalar
- CCI, HSJ, EPE (2004) – Higienização do ambiente hospital – classificação das áreas em função do risco de infecção
- CCI, HSJ, EPE (2004) – Higienização do ambiente hospitalar – frequência em função do risco de infecção
- CCI, HSJ, EPE (2004) – Higienização do ambiente hospitalar – princípios gerais

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Madalena Moutinho <i>Data: 19/01/2011</i>	Direcção técnica <i>Data:</i>	Conselho de Administração <i>Data:</i>

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	Revisão	Pág.
	Norma	Nº	3/12
	Higienização Serviço de Urgência	01/11	

RESUMO DE REVISÕES		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PROX. REVISÃO
19/01/11	Publicação Inicial	

- DGS (2007) – Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa prática
- DGS (2007) – Recomendações para controlo do ambiente – Princípios Básicos

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

4.1. Definições

Serve para clarificar conceitos e ajudar na interpretação da Norma.

4.1.1. Serviço de Urgência

Por serviço de urgência, entende-se todo o serviço de saúde para avaliar e tratar situações de doença de início recente e de gravidade tal que o cidadão comum, possuidor de um cultura média e de conhecimentos mínimos de saúde, entenda necessitar de ser observado por um médico em consulta urgente não programada.

4.1.2. Doente urgente

O que apresenta situação clínica com potencial de falência de funções vitais.

4.1.3. Higienização do Ambiente Hospitalar

É a remoção de matéria orgânica, de sujidades e da eliminação ou redução de microrganismos nas superfícies e ambientes hospitalares.

4.1.4. Ambiente seguro

É o local onde, idealmente, não se corre o risco de infecções. O nível de higienização determina se poderá haver contaminação.

4.1.5. Norma

É um documento escrito que estabelece os conceitos e orientações que regulam as actividades técnico-científicas e administrativas do Hospital.

4.2. Abreviaturas

- AO – Assistentes Operacionais
- CHLN, EPE – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Entidade Público-Privada

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Madalena Moutinho	Direcção técnica	Conselho de Administração
Data: 19/01/2011	Data:	Data:

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	<i>Revisão</i>	<i>Pág.</i>
	Norma	Nº	4/12
	Higienização Serviço de Urgência	01/11	

<i>RESUMO DE REVISÕES</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PROX. REVISÃO</i>
19/01/11	Publicação Inicial	

- CHVNG/E, EPE – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Entidade Público-Privada
- CCI – Comissão Controlo de Infecção
- DGS – Direcção Geral da Saúde
- HNCSV – Hospital Nossa Senhora Conceição de Valongo
- HSJ, EPE – Hospital São João, Entidade Público-Privada
- SU – Serviço de Urgência
- SE – Sala de Emergência

5. REQUISITOS

Refere-se aos materiais e conhecimentos necessários para efectivar o procedimento em causa.

5.1. Princípios fundamentais

A limpeza deverá ser feita no sentido do menos limpo para o mais sujo, do mais alto para o mais baixo, sendo proibido o uso de todos os materiais de limpeza que levarem pó como a vassoura, espanadores e panos de pó para limpar a seco. Os panos humedecidos com água e detergente têm o objectivo de limpar os materiais, deverão ser, preferencialmente, de cores diferentes para que cada zona possua um código e não possam/devam ser utilizados fora desse local.

A utilização de aspirador ou mopa seca é recomendada antes de limpar o chão. Recomenda-se ainda o sistema de duplo balde para a higienização do chão, onde se separa a água com detergente da água simples, ou seja, durante a limpeza a água limpa da água suja. Entre áreas deve-se mudar as águas e lavar a esfregona. No final da limpeza do chão o material utilizado deve ser lavado com água corrente e detergente, deverá ainda ser desinfectado com hipoclorito de sódio a 0,1%.

É muito importante a **lavagem das mãos entre procedimentos e entre o uso de luvas.**

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Madalena Moutinho	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data: 19/01/2011</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	<i>Revisão</i>	<i>Pág.</i>
	Norma	Nº	5/12
	Higienização Serviço de Urgência	01/11	

<i>RESUMO DE REVISÕES</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PROX. REVISÃO</i>
19/01/11	Publicação Inicial	

5.2. Áreas de higienização

A limpeza do ambiente e das superfícies deve ser efectuada tendo por base a classificação das áreas expostas ao risco de infecção. A cada área corresponde um determinado risco, sendo que o **SU apresenta um risco elevado**. Por este motivo o ambiente, as áreas e até os materiais foram catalogados para uma determinada frequência de higienização, em função do risco de infecção – Anexo I. As zonas envolventes como os corredores apresentam a mesma frequência que o SU.

5.3. Higienização/actuação em situações especiais

O caso de derramamento de sangue ou outros produtos biológicos determinam um procedimento especial. Material de protecção individual, como avental e luvas são uma exigência, a máscara devido aos aerossóis que se podem produzir também se deve utilizar. A CCI desta Instituição aconselha o uso de Presept® grânulos (outros aconselham Hipoclorito de Sódio a 1%) de forma a cobrir totalmente a matéria orgânica. Após terminar a efervescência (duração aproximada de 2 minutos), com toalhetes de papel descartável deve remover o derramamento. A limpeza dessa área deve ser realizada com água quente e detergente, após deixar secar.

5.4. Higienização de material acessório

Os materiais que entram em contacto com o doente são rotulados em função do risco de infecção – alto, médio e baixo risco – Anexo II. Materiais que penetram no organismo do doente como material cirúrgico são de alto risco e devem ser mergulhado em Instrunet Dt® (1 carteira em 5 litros de água) durante 15 minutos e posteriormente lavar com água corrente, secar e enviar à esterilização. Materiais que entram directamente nas mucosas ou na pele não íntegra, como as aparadeiras ou urinóis apresentam um risco médio pelo que devem ser desinfectados. Esta desinfecção pode ser térmica ou química. A Instituição preconiza a utilização de álcool a 70º ou a utilização de Presept® pastilhas (12 pastilhas em meio contentor de água). Materiais como colchões ou estetoscópios entram em contacto com pele íntegra ou não entram em contacto directo com o doente apresentam um baixo risco,

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Madalena Moutinho	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data: 19/01/2011</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	<i>Revisão</i>	<i>Pág.</i>
	Norma	Nº	6/12
	Higienização Serviço de Urgência	01/11	

<i>RESUMO DE REVISÕES</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PROX. REVISÃO</i>
19/01/11	Publicação Inicial	

pelo que é necessário apenas desinfetar/limpar, pode utilizar-se o Álcool a 70° ou toalhetes ou pulverizador de amónio quaternário como é o Anios®.

5.5. Material de protecção individual

A entidade empregadora deve fornecer aos AO todo o material recomendado para a sua protecção. O avental deve ser descartável e deverá ser substituído entre as áreas. As luvas do tipo “ménage” deverão ser retiradas no final da limpeza, lavadas com água e sabão, coloca-las do avesso e deixar secar. Deverá ainda ser fornecido ou adquirido calçado impermeável. Em função das zonas de isolamento poderão ser necessárias outras medidas, sendo o Enfermeiro responsável a determinar quais se justificam.

