



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Tomada de Decisão em Enfermagem

## Relatório de Estágio

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

Por Mónica dos Santos Tavares Barbosa

Lisboa, Maio 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Tomada de Decisão em Enfermagem

## Relatório de Estágio

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

Por Mónica dos Santos Tavares Barbosa

Sob orientação da Professora Doutora Helena José

Lisboa, Maio 2012

*“If a patient is cold,  
if a patient is feverish,  
if a patient is faint,  
if he is sick after taking food,  
if he has a bed-sore,  
it is generally the fault not of the disease,  
but of the nursing.”*

Nightingale, 1860

1ªedição

*“Because she is a human being, she cares;  
because she is a nurse, she cares in a particular manner.  
In thinking and acting as nurse, caring for the patient becomes a particular art form.”*

M. Simone Roach, 1997

## RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi elaborado um Relatório de Estágio, descrevendo as atividades realizadas de acordo com os objetivos propostos, bem como as competências desenvolvidas, através de uma análise reflexiva sobre a minha prática.

O Estágio foi dividido em três Módulos.

Nos Módulos I e II, após a realização de um diagnóstico de situação, através de estatística descritiva, foram elaborados catálogos de diagnósticos e de intervenções de Enfermagem, utilizando como referência a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, promovendo a importância dos registos de Enfermagem na visibilidade dos cuidados prestados permitindo, conseqüentemente, um melhor planeamento e gestão dos mesmos.

No Módulo III, recorrendo a uma observação estruturada e estatística descritiva, foi avaliada a adesão dos profissionais de saúde, de uma amostra selecionada, à prática da higiene das mãos. A taxa de adesão da amostra foi inferior à taxa nacional divulgada pela DGS, em 2011. Pretendeu-se sensibilizar a importância da higienização das mãos na prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Quer a prática da higiene das mãos, quer a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, encontram-se sustentadas em evidência científica, contribuindo para uma tomada de decisão fundamentada.

Em todos os Módulos é visível um cuidar humanista e transcultural, integrado no Paradigma da Transformação. Quando se cuida com a pessoa, devem ser respeitados os fatores que a definem (crenças, valores, atitudes, cultura), estando em permanente interação com o ambiente que a rodeia.

**Palavras-Chave:** Tomada de Decisão, Controlo da Infecção, Higiene das Mãos, CIPE®, Cuidar, Cultura

## **ABSTRACT**

As part of the Master of Nursing, in the area of the Medical-Surgical Nursing Specialization, was established an Internship Report, describing the activities carried out in accordance with the proposed objectives, as well as the skills developed through a reflective analysis about my practice.

The stage was divided into three Modules.

In Modules I and II, after conducting a diagnostic situation, using descriptive statistics, catalogs of diagnoses and nursing interventions were elaborated, using as reference the International Classification for Nursing Practice, promoting the importance of registration in the visibility of nursing care allowing thus better planning and management of that same caring. In Module III, using a structured observation and descriptive statistics, was evaluated the adherence of health professionals, a selected sample, to the practice of hand hygiene. The adherence rate of the sample was below the national rate published by the DGS, in 2011. It was intended to raise awareness of the importance of hand hygiene in the prevention of Infections Associated with Health Care.

Either the practice of hand hygiene, either the International Classification for Nursing Practice, are sustained by scientific evidence, contributing to informed decision-making.

In all modules is visible a humanistic and transcultural care, integrated in the Transformation Paradigm. When caring with the person, the factors that define him/her must be respected (beliefs, values, attitudes, culture), being in constant interaction with the environment that surrounds him/her.

Keywords: Decision Making, Infection Control, Hand Hygiene, ICNP ®, Care, Culture

## AGRADECIMENTOS

À Madalena que, com apenas três anos, compreendeu as minhas ausências, continuando a ser uma criança meiga e feliz.

Aos avós da Madalena, pelo suporte familiar imprescindível, cuidando, mimando e educando.

Ao meu marido, Paulo, pelo amor e compreensão incondicionais, desculpando o meu mau-humor.

À Professora Doutora Helena José que, tal como uma grande *chef* de cozinha, soube adicionar os ingredientes q.b. (rigor, motivação, apoio, carinho e humor), nos momentos de maior desespero e desalento.

À Enfermeira Teresa Amores, que tive o enorme prazer de conhecer durante este percurso, pela sua criatividade, humildade, sabedoria, amizade e desempenho irrepreensível no controlo da infeção.

Ao meu grande amigo e colega, Enfermeiro Especialista Bruno Antunes que, com a sua sede de investigação, conseguiu transmitir-me inspiração, motivação e conforto, até ao último dia.

À minha grande amiga e colega, Enfermeira Eugénia Conde que, tal como uma irmã, esteve sempre ao meu lado, mostrando-me que há sempre motivos para sorrir, mesmo nos dias mais negros.

Ao meu chefe, Enfermeiro João Graça, pelo apoio, amizade e disponibilidade, indispensáveis para a concretização deste projeto.

A todas as mulheres, enfermeiras, alunas, mães e esposas, que conseguem desempenhar tantos papéis, sem esperar nada em troca.

## ACRÓNIMOS E SIGLAS

AMP – Atendimento Médico Permanente  
AO – Assistentes Operacionais  
BO – Bloco Operatório  
CCI – Comissão de Controlo de infeção  
CDC – Centers for Disease Control and Prevention  
CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
DE – Direção de Enfermagem  
DGS – Direção Geral de Saúde  
ECI – Enfermeira(s) de Controlo de infeção  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel  
HPV – Hospital Pulido Valente  
HSM – Hospital de Santa Maria  
IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde  
ICN – International Council of Nursing  
INCS – Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea  
NNIS – National Nosocomial Infection Surveillance System  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PNCI – Plano Nacional de Controlo de infeção  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
RSE – Registo de Saúde Eletrónico  
SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica  
SEC – Serviço de Esterilização Central  
SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem  
SIS – Sistemas de Informação de Saúde  
SO – Sala de Observação  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCP – Universidade Católica Portuguesa  
UEI – Unidade Especial de Internamento  
UPP – Úlceras por Pressão  
VE – Vigilância Epidemiológica  
WHO – World Health Organization

## GRÁFICOS E TABELAS

<b>GRÁFICO 1</b> – Taxa de Adesão no Momento 1 - antes do contacto com o doente .....	20
<b>GRÁFICO 2</b> – Facilidade da interiorização do conteúdo através da metodologia aplicada.....	22
<b>GRÁFICO 3</b> – Taxa de adesão nos cinco serviços, em 2011.....	25
<b>GRÁFICO 4</b> – Taxa de adesão nos cinco serviços, nos 3 períodos de observação .....	26
<b>GRÁFICO 5</b> – Prescrições Autónomas de Enfermagem efetuadas no SO do AMP.....	36
<b>GRÁFICO 6</b> – Prescrições Autónomas de Enfermagem mais frequentes no SO do AMP .....	36
<b>GRÁFICO 7</b> – Prescrições Autónomas de Enfermagem efetuadas na UCI .....	46
<b>GRÁFICO 8</b> – Prescrições Autónomas de Enfermagem mais frequentes na UCI .....	47
<b>TABELA 1</b> – Análise SWOT do contexto da implementação dos objetivos .....	53

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
MÓDULO III – CONTROLO DE INFEÇÃO .....	14
Objetivo 1. <i>Conhecer a dinâmica e organização da CCI do HSM</i> .....	15
Objetivo 2. <i>Desenvolver competências como formadora em serviço</i> .....	18
Sensibilizar para as boas práticas.....	19
Objetivo 3. <i>Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos para a prevenção das IACS</i> .....	24
Reflexão das Atividades Desenvolvidas .....	28
MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	30
Objetivo 1. <i>Prestar cuidados especializados com clientes internados no SO do AMP do Hospital da Luz</i> .....	31
Objetivo 2. <i>Catalogar as intervenções autónomas de enfermagem mais frequentes do SO do AMP de acordo com a linguagem CIPE®</i> .....	34
Reflexão das Atividades Desenvolvidas .....	38
MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS .....	40
Objetivo 1. <i>Prestar cuidados especializados com clientes internados na UCI do Hospital da Luz</i> .....	41
Objetivo 2. <i>Desenvolver competências de formação em serviço</i> .....	44
Objetivo 3. <i>Catalogar as intervenções autónomas de enfermagem mais frequentes na UCI, de acordo com a linguagem CIPE®</i> .....	46
Reflexão das Atividades Desenvolvidas .....	49
CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS .....	52
ANÁLISE SWOT.....	53
CONCLUSÃO.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	56
APÊNDICES .....	61
APÊNDICE I – OBJETIVOS DE ESTÁGIO: Módulo III .....	62
APÊNDICE II – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO: Módulo III .....	66
APÊNDICE III – PEDIDO À DIREÇÃO ENFERMAGEM DO HSM.....	68
APÊNDICE IV – PLANO DA SESSÃO: CCI .....	70

APÊNDICE V – GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO: CCI .....	73
APÊNDICE VI – IMPRESSÃO DIGITAL EM PLACAS DE PETRI.....	75
APÊNDICE VII – POSTERS: CCI .....	77
APÊNDICE VIII – FORMAÇÃO SERVIÇO E .....	83
APÊNDICE IX – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO: CCI .....	89
APÊNDICE X – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS: CCI .....	91
APÊNDICE XI – OBJETIVOS DE ESTÁGIO: MÓDULO I.....	98
APÊNDICE XII – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO: MÓDULO I .....	101
APÊNDICE XIII – PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA: AMP .....	103
APÊNDICE XIV – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS: AMP .....	105
APÊNDICE XV – CATÁLOGOS CIPE®: AMP .....	109
APÊNDICE XVI – PLANO DA SESSÃO E FORMAÇÃO CIPE®: AMP .....	126
APÊNDICE XVII – GRELHA DE AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO .....	132
APÊNDICE XVIII – OBJETIVOS DE ESTÁGIO: MÓDULO II .....	135
APÊNDICE XIX – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO: MÓDULO II .....	138
APÊNDICE XX – PLANO DE SESSÃO E FORMAÇÃO TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES: UCI .....	140
APÊNDICE XXI – PLANO DE SESSÃO E FORMAÇÃO UPP: UCI.....	144
APÊNDICE XXII – CARTAZ UPP: UCI .....	153
APÊNDICE XXIII – GRELHA DE AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS FORMAÇÕES .....	155
APÊNDICE XXIV – PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA: UCI.....	159
APÊNDICE XXV – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS: UCI .....	161
APÊNDICE XXVI – PLANO DE SESSÃO, FORMAÇÃO E CATÁLOGOS CIPE® .....	167
APÊNDICE XXVII – GRELHA DE AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO CIPE® .....	187
ANEXOS .....	190
ANEXO I.....	191
ANEXO II.....	194
ANEXO III.....	196
ANEXO IV .....	198

ANEXO V .....	200
ANEXO VI .....	202
ANEXO VII .....	204

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem "...tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva, para uma lógica progressivamente mais conceptual" (Silva, 2007, p.14). Cada vez mais se assiste a uma prática baseada na evidência, na investigação e nas teorias de enfermagem desenvolvendo, não só mais competências na tomada de decisão, mas também a capacidade de resposta face à necessidade de readaptação numa situação de saúde/doença.

De acordo com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade divulgados pela OE, os cuidados de enfermagem têm como objetivo primordial a prevenção da doença e promoção da readaptação, visando a satisfação das necessidades humanas e a independência na realização das atividades de vida diária, ao longo de todo o ciclo vital (2001). Este processo implica uma interação entre o enfermeiro e o cliente/família/comunidade baseada numa relação de ajuda, através de uma metodologia científica. O desenvolvimento da investigação e dos modelos conceptuais, associado ao nível de exigência cada vez maior dos clientes, consumidores dos cuidados, tem despoletado a necessidade de uma prática de enfermagem baseada na evidência. Contudo, ainda se assiste ao desenvolvimento do exercício profissional tendo como modelo o paradigma biomédico, prestando cuidados centrados nos sinais e sintomas da doença. É, portanto, necessária uma sensibilização dos enfermeiros para a valorização da teoria em enfermagem, aplicando o conhecimento que deriva da mesma, no desempenho das suas funções. Os Enfermeiros devem assumir a sua prática considerando todo o contexto sociocultural da pessoa com quem cuidam e interagem, e não apenas priorizando as suas características físicas.

O REPE distinguiu as intervenções dos enfermeiros em *autónomas e interdependentes* (1996, Artigo 9º). Nas prescrições interdependentes o enfermeiro é responsável pela implementação das mesmas, quando prescritas por outros profissionais de saúde, mas também as prescreve, sendo implementadas por outros. Nas prescrições autónomas, o enfermeiro é responsável pela prescrição e implementação. Para além disso, o REPE também reconhece a enfermagem como uma profissão dotada de autonomia, dignidade e complementaridade funcional relativamente a outras profissões (1996, Artigo 8º). Tanto a responsabilidade como a autonomia devem estar implícitas na capacidade de tomada de decisão do enfermeiro, após a identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem do cliente/família/comunidade para depois prescrever as suas intervenções, "de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados" (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.6).

Considerando a Tomada de Decisão em Enfermagem como tema central, este Relatório realiza-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa e pretende ser uma reflexão sobre o caminho percorrido ao longo do Estágio. O Estágio foi constituído por

3 Módulos, cada um com um total de 180 Horas de contacto e 10ECTS, tendo sido realizados de acordo com a seguinte cronologia:

- Módulo III - Opcional: Comissão de Controlo de Infeção: de 27 de abril a 24 de junho de 2011;
- Módulo I - Serviço de Urgência: de 26 de setembro a 18 de novembro de 2011;
- Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos: de 21 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012.

Para a concretização dos Módulos I e II, optei pelo Hospital da Luz, sendo a unidade hospitalar mais recente do Grupo Espírito Santo Saúde. Desde a sua abertura ao público, em dezembro de 2006, tem tido um crescimento considerável apesar da crise económica que nos assombra. O facto de trabalhar no Hospital da Luz foi um fator facilitador e decisivo na seleção dos locais para os dois primeiros módulos, não só pela proximidade mas também pela conciliação de horários.

Relativamente ao Módulo III, optei pelo Controlo de Infeção pois considero essencial que todos os profissionais de saúde compreendam a necessidade de desenvolver boas práticas durante a prestação de cuidados, evitando a transmissão de microrganismos, para proteger, não só os clientes com quem cuidam mas os próprios profissionais. Foi realizado no Hospital de Santa Maria, não só pela proximidade em relação ao meu local de trabalho mas também porque já frequentei anteriormente uma formação, em contexto de acumulação de funções como elemento de ligação do meu serviço com a CCI do Hospital da Luz, tendo como formadores os elementos da CCI do Hospital de Santa Maria, o que foi muito enriquecedor para o desempenho dessas mesmas funções. Para além disso, quis vivenciar uma realidade completamente diferente da realidade vivida no meu contexto de trabalho pois, tendo em conta a sua dimensão, espera-se uma excelente coordenação entre todos os envolvidos no cumprimento do PNCI.

Ao longo do Estágio considerei pertinente orientar a prática de acordo com os modelos teóricos que mais se adequaram ao momento. Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major (1994), estudaram a evolução das escolas de pensamento classificando-as de acordo com três paradigmas: categorização, integração e transformação.

Apesar do Estágio se encontrar dividido em três Módulos, todos eles se enquadram no Paradigma da Transformação, orientado face ao mundo, em que um fenómeno é único nunca se assemelhando a outro e estando em constante interação com o mundo que o rodeia, sendo por seu lado esta interação recíproca. A pessoa é única, composta por várias dimensões e em permanente interação com o ambiente. A saúde é vista como um fenómeno que inclui a unidade pessoa-ambiente. O enfermeiro provoca, ao cuidar com cada pessoa, o desenvolvimento do seu próprio potencial (Kérouac et al., 1994, p.13).

No decorrer do Relatório pretendo definir a problemática, contextualizá-la e enquadrá-la na Escola do Cuidar, de Jean Watson e Madeleine Leininger, nos três Módulos, apresentando objetivos e estratégias, recorrendo à Norma Portuguesa (NP-405) para referência bibliográfica e citações.

## **MÓDULO III – CONTROLO DE INFEÇÃO**

Apesar dos progressos a nível da saúde pública e hospitalar, as infeções continuam a surgir, repercutindo-se na qualidade de vida dos doentes e constituindo custos adicionais às instituições onde são adquiridas. As IACS, adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, representam um dos principais indicadores de qualidade da prestação de cuidados, sendo atualmente um dos eventos adversos mais comuns nas instituições de saúde. Uma das estratégias para a prevenção e controlo de infeção é proteger o hospedeiro suscetível, sendo tal possível através de práticas seguras. As precauções básicas de controlo de infeção incluem uma correta higienização das mãos e utilização dos EPIs, aplicando-se a todos os indivíduos, independentemente do diagnóstico.

A DGS determinou a criação de CCI para operacionalizar o PNCI, tendo as principais funções: “vigilância epidemiológica; elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas; formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes; consultadoria e apoio” (2007a, p.1).

A CCI do Hospital de Santa Maria tem como objetivo “prevenir, detetar e propor medidas de controlo de infeção no Centro Hospitalar articulando-se, para tal, com os vários departamentos, serviços e unidades funcionais” (<http://www.hsm.min-saude.pt>). A sua nomeação foi publicada no Boletim Informativo nº184 de 13 de outubro de 2004 e de entre os seus elementos contam-se duas enfermeiras a tempo inteiro. Apesar de, muitas vezes, a existência de protocolos poderem limitar a tomada de decisão, é importante a consciencialização dos riscos a que os enfermeiros e cliente/família/comunidade se sujeitam perante o incumprimento. A higienização das mãos e a utilização dos EPIs implicam uma tomada de decisão autónoma, consciente e responsável.