6. RESPONSABILIDADES

A responsabilidade da limpeza cabe ao AO, no entanto o Enfermeiro, possuidor de conhecimentos técnico – científicos e do conhecimento há cerca da situação clínica do doente, tem o dever de supervisionar a forma como é executado o procedimento. A forma organizacional como o número de elementos da equipa de AO por turno cabe ao responsável do serviço, salvaguardando que os serviços mínimos deverão ficar assegurados.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1. Limpeza geral

Num SU a afluência de pessoas, doentes e acompanhantes, assim como a gravidade das situações é muito variável e imprevisível. Por esse motivo deve o serviço estar organizado para que todas as tarefas possam ser efectuadas apesar do factor imprevisto. Seguindo as recomendações várias é importante referir que todas as zonas são de limpeza diária, o que nela contém pode variar. A higienização será feita respeitando o ponto 5.

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Madalena Moutinho	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data: 19/01/2011</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	<i>Revisão</i>	<i>Pág.</i>
	Norma	Nº	7/12
	Higienização Serviço de Urgência	01/11	

<i>RESUMO DE REVISÕES</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PROX. REVISÃO</i>
19/01/11	Publicação Inicial	

A limpeza húmida do chão deverá ser a última coisa a limpar dentro de determinada área, deverá efectuar-se várias vezes ao dia. Sanitários incluindo puxadores do autoclismo, assento de sanita, puxador da porta, braço de apoio à sanita e torneiras deverão ser desinfectadas com Presept® solução várias vezes ao dia. A limpeza de superfícies horizontais como mesas, grades de cama e todos os puxadores (portas ou moveis) deverá ser realizada várias vezes ao dia com água e detergente. Bombas/seringas perfusoras ou outro material de funcionamento idêntico tipo microondas e ventiladores, portas, exteriores dos móveis, recipientes de resíduos deverão ser limpos diariamente, ainda que o material eléctrico deverá ser desinfectado com toalhete embebido em álcool a 70°.

Janelas, interiores dos armários e paredes deverão ser higienizados uma vez por semana, embora não haja consenso neste período podendo efectuar-se uma vez por mês. Também uma vez por mês deverão ser limpos os tectos. De três em três meses deverá proceder-se a uma limpeza mecânica do chão.

7.2. Limpeza na alta do doente

Todo o material deixado pelo doente deve ser retirado, separado, embalado, identificado e encaminhado para o seu proprietário. Deverá proceder-se à limpeza diária acrescida da semanal ou seja dos interiores dos armários, das janelas e das paredes. Todos os materiais que estiveram em contacto com o doente deverão ser limpos com água e detergente. Depois de secos devem ser desinfectados com Presept® solução. Esta desinfeção deverá respeitar o ponto 5. Os materiais eléctricos poderão ser desinfectados com toalhete embebido em álcool a 70° devendo ser respeitadas as indicações do fabricante. Por fim o chão deve ser limpo de forma habitual.

7.3. Limpeza SE

A SE apresenta algumas particularidades quanto à frequência da limpeza. Carro de emergência, armários e mala de transporte têm dia próprio para verificação, reposição e higienização. A higienização do carro e da mala de transporte será mensal e decorrerá na primeira 4ªfeira de cada mês. A limpeza do interior dos

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Madalena Moutinho	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data: 19/01/2011</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	<i>Revisão</i>	<i>Pág.</i>
	Norma	Nº	8/12
	Higienização Serviço de Urgência	01/11	

<i>RESUMO DE REVISÕES</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PROX. REVISÃO</i>
19/01/11	Publicação Inicial	

armários, conforme recomendação faz-se semanalmente. À 3ªfeira corresponderá a higienização do armário que comporta os soros e à 5ªfeira terá lugar a higienização dos interiores dos armários. Os restantes materiais serão limpos/desinfectados conforme o anteriormente descrito.

7.4. Limpeza de urgência

A cada momento surge o imprevisto, um derramamento ou salpicos de sangue, um vómito, um urinol que se vira, a higienização deverá ser feita como descrita no ponto 5 e 6. O AO deve atender às prioridades e sempre que solicitado pelo Enfermeiro pois, este certamente estará dentro das necessidades efectivas do momento.

8. ANEXOS

- Anexo I – Quadro da Frequência da Higienização Hospitalar em Função do Risco de Infecção
- Anexo II – Quadro de Referência para a Higienização dos Materiais Acessórios

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Madalena Moutinho	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data: 19/01/2011</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO Norma Higienização Serviço de Urgência	Revisão Nº 01/11	Pág. 9/12

RESUMO DE REVISÕES		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PROX. REVISÃO
19/01/11	Publicação Inicial	

Anexo I – Quadro da Frequência da Higienização Hospitalar em Função do Risco de Infecção

Áreas a higienizar	Várias vezes/dia	Uma vez/dia	Uma vez/semana	Uma vez/mês	Uma vez/três meses
Superfícies (mesas, puxadores, grades,...)	✓*				
Recipientes resíduos (corto - perfurantes)		✓*			
Armários (exteriores)		✓*			
Armários (interiores)			✓*		
Portas		✓*			
Sanitários	✓*				
Janelas			✓*		
Paredes			✓*	✓	
Tectos				✓	
Limpeza húmida do chão	✓*				
Limpeza mecânica do chão					✓

* Quando da alta do doente

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Madalena Moutinho Data: 19/01/2011	Direcção técnica Data:	Conselho de Administração Data:

Administração Regional de Saúde do Norte Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo		Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO Norma Higienização Serviço de Urgência	Revisão Nº 01/11	Pág. 11/12

RESUMO DE REVISÕES		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PROX. REVISÃO
19/01/11	Publicação Inicial	

Anexo II – Quadro de Referência para a Higienização dos Materiais Acessórios

Materiais	Classificação do risco	Higienização recomendada	Higienização alternativa	Observações
Aparadeiras	Baixo Risco	Desinfecção Térmica	Depois de limpas mergulhar em meio contentor água com 12 pastilhas Presept® 2,5g durante 1 hora. Enxaguar e secar.	Individualizar com saco para aparadeiras
Urinóis	Médio Risco	Desinfecção Térmica	<u>Último recurso</u> Depois de limpos mergulhar em meio contentor água com 12 pastilhas Presept® 2,5g durante 1 hora. Enxaguar e secar.	Individualizar com saco para urinóis
Bacias	Baixo Risco	Desinfecção Térmica	Lavagem com água quente e detergente, secar e desinfectar com álcool a 70°.	Individualizar com saco para bacias
Colchões e almofadas	Baixo Risco	Lavar com água e detergente, desinfectar com Anios®	Lavar com água e detergente, desinfectar com álcool a 70°	Substituir as capas sempre que danificadas.
Estetoscópio*	Baixo Risco	Desinfetar com toalhete de álcool a 70°	Sempre que possível utilizar protectores descartáveis.
Otoscópios*	Médio Risco	Desinfecção Térmica	Lavar e esterilizar
Material cirúrgico*	Alto Risco	Mergulhar durante 15 minutos em 5 litros de água com 1 carteira de Instrunet Dt®, lavar, secar e esterilizar.
Termómetros auriculares*	Médio Risco	Desinfetar com toalhete embebido em álcool a 70°.	Usar protecções descartáveis individuais.