Para a concretização deste Módulo, foram definidos três objetivos:

- 1º Conhecer a dinâmica e organização da CCI do HSM;
- 2º Desenvolver competências como formadora em serviço;
- 3º Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

(APÊNDICE I)

Ao longo deste Capítulo, pretendo demonstrar as atividades e competências desenvolvidas para a concretização de cada objetivo específico.

(APÊNDICE II)

## **Objetivo 1. Conhecer a dinâmica e organização da CCI do HSM**

O HSM, juntamente com o HPV, forma o CHLN, estando a CCI dividida pelos dois hospitais. O funcionamento, as atividades normativas e formativas ou de sensibilização e divulgação são realizadas pelos elementos de ambos os hospitais, sob supervisão do Coordenador. Em cada hospital encontram-se duas ECI. No entanto, enquanto o HPV tem a dotação de 327 camas, o HSM tem 1104. Relativamente à afetação de ECI, a DGS recomenda, através da Circular Normativa nº18, que se sigam as orientações internacionais. Assim sendo, de acordo com o CDC e o NNIS, “as unidades de saúde devem ter um enfermeiro de controlo de infeção (ECI) a tempo completo, para uma lotação entre as 110 e as 140 camas e mais um ECI por cada mais 250 camas, além desta lotação” (DGS, 2007a, p.3). Tendo em conta as recomendações da DGS, é visível a discrepância dos recursos humanos relativamente à distribuição das ECI no CHLN. Fazendo o cálculo, só o HSM deveria ter, no mínimo, quatro ECI.

Segundo o Regulamento da CCI do CHLN, a ECI desempenha as seguintes funções:

- Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo de infeção;
- Orientar e supervisionar a operacionalização das normas e recomendações através de auditorias internas;
- Manter contacto permanente com os vários departamentos, serviços e unidades;
- Detetar casos de infeção, articulando com o Laboratório de Microbiologia;
- Colaborar nos programas de vigilância epidemiológica instituídos pela CCI: VE das INCS (nos serviços aderentes), VE das infeções por estirpes epidemiologicamente significativas;
- Assegurar a recolha de material para a implementação dos programas considerados necessários;
- Identificar necessidades na área de formação multidisciplinar, desenvolvendo e participando em ações de formação;
- Colaborar nos processos de recolha e divulgação da bibliografia.

Estas funções vão de encontro às áreas de intervenção propostas no PNCI emitido pela DGS (VE nos Hospitais, Programa da VE das IACS a nível nacional, como por exemplo, as INCS, Recomendações de Boas Práticas em Controlo de Infeção, Formação e Informação) cumprindo, deste modo, o disposto na Circular Normativa nº18 da DGS.

Durante o Estágio, foi possível acompanhar a ECI a determinados serviços para divulgar a presença de microrganismos epidemiologicamente significativos, demonstrando preocupação em saber onde se encontrava o doente colonizado/infetado com esse microrganismo, e quais as medidas que se poderiam adotar para minimizar os riscos de transmissão. Sendo uma das suas funções monitorizar e supervisionar, a ECI fez sempre recomendações ou sugestões, tendo como base um princípio construtivo,

No dia 27 de abril de 2011, assisti a uma reunião agendada entre a CCI e o Técnico Responsável da Farmácia, que partilhou a preocupação sentida relativamente à

desinfecção/higienização de instalações e equipamentos, bem como à preparação de citostáticos e alimentação parentérica solicitando, deste modo, o parecer da CCI. Foi sugerida, por esta comissão, uma visita às instalações da Farmácia, uma vez que os seus membros não conhecem muito bem a estrutura física e os circuitos a que eram submetidos os medicamentos, sendo agendada para uma hora coincidente com a preparação de citostáticos e alimentação parentérica. A visita foi realizada no dia 29 de abril de 2011 e foram explicados os circuitos de circulação neste serviço: zona suja (passagem dos lixos), zona limpa (preparação de medicamentos não estéreis) e zona estéril (preparação de medicamentos estéreis, nomeadamente citostáticos e alimentação parentérica em câmaras de fluxo laminar). Durante a visita foi observável o empenho e articulação entre todos os profissionais de saúde envolvidos, na medida em que as ECI reforçaram os aspetos positivos e os que poderiam ser melhorados tendo, o Técnico Responsável, manifestado interesse, motivação e disponibilidade para melhorar práticas.

As reuniões entre os diversos serviços e a CCI, bem como entre os seus próprios elementos tiveram um impacto positivo no meu desempenho profissional pois promoveram, não só a capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multi e interdisciplinar, como também desenvolveram a consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o controlo de infeção. Sendo o elemento de ligação da CCI e também o 2º elemento do serviço onde trabalho, substituindo o Enfermeiro Responsável durante a sua ausência, considero fundamental desenvolver capacidades de liderança, de auto e heterocrítica, e também de assertividade. Através da observação do desempenho da ECI desenvolvi uma maior capacidade de observação crítica, supervisionando e ensinando outros profissionais de saúde, colaborando no seu processo de integração e promovendo o seu desenvolvimento profissional.

Durante o Estágio tive a oportunidade de frequentar duas formações que, além de estarem incluídas no plano de trabalhos da ECI, constituíram dois momentos de aprendizagem na área de Controlo de Infeção.

No dia 03 de maio de 2011, realizou-se no Hospital da Luz, o Congresso - *IACS 2011: EM DIREÇÃO A UM CONTROLO GLOBAL*, tendo sido abordados os seguintes temas: Do controlo à Resistência Global; Gestão e Contenção de surtos; Controlo de infeção para além do Hospital. O congresso focou, principalmente, as resistências aos antimicrobianos, uma preocupação que tem vindo a emergir nos últimos anos. Destaco a participação dos representantes da DGS e da WHO, que me proporcionaram uma visão nacional e internacional do panorama da saúde, relativamente ao Controlo de Infeção.

**(ANEXO I)**

Em contexto de formação aos elementos de ligação da CCI do CHLN, sobre a prevenção das IACS, no dia 19 de maio de 2011 frequentei uma das formações no HPV, abordando a descontaminação de materiais e equipamentos. Esta temática sempre me suscitou algumas dúvidas devido, principalmente, à assimilação de determinados conceitos tais como, diferenças entre lavagem, desinfecção e esterilização, quais os produtos adequados para cada processo e,

por fim, quais os materiais que podem ser submetidos a cada processo. Conhecendo, deste modo, os procedimentos efetuados no CHLN, tendo em conta as normas emanadas pela CCI, transpus estes conhecimentos para o contexto de trabalho. Trabalhando numa instituição diferente, as suas normas e procedimentos também o são, contudo, os princípios deverão ser mantidos. Demonstrei uma preocupação em conhecer os produtos utilizados para a lavagem e desinfeção dos materiais e equipamentos, bem como a regularidade com que são efetuadas e em que momentos, adotando uma postura mais proactiva do que passiva.

## **Objetivo 2. Desenvolver competências como formadora em serviço**

A WHO, pretendendo promover a importância da higienização das mãos no controlo das IACS, desenvolveu, em 2005, a Campanha *Clean Care is Safer Care*, à qual Portugal aderiu em 2008 e operacionalizou em 2009. Para 2011, a DGS anunciou a continuação da Campanha, planeando uma nova fase de sensibilização, divulgação e recrutamento de novos serviços, seguindo-se novamente a realização de observações da prática de higienização das mãos, de acordo com os cinco Momentos preconizados pela WHO, através de um formulário de observação. Sendo o HSM uma das instituições aderentes à Campanha, com nove serviços envolvidos, a CCI iniciou a fase de sensibilização e divulgação, que coincidiu com o período do Estágio. A ECI manifestou vontade em reforçar a importância da higienização das mãos antes de se iniciarem as observações, acompanhando as fases da campanha proposta pela DGS para 2011. No entanto, estando o HSM já equipado com cartazes relativos à Campanha de 2009, pretendia-se sensibilizar utilizando uma metodologia diferente, que criasse algum impacto e que motivasse os profissionais para aderirem às boas práticas. A DGS, através da Circular Normativa nº13, sugere dois métodos para avaliar a eficácia da SABA nas ações de formação sobre a importância da higiene das mãos: impressão digital das mãos em Placas de Petri, procedendo-se ao exame cultural das mesmas, e luz ultravioleta (2010). O método da impressão digital em Placas de Petri foi utilizado numa instituição de saúde nos Estados Unidos da América, onde o nível de contaminação nas Placas teve um impacto tão grande nos profissionais de saúde, que estes melhoraram a adesão à higiene das mãos em quase 100% (Kilmer, 2009).

Com a colaboração do Microbiologista do HSM, que é o Coordenador da CCI, foram disponibilizadas cinquenta Placas de Petri, para os profissionais de saúde colocarem a sua impressão digital. Decidiu-se, então, utilizar dez Placas em cada serviço, selecionando, aleatoriamente, cinco dos nove serviços que aderiram à Campanha em 2009. A CCI sugeriu que a impressão digital nas Placas fosse realizada antes do contacto com o doente, correspondendo ao Momento 1 preconizado pela WHO, por ter sido o momento de menor adesão dos profissionais de saúde, quer a nível da instituição, quer a nível nacional, durante a Campanha de 2009. Após a impressão digital nas Placas de Petri, estas foram colocadas numa estufa, no Laboratório de Microbiologia, permanecendo cerca de 48 horas. O que se espera encontrar nas Placas são bolas de diversas cores e dimensões, correspondendo cada bola a uma colónia de microrganismos.

Esta iniciativa foi concretizada em conjunto com outra colega do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que também realizou o Estágio na CCI.

Para a concretização da Ação de Sensibilização, a CCI facultou os dados estatísticos de cada serviço, relativamente à Campanha que decorreu em 2009/2010. Para tal, foi solicitada autorização à DE do HSM para que os dados, consultados e recolhidos, pudessem ser mobilizados para o Relatório de Estágio, assegurando o anonimato de todos os Serviços, bem como de todos os profissionais de saúde (**APÊNDICE III e ANEXO II**).

A Ação de Sensibilização foi dividida em 2 sessões:

1ª Sessão: Impressão digital das mãos dos profissionais de saúde, em placas de Petri, para pesquisa de microrganismos, imediatamente antes do contacto com o doente.

2ª Sessão: Apresentação das Placas de Petri (seladas) e de um poster com as fotos das placas de Petri, relacionando-as com os resultados das observações efetuadas em 2009/2010, de cada serviço.

O Plano da Ação de Sensibilização foi antecipadamente divulgado e disponibilizado aos enfermeiros de ligação com a CCI e/ou enfermeiros responsáveis dos serviços, assegurando, desde o início, o anonimato dos profissionais que colaborassem na impressão digital das Placas (**APÊNDICE IV**). Foi também elaborada uma grelha de avaliação da Ação de Sensibilização, utilizando uma Escala de Likert de 5 itens, para que os profissionais de saúde, presentes na 2ª Sessão, pudessem avaliar, não só o seu conteúdo mas também o desempenho dos formadores, permitindo a recolha dos aspetos positivos e/ou a melhorar (**APÊNDICE V**).

Todos os serviços se mostraram interessados e com grande expectativa perante os resultados, pedindo também a colaboração na realização das observações da higienização das mãos de acordo com os cinco Momentos, confidenciando a falta de tempo e de recursos, apesar da vontade manifestada pelos elementos de ligação em colaborar na promoção das boas práticas. No Serviço E foi manifestado o desejo de se realizar também a higienização das mãos utilizando SABA com corante, que permite a visualização das mãos numa máquina com luz ultravioleta (Dermalux®), sendo possível constatar as zonas das mãos que não são devidamente higienizadas. Como o serviço tinha admitido profissionais de saúde recentemente, que não conheciam a Campanha das Mãos, foi solicitada a realização de uma formação que incluísse alguns conceitos importantes relacionados com a temática. Acabou por ser verbalizado por alguns enfermeiros, presentes na reunião, que privilegiavam a lavagem das mãos com sabão, em detrimento da utilização de SABA, por julgarem ser mais irritante para a pele. Senti que os profissionais queriam resultados mostrando-se, no entanto, resistentes à mudança das práticas. Esta resistência constituiu, inicialmente, um obstáculo à minha motivação pessoal pois senti que não iria haver receptividade em adquirir outros conhecimentos, mas acabou por ser um desafio construtivo pois estimulou a pesquisa de estudos empíricos que pudessem ajudar a justificar a necessidade de mudança de alguns comportamentos.

### **Sensibilizar para as boas práticas**

Durante a aplicação da impressão digital das mãos, em Placas de Petri, nos cinco serviços, foi possível abranger profissionais de saúde de diversas áreas, nomeadamente enfermeiros, médicos, AO e técnicos de radiologia que, embora não sendo do serviço, aderiram à iniciativa.

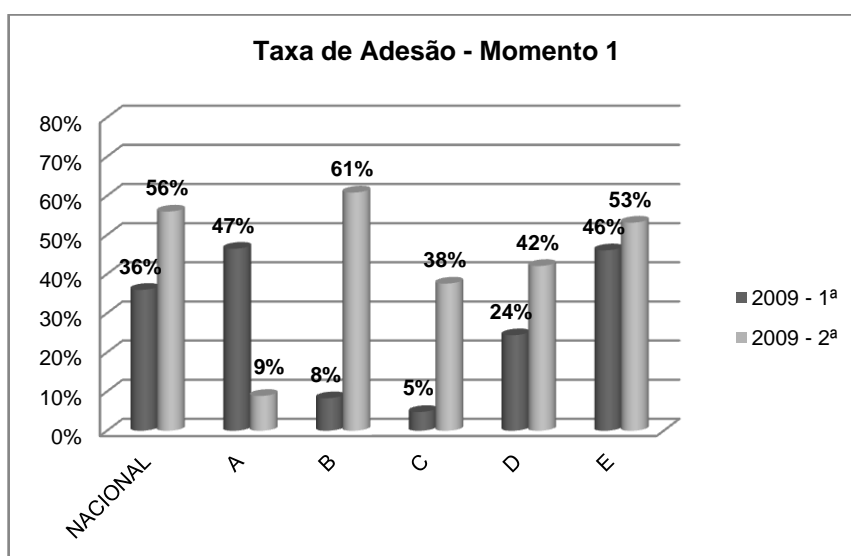
Apesar de terem sido agendadas as visitas e divulgado o Plano de Sessão previamente aos elementos de ligação da CCI e enfermeiros responsáveis dos serviços, garantindo o anonimato dos profissionais, alguns evitaram aproximar-se verbalizando desconhecimento dos objetivos. Contudo, após a explicação da presença da CCI e o reforço da manutenção do anonimato, o sentimento inicial de dúvida foi substituído pela curiosidade e expectativa, demonstrando total colaboração.

Este afastamento inicial de alguns profissionais conduziu à necessidade de me aproximar dos mesmos e de justificar as minhas ações contextualizando a prática com a teoria e evidência científica. Foi um obstáculo que acabou por constituir um momento de aprendizagem, na medida em que tive que desenvolver a capacidade de motivar os outros.

Ao longo destas sessões constatei que a presença da CCI nos serviços acabou por influenciar determinadas práticas pois alguns dos profissionais recorreram mais vezes à utilização de SABA e à lavagem das mãos com sabão durante a prestação de cuidados. Apesar do risco de alterar os resultados, as visitas acabaram por ser promotoras da adoção das boas práticas de higienização das mãos.

Cerca de 48 a 72 horas após permanecerem na estufa do Laboratório de Microbiologia do HSM, verificou-se que, na generalidade, as Placas de Petri apresentaram elevada colonização de microrganismos (**APÊNDICE VI**).

A reação dos profissionais dos cinco serviços, ao serem confrontados com as Placas colonizadas, foi principalmente de perplexidade e até mesmo de alguma repulsa. Tendo sido a impressão digital realizada antes do contacto com o doente, foi reforçada a importância da higienização das mãos no Momento 1, para proteger o doente das IACS, articulando com os resultados da Campanha da Higiene das Mãos de 2009, promovido pela DGS.



**GRÁFICO 1** – Taxa de Adesão no Momento 1-antes do contacto com o doente

Através do Gráfico 1 verifica-se que, à exceção do Serviço A, os restantes serviços acompanharam os resultados da taxa de adesão nacional relativamente ao Momento 1 – Antes

do contacto com o doente. Ou seja, na 2ª fase de avaliação, após o período de formação estipulado pela DGS, houve uma melhoria da adesão à prática de higienização das mãos antes do contacto com o doente, sendo essa melhoria muito significativa no Serviço B, considerando a adesão na 1ª fase de avaliação, uma vez que passou de 8% para 61%.

Relativamente ao Serviço A, contrariando o expectável, houve um decréscimo acentuado da taxa de adesão no período pós-formação da Campanha, ficando muito abaixo da taxa nacional. De acordo com o Relatório da DGS sobre os resultados da Campanha Nacional da Higiene das Mãos de 2009, os momentos de maior adesão foram os relacionados com a proteção do próprio profissional de saúde (“depois do risco de exposição a sangue e fluidos corporais” e “depois do contacto com o doente”), sendo por isso importante refletir “(...) sobre a importância dos 5 momentos, sendo que todos são igualmente importantes para evitar a transmissão cruzada da infeção” (DGS, 2009c, p.21).

A 2ª sessão da Ação de Sensibilização acabou por ser uma sessão mais informal, de partilha de informação, o que facilitou o desempenho como formadora pois um dos meus maiores receios era o de falar em público, principalmente para os “pares”.

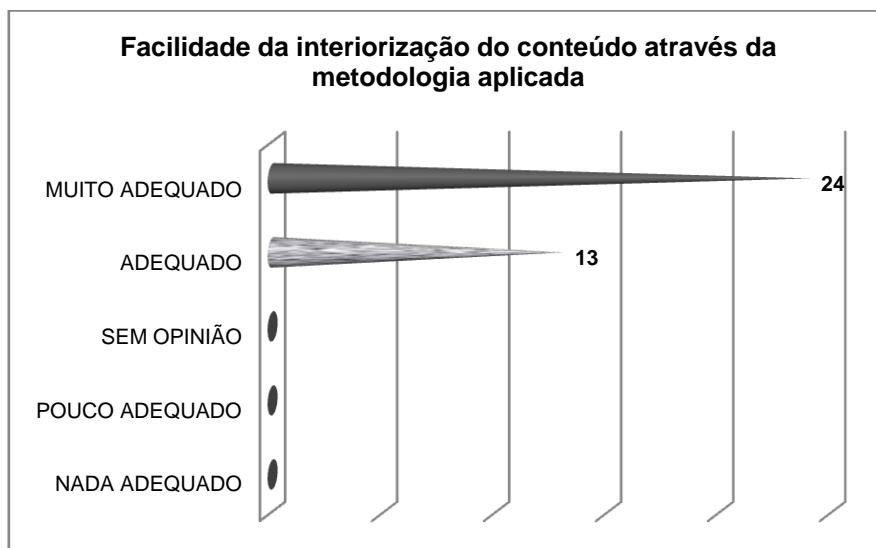
O interesse despertado pelas Placas de Petri colonizadas facilitou a articulação com os resultados da Campanha das Mãos de 2009. Como a Ação de Sensibilização foi dividida em dois momentos não foi possível abranger todos os profissionais de saúde dos cinco serviços. Desta forma, foi elaborado um poster com as fotos das placas e os resultados da Campanha, para cada serviço, para que todos os profissionais tivessem a possibilidade de conhecer o trabalho realizado, contribuindo assim para a sensibilização da importância da adoção de boas práticas.

#### (APÊNDICE VII)

No Serviço E, para além da apresentação das Placas de Petri colonizadas e do Poster, foi realizada, tal como combinada previamente, uma exposição oral sobre a Higienização das Mãos, através de PowerPoint, recorrendo no final à utilização do aparelho Dermalux®. Ao contrário do que esperava, dada a resistência inicial de alguns profissionais, foi o serviço com maior número de participantes. Perante os resultados ilustrados no Poster, na 2ª avaliação de 2009, verificou-se que o Momento 1 – antes do contacto com o doente, se aproxima da taxa de adesão nacional, com 53% de adesão. Contudo, observou-se uma grande disparidade entre os primeiros quatro Momentos e o Momento 5 – após contacto com o ambiente do doente, cuja adesão foi bastante inferior comparativamente com os dados nacionais, com apenas 22% de adesão. Como tal, foi reforçada a importância dos cinco Momentos na prevenção das IACS, focando, neste caso, o Momento 5. A Enfermeira Responsável do serviço demonstrou preocupação e vontade de melhorar, questionando a ECI sobre algumas das suas infraestruturas. Foram também apresentados estudos que comprovam a eficácia da utilização de SABA no controlo das IACS, sendo menos prejudicial para a pele que a simples lavagem com água e sabão, contrariando a informação partilhada pelos profissionais do serviço (APÊNDICE VIII). Durante a 1ª sessão constatei a presença de SABA em cada cama do serviço, sendo o acesso a esta mais rápido que o sabão, existindo um ponto de água em cada enfermaria (quatro camas), o que cumpre o disposto na Circular Normativa nº13 da DGS:

“fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados” (2010). A colaboração dos formandos na visualização das mãos após utilização de SABA com contraste na máquina Dermalux®, foi total. Foi uma das sessões mais completas, pois foram atingidos, não só os objetivos propostos, como também foi de encontro às necessidades do serviço, sentidas pelos seus profissionais e pela CCI. A resistência sentida inicialmente deu lugar à satisfação e realização profissional pois senti-me mais competente para falar para audiências especializadas.

De acordo com a grelha de avaliação da Ação de Sensibilização, a Formação foi predominantemente adequada, o Conteúdo maioritariamente muito adequado e os itens correspondentes aos Formadores foram avaliados, principalmente, entre o adequado e o muito adequado (APÊNDICE IX). De salientar apenas que, no primeiro item correspondente à avaliação da Formação – coordenação entre as sessões, houve um número considerável de respostas “sem opinião” pois os profissionais que assistiram à 2ª sessão não foram os mesmos que colocaram os seus dedos nas Placas, havendo, desse modo, alguma dificuldade na avaliação da coordenação. Teria sido útil a realização de mais sessões em cada serviço para abranger o maior número de profissionais mas, dado o limite de tempo e o número de Placas disponíveis, tal não foi possível. De qualquer modo, a metodologia aplicada foi considerada facilitadora da interiorização do conteúdo, sendo que cerca de 65% dos formandos avaliou este item como muito adequado, tal como mostra o gráfico.



**GRÁFICO 2** – Facilidade da interiorização do conteúdo através da metodologia aplicada

No dia 16 de junho de 2011, estando a ECI a substituir a Enfermeira-chefe do SEC do HSM, foi-me sugerido que preparasse um momento informal, utilizando a máquina Dermalux®, para sensibilizar os AO do SEC sobre a importância da higienização das mãos. Uma vez que

contactam com material esterilizado e circulam por vários serviços para o distribuírem, as suas mãos constituem um veículo de transmissão cruzada de microrganismos. À medida que os AO iam chegando ao SEC, fui solicitando a sua colaboração para colocarem as mãos, após a aplicação de SABA com contraste, na Dermalux®, visualizando as áreas onde não foi aplicada a SABA. Para cada AO, reforcei a informação dos passos adequados para uma correta higienização das mãos, focando principalmente aqueles correspondentes às áreas das mãos não higienizadas. No final de cada demonstração, foi oferecido um autocolante com o símbolo das mãos para colocarem nas suas fardas, como forma de agradecimento pela sua colaboração (ANEXO III). A participação dos AO foi total, de tal modo que, por vezes, foram os próprios AO que foram ao meu encontro manifestando curiosidade em verificar se a higienização das suas mãos seria adequada. As áreas onde falhou a aplicação de SABA foram, de um modo geral, nos espaços interdigitais, polegar e a ponta dos dedos, o que vai de encontro à figura publicada durante a Campanha da Higiene das Mãos em 2009 (ANEXO IV).

Através de metodologias ativas, reflexivas e participativas, implicaram-se os formandos no seu próprio processo formativo (Gonçalves, Soeiro e Silva, 2010, p. 27). Os formandos "... são motivados por uma matéria que diz respeito às suas vidas no passado, às suas vidas atuais, às suas vidas futuras e de preferência às três" (Escola Superior de Educação de Coimbra, 2011a, p.2), sendo que se recordam de 97% das coisas quando estão reunidos quatro elementos: ver, ouvir, dizer e fazer, sendo uma forma de os motivar, envolvê-los ativamente na aprendizagem, relacionando a matéria com a sua própria experiência (Escola Superior de Educação de Coimbra, 2011b).

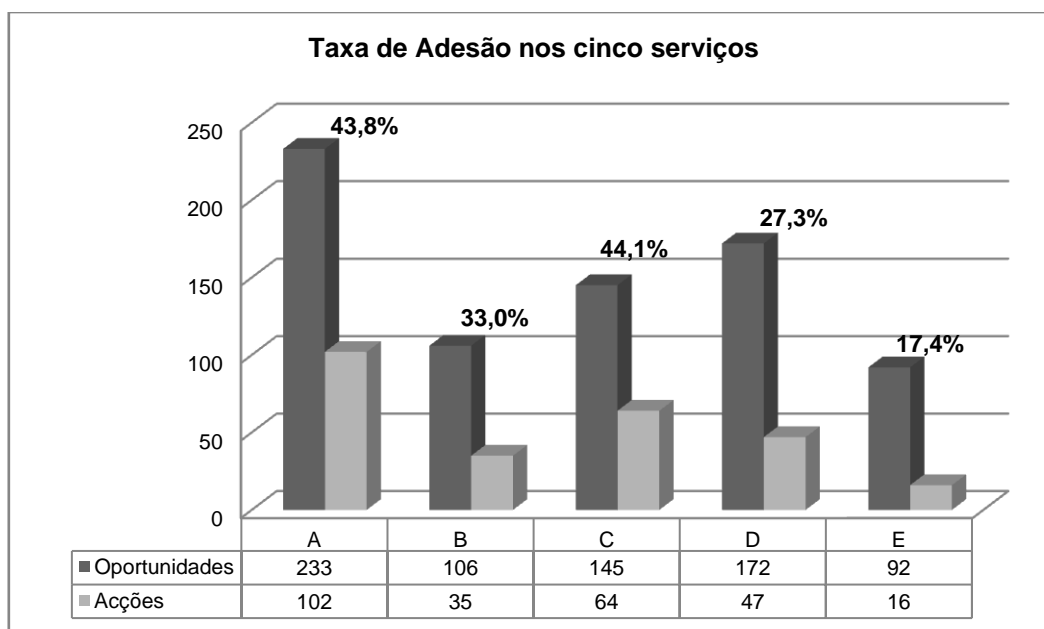
Para a concretização deste objetivo, desenvolvi várias competências ao longo das atividades desempenhadas. Concretamente, através da aplicação das Placas de Petri, foi necessário participar e promover a investigação em serviço na área de controlo de infeção, para comprovar a realidade dos serviços; produzir um discurso pessoal e fundamentado, na medida em que, ao solicitar a colaboração dos profissionais de saúde, foi necessário contextualizar e justificar o método utilizado e demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, tendo em conta a resistência de alguns profissionais de saúde. Durante a realização das ações de sensibilização, nomeadamente na 2ª sessão e no momento informal no SEC, desenvolvi a capacidade de comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas e de demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de controlo de infeção. Acima de tudo, a realização destas sessões, em contexto da CCI, promoveram a capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

### **Objetivo 3. *Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos para a prevenção das IACS***

A par do desafio “Clean Care is Safer Care”, a WHO convidou os países aderentes a testarem a aplicabilidade das orientações propostas sobre a higiene das mãos (5 Momentos), com o objetivo de “relacionar o aumento da adesão dos profissionais de saúde à prática da higiene das mãos, após a implementação da Campanha, com a diminuição da prevalência das infeções nosocomiais” (DGS, 2009a, p.4). A estratégia proposta pela WHO, compreendeu uma avaliação inicial da adesão dos profissionais à prática da higiene das mãos, utilizando uma grelha de observação (**ANEXO V**). A partir da avaliação inicial houve um período de formação dos profissionais, seguindo-se uma nova avaliação da adesão à prática da higiene das mãos, para averiguar o impacto da Campanha, que em Portugal, teve início em 2009. De acordo com a DGS, “os resultados das observações utilizam-se exclusivamente para promover, informar e capacitar os profissionais de saúde (...), devem ser anónimos e não devem ser utilizados em avaliações administrativas do pessoal garantindo-se, assim, a confidencialidade dos dados” (2009, p.27). Tendo a DGS comunicado a continuação da Campanha, os serviços do HSM onde foram realizadas as Ações de Sensibilização, manifestaram a necessidade de ajuda na fase de novas avaliações. Como tal, utilizei a mesma grelha de observação para verificar a adesão atual à prática da higiene das mãos, avaliando o impacto das Ações de Sensibilização, nos cinco serviços referidos anteriormente e que foram selecionados de forma aleatória. Pretende-se um retrato geral desta amostra, não devendo ser generalizado para a população. A metodologia aplicada para a concretização deste objetivo foi a observação participada e estruturada, uma vez que os sujeitos (neste caso, profissionais de saúde) sabiam que estavam a ser observados, sendo utilizada uma grelha de observação para o registo das ocorrências (Azevedo e Azevedo, 2008). Quivy e Campenhoudt referem que “os métodos de observação direta constituem os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem” (1995, p.196). A DGS, através do Manual para os Observadores, também preconiza a observação como “ a maneira mais correta de estudar as práticas de higiene das mãos”, sendo os seus resultados essenciais para “determinar as intervenções mais adequadas para a promoção da higiene das mãos, a educação, a formação e a informação” (2009, p. 27). O obstáculo mais importante na observação é o da subjetividade dos diferentes observadores, devido ao “risco de introduzir enviesamentos na escolha das unidades de observação e no registo de dados” (Fortin, Côté, Fillion, 2009, p. 374), pelo que estes devem ser formados para a observação e ter experiência prévia na área da prestação de cuidados de saúde. Considerando as minhas funções como elemento dinamizador da CCI na instituição onde trabalho, frequentei várias formações sobre a Higiene das Mãos, tendo desempenhado o papel de observadora ao longo das fases da Campanha preconizada pela WHO.

Para o tratamento dos dados colhidos recorri à estatística descritiva, uma vez que “a taxa ou a frequência do aparecimento dos comportamentos pode ser calculada estatisticamente” (Fortin, Côté, Filion, 2009, p.375).

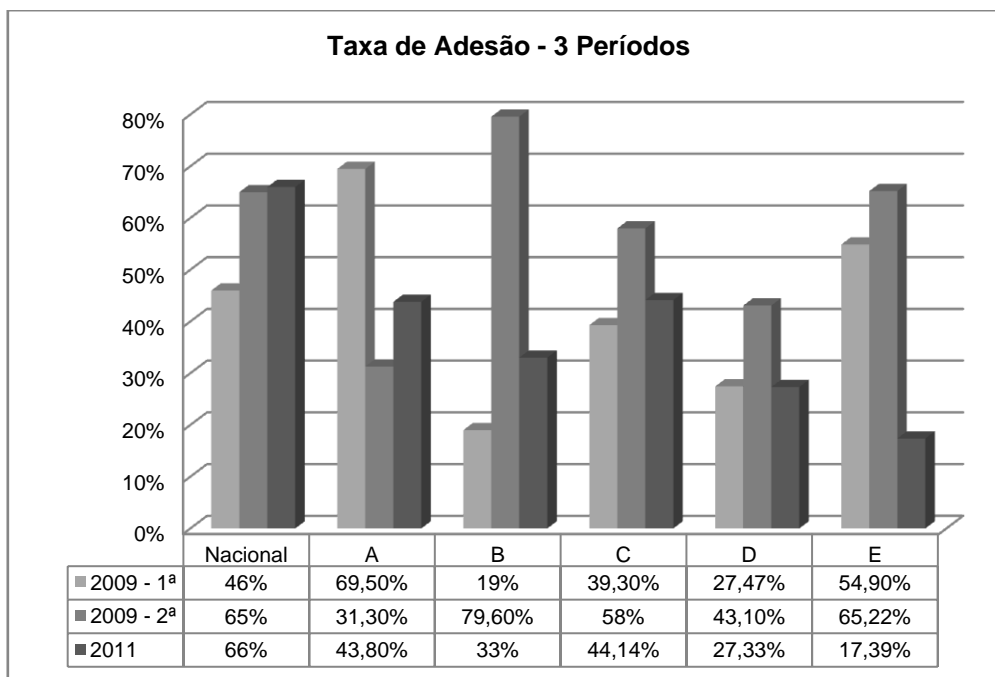
(APÊNDICE X)



**GRÁFICO 3** – Taxa de adesão nos cinco serviços, em 2011

$$Adesão (\%) = \frac{Ações}{Oportunidades} \times 100$$

Para a concretização da avaliação da Higiene das Mãos, são recomendadas 200 observações em cada serviço (DGS, 2009b). Contudo, como se pode constatar no Gráfico 3, devido ao limite de tempo de Estágio, não foi possível a realização das observações recomendadas nos cinco serviços. Para além disso, à exceção do Serviço A, as observações foram realizadas em apenas um momento, o que implica que a avaliação foi feita apenas aos profissionais de saúde presentes nesse momento. Tal pode contribuir para provável enviesamento de dados, uma vez que a amostra pode não ser representativa de toda a equipa de cada serviço. De qualquer modo, perante os resultados visíveis no Gráfico, o Serviço E foi o que apresentou uma menor taxa de adesão pois, para 92 oportunidades apenas foram realizadas 16 ações.



**GRÁFICO 4 – Taxa de adesão nos cinco serviços, nos 3 períodos de observação**

Segundo o Relatório sobre a Campanha Nacional da Higiene das Mãos de 2010-2011, em 2009 (2ª fase de avaliação), cerca de 82% dos hospitais que aderiram à Campanha apresentaram uma taxa de adesão superior a 50% (DGS, 2011). Relativamente à amostra considerada, apenas 2 serviços ficaram abaixo do valor nacional. Em 2011, a taxa de adesão nacional foi de 66%, valor abaixo do expectável, uma vez que a DGS pretendia, para esse ano, uma taxa de 75%. De qualquer modo, como se pode ver no Gráfico 4, os cinco serviços apresentaram uma taxa de adesão muito aquém do valor médio nacional.

A DGS refere que, de acordo com a WHO, “para se conseguirem diminuições nas taxas de prevalência das IACS, são necessários pelo menos 5 anos de uma campanha de higiene das mãos sustentada” (DGS, 2011, p.4).

Durante as observações realizadas nos cinco serviços deparei-me com dois fatores que poderão influenciar os dados: a minha presença, anunciada e explicada, poderá ter influenciado o comportamento de alguns profissionais de saúde, ao recorrerem mais vezes à utilização de SABA (por vezes, quando me viam, recuavam para higienizar as mãos), e o facto das observações em 2009, 2010 e 2011 terem sido efetuadas por observadores diferentes o que, perante prováveis questões dúbias, poderá ter conduzido a diferentes interpretações de resultados. Após a realização das observações em cada serviço, houve um momento de partilha do que observei e interpretei com a ECI, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o doente e família na área de controlo de infeção.