* Atenção às recomendações do fabricante

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Madalena Moutinho Data: 19/01/2011	Direcção técnica Data:	Conselho de Administração Data:

**ANEXO XIV – Tabela Comparativa de Toners Reciclados/Novos, Procedimentos
e Preços**

Tabela Comparativa de Toners Reciclados / Novos, Procedimentos e Preços

TONER 7553-A	DESEMPENHO	CUSTO	AMBIENTE	VANTAGEM
Novo – António Maia	3000 Cópias	63,45€	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Litros petróleo para a confecção; • 500 Anos para degradação. 	Não há
Novo – Computada produtos informáticos, lda	3000 Cópias	59,16€	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Litros petróleo para a confecção; • 500 anos para degradação. 	Não há
Novo – J.R. informática	3000 Cópias	46€	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Litros petróleo para a confecção; • 500 anos para degradação. 	Não há
Novo – Normática	3000 Cópias	57,65€	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Litros petróleo para a confecção; • 500 Anos para degradação. 	Não há
Reciclado – António Maia	3000 Cópias Certifica igual ao novo	21,75€	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Litros petróleo para a confecção; • 500 Anos para degradação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reutilização até seis vezes; • Pagamento pelo cartuxo vazio.
Reciclado – Hotinker	3000 Cópias Certifica igual ao novo	27,01€	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Litros petróleo para a confecção; • 500 Anos para degradação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reutilização até seis vezes; • Pagamento pelo cartuxo vazio.
Reciclado – PM informática	3000 Cópias Certifica igual ao novo	23,95€	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Litros petróleo para a confecção; • 500 Anos para degradação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reutilização até seis vezes; • Pagamento pelo cartuxo vazio.

ANEXO XV – Estudo Comparativo de Antissépticos – Relação Custo/Benefício



ANTISSÉPTICOS

RELAÇÃO CUSTO BENEFÍCIO

Elaborado: - Madalena Moutinho

Porto, Janeiro de 2011



ANTISSÉPTICOS
RELAÇÃO CUSTO BENEFICIO

ANTISSÉPTICOS

RELAÇÃO CUSTO BENEFICIO

Elaborado: - Madalena Moutinho - Aluna do 3º Curso Pós licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa - Porto

Tutor: - Rui Dias - Enfermeiro Chefe e Especialista no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Orientadora: - Irene Oliveira - Professora da Universidade Católica Portuguesa - Porto



ABREVIATURAS

- Cap. – Capítulo
- Ed. – Edição
- N.º – Número
- P. – Página
- Vol. – Volume



SIGLAS

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- CCI – Comissão de Controlo de Infecção
- DGS – Direcção Geral da Saúde
- D.R. – Diário da República
- EEMC – Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica
- HSJ – Hospital São João
- MRSA – Staphylococcus aureus metilino-resistente
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- SU – Serviço de Urgência

INDICE

1 – NOTA INTRODUTÓRIA.....	7
2 – DA SITUAÇÃO PROBLEMA À FUNDAMENTAÇÃO	9
3 – OPORTUNIDADE DE MELHORIA	13
4 – CONCLUSÃO	15
5 – BIBLIOGRAFIA.....	17
ANEXOS	19
ANEXO I – Pedidos de orçamentos e respostas de distribuidores	
ANEXO II – Tabela comparativa entre desinfetantes/antissépticos + compressas e toalhetes impregnados em soluto	
ANEXO III – Procedimento para a antisepsia da pele com Cutasept®	

1 – NOTA INTRODUTÓRIA

O SU é um local de afluência contínua de pessoas doentes. Segundo Sheely (2001:896) é: “... prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades que apresentam alterações da saúde físicas ou psíquicas, percebidas ou reais que precisem de outras intervenções.” O SU do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo é caracterizado como sendo um Urgência básica que atende pessoas de todas as idades e com todo o género de patologias, fazendo o seu encaminhamento após avaliação clínica.

No ano de 2010 recorreram a esta unidade 48438 clientes, dos quais 16842 homens, 20295 mulheres e 11301 crianças (Alert® Data Warehouse, 2007). A modernidade da estrutura facilita a separação dos clientes, mediante o fluxograma discriminatório resultante da Triagem de Manchester, no entanto dentro da mesma sala de espera posso encontrar um adulto, uma criança ou um doente transferido de outro hospital para internamento. Tal como os clientes as infecções cruzam-se sem necessidade de qualquer auxílio, pelo que os profissionais devem estar atentos para o cumprimento das barreiras da propagação da infecção (DGS, 2007; 2010) e o necessário isolamento (DGS, 2007), com vista a Excelência dos Cuidados como obriga o Código Deontológico de Enfermagem (2009), também como refere a OE (2009) que o Enfermeiro Especialista deve favorecer um ambiente terapêutico e seguro, participando, criando e gerindo programas que visem a melhoria dos cuidados.

Dos clientes que recorreram a este Hospital, no ano passado, 52% necessitou de tratamento injectável, endovenoso, intramuscular ou subcutâneo. Os solutos e a técnica para a antisepsia necessitam ter características específicas de forma a impedir a infecção.

No início do estágio verifiquei que a escolha dos solutos recaía sobre o Cutasept® e o Álcool a 70%, produtos escolhidos pela farmácia para toda a Instituição, o material para a antisepsia passava pelo algodão não estéril e as formas de utilização variavam de Enfermeiro para Enfermeiro. Perante esta situação falei com Enfermeiro Tutor e propus a realização de um trabalho onde se comparam antissépticos, o seu custo/benefício e posteriormente o material necessário para a antisepsia da pele.

Com este trabalho pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Adquirir competência na área da especialidade:
 - Específica – Prevenção de infecção;
 - Comum – Gestão de cuidados e Qualidade de cuidados.
- Criar oportunidades de melhoria face á qualidade dos cuidados;
- Contribuir para a prevenção da infecção.

Utilizarei uma metodologia descritiva reflexiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica

2 – DA SITUAÇÃO PROBLEMA À FUNDAMENTAÇÃO

A pele íntegra é a primeira e principal barreira às infecções. Esta é um aglomerado de células impenetráveis aos microrganismos quer aos residentes quer aos que transitoriamente ali habitam. A população microbiana da pele é composta por estes dois tipos de agentes.

A população residente é composta por microrganismos que na sua maioria sobrevivem nas camadas superficiais da pele e não causam problemas para a saúde da pessoa, excepto se conseguirem penetrar nas estruturas mais profundas do organismo, o que pode acontecer através de uma punção ou ato cirúrgico. A população transitória é toda aquela que não consegue sobreviver por longos períodos e que é adquirida através de doentes ou ambientes infectados. Estes microrganismos podem ser os causadores de infecções associadas aos cuidados de saúde. Podemos encontrar este tipo de população nas mãos dos profissionais das Instituições Hospitalares (CCI, 2007), Cardoso e al (2006) citando Graziano et al faz referência à microflora diferenciada das mãos e cavidades oro-faríngeas dos profissionais de saúde, ainda o mesmo autor menciona um estudo realizado por Junqueira (2000) numa Unidade de Cuidados Intensivos, onde foi pesquisada a presença de estafilococos nas narinas e saliva dos profissionais e concluiu que todos eram portadores.

Sabendo que procuram o Serviço de Urgência um número acrescido de pessoas com infecção e com potencialidade de serem infectadas (doentes imunodeprimidos), devem os profissionais respeitar as regras básicas de prevenção de infecção (DGS, 2006;2007;2010). Sheely (2001) reconhece que a infecção surge quando existe interacção entre um hospedeiro com predisposição e um agente com intenção.

A infecção associada aos dispositivos intravasculares acontece quando existe migração dos microrganismos da pele desde a sua inserção até ao cateter colonizando-o. A contaminação pode acontecer devido a uma má antissepsia, má escolha do produto, má técnica, pelas mãos dos profissionais e pela própria microflora do cliente (DGS, 2006).

Neste Hospital os solutos para a antissepsia foram escolhidos pelos serviços farmacêuticos e são o Álcool a 70% e o Cutasept®.