Infelizmente, devido ao fator tempo e tendo em conta todas as atividades programadas e desenvolvidas, não foi possível apresentar junto da CCI a minha análise da interpretação dos

dados observados, tendo apenas sido partilhados de forma oral e informal. De qualquer modo, as observações efetuadas de acordo com a grelha de observação, foram disponibilizadas aos serviços respetivos, para que os seus elementos de ligação possam concluir a fase atual da Campanha das Mãos.

## Reflexão das Atividades Desenvolvidas

Numa CCI, apesar do doente continuar a desempenhar um papel central, não existe prestação direta de cuidados, sendo os cuidados de enfermagem orientados para a observação, experiência e conhecimentos de saúde pública. Assim sendo, a minha intervenção foi direcionada para a prevenção e controlo de infeção, tendo como alvo da minha atuação, o Ambiente. De acordo com o Paradigma da Transformação, o Ambiente é definido como "... o conjunto do Universo do qual a pessoa faz parte..." (Kérouac et al., 1994, p.15), coexistindo com a mesma e evoluindo de acordo com as interações passadas, presentes e futuras. Já em 1858, Nightingale defendia uma enfermagem orientada para a mudança do ambiente. Apesar de não haver uma definição clara do conceito Ambiente, no século XIX, durante a Guerra da Crimeia, Florence Nightingale demonstrava a importância de controlar as doenças infecciosas providenciando boas condições de higiene. Através da Teoria do Ambiente, Nightingale definiu em pormenor os conceitos de ventilação, calor, luz, dieta, limpeza e barulho, sendo ainda hoje fulcrais para o controlo de infeção. Nightingale definiu a doença como "um processo reparador da Natureza", associando o sofrimento, não à doença mas aos cuidados de enfermagem que deveriam consistir no controlo dos fatores ambientais acima mencionados para evitar a interrupção desse processo reparador (2005 (1858), p.20). Considerando a Escola do Cuidar, o ambiente "é constituído por um mundo físico ou material, e o mundo espiritual" (Kérouac et al., 1994, p.43), e "relaciona-se com todos os aspetos contextuais em que a pessoa se encontra" e que influenciam o seu estilo de vida (*Ibidem*, p.45).

Tendo em conta os objetivos propostos, concluo que este Estágio excedeu as minhas expectativas, na medida em que todo o percurso e atividades realizadas tiveram um fio condutor permitindo, desta forma, a perceção da evolução e desenvolvimento das competências exigidas. O empenho da ECI foi essencial para a minha motivação, bem como a perceção da dinâmica e organização da CCI do HSM reforçou o gosto por esta área, tendo até influenciado a minha prática em contexto de trabalho, sendo proactiva e desenvolvendo a capacidade de consciência crítica, relativamente à área de controlo de infeção.

Sendo um Módulo de Estágio com apenas 180 horas de contacto, considero que o fator tempo foi prejudicial no desempenho de algumas atividades e, conseqüentemente, no desenvolvimento de competências. O envolvimento e dedicação na realização das atividades inerentes à Campanha das Mãos, acabaram por limitar a participação noutras, nomeadamente o acompanhamento da ECI, aos serviços, para notificar a presença de microrganismos epidemiologicamente significativos, pelo que não desenvolvi, como gostaria, a competência de tomada de iniciativas e criatividade na interpretação e resolução de problemas. Para além disso, relativamente à concretização do objetivo 3 - *Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos para a prevenção das IACS* -, gostaria de ter prolongado o tempo do Estágio para poder dar continuidade às atividades iniciadas (por exemplo, sugerir fazer mais formação nos serviços com menor adesão à prática da higiene das mãos, reforçar junto do Coordenador da CCI a necessidade de investir em formação noutras classes profissionais, que também estão em contacto com os doentes), e a partir daí, avaliar o

trabalho desenvolvido. De qualquer modo, através de uma prática baseada na evidência, foi possível perceber o papel fundamental que os profissionais de saúde têm na prevenção das IACS, praticando uma correta higienização das mãos e utilização dos EPIs.

O REPE reconhece a enfermagem como uma profissão dotada de autonomia, dignidade e complementaridade funcional relativamente a outras profissões (1996, Artigo 8º). Também o Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998), aborda a dignidade, autonomia e complementaridade funcional, uma vez que o enfermeiro tem o dever de “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia (Artigo 88º - alínea d), e de “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde (Artigo 91º - alínea b). Tanto a responsabilidade como a autonomia devem estar implícitas na capacidade de tomada de decisão do enfermeiro, após a identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem do cliente/família/comunidade para depois prescrever as suas intervenções, “de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.6). Apesar de, muitas vezes, a existência de protocolos poderem limitar a tomada de decisão, é importante a consciencialização dos riscos a que os enfermeiros e doente/família/comunidade se sujeitam perante o incumprimento. A higienização das mãos e a utilização dos EPIs implicam uma tomada de decisão autónoma, consciente e responsável.

Na fase inicial de Projeto de Estágio, considerando os níveis de competência de Benner e os conhecimentos, já adquiridos, sobre o controlo de infeção, enquadrei-me no perfil de enfermeira competente em que “... um plano estabelece uma perspetiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema” (2001, p.53). Finalizado o Estágio e, tendo em conta as competências que desenvolvi e que mobilizei para o contexto de trabalho, considero ter havido uma evolução no meu desempenho profissional. Sinto-me muito mais alerta e proactiva para as questões relacionadas com esta área. Transpus para a minha prática o que aprendi na CCI (conhecimentos de Microbiologia, conhecimento das propriedades de alguns produtos hospitalares...), reforçando algumas ideias já adquiridas anteriormente (os 5 Momentos da Campanha das Mãos, medidas de isolamento, tratamento de resíduos e roupa...). Para além disso, o aprofundamento dos conhecimentos e a capacidade de comunicar, desenvolvida nas várias formações realizadas, permitiu-me adotar uma atitude mais assertiva, no sentido de colaborar na integração de novos profissionais no serviço, nomeadamente enfermeiros e AO. Curiosamente, apercebi-me que a própria equipa médica solicita a minha colaboração quando tem alguma dúvida relacionada com o controlo de infeção, mais especificamente, no que diz respeito às infraestruturas e protocolos instituídos pela CCI do hospital onde trabalho. Resumindo, na área de controlo de infeção hospitalar, desenvolvi uma perceção das situações de uma forma global, enquadrando-me no perfil de enfermeira proficiente, sendo que “esta compreensão global melhora o (...) processo de decisão” (Benner, 2001, p. 55).

## **MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O AMP encontra-se dividido em vários setores: triagem, sala de Pequena Cirurgia, sala de Tratamentos, sala de Gessos, SO. Tendo em conta os objetivos propostos, o Estágio decorreu maioritariamente no SO.

Um dos objetivos propostos para este Estágio relaciona-se com a prestação de cuidados com clientes internados no SO, tendo como referencial teórico a Escola do Cuidar através de Jean Watson e Madeleine Leininger. Encontramo-nos, portanto, no paradigma da Transformação, orientado face ao Mundo. De acordo com este paradigma, a pessoa é única, composta por várias dimensões e em permanente interação com o ambiente. Ao cuidar com cada pessoa, o Enfermeiro provoca o desenvolvimento do seu próprio potencial (Kérouac et al, 1994, p.13).

Como já foi referido anteriormente, o REPE distingue as intervenções de Enfermagem em autónomas e interdependentes (1996, Artigo 9º). No Hospital da Luz, as intervenções autónomas de Enfermagem têm como fundamento a CIPE®, que foi desenvolvida pelo International Council Nursing (ICN). Através da uniformização da colheita e interpretação de dados, a CIPE® permite aos Enfermeiros “a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.7).

Sendo a CIPE® um projeto que a Direção de Enfermagem do Hospital pretende continuar a desenvolver, propus como segundo objetivo do Estágio, elaborar catálogos de diagnósticos e intervenções de Enfermagem, em SO, utilizando a CIPE® - Versão 2.0.

**(APÊNDICES XI E XII)**

O facto do Hospital da Luz ser também o meu local de trabalho, embora noutra serviço, facilitou e agilizou a minha integração no AMP, uma vez que os procedimentos e protocolos da instituição me eram familiares, assim como o Sistema Informático, consultando e registando os processos clínicos dos doentes sem dificuldades.

## **Objetivo 1. Prestar cuidados especializados com clientes internados no SO do AMP do Hospital da Luz**

*“Caring, as the human mode of being, is caring from the heart”*

M. Simone Roach, 1997

No SO do AMP do Hospital da Luz, são internados doentes que se encontram numa situação clínica crítica, que necessitam de cuidados mais diferenciados e de uma vigilância contínua.

Os cuidados de enfermagem são prestados tendo principalmente como base, modelos conceptuais que são aprendidos nas escolas e que são fundamentais para as práticas.

A escola onde frequentei o Curso de Licenciatura em Enfermagem centrou o cuidado na independência das pessoas e satisfação das suas necessidades básicas, tendo como teórica de referência, Virginia Henderson (1964). Segundo esta teórica, os cuidados de enfermagem têm como objetivo a conservação ou o restabelecimento da independência do doente focando-se nas necessidades não satisfeitas pelo próprio. O Modelo da Independência na Satisfação das Necessidades Fundamentais enquadra-se no Paradigma da Integração, orientado para a pessoa. Contudo, atualmente, um plano de cuidados estabelecido apenas para a satisfação das necessidades do doente é um plano limitativo para a prática de enfermagem, na medida em que o doente influencia e é influenciado pelo ambiente que o rodeia, e todo o seu contexto cultural está intrínseco na maneira como o próprio encara a saúde/doença.

Durante as últimas décadas, o conceito de Cuidar tem sido alvo de vários registos em Enfermagem (Kérouac et al., 1994).

Durante a prestação de cuidados com doentes internados no SO, tive como fundamentação teórica, a Escola do Cuidar, que se enquadra no Paradigma da Transformação, orientado para o Mundo. Os teóricos desta escola referem que a qualidade dos cuidados pode melhorar se os enfermeiros integrarem outras dimensões, tais como a espiritualidade, segundo a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (1985), e a cultura, segundo a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1981).

Leininger manteve o conceito de Cuidar como a essência de Enfermagem e Watson pretende que o Cuidar seja humanista e científico (Kérouac et al., 1994).

Segundo Watson, para cuidarmos a espiritualidade, temos que reconhecer a nossa própria espiritualidade (2002).

Este paradigma fez-me refletir na minha prática na medida em que cuidar da pessoa é diferente de cuidar com a pessoa. Ou seja, eu, enfermeira, não devo impor os meus cuidados e valores, não devo olhar para o doente como alguém passivo, de quem cuido, mas sim como uma pessoa com quem eu colaboro nos cuidados. Eu, enfermeira, estou envolvida no processo de cuidar como “um coparticipante ativo nas transações humanas do cuidar” (Watson, 2002, p. 97), colocando o meu saber ao serviço do outro. Considerando os 10 fatores do Cuidar de Jean Watson, saliento 4 por terem sido os que, ao longo deste percurso académico, “abanaram” os alicerces que conduziram o meu percurso profissional até então, refletindo sobre o mesmo:

- Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões: é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança mútua (eu e o doente), fundamentar a minha prática com evidência científica.

- Formação de um sistema de valores humanista-altruísta: eu devo ser “cientista, teórica e clínica mas também um agente humanitário e moral” (Watson, 2002, p.97), ou seja, devo ter a capacidade de compreender o doente, de o ver como um ser com mente, corpo e alma, para poder colaborar com ele nos cuidados.

- Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros e promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos: é importante haver partilha de sentimentos entre mim e o doente, devendo aceitá-los, quer sejam positivos ou negativos. O seu reconhecimento é fundamental para me tornar mais sensível aos outros, desenvolvendo a capacidade de cuidar com eles.

Um dos momentos de maior reflexão sobre a minha prática surgiu quando cuidava com a D. M., de 70 anos, sexo feminino e raça caucasiana, que recorreu ao AMP por dificuldade respiratória, com antecedentes, entre outros, de uma cirurgia cardíaca recente. Após observação médica e realização de exames complementares de diagnóstico, ficou internada em SO, com o diagnóstico médico de derrame pleural. A sua situação clínica foi avaliada pelo seu cirurgião cardiorácico, que optou por drenar o derrame. Estive presente durante o procedimento, vigiando os sinais vitais da doente e fornecendo os dispositivos clínicos solicitados pelo cirurgião – estava circunscrita ao modelo biomédico, centrada nos sinais e sintomas da doente e colaborando com o médico. Apercebi-me do fâcies triste da doente, acabando por verbalizar sentir-se cansada dos internamentos, cada vez mais frequentes. Ao longo do procedimento procurei tranquilizá-la e conversar com ela. Num momento de dor, dei-lhe a minha mão, tentando confortá-la. Os nossos olhares cruzaram-se e percebi, no seu olhar, o agradecimento pelo simples toque. Considerei que, naquele momento, o toque foi terapêutico para a doente, ajudando a minimizar o sofrimento causado, não só pelo procedimento em si, mas por todo o contexto verbalizado pela mesma. Isto é “competência em Enfermagem vinda do cuidar, o uso terapêutico de si próprio – o uso de si como curador” (Roach, 1997, p.9).

Como enfermeiros temos a responsabilidade, pessoal e profissional, de sermos sensíveis e demonstrarmos respeito pelas diferenças, crenças e valores dos outros, durante a prestação de cuidados, e de tentar mudar comportamentos negativos e prejudiciais, em nós próprios e nos outros (Gray, Thomas, 2006).

Leininger inspirou-se nos seus conhecimentos de antropologia para definir a Enfermagem como uma profissão de cuidados transculturais. Ou seja, a Enfermagem já não pode ser vista como uma atividade baseada unicamente em conhecimentos sobre as necessidades humanas, físicas e emocionais, mas deve “considerar o comportamento cultural e social do homem, de modo a que a maneira de pensar e de interagir do enfermeiro com os indivíduos reflita novos pontos de vista sobre comportamentos de saúde e doença” (Leininger, 1967, p.28). Isto é, para o enfermeiro, compreender a cultura de um indivíduo que procura cuidados de saúde é tão

importante como os conhecimentos adquiridos sobre os fatores fisiopsicológicos da doença desse mesmo indivíduo.

De um ponto de vista antropológico, as normas, estilos de vida, tecnologias, crenças e valores das pessoas são “forças dinâmicas que influenciam o estado de saúde de um grupo cultural” (Leininger, 1967, p.36). Ignorar as diferentes culturas pode seriamente interferir com a capacidade do enfermeiro ajudar o doente. Durante o estágio no SO do AMP, tentei prestar cuidados com os doentes, considerando os seus contextos culturais, não impondo as minhas intervenções mas informando e justificando os seus benefícios para a recuperação da saúde e bem-estar.

A família desempenha um papel essencial na recuperação do doente no serviço de urgência. Desde que o doente entra no SO, encontrando-se numa situação de saúde/doença que implica maior vigilância e por isso, geradora de mais stress, que a família é de imediato convidada e, algumas vezes, procurada para permanecer com o doente. A sua presença não só nos pode fornecer dados para a anamnese do doente, como também o tranquiliza, sendo um fator importante para a sua estabilização ou recuperação. Por vezes, para doentes que aguardam chamada para o BO, para uma cirurgia de urgência, a presença da família diminui o stress e ansiedade inerentes a qualquer ida ao BO, por exemplo em doentes com quadros demenciais que ficam em agitação psicomotora, sempre que se encontram perante ambientes estranhos e que, ao reconhecerem os familiares, ficam mais tranquilos colaborando nos cuidados. No AMP observei uma preocupação por parte da equipa de Enfermagem em tranquilizar os familiares dos doentes internados em SO, explicando os procedimentos, articulando com o médico para fornecer informações do estado de saúde-doença do doente, incluindo os familiares nos cuidados com o doente (ex.: permitir que seja o familiar a alimentar o doente durante as refeições...). Este relacionamento estreito com a família permitiu-me desenvolver a capacidade de comunicação com o doente e família, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática, e manifestando o respeito pelas suas crenças e cultura.

## **Objetivo 2. *Catalogar as intervenções autónomas de enfermagem mais frequentes do SO do AMP de acordo com a linguagem CIPE®***

Nos anos 50, com o desenvolvimento dos modelos conceptuais de Enfermagem, surgiram os sistemas de classificação da prática de Enfermagem. Em 1970, surge o Processo de Enfermagem promovendo o desenvolvimento de conceitos e contribuindo para a autonomia da profissão.

No entanto, para que a Enfermagem tenha visibilidade e que seja reconhecido o seu papel fundamental na contextualização dos cuidados de saúde global, é necessária “uma articulação clara das práticas de enfermagem (...), com implicações na prática, na investigação, na educação e no delinear de políticas” (International Council of Nursing, 2005, p.11).

Com a cada vez maior disponibilidade das tecnologias de informação em contextos clínicos, e a ênfase de uma prática baseada na evidência, o ICN compreendeu a importância de fornecer dados que representassem a prática de Enfermagem nos SIS. Deste modo, em 1989, surgiu o projeto CIPE®, pretendendo desenvolver um “sistema de linguagem de enfermagem unificado” (International Council of Nursing, 2005, p.27) que permitisse a transmissão e comparação de dados de Enfermagem entre diferentes contextos, países e idiomas.

“Estes dados podem ser usados para apoiar a tomada de decisão clínica, avaliar os cuidados de enfermagem e os resultados dos clientes, desenvolver políticas de saúde e gerar conhecimento pela investigação.”