Cada Enfermeiro escolhe o produto que quer e realiza a antissepsia com a técnica que lhe parece mais correcta. A minha observação veio questionar este procedimento, por exemplo todos fazem a higienização das mãos mas, raramente utilizam uvas de protecção contra salpicos ou derramamento de sangue e da diminuição do risco de infecção em caso de picada acidental (CCI, 2004).

Uns utilizam Cutasept® directo e deixam secar por alguns segundos, outros utilizam este soluto ou o álcool embebido em algodão fazendo ou não fricção e aparentemente deixam secar. Cardoso e al (2006) fazendo referência a vários autores, recomenda a fricção com material estéril, em pelo menos cinco movimentos no mesmo sentido e após deixar secar.

Moureau (2009) salienta a importância da antissepsia da pele fazendo fricção no local da punção. O algodão chega ao serviço na sua forma mais clássica, numa embalagem de plástico, não estéril e ao metro. O seu acondicionamento faz-se num frasco de uso múltiplo cortado em pedaços com a tesoura limpa ou com a própria mão. Este frasco fica aberto, exposto ao meio ambiente. Miranda (2010) realizou um estudo sobre prevenção de infecção no Serviço de Urgência e questionou 40 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem que realizavam o seu ensino clínico num Serviço de Urgência – “Se utilizavam compressas esterilizadas na antissepsia?” 67,5% responderam que nem sempre utilizavam, tendo ficado a dúvida se os alunos não o fariam por indicação dos profissionais. Veiga e al (2008) assume no Manual de Normas de Enfermagem e Procedimentos Técnicos a não utilização de algodão pelas micropartículas que liberta e recomenda a utilização de compressas esterilizadas. Hutin e al (2003) realizaram um documento de melhores práticas de controlo de infecção por via intradérmica, subcutânea e intramuscular onde rejeitam a utilização do algodão em frasco de uso múltiplo.

A antissepsia não é mais que a fricção da pele com soluto antisséptico e compressas estéreis com o objectivo de impedir ou destruir a microflora existente – transitória e residente da pele.

A DGS (2006) recomenda a utilização de soluções antissépticas com base de alcoólica. A diversa bibliografia como as *Guidelines for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities* (2008) faz referência a outros produtos, pelo que passarei a expor alguns antissépticos existentes no mercado e nas Instituições Hospitalares.

→ Álcool

O registo mais antigo que se conhece do álcool como antisséptico foi no antigo Egipto e veio até aos nossos dias. Hoje é comercializado como álcool etílico 70% e isopropílico, sendo este último utilizado como solvente (Santos e al, 2002).

O seu efeito acontece pela desnaturação das proteínas, remoção lipídios e de alguns vírus envelopados, pelo que é bactericida incluindo tuberculocida, fungicida e virucida. Segundo Guidelines (2008) o álcool etílico é capaz de inactivar o vírus da hepatite B, da imunodeficiência adquirida, herpes e rotavírus. Não tem capacidade para inactivar esporos.

Não deve ser utilizado em pele não íntegra. As suas maiores desvantagens são não ter efeito residual e provocar desidratação da pele.

É apresentado em frasco sob a forma de líquido ou em toalhetes impregnados.

→ Clorexidina

O aparecimento da clorexidina surge como desinfectante do local cirúrgico. Após recombinações na sua concentração e diluição com isopropílico passa a ter poder de

antisséptico. Este soluto actua no microrganismo penetrando no seu citoplasma provocando a sua destruição. É bactericida e fungicida. Associada ao isopropílico é virucida e actua contra Proteus e Pseudomonas – Lenzafarm.

Tem efeito antisséptico cumulativo o que se traduz na sua maior vantagem é no entanto oto e oftalmotóxica o que o torna menos atractivo (CCI, 2002).

Pode ser apresentado em toalhetes impregnados, em spray ou em líquido. Variando as concentrações varia a sua utilização.

→ Compostos halogenados

Com o nome doméstico de lixívia, o hipoclorito de sódio é o mais conhecido. Pode ser utilizado em feridas com tecidos necrosantes. Excelente propriedade desodorizante.

É bactericida, tuberculocida, virucida, fungicida e esporocida e apresenta baixo preço no entanto pela sua agressividade em contacto com a pele e mucosas não é recomendada para a antisepsia, já para desinfeção de superfícies e ambientes é indicada (Guideline, 2008).

Apresenta-se sob a forma de líquido em frasco ou bidão.

→ Iodoforos

Soluções à base de iodo são conhecidas e comercializadas em Instituições Hospitalares com o objectivo antisséptico e desinfectante.

O iodo penetra na membrana celular do microrganismo provocando uma ruptura das cadeias de nucleotídeos. Possui características de bactericida, tuberculocida, virucida, fungicida e ainda perante acção prolongada pode destruir esporos. Quando associado ao álcool a sua acção fica potencializada (Guideline, 2008).

O tempo de actuação é de aproximadamente dois minutos, apresenta baixa actividade residual e a elevada toxicidade ao iodo fazem este produto pouco atractivo.

Tem várias formas de apresentação no mercado desde líquida em frasco, em pomada até as formas de colutório, solução ginecológica e espuma. Pode ainda ser encontrado sob a forma de spray quando associado ao álcool. Um estudo referido pelo Ministério da Saúde do Brasil (2008) entre clorexidina 4%, álcool a 70% e iodopovidona 10% na redução da microflora de mãos contaminadas com Acinobacter, revelaram melhores resultados com a utilização da clorexidina, no entanto quando esta e o iodo foram associados ao álcool apresentaram resultados idênticos.

→ Compostos de amónio quaternário

A acção bactericida do quaternário de amónio resulta da desnaturação das proteínas e ruptura da membrana celular dos microrganismos.

O cloreto de benzalcónio foi o primeiro a ser introduzido no mercado e nas Instituições de saúde. É bactericida incluindo para *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente, tuberculocida, fungicida, virucida para vírus envelopados como hepatite B, C, imunodeficiência adquirida e rotavirus.

Por ser um composto de amónio, o átomo de nitrogénio tem quatro radicais substituíveis, cada composto diferente implica características próprias antimicrobianas (Guideline, 2008).

À medida que aumentam as combinações/gerações é potencializada a sua acção. O cloreto didecil dimetil amónio é um quaternário de amónio de quarta geração e é excelente antimicrobiano. Devido á sua baixa toxicidade é recomendado para a desinfecção da Industria alimentícia. Os quaternários de amónio de quinta geração com óptimo desempenho são recomendados para condições hostis. Quando os quaternários de amónio se associam ao álcool, aumenta a sua eficácia e quando incluem emolientes permite hidratar a pele (Guideline, 2008;CCI, 2002).

Por apresentar propriedades excelentes na desinfecção podem ser utilizados em superfícies e ambientes.

Em combinação com o álcool os composto de amónio quaternário torna-se inflamável pelo que é necessário alguns cuidados no armazenamento. A esta desvantagem associa-se alguns relatos de asma ocupacional quando o profissional é exposto ao cloreto de benzalcónio (Guideline, 2008).

Bode (2004) especifica os tempos de actuação:

- Pele pobre em glândulas sebáceas – 15 segundos;
- Articulações, cavidades viscerais e preparação pré – operatória;
- Pele rica em glandulas sebáceas – mínimo de 10 minutos;
- Em caso de eliminação de bactérias (MRSA) – 1minuto;
- Em caso de eliminação de vírus – 30 segundos.

A sua apresentação faz-se em forma de spray e toalhetes para antissepsia, podendo haver outras formas para outro tipo de aplicação.