(International Council of Nursing, 2005, p.27)

A CIPE® constitui um conjunto de termos que permitem a construção de diagnósticos, intervenções e resultados que traduzem a prática de Enfermagem.

Desde a sua conceção até à atualidade, foram publicadas seis versões da CIPE®: Alfa (1996), Beta (1999), Beta2 (2002), versão 1.0 (2005), versão 1.1 (2008), e versão 2 (2009), passando por várias revisões e melhorias. Uma das principais mudanças foi a evolução de dois Modelos de 8 eixos para um único Modelo de 7 eixos: Foco, Juízo, Cliente, Ação, Recursos, Localização e Tempo. Para a elaboração de um enunciado de diagnóstico ou de resultado de Enfermagem, é sugerido pelo ICN a inclusão de um termo do eixo Foco, um termo do eixo Juízo, podendo incluir termos adicionais. Para a construção do enunciado de intervenção de Enfermagem é recomendada a inclusão de um termo de qualquer eixo exceto do Juízo.

As diretrizes para a construção de enunciados com a CIPE® estão de acordo com a norma da ISO 18104:2003 – Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem.

Em 2006, a OE em Portugal contribuiu para o desenvolvimento e aplicação da CIPE®, encontrando-se na vanguarda no que diz respeito à utilização desta ferramenta, de acordo com o enfermeiro David Benton, Chief Executive Officer of ICN (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Durante o encontro organizado pela OE em outubro de 2010 – Enfermagem e Sistemas de Informação em Saúde 2010: CIPE® e Experiências de Utilização Efetiva, o então Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Miguel Pizarro, revelou a intenção de implementar a CIPE®

nos aplicativos informáticos da Saúde e RSE. O Dr. Luís Campos, Coordenador Nacional do RSE, também presente no encontro, referiu que “os SIS devem ser parte integrante dos processos de reforma da saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.11). O RSE pode, de acordo com o Dr. Luís Campos, atingir 60% de retorno financeiro, traduzindo-se “no aumento da segurança e na diminuição dos riscos, numa mais efetiva integração dos recursos humanos ou na diminuição dos tempos de espera” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.11).

Moody, Slocumb, Berg, Jackson (2004) fizeram um estudo descritivo para perceberem as necessidades e atitudes dos enfermeiros perante a utilização do RSE, num hospital da Florida, Estados Unidos da América. Utilizando uma escala de Likert concluíram que as atitudes dos enfermeiros eram positivas, na medida em que o SIS melhora a documentação clínica do doente. Por outro lado, Fonseca e Santos realizaram outro estudo no qual os enfermeiros “não reconhecem a linguagem da informática como pertinente” no desempenho das suas funções, interferindo mesmo no cuidado ao doente (2007, p.706).

Em Portugal foi também realizado um estudo descritivo para avaliar a atitude dos enfermeiros face aos SIE, baseado na CIPE®, concluindo que estes profissionais têm uma atitude favorável considerando os SIE “úteis e atribuindo-lhes vantagens a nível da qualidade da informação (...), da qualidade dos cuidados (...) e da visibilidade dos cuidados de Enfermagem” (Cunha, Ferreira, Rodrigues, 2010, p.10), contrariando os resultados do estudo citado anteriormente.

O ICN propôs a elaboração de catálogos ou subconjuntos de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem em áreas específicas ou de acordo com determinadas especialidades, para “integrarem mais facilmente a CIPE® na sua prática” (International Council of Nursing, 2009, p.8), e desta forma “facilitar a identificação de indicadores de qualidade a nível mundial que sirvam para *benchmarking*”, de acordo com a enfermeira Amy Coenen, Diretor of International Classification for Nursing Practice Programme do ICN (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.15).

No Hospital da Luz, a CIPE® está integrada na plataforma clínica Soarian®, da Siemens SA – Healthcare, sendo um processo clínico eletrónico que prevê integrar diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem. No entanto, de acordo com a informação partilhada com a Equipa de Enfermagem e com a minha própria experiência enquanto utilizadora do Soarian®, as prescrições autónomas que se encontram no processo clínico dos doentes não constituem um instrumento facilitador para a sua utilização.

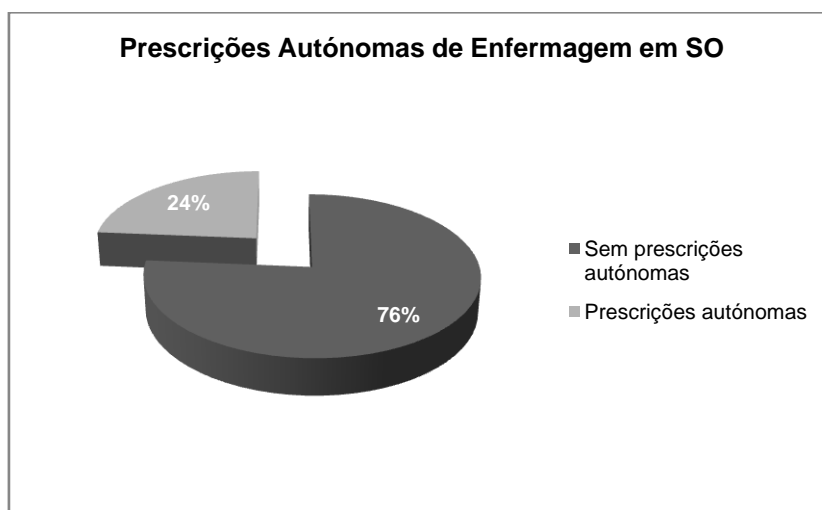
No SO do AMP, em que os doentes admitidos se encontram, na maioria das vezes, em situações críticas, de instabilidade clínica, os enfermeiros acabam por registar as ocorrências nas notas de turno do processo, acabando por descuidar as prescrições autónomas de enfermagem.

Para simplificar e facilitar a utilização da CIPE® no Hospital da Luz, sugeri a elaboração de catálogos no AMP considerando os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes e utilizando os termos da CIPE® - Versão 2.0.

Para determinar um diagnóstico de situação relativamente às prescrições autónomas de Enfermagem efetuadas no AMP, fiz uma consulta de processos clínicos de doentes internados

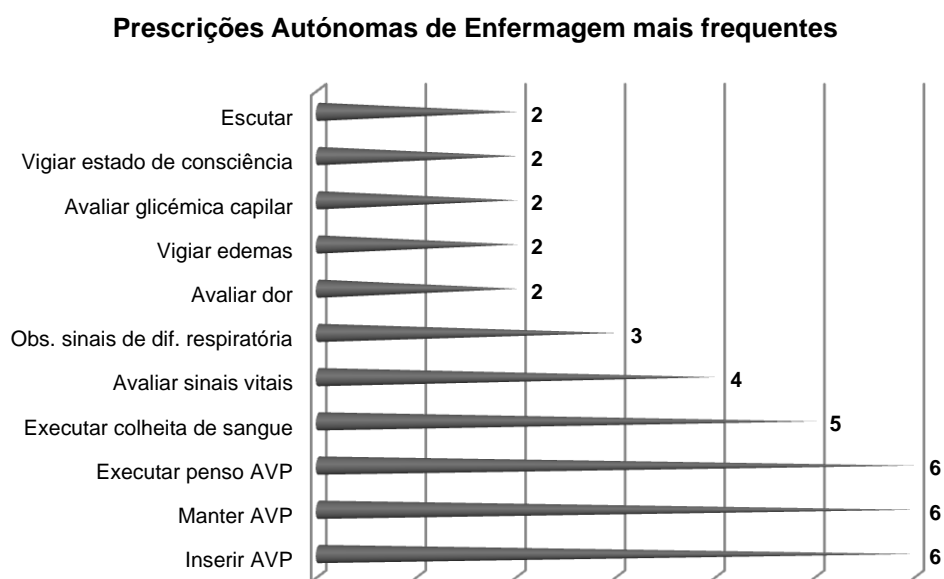
no SO, durante cinco dias consecutivos. Durante a realização desta consulta foi respeitado o anonimato e a dignidade dos doentes, tendo sido feito um pedido de autorização formal, para a consulta e recolha de dados, à Comissão de Ética do Hospital da Luz, obtendo um parecer positivo (APÊNDICE XIII e ANEXO VI). A análise dos dados recolhidos foi feita através de estatística descritiva. (APÊNDICE XIV)

Na semana de 10 a 14 de outubro de 2011 foram consultados 38 processos clínicos de clientes internados no SO do AMP do Hospital da Luz.



**GRÁFICO 5** – Prescrições Autónomas de Enfermagem efetuadas no SO do AMP

Dos 38 processos clínicos, 29 não continham quaisquer prescrições autónomas de Enfermagem realizadas, sendo um número bastante elevado, correspondendo a 76% da amostra, como se pode verificar no Gráfico 5. Nos restantes 9 processos, foram prescritas 56 intervenções autónomas de Enfermagem, encontrando-se as mais frequentes no Gráfico 6.



**GRÁFICO 6** – Prescrições Autónomas de Enfermagem mais frequentes no SO do AMP

De acordo com o Gráfico, evidenciam-se as ações “inserir”, “manter” e “executar”, sendo as intervenções de Enfermagem relacionadas com a observação e vigilância as menos prescritas.

Considerando o Modelo de 7 Eixos da CIPE® - versão 2.0, elaborei catorze catálogos contendo diagnósticos e intervenções autónomas de Enfermagem. Os resultados de Enfermagem não foram incluídos nesta fase pois o internamento dos clientes no SO do AMP é curto não sendo, na maioria das vezes, visível o resultado das intervenções realizadas. Contudo, penso que será pertinente continuar a desenvolver e aperfeiçoar os catálogos elaborados, permitindo a inclusão dos resultados de Enfermagem.

**(APÊNDICE XV)**

Os catálogos foram apresentados à Equipa de Enfermagem do AMP através de uma exposição oral e PowerPoint.

**(APÊNDICE XVI)**

Foi salientado durante a sessão informativa que a existência dos catálogos pretende facilitar o registo das intervenções nos SIE e deste modo, documentar a prática, sem contudo, substituir o juízo de Enfermagem. Ou seja, “a tomada de decisão do enfermeiro [será essencial] para a prestação de cuidados individualizados aos doentes e às respetivas famílias” (International Council of Nursing, 2009, p.8).

De acordo com o inquérito de avaliação da sessão, a temática da formação foi considerada muito pertinente pelos formandos presentes sendo aplicável no desempenho profissional. O material utilizado foi adequado e a formação organizada. Relativamente aos itens que avaliaram as minhas competências como formadora, o domínio da temática e a clareza na transmissão do conteúdo foram maioritariamente adequados. Deverei, contudo, desenvolver ainda mais a capacidade de motivar a audiência, uma vez que foi o item menos valorizado.

**(APÊNDICE XVII)**

Infelizmente, o tempo do Estágio não permitiu a introdução destes catálogos no Soarian®, pelo que não foi possível a obtenção dos resultados da concretização deste objetivo. De qualquer modo, tentei transmitir à Equipa de Enfermagem do AMP a importância do registo das intervenções autónomas pois esse mesmo registo poderá conduzir, a médio-longo prazo, a um melhor planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem e, quem sabe até, ao desenvolvimento de políticas institucionais e previsões financeiras.

## Reflexão das Atividades Desenvolvidas

O trabalho em equipa é fundamental num serviço de urgência, pois é necessária uma excelente articulação entre todos os profissionais de saúde perante situações críticas, que podem potenciar o risco de vida do doente. Este trabalho de equipa foi bastante visível no AMP, no acompanhamento do doente, desde a triagem à chegada do mesmo no SO. A comunicação entre os médicos e enfermeiros deste serviço foi reforçada pela articulação com as diferentes especialidades médicas que dão apoio ao AMP, sendo fulcral para um tratamento rápido, eficaz e individualizado. Este ambiente foi favorável para o desenvolvimento da capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar.

Tendo como pedra basilar a Escola do Cuidar, penso que durante o Estágio prestei cuidados com os doentes considerando os seus contextos culturais, a sua espiritualidade, as suas próprias definições de saúde e doença e expectativas. Tal não seria possível sem, primeiro, ter desenvolvido a capacidade de refletir sobre a minha própria prática, os meus próprios valores e comportamentos de saúde.

Compreendi a importância de comunicação não verbal, tal como o olhar e o toque, no plano de cuidados. Na comunicação verbal com o doente e família desenvolvi a capacidade de produzir um discurso fundamentado, para justificar a prática.

Estas aprendizagens promoveram a continuidade de meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. Perante as várias situações críticas foi possível demonstrar uma metodologia de trabalho eficaz, reagindo positivamente em situações imprevistas e complexas.

Ao longo do Estágio, durante a prestação de cuidados, foi possível desenvolver os cinco C do Cuidar de M. Simone Roach:

- Compaixão, através do envolvimento do doente no cuidar, respeitando-o e não esperando dele nada em troca;
- Competência, reconhecendo-me como enfermeira enquanto pessoa com capacidades técnicas e emocionais;
- Confiança, tentando estabelecer uma ligação com o doente para mais facilmente o ajudar;
- Consciência pelo respeito, dignidade do doente, considerando a experiência do doente na prestação de cuidados, de modo a não o lesar;
- Comprometimento, característica que está inerente às anteriormente referidas, pois é necessário eu assumir um compromisso comigo própria para poder desenvolver as competências.

Através da concretização do segundo objetivo (elaboração de catálogos), desenvolvi a capacidade de formular e analisar questões relacionadas com a formação em Enfermagem, ao realizar um diagnóstico de situação, analisando os resultados. Com a sessão formativa continuei a desenvolver competências como formadora, ao comunicar os resultados da prática e da investigação à equipa de Enfermagem, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos sobre a temática abordada, e promovendo, de certa forma, o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Também compreendi a importância da prática baseada na evidência para “gerar conhecimentos, melhorar a educação e a prática profissional e para utilizar eficazmente os recursos disponíveis” (Marín, 2005, p.139).

Contudo, gostaria de ter tido mais tempo para poder dar continuidade e ter alguma visibilidade do trabalho realizado. De qualquer modo, é necessário compreender as implicações inerentes à investigação baseada na evidência, sendo o fator tempo uma delas.

Tendo em conta a duração do Estágio e a experiência em Urgência, considero que a minha atuação nesta área se adequa ao nível de Enfermeira competente, de acordo com Benner, tal como já o era anteriormente ao Estágio. Isto é, não tenho “a rapidez nem a maleabilidade da Enfermeira proficiente” mas sou capaz de “fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem” (Benner, 2001, p.54).

O facto de trabalhar na mesma instituição onde realizei o Estágio deste Módulo foi, como já o disse anteriormente, facilitador para a minha integração, no entanto, julgo também ter sido um obstáculo para a minha capacidade crítica. Isto é, sendo a filosofia e procedimentos do Hospital da Luz tão familiares para mim, estando já implícitos na minha prática, foi difícil questioná-los ou refletir sobre eles.

Não obstante, o Estágio no AMP foi importante para o meu desenvolvimento profissional, nomeadamente no serviço onde trabalho (internamento médico-cirúrgico) pois permitiu-me conhecer e compreender a dinâmica do circuito do doente, desde a admissão no AMP ao seu internamento. Para além disso, a própria comunicação e articulação entre mim e a Equipa do AMP melhorou substancialmente, promovendo um bom ambiente de trabalho dentro da instituição.

## **MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS**

Com uma lotação de oito boxes individuais, a UCI do Hospital da Luz promove a privacidade dos doentes. Para além disso, tendo uma claraboia no teto, permite a entrada de luz natural, providenciando aos doentes a noção de dia e noite. Uma das boxes permite isolamento com pressão negativa ou positiva, conforme o doente esteja infetado ou imunodeprimido. Outra box permite ainda a realização de hemodiálise. Todas as boxes permitem monitorização contínua e ventilação assistida.

Durante a prestação de cuidados com doentes internados na UCI, centrei a minha intervenção no Paradigma da Transformação, mantendo como referenciais teóricos Watson e Leininger, que consideram a pessoa como um ser indissociável, em coexistência com o ambiente, sendo a saúde perspetivada em função das vivências de cada pessoa (Kérouac et.al, 1994).

É reconhecido o papel que a família assume na recuperação e bem-estar do doente internado numa UCI devendo, por isso, ser incluída no plano de cuidados. “A humanização do cuidado de enfermagem na [UCI] (...) inclui também o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda” com os familiares (Maruiti, Galdeano, 2007, p.38).

Um dos objetivos propostos foi continuar a desenvolver competências como formadora abordando temáticas pertinentes para o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de Enfermagem da UCI.

Por fim, uma vez que o estágio deste Módulo também se realizou no Hospital da Luz, propus dar continuidade à elaboração dos catálogos de diagnósticos e de intervenção de Enfermagem, tendo como referência a CIPE®. A utilização deste tipo de terminologia informatizada permite aos enfermeiros “codificar, armazenar e recuperar a informação em um formato que seja útil e aplicável na prática” (Barra, Sasso, Monticelli, 2009, p.581).

**(APÊNDICES XVIII E XIX)**

## **Objetivo 1. Prestar cuidados especializados com clientes internados na UCI do Hospital da Luz**

*“Caring is not an exceptional quality, nor the response of an exceptional few.*

*Caring is the most authentic criterion of humanness.”*

M. Simone Roach, 1997

Mantendo o percurso como enfermeira no Paradigma da Transformação, o meu cuidar com o doente teve como orientação a sua interação com o ambiente, o mundo que o rodeia, integrando o seu conceito de saúde contextualizado na sua própria vida, família e cultura.

Como tal, fundamentei o meu cuidado considerando o cuidar humanista e espiritual de Jean Watson e o cuidar transcultural de Madeleine Leininger (Kérrouac et al., 1994).