Fazendo uma análise sobre as propriedades dos solutos entre vantagens e desvantagens e o recomendado parece – me que o Cutasept® ou cloreto de benzalcónio 0,025g + propanol 63g (igual a 72%) (Bode, 2004) tem mais propriedades como bactericida incluindo para *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente, tuberculocida, fungicida, virucida para vírus envelopados como hepatite B, C, imunodeficiência adquirida e rotavirus, as desvantagens parecem ser mínimas. Como oportunidades de melhoria irei relacionar formas de apresentação/utilização e melhor/menor preço – Anexo I – pedido de orçamentos e respostas.

3 – OPORTUNIDADE DE MELHORIA

Junto do Enfermeiro Tutor pude expor as conclusões retiradas e propus dar continuidade ao estudo custo/benefício para a aquisição de solutos ao melhor preço, a aquisição de compressas em substituição do algodão ou ainda a possibilidade de adquirir toalhetes impregnados com solutos.

Para poder relacionar o preço do toalhete ou seja preço unitário com produto em frasco formulei duas questões e inquiri os Enfermeiros sobre:

- Quantas pulverizações utilizam para a antissepsia?
- Que quantidade de soluto utilizam em ml para a antissepsia?

As respostas quanto as pulverizações foram de forma unânime duas a três por procedimento, quanto à quantidade, 80% não soube responder e os restantes aproximaram o valor para 1ml. Aspirei a quantidade referente as pulverizações referidas para uma seringa e o valor por procedimento é de aproximadamente 0,5ml.

Construí uma tabela – Anexo II onde se pode comparar características do produto, preço unitário, distribuidor e preço final (soluto + compressa) ou toalhete.

O custo das compressas varia, sendo os campos esterilizados pelo Hospital os mais caros (não foi possível contabilizar água, luz e mão de obra), são também pelo excesso em tamanho e número as de maior desperdício. Tamanho mais pequeno e apenas duas compressas parece ser o suficiente e mais barato como é a proposta do distribuidor Albino Dias Andrade.

Os preços entre produtos iguais ou similares têm valores muito parecidos, no entanto Paul Hartmann consegue o melhor preço para o Cutasept®. Toalhetes de clorexidina têm preços cinco vezes superiores que o líquido e a compressa. O toalhete impregnado de álcool a 70% distribuído por Bastos e Viegas consegue reduzir o preço a metade comparando com o líquido e compressa, importante referir que o toalhete é mais cómodo de usar, evita manipulações, favorece o armazenamento e é amigo do ambiente (menos resíduos).

Analisando as conclusões proponho:

- A manutenção do antisséptico Cutasept® spray já que este apresenta melhor desempenho/actuação na eliminação da microflora da pele. O distribuidor Paul Hartmann apresenta o melhor preço;
- A aquisição de compressas 5*5 em pacotes de 2 de Albino Andrade é o mais ajustado à necessidade e ao melhor preço;
- A aquisição de toalhete impregnado de álcool a 70% como uma segunda opção, já que tem outras finalidades, como a desinfeção da torneira esvaziadora do saco colector urina (DGS, 2004).



ANTISSÉPTICOS

RELAÇÃO CUSTO BENEFÍCIO

O Enfermeiro para além de técnico deve ser reflexivo e intuitivo. Solutos cada vez mais eficazes e simultaneamente mais dispendiosos são recomendados para a antissepsia da pele, seria correcto utilizar algodão não estéril e já manipulado? A antissepsia é um processo mecânico, é uma rotina mas, não é da rotina, da experiência que se fazem os Enfermeiros expertos? É necessário saber ajuizar, somos todos responsáveis, principalmente pelos nossos actos. É fundamental adquirir conhecimentos, criar hábitos, demonstrar habilidades, apresentar juízo crítico e tomada de decisão no âmbito dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2009).

De forma a relembrar o procedimento deixo em Anexo III uma tabela com a fundamentação para a execução da antissepsia da pele utilizando o Cutasept®.

4 – CONCLUSÃO

Durante a realização deste trabalho deparei-me não com um mas com três situações problema. O tipo de soluto a utilizar no Serviço de Urgência, a inapropriada utilização do algodão e a confusão na utilização da técnica. O Enfermeiro é mais que um conhecedor de materiais, é um gestor destes, de recursos humanos, mas sobretudo de cuidados. Deve saber relacionar o preço com o futuro ou seja com a promoção e a prevenção da infecção. O principiante como diz Benner citada por Tomey et Alligood (2004) é o que executa pensando na técnica mas o perito já não pensa nela mas porque a faz. O Enfermeiro Especialista tem a dupla responsabilidade de promover práticas de qualidade gerindo as situações potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2009).

Ao propor a aquisição destes produtos ao Enfermeiro Tutor propus aos Enfermeiros a interiorização do conceito de antisepsia.

Penso ter conseguido atingir os objectivos inicialmente propostos e que a introdução deste conceito leve a uma mudança de atitude.

5 – BIBLIOGRAFIA

- ALERT® DATA WAREHOUSE (2007) – **Gestor estatístico. Dados referentes a 2010 obtidos por afluência, faixa etária, sexo e procedimentos.**
- BODE (2004) – **Cutasept® F. Desinfecção da pele.**
- CARDOSO, Shirley et al (2006) – **Anti-sepsia para a administração por via endovenosa e intramuscular.** Revista Electrónica de Enfermagem. http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_10.htm [03/12/2010]
- CCI CHVNG/E (Novembro/2002). **Guia de utilização de antissépticos e desinfetantes** – Norma 02/2002. Intranet do CHVNG/E [15/05/2010]
- CCI CHVNG/E (2004). **Precauções de isolamento.** Intranet do CHVNG/E [15/05/2010]
- CCI HSJ, EPE (2004) – **Cateter venoso periférico.** Fundamentos CVP.
- CCI HSJ, EPE (2004) – **Higienização das mãos.** Fundamentos higienização das mãos.
- DGS (2010) – **Orientação de boa pratica para a higienização das mãos nas Unidades de Saúde.** Circular Normativa N° 13/DQS/DSD de 14/06/2010.
- DGS (2007) – **Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão.**
- DGS (2007) – **Recomendações para a higienização das mãos nas Unidades de saúde.**
- HUTIN, Yvan et al (2003) - **Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections.** Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (7) <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v81n7/v81n7a07.pdf> [05/12/2010]
- LENZAFARM – **Biossegurança.** Revista Racine. N° 69
- MINISTÈRIO DA SAÛDE, Brasil (2008) – **Anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes.** http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2800/anti_septicos_desinfetantes_e_esterilizantes.htm [05/12/2010]
- MIRANDA, Tiago (2010) – **Prevenções básicas de infecção e controlo. Vivências dos alunos do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem no ensino clinico de urgência.** Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto.
- MOUREAU, Nancy (2009) – **Preventing peripheral intravenous line infections. Recommendations for healthcare facilities.** The Journal of the Association for Vascular Access. Volume 14 N°4. P. 187 – 190.

- ORDEM ENFERMEIROS (2009) – Caderno Temático – **Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**
- PINA, Elaine (2006). **Recomendações para prevenção de infecção associada aos dispositivos intravasculares**. <http://www.dgs.pt/> [20/04/2010]
- PORTUGAL – ASSEMBLEIA DA REPUBLICA – Lei Nº 111/2009. **Alteração aos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros**. D. R.: 1ª Série Nº 180 de 16 de Setembro de 2009 P. 6528 – 6550
- RUTALA, William et al (2008) - **Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities**.
- SANTOS, Adélia et al (2002) – **Importância do álcool no controlo de infeções em serviços de saúde**. RAS Volume 4. Nº 16.
- SHEEHY, Susan 2001. **Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática**. 4ª Edição, Loures, Editora Lusociência p.896
- TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile (2004). **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. 5ª Edição. Capítulo12. Benner P. 185-200
- VEIGA, Barbara; SILVA, Carla e al (2008). **Manual de normas de Enfermagem – Procedimentos técnicos**. 2ª Ed. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. P. 24 – 29 e 266 – 277.



ANTISSÉPTICOS
RELAÇÃO CUSTO BENEFICIO

ANEXOS



ANTISSÉPTICOS
RELAÇÃO CUSTO BENEFICIO

ANEXO I – Pedidos de orçamentos e respostas de distribuidores

jose alves para mim
mostrar detalhes 16/12/10

Boa tarde, no seguimento da n/ conversa telefonica apresento os melhores preços p/ :

TOALHETES INP. C/ CLOROHEXIDINA	cx 100	16.00+iva 21%
TOALHETES IMP. A ALCOOL	cx 100	4.90+iva 21%

Prazo de Entrega:Imediato
Comos meus cumprimentos
José Alves

J.M.Alves-Material Cirurgico,Lda

marketing@medicalplus.pt para mim
mostrar detalhes 27/12/10

Bom dia,

Desde já agradecemos o pedido de informação solicitado através do formulário do nosso site.

Informamos preço do artigo solicitado:

- Desinfectante Cutasept F (incolor) 250ml: 5,60€

Os preços acrescem de IVA à taxa de 21%.

Despesas de envio: 5,24€.

Condições de pagamento: antecipadamente por transferência bancária.

Prazo de entrega: imediato para unidades em stock, a confirmar para unidades a importar.

Este desinfectante não existe em toalhitas. Não existe um número de pulverizações estipuladas pois depende muito de pessoa para pessoa a duração de uma embalagem.

Se desejar efectuar a encomenda, por favor, confirme-nos por email. Enviaremos-lhe uma factura proforma com os nossos dados para efectuar o pagamento.

Na expectativa de um próximo contacto, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos.

Atentamente,

Joana Cruz
Dep. Marketing
marketing@medicalplus.pt
www.medicalplus.pt
Tel.: +351 232 458 619
Fax: +351 232 458 622

Maria Manuel para mim
mostrar detalhes 17/12/10

Bom dia Sra. Enf.^a Madalena Moutinho

Preço unitário de SKIN PREP®, frasco 200 ml – 2,40 € + 6% IVA

De momento ainda não possuímos toalhetes, e também não comercializamos agulhas intra-ósseas.

Gratos pelo seu contacto,
e ao dispor para qualquer informação adicional,
Com os nossos melhores cumprimentos

Maria Manuel
Direcção Técnica Farmacêutica
Vygon (Portugal) – Produtos Médicos e Farmacêuticos, Lda.

jorge.soares@hartmann.info para mim, elisabete.gonc.
mostrar detalhes 7 jan (6 dias atrás)

Bom dia Sra Enfermeira Madalena Moutinho,

no seguimento da sua solicitação somos a informar os preços das seguintes referências:

Cutasept - 2,84€

Soft Zellin (toalhetes desinfectantes) - 2,00€ (100und)

Medicomp esterilizadas (compressas) 5X5cm -8€ (75X5 compressas 375und)

Todas as outras referências para as quais pede também cotação, a Paul Hartman, não as comercializa.

Estamos ao seu dispor para qualquer esclarecimento adicional que ache necessário.

Com os meus melhores cumprimentos,

Jorge Soares
Supervisor Hospitalar

Paul Hartmann, Lda
Av. Severiano Falcão, 22-2º
2685-378 Prior Velho
Portugal

Tel: 00351 219 409 920

Fax: 00351 219 409 929

Cell: +351 91 230 46 80

E-mail: jorge.soares@hartmann.info

Flavia Magalhães para mim
mostrar detalhes 27/12/10

Enfermeira Madalena,

Conforme nossa conversa telefónica de há momentos, serve o presente para informar as nossas condições de fornecimento para:

- Compressa gaze hidrófila 5x5 estéril embaladas a 2 unidades
Preço unitário: € 0,012000 (Doze milésimas do euro).

- Compressa gaze hidrófila 5x5 não estéril
Preço unitário: € 0,005600 (Cinco mil e seiscentas milionésimas do euro).

Condições de fornecimento:

Iva: Ao valor total acresce este imposto à taxa legal em vigor de 6%.

Transporte: De n/ conta para encomenda de valor igual ou superior a 500€.

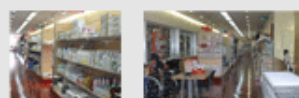
Condições de pagamento: 60 dias.

Prazo de entrega: 3 dias úteis após recepção da encomenda.

Aguardando as v/ prezadas notícias,

Com os nossos melhores cumprimentos,

Flávia Magalhães
Albino Dias de Andrade, Lda.
Complexo Industrial Monte das Devesas, Lote 1 D4 nº 27
4595-450 Seroa Paços de Ferreira
Telf: 255 890 040 << Fax: 255 890 049



Nas nossas Instalações
loja



Subscrever Newsletter

Quem Somos : Novidades : Promoções : Condições de enc. : Como encomendar : Contactos

PRODUTOS

- Adesivos
- Ajuda em casa
- Ajudas técnicas
- Algodão
- Controlo hig.-sanitário
- Desinfecção da pele
- Desporto
- Fisioterapia
- Instrumentos
- Ligaduras
- Ligaduras tubulares
- Limpeza e desinfecção
- Mat. de cirurgia
- Mat. de higiene
- Mat. de laboratório
- Mat. de ortopedia
- Mat. dentário
- Mat. diagnóstico
- Mat. drenagem
- Mat. educacional
- Mat. esterilização
- Mat. ginec./obstétrico
- Mat. Incontinência
- Mat. Médico/cirúrgico
- Mat. para anti-escaras
- Mat. para hotelaria
- Mat. para massagem
- Mat. penso
- Mat. protecção
- Meias elásticas
- Mobiliário/iluminação
- Nebulizadores
- Pediatria
- Podologia
- Primeiros socorros
- Seringas e agulhas
- Sets/Kits
- Suturas
- Produtos A-Z