Há uma necessidade dos enfermeiros tomarem conhecimento dos diferentes grupos culturais para poderem trabalhar eficazmente com as pessoas e os seus problemas de saúde, pois a partilha de crenças e práticas de cada grupo influencia a definição e os seus comportamentos de saúde (Gray, Thomas, 2006). A perceção das diferenças entre as diversas culturas influencia, por seu lado, o modo como conhecemos, interpretamos e praticamos o cuidar (Leininger, 1997).

No Hospital da Luz existe uma preocupação, cada vez maior, pela satisfação das necessidades dos doentes considerando os seus contextos culturais. De tal forma que foi disponibilizado, a todos os profissionais de saúde, um documento contendo as principais características das diversas culturas, que podem influenciar os seus comportamentos de saúde, como por exemplo, a religião que praticam, o significado da morte, os cuidados específicos com a alimentação.

Refletindo sobre os dez fatores do Cuidar de Jean Watson, a minha prestação de cuidados com clientes internados na UCI teve como alicerces fundamentais cinco deles.

### Auxílio na satisfação das necessidades humanas

O internamento em cuidados intensivos implica que o doente se encontre num estado crítico e, como tal, muitas vezes sem capacidade para satisfazer as suas próprias necessidades. O Enfermeiro tem aqui um papel fundamental, na medida em que colabora com o doente, orientando os seus cuidados de forma a satisfazer as suas necessidades. Por exemplo, prestei cuidados com um doente que necessitava de ventilação mecânica assistida, o que implica uma sedação em perfusão contínua. Esta sedação fez com que o doente ficasse totalmente dependente na satisfação das necessidades humanas. Eu, como Enfermeira, auxiliiei-o na satisfação das mesmas, substituindo-o. À medida que a sua situação de saúde-doença foi evoluindo favoravelmente, foi iniciado o desmame ventilatório, parando a perfusão da sedação, acabando mesmo por ser extubado orotraquealmente. Embora acordado e lúcido, ainda apresentava algum grau de dependência, pelo que colaborei com o doente, estimulando a sua autonomia em função das suas capacidades (por exemplo, totalmente dependente para a realização dos cuidados de higiene mas autónomo na ingestão dos alimentos).

### Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões

Também no Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, é referida a importância de “manter a atualização contínua dos conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas” (1998, Artigo 88º).

Ou seja, as decisões tomadas na prestação de cuidados devem ser fundamentadas em evidência científica, transmitindo assim conhecimentos objetivos e neutros. Esta prática, baseada na evidência, promoveu, de certa forma, o desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança. Os conhecimentos que transmito, quer ao doente, quer à família, acerca dos cuidados prestados, tendo uma fundamentação teórica e científica, acabam por incutir confiança e segurança no próprio doente, aceitando esses mesmos cuidados.

Promoção de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio pois, quando estou na prestação de cuidados não devo ser apenas alguém com saber científico e teórico, que está presente apenas para equilibrar ou corrigir as alterações hemodinâmicas do doente. Encaro esta pessoa como um coparticipante nos cuidados, devendo por isso respeitar a sua individualidade, as suas próprias prioridades no que diz respeito à saúde, considerando os seus valores culturais e espirituais. Sinto-me responsável por proporcionar o ambiente adequado para que o doente sinta harmonia, colaborando na sua própria recuperação, quando esta é possível.

No entanto, numa UCI, estando os doentes por vezes numa situação clínica tão instável, com alteração do seu estado de consciência (quer provocado pela sedação, quer pela sua própria doença), torna-se complicado conhecer e personalizar os cuidados com os doentes. A família tem, por isso, um papel essencial pois é um ótimo recurso na transmissão de dados do doente que podem ser úteis para os enfermeiros cuidarem com ele (Blanchard, Alavi, 2008).

A admissão de um doente na UCI provoca na família “sentimentos de incerteza que conduzem a stress, confusão, insónia e ansiedade” (Blanchard, Alavi, 2008, p.225). Os enfermeiros devem ter em consideração a multidimensionalidade da família e o modo como ela expressa a relação com o doente (emocional, espiritual e biológica), devendo integrar estes conhecimentos no cuidado com o doente (idem).

Na UCI do Hospital da Luz é perceptível a importância que toda a equipa dá à presença da família, promovendo a comunicação com a mesma. Sempre que é admitido um doente na UCI, é de imediato procurada a família para a poder informar e atualizar do seu estado clínico. Os familiares mais significativos dos doentes, principalmente quando estes não estão capazes de tomar decisões, são imediatamente envolvidos no seu plano terapêutico. Presenciei momentos de disponibilidade total por parte da equipa da UCI para explicar ao doente e família os cuidados que são prestados.

É também permitido que permaneçam junto do doente alguns dos seus pertences pessoais (por exemplo, óculos, revistas, livros), demonstrando o respeito pela sua personalidade.

Para além disso, o horário de visitas aos doentes na UCI é bastante alargado: das 11H às 21H. As visitas equilibram as necessidades dos doentes, familiares e profissionais de saúde, para

além de melhorar a comunicação, pois a presença da família proporciona conforto e segurança, reduzindo o nível de stress do próprio doente e família, o que também facilita a prestação de cuidados dos profissionais de saúde (Sims, Miracle, 2006). A família, estando presente por um período tão alargado na UCI, acaba por ser envolvida nos cuidados (por exemplo, dar as refeições), aproveitando mesmo alguns momentos para a realização de “ensinos” para a preparação do regresso a casa (por exemplo, doentes ostomizados). A ação educativa do enfermeiro pode diminuir o desconforto e a ansiedade dos familiares (Mairuiti, Galdeano, 2007), assim como a sua “inclusão no planeamento e implementação do cuidado irá ajudá-la a desenvolver empowerment que por seu lado, irá conduzir à sua autonomia” (Peel, 2003, p.971).

Outro fator que pode conduzir ao aumento de stress e desconforto é o ruído presente na UCI, derivado muitas vezes dos equipamentos, alarmes dos monitores, ou até dos próprios profissionais, principalmente em situações de emergência. O ruído foi e continua a ser perturbador para mim. Talvez porque já não estava habituada a ouvir tanto barulho de equipamentos, ou porque fiquei mais sensibilizada com as possíveis consequências que o ruído pode ter para a recuperação e bem-estar do doente, que aprendi durante as aulas deste Mestrado. Já Nightingale referia que o ruído desnecessário fere o doente (1860). De acordo com Freitas, citado em Rabiais, o ruído pode ter vários efeitos, tais como: perturbações na concentração e na perceção auditiva, alterações do humor, stress, depressão (2010). Tive a oportunidade de realizar um turno durante a noite na UCI e constatei que o silêncio e a diminuição da luminosidade são preocupações da equipa de Enfermagem, adequando as atividades de forma a minimizar as interrupções do sono dos doentes.

A dor e o desconforto do doente são outros aspetos para os quais a equipa da UCI está muito sensibilizada, procurando preveni-los através de analgesia, alternância de decúbitos, realização de massagens. Para os doentes ventilados ou inconscientes existe uma escala – NVPS (Non Verbal Pain Scale) cujo preenchimento ajuda o Enfermeiro a perceber se poderão estar com dores (expressão facial, sinais vitais, contração dos músculos, respiração), implementando as medidas necessárias.

É importante, principalmente em doentes que se encontram num estado crítico e instável, ter a capacidade de transmitir confiança e tranquilidade ao doente e família. Para isso, deverei “instilar-me” de Fé e Esperança, adquirindo as ferramentas necessárias para apoiar e proteger o doente e sua família. Quer no estudo de Molter (1979), como no estudo de Leske (1986), a necessidade mais importante das famílias dos doentes internados numa UCI, foi “sentir que há esperança” (Omari, 2009, p.29).

Apesar de ter salientado cinco dos dez fatores do Cuidar de Jean Watson, a perceção de todos eles tem mudado as minhas prioridades e forma de estar na prestação de cuidados, tendo integrado na minha prática o “cuidar com” em vez do “cuidar de”.

## **Objetivo 2. Desenvolver competências de formação em serviço**

Este objetivo foi concretizado em conjunto com outra colega, tendo sido proposto por ambos os orientadores fazer formação sobre duas temáticas: triagem de resíduos hospitalares e tratamento de úlceras por pressão (UPP). Relativamente à triagem de resíduos, no Hospital da Luz, a Gestão Hoteleira tem realizado auditorias internas semanais aos serviços, o que demonstra uma grande preocupação nesta área específica. Foi verbalizado pelo “meu” orientador e observado por mim, que existia alguma inconformidade na triagem de resíduos efetuada na UCI. Como tal, realizou-se uma sessão de formação para relembrar, ou dar a conhecer a correta triagem de resíduos hospitalares, de acordo com a lei em vigor, mais propriamente o decreto-lei nº178/2006 de 5 de setembro (APÊNDICE XX).

No final da formação, foram apresentadas algumas sugestões com o intuito de facilitar e promover a correta triagem. Por exemplo, em cada box da UCI existe um caixote de saco preto, correspondendo aos resíduos dos Grupos I e II (equiparados a Urbanos e hospitalares não perigosos). No entanto, este só era utilizado para colocar o papel de secar as mãos, encontrando-se, por isso, junto ao ponto de água (o que era raro pois a maioria das vezes, a higienização das mãos era efetuada com a solução antisséptica de base alcoólica). Como tal, todos os restantes resíduos, que também pertenciam aos Grupos I e II (por exemplo, invólucros de seringas, sistemas de soros, fraldas sem vestígios de sangue) acabavam por ser depositados no caixote do saco branco (resíduos do Grupo III) que se encontrava mais perto da cama do doente e logo, mais perto do local da prestação de cuidados. Durante a formação sugeriu-se a aproximação do caixote de saco preto ao caixote de saco branco, para facilitar a triagem. Constatei, após a formação, que nalgumas boxes já era visível, não só a aproximação dos caixotes, mas também os resíduos, que anteriormente eram erradamente desperdiçados no caixote de saco branco, encontravam-se no contentor correto. Outra sugestão bem aceite e implementada de imediato pela Equipa foi a remoção do contentor corto-perfurante (resíduos do Grupo IV) que se encontrava junto ao aparelho das gasimétricas. Sempre que se fazia uma gasimetria, enquanto se aguardava pelo resultado, era frequente deixarem a seringa, adaptada a agulha, por cima do contentor. Por vezes, observavam-se cerca de cinco seringas com agulhas por cima do contentor, acabando muitas vezes, por serem colocadas dentro do contentor, quando só seriam necessárias as agulhas. Atualmente o kit de gasimetria, disponível no Hospital da Luz, permite desperdiçar a agulha e tapar a seringa com uma tampa, não sendo, por isso, necessária a sua colocação no contentor do Grupo IV. A remoção do contentor levou a que os profissionais, não só não deixassem as seringas depositadas na bancada até que o resultado ficasse disponível, como também que fizessem uma correta triagem das mesmas, colocando-as no caixote do saco branco (Grupo III). Estas pequenas alterações demonstraram que a Equipa está disponível para mudar práticas que não se encontram em conformidade.

Relativamente às UPP, também foi verbalizado pelo “meu” orientador a dificuldade sentida em uniformizar o tratamento de feridas, nomeadamente de UPP. Foi então sugerida uma formação

que permitisse a atualização de conhecimentos, de acordo com as novas recomendações da EPUAP, nomeadamente os graus que agora se denominam categorias, as duas novas categorias propostas (que já são utilizadas nos EUA), recomendações para a prevenção e finalmente, para o tratamento (**APÊNDICE XXI**).

Para além da formação, foi elaborado um cartaz com as sugestões de tratamento em função da categoria da UPP, nomeando as marcas dos apósitos existentes no Hospital da Luz, para que seja mais fácil a sua identificação. Apesar da formação ficar disponível numa pasta partilha pelos enfermeiros da UCI, no sistema informático, pretendia-se que o cartaz, sendo visível para todos (propôs-se a sua fixação na bancada de trabalho), funcionasse como um guia de consulta rápida, promovendo a uniformização do tratamento (**APÊNDICE XXII**).

Utilizando uma escala de Likert de cinco itens podemos verificar, nos gráficos do **APÊNDICE XXIII**, que as formações e o seu conteúdo foram muito adequados para o desenvolvimento profissional dos formandos. No que diz respeito às formadoras, foi visível o domínio da temática, capacidade de motivação e a clareza na transmissão do conteúdo, o que demonstra a evolução positiva das minhas competências como formadora em serviço.

Considerando a boa receptividade de toda a Equipa em aderir às formações, estas deveriam ter sido repetidas de modo a abranger todos os profissionais. No entanto, tal não foi possível devido ao tempo versus objetivos do Estágio. Para além disso, as formações foram realizadas durante a passagem de ocorrências para evitar ausência de participantes, pelo que também havia um tempo limite para a sua duração e que condicionou, em minha opinião, o desenvolvimento de algumas competências na área de formação. Ou seja, gostaria de ter tido oportunidade de desenvolver mais o método criativo e não apenas o expositivo. O tempo disponível para responder a possíveis dúvidas acabou por ser também limitado, sendo que gostaria de ter aprofundado ainda mais a capacidade de elaborar um discurso fundamentado (para além do exposto nos slides). De qualquer modo, penso que ambas as temáticas foram úteis para o crescimento e aquisição de conhecimentos dos profissionais da UCI, uma vez que foram solicitados pelos mesmos.

### **Objetivo 3. Catalogar as intervenções autónomas de enfermagem mais frequentes na UCI, de acordo com a linguagem CIPE®**

O acesso à informação é essencial para o planeamento, execução, supervisão e controlo dos programas de saúde, permitindo os SIE desenvolver uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento, com o objetivo de melhorar a saúde de indivíduos e populações (Barra, Sasso, Monticelli, 2009; Sasso, Peres, Silveira, 2006).

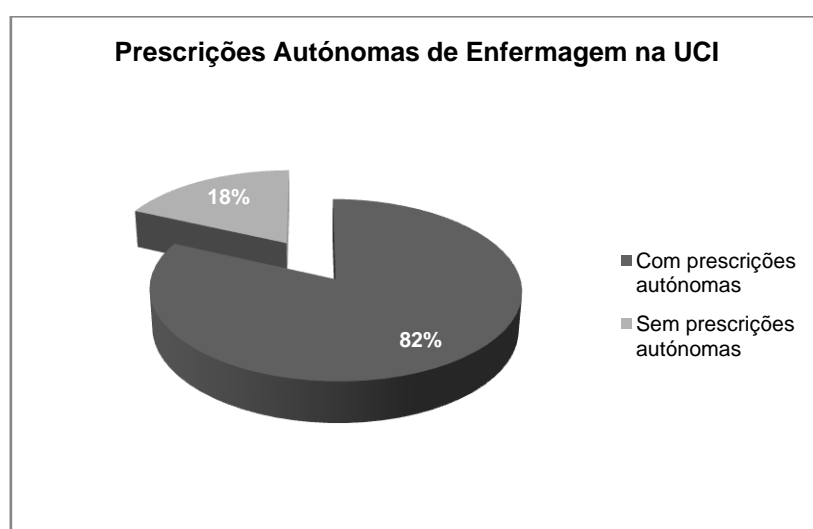
A CIPE®, “enquanto terminologia de referência para a Enfermagem (...) incorpora, numa única classificação, os diagnósticos, as intervenções e os resultados e, com isso, permite o desenvolvimento da prática de Enfermagem baseada na evidência” (Barra, Sasso, Monticelli, 2009, p.589).

No sentido de dar continuidade ao objetivo desenvolvido no estágio do Módulo I – Urgência, propus a elaboração de catálogos de intervenções de Enfermagem na UCI, com a linguagem CIPE®, utilizando a mesma metodologia de trabalho. Para elaborar o diagnóstico de situação recorri à consulta de processos clínicos durante cinco dias consecutivos, tendo sido respeitada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos doentes. Tal como no estágio anterior, foi feito o pedido de autorização para a consulta dos dados à Comissão de Ética do Hospital da Luz, que respondeu favoravelmente (**APÊNDICE XXIV e ANEXO VII**).

Na semana de 27 de novembro a 04 de dezembro de 2011 foram consultados onze processos clínicos. Os dados consultados foram recolhidos e analisados através de estatística descritiva.

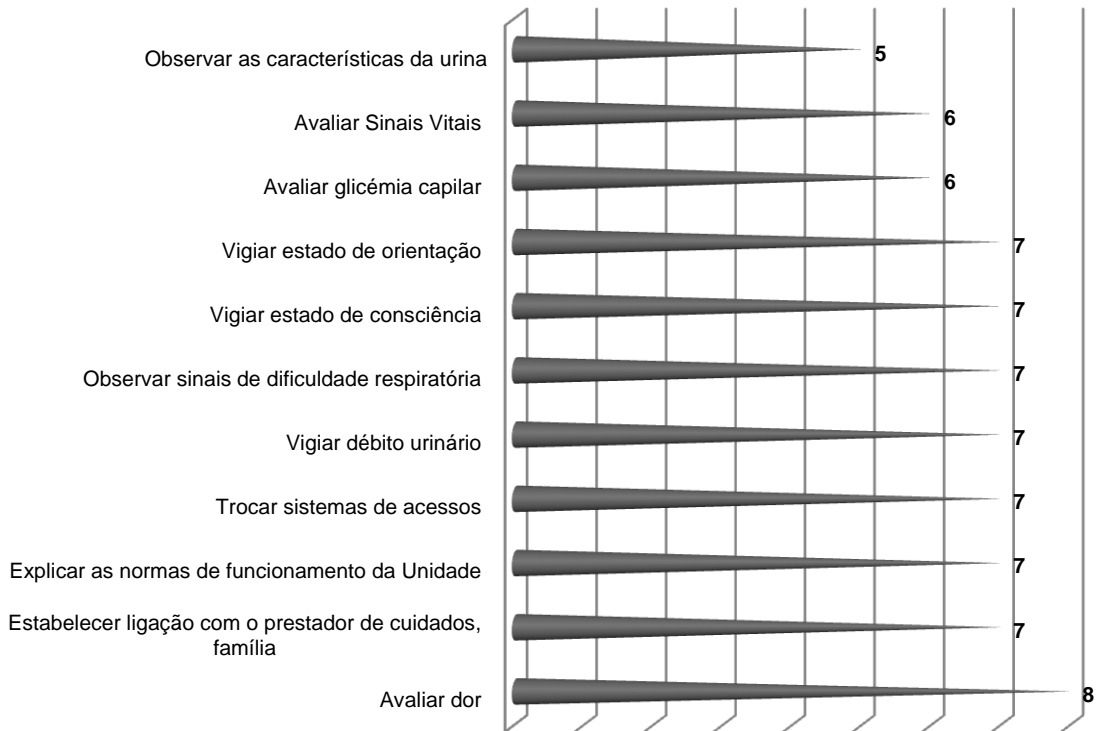
#### **APÊNDICE XXV**

Como se pode verificar no Gráfico 7, ao contrário do que se observou no AMP, na UCI nove processos apresentaram intervenções autónomas de Enfermagem prescritas, correspondendo a 82%, sendo um resultado muito positivo.