Mat. penso



Pagamentos On-line



Encomendar por catálogo

Compressas de gaze
ESTERILIZADAS
473

códigos

especificações

fotos

Código	Dim.	CNP	Camadas	Uni_saco	Empac.	Preço	IVA	
473-012	5x5cm	6708966	8	1	Cx. c/ 110 pac.	€4,40	6%	
473-015	5x5cm		8	5	Cx. c/ 40 pac.	€4,70	6%	
473-016	5x5cm		8	10	Cx. c/ 20 pac.	€4,60	6%	
473-017	5x5cm		12	1	Cx. c/ 110 pac.	€5,00	6%	
473-020	5x5cm		12	5	Cx. c/ 24 pac.	€3,50	6%	
473-021	5x5cm		12	10	Cx. c/ 12 pac.	€3,40	6%	
473-022	5x5cm	6707372	16	1	Cx. c/ 120 pac.	€6,10	6%	
473-025	5x5cm		16	5	Cx. c/ 24 pac.	€3,90	6%	
473-026	5x5cm		16	10	Cx. c/ 12 pac.	€3,80	6%	
473-032	7,5x7,5cm		8	1	Cx. c/ 110 pac.	€7,00	6%	
473-035	7,5x7,5cm		8	5	Cx. c/ 40 pac.	€8,90	6%	
473-036	7,5x7,5cm		8	10	Cx. c/ 20 pac.	€8,70	6%	
473-037	7,5x7,5cm		12	1	Cx. c/ 90 pac.	€6,50	6%	
473-040	7,5x7,5cm		12	5	Cx. c/ 30 uni.	€7,00	6%	
473-041	7,5x7,5cm		12	10	Cx. c/ 16 pac.	€7,20	6%	
473-047	7,5x7,5cm	6709204	16	1	Cx. c/ 90 pac.	€6,50	6%	
473-050	7,5x7,5cm		16	5	Cx. c/ 24 pac.	€6,80	6%	
473-051	7,5x7,5cm		16	10	Cx. c/ 12 pac.	€6,60	6%	
473-067	10x10cm		8	1	Cx. c/ 110 pac.	€10,50	6%	
473-070	10x10cm		8	5	Cx. c/ 40 pac.	€11,00	6%	
473-071	10x10cm		8	10	Cx. c/ 20 pac.	€11,00	6%	
473-072	10x10cm		12	1	Cx. c/ 90 pac.	€10,00	6%	
473-075	10x10cm		12	5	Cx. c/ 30 pac.	€11,00	6%	
473-076	10x10cm		12	10	Cx. c/ 16 pac.	€11,50	6%	
473-082	10x10cm	6707380	16	1	Cx. c/ 80 pac.	€10,00	6%	
473-085	10x10cm		16	5	Cx. c/ 24 pac.	€10,50	6%	
473-086	10 x10cm		16	10	Cx. c/ 12 pac.	€10,00	6%	
473-204	10x15cm		8	10	Cx. c/ 56 pac.	€43,50	6%	
473-500	5x5cm (L. Farmácia)	6770594	8	1	Cx. c/ 12 pac.	€0,63	6%	
473-501	5x5cm (L. Farmácia)	6770628	16	1	Cx. c/ 12 pac.	€0,78	6%	
473-502	7,5x7,5cm (L. Farmácia)	6770628	16	1	Cx. c/ 12 pac.	€1,13	6%	
473-503	10x10cm (L. Farmácia)	6770602	16	1	Cx. c/ 12 pac.	€1,71	6%	

©2006 Copyright Bastos Viegas. Todos os direitos reservados. E-mail- geral@bastosviegas.com



**ANEXO II – Tabela comparativa entre
desinfectantes/antissépticos + compressas e toalhetes
impregnados em soluto**

DESINFECTANTES E ANTISSEPTICOS	FORMA DE APRESENTAÇÃO	PROPRIEDADES	TEMPO DE ACTUAÇÃO	DISTRIBUIDOR POR:	PREÇO/ UNIDADE COM IVA	PREÇO COMPRESSAS ESTERILIZADAS COM IVA	PREÇO FINAL DO SOLUTO E COMPRESSA
ALCOOL 70%	FRASCO DE 250CC	BACTERICIDA, FUNGICIDA E VIRUCIDA	EVAPORAÇÃO EMEDIATA, NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO E FRICÇÃO APROXIMADAMENTE 1CC	BASTOS E VIEGAS	1,13€/FRASCO 1 ML=1 ANTISSEPSIA=0,0045€		0,0045+0,025=0,0295€
ALCOOL 70%	FRASCO DE 500CC	BACTERICIDA, FUNGICIDA E VIRUCIDA	EVAPORAÇÃO EMEDIATA, NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO E FRICÇÃO APROXIMADAMENTE 1CC	ENTIDADE QUE FORNECE O HOSPITAL VALONGO	1,31€/FRASCO 1 ML= 1 ANTISSEPSIA=0,0026€		0,0026+0,025=0,0276€
TOALHETES DE ALCOOL A 70%	TOALHETES INDIVIDUAIS EM CAIXAS DE 100	BACTERICIDA, FUNGICIDA E VIRUCIDA	EVAPORAÇÃO EMEDIATA, NÃO NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	J. M. ALVES – MATERIAL CIRURGICO	0,05€		0,05€
TOALHETES DE ISOPROPIL A 70%	TOALHETES INDIVIDUAIS EM CAIXAS DE 100	BACTERICIDA, TUBERCULOCIDA, FUNGICIDA E VIRUCIDA	EVAPORAÇÃO EMEDIATA, NÃO NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	PAUL HARTMANN	0,0242€		0,0242€
TOALHETES DE ISOPROPIL A 70%	TOALHETES INDIVIDUAIS EM CAIXAS DE 100	BACTERICIDA, TUBERCULOCIDA, FUNGICIDA E VIRUCIDA	EVAPORAÇÃO EMEDIATA, NÃO NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	BASTOS E VIEGAS	0,014€		0,014€
CUTASEPT F – CLORETO DE BENZALCONIO E PROPANOL (QUARTENARIO DE AMONIO DE 3ª GERAÇÃO)	SPRAY DE 250CC	BACTERICIDA INCLUINDO MRSA, FUGICIDA, TUBERCULOCIDA E VIRUCIDA PARA HCV, HIV, HBV E ROTAVIRUS	ANTES DE INJEÇÕES E PUNÇÕES 15SEGUNDOS; PSRS VIRUS 30SEG; BACTERIAS 1MINUTO E PELE RICA EM GLANDULAS SEBACEAS 10 MINUTOS NECESSARIO COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	BASTOS E VIEGAS	7,7€ 0,5ML=2 PULVERIZAÇÕES ANTISSEPSIA=0,0154		0,0154+0,025=0,04€
CUTASEPT F – CLORETO DE BENZALCONIO E PROPANOL (QUARTENARIO DE AMONIO DE 3ª GERAÇÃO)	SPRAY DE 250CC	BACTERICIDA INCLUINDO MRSA, FUGICIDA, TUBERCULOCIDA E VIRUCIDA PARA HCV, HIV, HBV E ROTAVIRUS	ANTES DE INJEÇÕES E PUNÇÕES 15SEGUNDOS; PSRS VIRUS 30SEG; BACTERIAS 1MINUTO E PELE RICA EM GLANDULAS SEBACEAS 10 MINUTOS. NECESSARIO COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	MECIALPLUS	6,77€ 0,5ML=2 PULVERIZAÇÕES ANTISSEPSIA=0,0135		0,0135+0,025=0,0385€
CUTASEPT F – CLORETO DE BENZALCONIO E PROPANOL (QUARTENARIO DE AMONIO DE 3ª GERAÇÃO)	SPRAY DE 250CC	BACTERICIDA INCLUINDO MRSA, FUGICIDA, TUBERCULOCIDA E VIRUCIDA PARA HCV, HIV, HBV E ROTAVIRUS	ANTES DE INJEÇÕES E PUNÇÕES 15SEGUNDOS; PSRS VIRUS 30SEG; BACTERIAS 1MINUTO E PELE RICA EM GLANDULAS SEBACEAS 10 MINUTOS. NECESSARIO COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO E FRICÇÃO	ENTIDADE QUE FORNECE O HOSPITAL VALONGO	3,050, 5ML=2 PULVERIZAÇÕES ANTISSEPSIA=0,0061€		0,0061+0,025=0,0311€

TABELA – COMPARAÇÃO ENTRE DESINFECTANTES/ANTISSEPTICOS + COMPRESSAS E TOALHETES IMPREGNADOS EM SOLUTO

Cont.