**GRÁFICO 7 – Prescrições Autónomas de Enfermagem efetuadas na UCI**

### Prescrições Autónomas



**GRÁFICO 8** – Prescrições Autónomas de Enfermagem mais frequentes na UCI

Considerando as prescrições autónomas mais frequentes, observadas no Gráfico 8, a avaliação da dor foi a mais registada, o que se encontra em conformidade com o que observei durante a prestação de cuidados, havendo uma preocupação por parte da equipa da UCI em diminuir ou eliminar, sempre que possível, a dor sentida ou manifestada pelos doentes.

Apesar da comunicação ser promovida pela equipa de Enfermagem, quer com o doente, quer com a sua família, não se reflete através das prescrições autónomas.

Para além disso, verifiquei nos processos clínicos que algumas intervenções foram prescritas mais do que uma vez, e observei intervenções diferentes que, na prática significam o mesmo (por exemplo, “massajar superfície corporal” e “aplicar creme”). Como tal, com a elaboração dos catálogos na UCI pretende-se organizar as intervenções de acordo com os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes. Desta forma, foram elaborados treze catálogos com diagnósticos e intervenções de Enfermagem utilizando como ferramenta a CIPE® - versão 2.0.

Foi realizada uma sessão de formação com o intuito de relembrar a importância do papel das prescrições autónomas de Enfermagem, para a visibilidade dos cuidados prestados, apresentando alguns catálogos elaborados (**APÊNDICE XXVI**).

Utilizando a grelha de avaliação de cinco itens segundo a escala de Likert (**APÊNDICE XXVII**), verifica-se que, tanto a formação como o seu conteúdo foram avaliados entre o adequado e o muito adequado. Quanto ao meu desempenho como formadora, salienta-se o valor “muito

adequado” nos três itens avaliados (domínio da temática, capacidade de motivação e clareza na transmissão de conteúdo).

Apesar da boa adesão à formação foi verbalizada a desmotivação dos enfermeiros sobre esta temática pois, apesar das intervenções prescritas, acabam por não receber qualquer feedback desse trabalho. É de facto feito um levantamento das prescrições autónomas de Enfermagem de cada serviço no Hospital da Luz, contudo, os dados recolhidos ainda não foram mobilizados de forma a promoverem uma melhor gestão dos cuidados e o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência científica, fundamentando a tomada de decisão. Uma vez que a CIPE® foi desenvolvida para promover o “planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras” (International Council of Nursing, 2009, p.7), penso que se deve continuar a trabalhar para esse objetivo, sendo para isso, fundamental continuar a dar visibilidade ao nosso trabalho.

Mais uma vez, devido ao tempo do estágio deste Módulo, não foi possível a introdução dos catálogos no Soarian®. Apesar do objetivo proposto ter sido cumprido, não obtive feedback da sua concretização. De qualquer modo, os catálogos elaborados foram disponibilizados no serviço, para que seja possível dar continuidade a este projeto, também partilhado pela Direção de Enfermagem do Hospital da Luz.

No dia 06 de janeiro de 2012, frequentei um encontro promovido pela OE sobre “Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e experiências de utilização efetiva”, que decorreu na Faculdade de Ciências, em Lisboa. De entre os preletores, encontrava-se o Enfermeiro Nick Hardiker, Diretor of the eHealth Programme, do ICN, que congratulou a Enfermagem em Portugal pelo trabalho que tem desenvolvido na elaboração e aperfeiçoamento de catálogos de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem. Para a concretização destes catálogos, destaca-se a intervenção da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com o desenvolvimento de estudos baseados em evidência científica. Tive a oportunidade e privilégio de ouvir o Senhor Professor Abel Paiva, que abordou a importância da CIPE® e dos SIE na evolução da Enfermagem como uma profissão autónoma e científica.

## Reflexão das Atividades Desenvolvidas

Tal como nos estágios anteriores, também neste fui muito bem recebida por toda a Equipa da UCI. O facto de trabalhar na mesma instituição foi um fator facilitador para a minha integração, na medida em que conheço a maioria dos profissionais de saúde que trabalham na UCI. Outro fator determinante na minha integração foi a experiência prévia numa UCI (cerca de 3 Anos), pelo que alguma linguagem, procedimentos, técnicas e avaliação da estabilidade hemodinâmica do doente internado já me eram familiares. Por outro lado, apercebi-me da rápida evolução tecnológica e alteração de protocolos desde que deixei de trabalhar em cuidados intensivos. Por exemplo, os ventiladores na UCI do Hospital da Luz são diferentes daqueles que conhecia, tendo as modalidades ventilatórias uma designação diferente, sendo necessário um estudo ainda mais aprofundado sobre este equipamento específico.

Outra dificuldade temporária com a qual me deparei no início do estágio foi relativamente ao processo clínico do doente que, sendo informatizado, a maioria dos registos efetuados na UCI encontram-se num programa que só é utilizado pelos profissionais da UCI e do BO - Innovian®, não sendo acessível aos enfermeiros dos restantes serviços. Como tal, apesar de navegar sem dificuldade no processo clínico através do Soarian®, foi necessário aprender a manusear o programa adequado para efetuar os registos (ex.: balanço hídrico, sinais vitais, modalidades ventilatórias...). De qualquer modo, na UCI, senti que os meus conhecimentos prévios e experiência profissional foram reconhecidos pelos outros elementos, e mobilizados para a prestação de cuidados com os doentes. As AO da UCI, não só explicaram determinadas rotinas do serviço e a localização de alguns equipamentos mas, também, foram absorvendo a (in)formação que lhes transmitia e que consideravam útil para o seu desenvolvimento profissional. Considerando o meu desempenho como estudante de Especialidade, penso que acabei por desenvolver algumas capacidades de supervisão ao questionar e justificar com fundamentação, determinados procedimentos (por exemplo, cuidados a ter com os doentes em isolamento, cuidados a ter com a triagem de resíduos).

Quanto à prestação de cuidados com clientes internados na UCI, ao longo do Estágio, como aliás seria expectável, fui adquirindo cada vez mais autonomia. Julgo também ter contribuído para isso, o facto do “meu” orientador me ter dado cada vez mais espaço para a adquirir, sendo que, no final do Estágio, o seu papel era mais de observador, orientando e ajudando sempre que achasse necessário. Na minha opinião, este tipo de “liberdade condicionada” é fundamental para que o estudante se sinta confiante para avançar no seu desempenho e desenvolvimento profissional, desde que consciente das suas limitações.

As minhas capacidades de organização e raciocínio já eram características previamente adquiridas, no entanto, ao longo deste percurso académico, fui-me sensibilizando e assimilando outras competências que, embora não sendo totalmente desconhecidas, estavam talvez “esquecidas” e pouco desenvolvidas desde a Licenciatura de Enfermagem. Falo, por exemplo, na capacidade de olhar para o doente e ver, não apenas um doente cujas necessidades humanas básicas tenho que satisfazer, mas sim uma pessoa com todo um historial de vida, contextos e culturas que se encontra numa fase em que necessita de alguém

que cuide com ela. Numa UCI, com toda a parafernália de equipamentos e dispositivos invasivos, em que muitos dos doentes se encontram sedados, há uma tendência para sectionar o doente, dividindo-o por partes do corpo e atuando sobre as mesmas, esquecendo-nos que todas essas partes constituem um ser único, indivisível, nas suas dimensões espirituais, sociais, culturais, biológicas e fisiológicas.

A presença da família é fundamental no acompanhamento do doente. Nesta UCI é visível a preocupação, tanto dos enfermeiros como dos médicos, em incluir a família no plano de cuidados. Sempre que um doente é admitido na UCI, é solicitada a presença da família para que, tanto esta como o próprio doente fiquem mais tranquilos e recetivos aos cuidados. Num ambiente tão inóspito, em que se ouvem constantes ruídos dos alarmes dos equipamentos, em que se perde muitas vezes a noção do tempo, do dia e da noite, a família poderá funcionar também como um elo de ligação com o exterior. Para além disso, a família pode fornecer dados muito importantes sobre o doente, que poderão condicionar a sua recuperação, principalmente em caso de doentes inconscientes ou desorientados. Talvez porque também já estive na pele de doente internada na UCI, sei como é importante para a autoestima ver uma cara conhecida e familiar, que nos dá afeto, carinho e apoio. Nem sempre se justifica a saída da família para a execução de procedimentos. Desde que se respeite a privacidade do doente, é importante a sua presença em determinados procedimentos, quer seja para tranquilizar o doente, quer para colaborar nos próprios cuidados. A estrutura física da UCI, constituída por boxes individuais, promove um ambiente mais íntimo e de aproximação entre o doente e família. Quando o doente se encontra num estado terminal, em que não se prevê a sua recuperação, a equipa permite que a família permaneça junto do doente o tempo necessário para se poderem despedir.

Através da prestação de cuidados com o cliente, integrando a família no planeamento dos mesmos, fui demonstrando capacidade crítica e reflexiva sobre a minha prática, abordando questões complexas relacionadas com o cliente e família, utilizando um discurso fundamentado e mantendo o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. Perante as situações críticas inerentes a uma UCI, desenvolvi metodologias de trabalho eficazes e eficientes na assistência ao doente e família, reagindo atempadamente com criatividade nas situações imprevistas e complexas, integrando-me adequadamente na equipa multi e interdisciplinar.

Através das formações em serviço fui evoluindo no que diz respeito, essencialmente, à capacidade de comunicação perante audiências especializadas, incorporando na prática os resultados da evidência científica, zelando pelos cuidados com os doentes e famílias, e promovendo o desenvolvimento profissional de outros profissionais de saúde (enfermeiros e AO). Penso que a abordagem das duas temáticas: triagem de resíduos hospitalares e tratamento das úlceras por pressão, terá sido benéfico para a equipa de Enfermagem da UCI, contribuindo para a excelência dos cuidados prestados com o doente e, em simultâneo, responsabilizando a equipa para a gestão de resíduos e minimizando os prejuízos para o ambiente.

Sendo eu e o enfermeiro orientador os elementos de ligação para a Comissão de Controlo de Infecção do Hospital da Luz, dos respetivos serviços, existe uma preocupação partilhada por ambos sobre a importância da redução das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, havendo vários momentos de reflexão e partilha de informação sobre diversos assuntos relacionados com o controlo da infeção, nomeadamente a Campanha da Higiene das Mãos, iniciada pela DGS em 2008, à qual o Hospital da Luz aderiu. Como elemento dinamizador, estou mais desperta para a importância da higienização das mãos e utilização dos Equipamentos de Proteção Individual. Tenho observado um esforço e interesse por parte de todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) em cumprir os 5 momentos de higienização das mãos divulgados na Campanha.

A elaboração dos catálogos de diagnósticos e intervenções de Enfermagem, considerando a CIPE®, permitiu a compreensão da importância da investigação na prática baseada na evidência, tentando promover a investigação e a formação em serviço junto da equipa, refletindo a prática de uma forma crítica e construtiva.

Durante a fase de Projeto de Estágio, considerando a experiência profissional adquirida anteriormente em UCI, enquadrei-me como Enfermeira Proficiente, de acordo com Benner, tendo a capacidade de vivenciar a situação sob uma perspetiva global, sendo a perceção a palavra-chave (2001). No entanto, no início do Estágio deparei-me com procedimentos e protocolos diferentes (por exemplo, Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação, não utilização de Ambu para aspiração de secreções em doentes ventilados), de tal forma que, quando confrontada com os mesmos, senti-me como uma Enfermeira Competente, em que Benner afirma que não tem "...a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos na prática de enfermagem" (2001, p.54). Contudo, após a aprendizagem de alguns protocolos e novas guidelines de atuação, consegui superar esta fase de me focar em aspetos isolados. A experiência obtida anteriormente em cuidados intensivos sobrepôs-se ao receio da mudança de algumas práticas conseguindo, desta forma, atuar perante as situações de uma forma global. Essa "capacidade, fundada sobre a experiência, [permite a enfermeira proficiente] de reconhecer situações no seu todo" (Benner, 2001, p.55).

As duas semanas de férias da UCP constituíram, na minha opinião, uma quebra significativa no ritmo do Estágio. Quando me comecei a sentir integrada na Equipa houve uma interrupção que provocou um certo retrocesso no meu processo de integração. Quando reiniciei o Estágio, em janeiro de 2012, senti necessidade de me integrar novamente, principalmente com o meu orientador, o que atrasou, de algum modo, a concretização dos objetivos propostos.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

Todos os trabalhos realizados ao longo dos três Módulos do Estágio estão em conformidade com os princípios ético-legais, tendo sido sujeitos à aprovação junto dos órgãos de gestão das instituições, nomeadamente da Direção de Enfermagem (no Hospital de Santa Maria) e da Comissão de Ética (no Hospital da Luz).

Durante a impressão digital das mãos dos profissionais de saúde em Placas de Petri foi explicado, previamente, a todos os intervenientes a natureza e a finalidade do estudo, garantindo o seu anonimato e a inexistência de represálias ou malefícios e obtendo um consentimento livre e esclarecido, embora apenas verbal, preservando o seu direito de autodeterminação e promovendo a não-maleficência.

Os resultados das observações da higienização das mãos efetuadas nos cinco serviços do Hospital de Santa Maria, em contexto de Estágio da CCI (Módulo III), foram divulgados através da codificação dos mesmos, para que só o investigador os reconheça (Fortin, Côté, Filion, 2009).

A consulta dos dados dos processos clínicos, no Hospital da Luz (Módulos I e II) teve em consideração o respeito pelo anonimato e pela confidencialidade das informações, na medida em que os resultados divulgados não identificam os sujeitos (Fortin, Côté, Filion, 2009).

Estiveram sempre implícitos os seis princípios éticos ao longo da investigação: beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade.

Para além disso, a garantia da confidencialidade dos dados cumpre o disposto no Código Deontológico dos Enfermeiros, pois, as alíneas a) e d) do artigo 85º referem que o enfermeiro deve manter o anonimato da pessoa em situação de investigação, considerando confidencial toda a informação sobre o doente e família. O REPE, que regulamenta o exercício da Enfermagem, reconhece a investigação como promotora do “progresso de enfermagem em particular e da saúde em geral” (Artigo 9º – ponto 5), contribuindo para a melhoria dos cuidados.

O acesso à informação de saúde e o seu tratamento para fins de investigação estão contemplados na lei portuguesa, desde que seja obtido o consentimento da pessoa (nº2 do Artigo 7º da Lei nº67/98 de 26 de outubro) e que seja mantido o seu anonimato (nº4 do Artigo 4º da Lei nº12/2005 de 26 de janeiro e alínea d) do art.º85 do Código Deontológico dos Enfermeiros). Todas estas leis estão em harmonia com a Lei de Bases da Saúde (alínea d) da Base XIV: “ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados revelados”) e fundamentalmente, com a Constituição da República Portuguesa que reconhece a todos o direito à “reserva da intimidade da vida privada e familiar” (Artigo 26º).

## ANÁLISE SWOT

Recorrendo ao método SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats, foi elaborada uma grelha de avaliação que reflete os principais aspetos considerados ao longo do Estágio, pretendendo relacionar os pontos fortes e fracos da implementação dos objetivos propostos, com as tendências verificadas nas Instituições.