DESINFECTANTES E ANTISSEPTICOS	FORMA DE APRESENTAÇÃO	PROPRIEDADES	TEMPO DE ACTUAÇÃO	DISTRIBUIDO POR:	PREÇO/ UNIDADE COM IVA	PREÇO COMPRESSAS ESTERILIZADAS COM IVA	PREÇO FINAL DO SOLUTO E COMPRESSA
CUTASEPT F – CLORETO DE BENZALCONIO E PROPANOL (QUARTENARIO DE AMONIO DE 3º GERAÇÃO)	SPRAY DE 250CC	BACTERICIDA INCLUINDO MRSA, FUGICIDA, TUBERCULOCIDA E VIRUCIDA PARA HCV, HIV, HBV E ROTA VIRUS	ANTES DE INJEÇÕES E PUNÇÕES 15SEGUNDOS; PSRS VIRUS 30SEG; BACTERIAS 1MINUTO E PELE RICA EM GLANDULAS SEBACEAS 10 MINUTOS. NECESSARIO COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO E FRICÇÃO	PAUL HARTMANN	3,04€ 0,5ML=2 PULVERIZAÇÕES ANTISSEPSIA=0,0060€		0,006+0,025=0,031€
TOAHETES DESINFECTANTES – DIDECIL DIMETIL AMONIO (QUARTENARIO DE AMONIO DE 4º GERAÇÃO)	TOALHETES INDIVIDUAIS EM CAIXAS DE 100	BACTERICIDA PARA GRAM+ E GRAM-. EFICAZ PRINCIPALMENTE EM ESCHERISCHIA COLI, ENTEROCOCCUS HIRAE, STAPHYLOCOCCUS AURES E PSEUDOMONAS AERUGINOSA	EVAPORAÇÃO RÁPIDA 15 SEG, NÃO NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	BASTOS E VIEGAS	0,165€		0,165€
SKIN PREP – ISOPROPILO DE DIGLUCONATO DE CLOREXIDINA A 0,2%	SPRAY DE 200CC	BACTERICIDA INCLUINDO MRSA, FUNGICIDA , VIRUCIDA, PROTEUS, PSEUDOMONAS	ANTES DE INJEÇÕES E PUNÇÕES 30 SEG; NECESSARIO COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO E FRICÇÃO	VYGON	2,544€ 0,5ML=2 PULVERIZAÇÕES ANTISSEPSIA=0,0063€		0,0063+0,025=0,0313€
TOALHETES DE DIGLUCONATO DE CLOREXIDINA A 0,2%	TOALHETES INDIVIDUAIS EM CAIXAS DE 100	BACTERICIDA INCLUINDO MRSA	EVAPORAÇÃO RÁPIDA 15 SEG, NÃO NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	BASTOS E VIEGAS	0,185€		0,185€
TOALHETES DE DIGLUCONATO DE CLOREXIDINA A 0,2%	TOALHETES INDIVIDUAIS EM CAIXAS DE 100	BACTERICIDA INCLUINDO MRSA	EVAPORAÇÃO RÁPIDA 15 SEG, NÃO NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	J. M. ALVES – MATERIAL CIRURGICO	0,163€		0,163€
TOALHETES DE DIGLUCONATO DE CLOREXIDINA A 0,1% E ETANOL	TOALHETES INDIVIDUAIS EM CAIXAS DE 150	BACTERICIDA	EVAPORAÇÃO RÁPIDA, IMEDIATA, NÃO NECESSITA DE COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO	BASTOS E VIEGAS	0,028€		0,028€
IODOPOVIDONA	FRASCO DE 125CC	BACTERICIDA, FUNGICIDA, TUBERCULOCIDA, VIRUCIDA, PROTOZOACIDA E ESPOROCIDA	2MIN PARA ACTUAR NECESSITA COMPRESSA PARA ESPALHAR O PRODUTO E FRICÇÃO	BASTO E VIEGAS	2,17€ 1ML=1 ANTISSEPSIA 0,017€		0,017+0,025=0,042€
COMPRESSAS ESTERILIZADA	5*5 PACOTE DE 2 COMPRESSAS			ALBINO DIAS ANDRADE, LDA		0,025€ PACOTE	
COMPRESSAS ESTERILIZADA	7,57,5 PACOTE DE 10 COMPRESSAS			ESTERILIZADAS NO HOSPITAL		0,10€ PACOTE	
COMPRESSAS ESTERILIZADA	5*5 PACOTE DE 1 COMPRESSA			BASTOS E VIEGAS		0,04€ PACOTE	
COMPRESSAS ESTERILIZADA	5*5 PACOTE DE 5 COMPRESSAS			BASTOS E VIEGAS		0,124€ PACOTE	

TABELA – COMPARAÇÃO ENTRE DESINFECTANTES/ANTISSEPTICOS + COMPRESSAS E TOALHETES IMPREGNADOS EM SOLUTO



ANEXO III – Procedimento para a antissepsia da pele com Cutasept®

PROCEDIMENTO PARA ANTISSEPÇÃO DA PELE COM CUTASEPT®

CLORETO DE BENZALCÔNIO 0,025G + PROPANOLOL 63G.

É bactericida (MRSA, BK), fungicida, virucida para vírus envelopados como HCV, HBV, HIV e rotavírus.

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
Ter o material de punção preparado num só local	Evita perdas de tempo
Evitar utilização de algodão	Liberta microparticulas que podem ser introduzidas nas camadas mais profundas da pele. Habitualmente não é estéril e já foi manipulado para ser acondicionado
Preferir compressas esterilizadas	Para prevenir risco de infecção
Lavar/higienizar as mãos	Para prevenir contaminação
Explicar procedimento ao cliente	Para obter colaboração
Escolher o local de punção, palpando a veia	Preferir zonas mais distais como dorso da mão, preservando articulações e os vasos
Escolher tamanho do cateter	Preservar vaso
Calçar luvas	Para proteger de salpicos, derramamentos e sangue e diminuir o risco de contágio em caso de picada acidental. Luvas limpas
Garrotar se necessário	Para identificar melhor trajecto da veia
Pulverizar o local a puncionar	Com o frasco o mais perto possível para evitar aerossóis e desperdícios
Friccionar com compressa estéril o local	Para reduzir a microflora residente e transitória da pele
Deixar secar	<ul style="list-style-type: none">• 15 Segundos na pele pobre em glândulas sebáceas;• 1 Minuto em articulações, cavidades viscerais, órgãos ocos e pré operatório;• 10 Minutos em pele rica em glandulas sebáceas;• 1 Minutos para eliminar bactérias como MRSA;• 30 Segundos para eliminar vírus como HIV, HCV, BBV e rotavirus
Puncionar	Efectivar o procedimento
Observar refluxo de sangue	Eficácia do procedimento
Remover o mandril e coloca-lo no contentor dos corto perfurantes	Evitar acidentes
Desgarrotar	Evitar grande afluência de sangue
Conectar obturador, torneira ou sistema de soro	Iniciar tratamento
Fixar cateter	Com adesivo estéril ou penso apropriado, opaco ou transparente
Rejeitar material	Evitar acidentes
Retirar luvas e higienizar as mãos	Recomendação entre procedimentos da DGS
Fazer registos	Efectivar o tratamento

NOTA:

- Confirmar data de validade e estabilidade do produto, em caso de dúvida;
- Procurar representante do soluto (BODE) ou serviços farmacêuticos;
- Utilizar Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem (2008) creditado pela ACSS.