**TABELA 1 – Análise SWOT do contexto da implementação dos objetivos**

<p style="text-align: center;"><b>PONTOS FORTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Todos os trabalhos realizados nos três Módulos do Estágio, foram de encontro às necessidades dos serviços;</li><li>○ O desempenho como observadora da higienização das mãos, no âmbito do Módulo III, foi facilitado devido a momentos formativos anteriores, em contexto de trabalho;</li><li>○ O facto de trabalhar no Hospital da Luz facilitou a minha integração nas equipas de saúde dos estágios dos Módulos I e II.</li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>PONTOS FRACOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ O tempo do Estágio, dividido em três Módulos, desenvolvidos em locais diferentes, constituiu um obstáculo na concretização dos objetivos propostos;</li><li>○ A inexperiência em estudos de investigação.</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Resposta favorável da Direção de Enfermagem do Hospital de Santa Maria e da Comissão de Ética do Hospital da Luz;</li><li>○ Envolvimento dos profissionais dos serviços do Hospital de Santa Maria, no âmbito da Campanha da Higienização das mãos;</li><li>○ Política institucional do Hospital da Luz na promoção de desenvolvimento de estudos de investigação que visem a melhoria da qualidade dos cuidados;</li><li>○ Incentivo da Direção de Enfermagem do Hospital da Luz para aperfeiçoar o SIE.</li><li>○ Desenvolvimento de competências como formadora que motivam a realização de formação em serviço;</li><li>○ Aplicação de novos conhecimentos relacionados com a Enfermagem Médico-Cirúrgica, que permitam colaborar no processo de integração e supervisão de outros profissionais de saúde, promovendo as boas práticas.</li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>AMEAÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Hospital de Santa Maria: infraestruturas e sobrelotação de doentes internados nos serviços que dificultam o cumprimento das práticas de controlo da infeção;</li><li>○ Hospital da Luz: desmotivação dos enfermeiros na utilização da CIPE® como linguagem de referência.</li></ul>

## CONCLUSÃO

Ao longo do Estágio foi possível implementar diversas metodologias de trabalho que permitiram o desenvolvimento de competências como formadora em serviço. Através da exploração do método criativo (impressão digital das mãos em Placas de Petri, utilização de luz ultravioleta), e do método expositivo (apresentações em Powerpoint, realização de posters), desenvolvi a capacidade de comunicar para audiências especializadas (enfermeiros e AO), utilizando um discurso fundamentado. Para além disso, a pesquisa bibliográfica necessária para a elaboração dos trabalhos formativos promoveu a percepção da importância da prática baseada na evidência sustentando, por seu lado, a tomada de decisão.

No âmbito da Campanha Nacional da Higienização das Mãos, promovida pela DGS, através de uma observação participada e estruturada, verifiquei a adesão dos profissionais de saúde à prática da higiene das mãos no Hospital de Santa Maria, recorrendo a estatística descritiva para a recolha e análise dos dados. Considerando a amostra selecionada, a adesão à higiene das mãos ficou aquém do valor nacional divulgado pela DGS, para 2011 (66%), sendo, por isso, necessária a continuação de formação sobre esta temática e a sua importância na diminuição das IACS.

Relativamente ao Hospital da Luz, após uma pesquisa da literatura e a realização do diagnóstico da situação, através de estatística descritiva, foram elaborados catálogos de diagnósticos e de intervenções de Enfermagem, mais frequentes no AMP e UCI, de modo a sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância dos registos na visibilidade e melhoria dos cuidados prestados. A CIPE®, ferramenta desenvolvida pelo ICN pretende, através do registo dos diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem, representar a prática de Enfermagem nos SIS. A tecnologia da informação suporta o acesso aos cuidados de saúde, não devendo por isso, ser descurada. Também o Código Deontológico dos Enfermeiros prevê, na alínea d) do artigo 83º, o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (2009).

A observação da higiene das mãos e a elaboração dos catálogos CIPE® também promoveram a tomada de decisão fundamentada, considerando as evidências científicas. Para além disso, compreendi as implicações ético-legais da investigação na prática baseada na evidência, incorporando na mesma os seus resultados.

A realização do Estágio, no âmbito da Enfermagem da Especialidade Médico-Cirúrgica, permitiu-me compreender a importância de sustentar a minha prática e tomada de decisão, em teorias de Enfermagem. Considerando o Paradigma da Transformação, o cuidar com o doente implica o reconhecimento, no doente e no próprio enfermeiro, das suas culturas, crenças, definições e comportamentos de saúde. A pessoa influencia e é influenciada pelo ambiente, sendo esta inter-relação dinâmica.

Foi muito enriquecedor para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, a capacidade de desenvolver uma reflexão crítica da minha prática, incorporando o cuidar humanista e científico de Watson, e a transculturalidade de Leininger, integradas na Escola do Cuidar.

Aplicando o conhecimento adquirido a partir da investigação e da teoria de Enfermagem espero, desta forma, ter contribuído para a transição de uma prática centrada nos modelos biomédicos, para uma prática sustentada por Teoria de Enfermagem e evidência científica, desenvolvendo, deste modo, competências para a tomada de decisão.

## BIBLIOGRAFIA

- AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana. Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos. 9ª edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. 2008. 180p. ISBN 978-972-54-0212-2
- BARRA, Daniela; SASSO, Grace; MONTICELLI, Marisa – Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. Revista Eletrônica de Enfermagem. [em linha] (2009) 11(3) 579-589. [consult. 19 Fevereiro 2012-22:30]. Disponível em URL:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=71fc0a7c-fca7-4551-9af9-c448fdad0995%40sessionmgr10&vid=9&hid=18>
- BENNER, Patrícia. De iniciado a perito. trad. de Ana Albuquerque Queirós. Coimbra: Quarteto. 2001. 295p. ISBN 972-8535-97-X
- BLANCHARD, Denise; ALAVI, Christine – Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. The Authors. Journal Compilation. [em linha] (2008)13(5) 225-231 [consult. 22 outubro 2010 - 19:20]. Disponível em URL:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dd71c413-d3c2-4e01-9f30-7e5e7d1f39be%40sessionmgr12&vid=11&hid=18>
- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. CCI – Regulamento da Comissão de Controlo de infeção; 2010
- CCI – Lavagem das Mãos: 5 Momentos para reduzir a Infeção – Hospital da Luz [projeção visual]. 2009. 31 diapositivos
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Lei Constitucional nº1/2005. D.R. I Série. 155 (2005-08-12) 4642-4686
- CUBAS, Marcia; SILVA, Sandra; ROSSO, Mariângela – Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. Revista Electronica de Enfermagem. [em linha]. ISSN 1518-1944 (2010) 12(1)186-194. [consult. 19 fevereiro 2012-22:33]. Disponível em URL:  
[http://content.ebscohost.com/pdf23\\_24/pdf/2010/1D2L/01Jan10/51445377.pdf?T=P&P=A N&K=2010689375&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7VSsai4S7WWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgexy6oHx2O15](http://content.ebscohost.com/pdf23_24/pdf/2010/1D2L/01Jan10/51445377.pdf?T=P&P=A N&K=2010689375&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7VSsai4S7WWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgexy6oHx2O15)
- CUNHA, Alice; FERREIRA, João; RODRIGUES, Manuel – Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. Referência. [em linha]. (2010)1 7-16. [consult. 19 fevereiro 2012-22:38]. Disponível em URL:  
[http://content.ebscohost.com/pdf25\\_26/pdf/2010/398Q/01Jul10/55351646.pdf?T=P&P=A N&K=55351646&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7V Ssay4TLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgexy6oHx2O15](http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/2010/398Q/01Jul10/55351646.pdf?T=P&P=A N&K=55351646&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7V Ssay4TLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgexy6oHx2O15)
- DECRETO-LEI Nº178/2006. D.R. I Série. 171 (06-09-05) 6526-6545
- DECRETO-LEI Nº161/96 – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. D.R. I Série. 205 (96-09-04) 2959-2962

- DECRETO-LEI Nº104/98 – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. D.R. I Série. 93 (98-04-21) 1739-1757
- DGS. Circular Normativa nº18/DSQC/DSC (Comissões de Controlo de Infeção). Lisboa. outubro 2007a
- DGS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo de infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. março 2007b
- DGS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo de infeção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização. Lisboa. fevereiro 2008
- DGS. A estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos em 10 perguntas. janeiro 2009a
- DGS. Manual para os observadores. abril 2009b
- DGS. Campanha Nacional de Higiene das Mãos: Relatório 2008-2010. 2009c
- DGS. Circular Normativa nº13/DQS/DSD (Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde). Lisboa. junho 2010
- DGS. Relatório: Campanha Nacional de Higiene das Mãos 2010-2011. 2011
- ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE COIMBRA (ESEC). OPDES – Orientações Pedagógicas para Docentes do Ensino Superior: Ensino eficaz e motivação de aprender. [em linha]. 2011a. [consult. 17 julho 2011 – 12:07]. Disponível em URL: <http://ndsim.esec.pt/pagina/opdes/documentos/Ensino%20Eficaz%20e%20Motivacao.pdf>
- ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE COIMBRA (ESEC). OPDES – Orientações Pedagógicas para Docentes do Ensino Superior: Modos de Aprender. [em linha]. 2011b. [consult. 17 julho 2011 – 12:06]. Disponível em URL: <http://ndsim.esec.pt/pagina/opdes/documentos/Modos%20de%20Aprender.pdf>
- FONSECA, Cláudia; SANTOS, Mónica – Tecnologias da Informação e Cuidado Hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. Ciência e Saúde Colectiva. [em linha]. (2007) 12(3) 699-708. [consult.21 Abril 2012-19:39]. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/20.pdf>
- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Tradução de Nídia Salgueiro. Loures: Lusodidacta. (2006) 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5
- GONÇALVES, Susana; SOEIRO, Dina; SILVA, Sofia – O Projeto OPDES e a valorização da pedagogia do ensino superior. Exedra. ISSN 1646-9526. Coimbra. 2010(4 )21-32. [consult.18 Maio 2011-10:56]. Disponível em URL: <http://issuu.com/ndsim/docs/exedra-n4de2010>
- GRAY, Patricia; THOMAS, Debera – Critical Reflections on Culture in Nursing. Journal of Cultural Diversity. [em linha]. (2006)13(2)76-82. [consult. 19 fevereiro 2012-23:17]. Disponível em URL: [http://content.ebscohost.com/pdf18\\_21/pdf/2006/H7M/01Jun06/21370562.pdf?T=P&P=A&N&K=16856694&S=R&D=mnh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7ZSr6u4S7aWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex6oHx2O15](http://content.ebscohost.com/pdf18_21/pdf/2006/H7M/01Jun06/21370562.pdf?T=P&P=A&N&K=16856694&S=R&D=mnh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7ZSr6u4S7aWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex6oHx2O15)

- HOSPITAL SANTA MARIA. Comissão Controlo Infeção Hospitalar. [em linha]. Lisboa. [consult. 12 abril 2011-20:45]. Disponível em URL: [http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/358/Default.aspx#ID\\_3](http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/358/Default.aspx#ID_3)
- HOSPITAL DA LUZ. CCI – Campanha Nacional de Higiene das Mãos: Boletim da taxa de observação referente ao ano de 2011. 2012
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos da CIPE®. Tradução de Dra. Hermínia Castro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. junho 2009. 21p. ISBN 978-989-96021-6-8
- KÉROUAC, Suzanne [et al]. La pensée infirmière: Conceptions et Stratégies. Quebec: Maloine. 1994. 162p. ISBN 2.224.02284-0
- KILMER, Chris – Hand washing rate low among doctors. abcNews. [em linha]. EUA. outubro 2009. [consult. 03 junho 2011]. Disponível em URL: <http://abcnews.go.com/2020/superfreakonomics-dirty-hands-deadly-infections/story?id=8861823>
- LEI Nº 67/98 – Lei da Proteção de Dados da Saúde. D.R. I Série. 247 (98-10-26) 5536-5546
- LEI Nº 12/2005 – Informação genética pessoal e informação de saúde. D.R. I Série. 18 (2005-01-26) 606-611
- LEI Nº 48/90 – Lei de Bases da Saúde. D.R. I Série. 195 (90-08-24) 3452-3459
- LEININGER, Madeleine – Transcultural Spirituality: a Comparative Care and Health Focus. In Caring from the Heart – the convergence of caring and spirituality. New Jersey: M. Simone Roach.1997. 211p. ISBN 0-8091-3717-8
- LEININGER, Madeleine – The culture concept and its relevance to nursing. The Journal of Nursing Education. [em linha]. (1967) 27-37. [consult. 19 fevereiro 2012-23:07]. Disponível em URL: [http://content.ebscohost.com/pdf19\\_22/pdf/1967/4C7/01Apr67/26258365.pdf?T=P&P=A N&K=4000040310&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7ZSrqm4S7SWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex6oHx2O15](http://content.ebscohost.com/pdf19_22/pdf/1967/4C7/01Apr67/26258365.pdf?T=P&P=A N&K=4000040310&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7ZSrqm4S7SWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex6oHx2O15)
- LIMA, Cláudia; NÓBREGA, Maria – Banco de termos de linguagem especial de enfermagem da clínica médica. Revista Electronica de Enfermagem. [em linha]. ISSN 1518-1944 (2009)11(1)12-22. [consult. 19 fevereiro 2012-22:25]. Disponível em URL: <http://content.ebscohost.com/pdf10/pdf/2009/1D2L/01Jan09/37355921.pdf?T=P&P=AN&K=2010255423&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7c4xNvgOLCmr0qep7VSsKq4SLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex6oHx2O15>
- MARÍN, Sandra – A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. Investigación y Educación en Enfermería. (2005) 23(2)138-146
- MARUITI, Marina; GALDEANO, Luiza – Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Acta Paulista de Enfermagem. [em linha] (2007) 30(1) 37-43 [consult. 22 outubro 2010 – 19:25]. Disponível em URL:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>

- MOODY, Linda [et al.] – Electronic Health Records Documentation in Nursing: Nurses' perceptions, attitudes, and preferences. Computers, Informatics, Nursing. [em linha]. (2004) 22(6) 337-344 [consult. 21 fevereiro 2012 – 14:04]. Disponível em URL: [http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr\\_articles/ehr\\_documentation\\_in\\_nursing.pdf](http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/ehr_documentation_in_nursing.pdf)
- NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Carla Ferraz e Germano Couto. Loures: Lusociência. (1858) 2005. 201p. ISBN 972-8383-92-4
- NIGHTINGALE, Florence. Notes on Nursing – what it is, and what it is not. [em linha]. 1ª edição. New York. 1860. [consult. 18 julho 2011 – 10:25]. Disponível em URL: <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html#XIV>
- NP 405-1. 1995. Informação e Documentação – Referências Bibliográficas: Documentos Impressos. IPQ
- NP 405-2. 1998. Informação e Documentação – Referências Bibliográficas, Parte 2: Materiais não Livro. IPQ
- NP 405-3. 2002. Informação e Documentação – Referências Bibliográficas, Parte 3: Documentos não publicados. IPQ
- NP 405-4. 2003. Informação e Documentação – Referências Bibliográficas, Parte 4: Documentos Eletrónicos. IPQ
- OMARI, Ferdous – Perceived and unmet needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in ICUs. Journal of Nursing Scholarship [em linha] (2009)41(1) 28-34 [consult. 03 novembro 2010 – 10:40]. Disponível em URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dd71c413-d3c2-4e01-9f30-7e5e7d1f39be%40sessionmgr12&vid=13&hid=18>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa. outubro 2003
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. CIPE®- Versão 1.0. Lisboa. março 2006
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a) – Encontro «Enfermagem e Sistemas de Informação em Saúde 2010: CIPE® e Experiências de utilização efetiva. Revista Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629 (2011) 38 9-19
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b) – Registo Informático em Enfermagem – o Futuro é Hoje. Revista Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629 (2011) 39 32-33
- PEEL, Nicholas – The role of the critical care nurse in the delivery of bad news. British Journal of Nursing. [em linha] (2003)12(16) 966-971 [consult. 03 novembro 2010 – 15:53]. Disponível em URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dd71c413-d3c2-4e01-9f30-7e5e7d1f39be%40sessionmgr12&vid=15&hid=18>
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Tradução de João Marques, Maria Mendes e Maria Carvalho. 5ª Edição. Lisboa: Gradiva. (1995) 2008. 282p. ISBN 978-972-662-275-8

- RABIAIS, Isabel. Tomada de Decisão em Emergência. [projeção visual]. 2011. 33 Diapositivos (Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo II). Universidade Católica Portuguesa. Rio de Mouro. Portugal
- ROACH, M. Simone; Caring from the Heart – the convergence of caring and spirituality. New Jersey: M. Simone Roach.1997. 211p. ISBN 0-8091-3717-8
- SASSO, Grace; PERES, Heloísa; SILVEIRA, Denise – Computerized Nursing Process in Critical Care Unit using the ICNP – Beta2. Studies in Health Technology and Informatics. [em linha]. (2006)122 1021-1023. [consult. 19 fevereiro 2012 – 22:28]. Disponível em URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=71fc0a7c-fca7-4551-9af9-c448fdad0995%40sessionmgr10&vid=9&hid=18>
- SILVA, Abel – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina”. Servir. (2007) 55(1-2) 11-20
- SIMS, Jennifer; MIRACLE, Vickie – A look at Critical Care Visitation: the case for flexible visitation. Dimensions of Critical Care Nursing. [em linha] (2006) 25(4) 175-181. [consult. 10 dezembro 2011 – 22:11]. Disponível em URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c0055024-c3a0-4926-b71c-d32b7346083f%40sessionmgr104&vid=23&hid=127&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009243291>
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Tradução de Ana Rita Albuquerque. 5ªedição. Loures: Lusociência. (2002) 2005. 750p. ISBN 972-8383-74-6
- WATSON, Jean. Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – uma Teoria de Enfermagem. Tradução de João Enes. Loures: Lusociência. 2002. 182p. ISBN 972-8383-33-9
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I – OBJETIVOS DE ESTÁGIO: Módulo III**

### MÓDULO III – CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR

#### **Objetivo geral**

Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades.

<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>JUSTIFICAÇÃO</b>	<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>
Conhecer a dinâmica e organização da CCI do Hospital de Santa Maria	<ul style="list-style-type: none"><li>- demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multi e interdisciplinar</li><li>- sugerir estratégias proactivas para serem implementadas nos serviços visando a prevenção e controlo de infeção</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. conhecimento do PNCI</li><li>2. consulta da legislação sobre as funções da CCI e da enfermeira</li><li>3. consulta de normas e protocolos da CCI</li><li>4. observação direta das atividades realizadas pela enfermeira da CCI</li><li>5. estabelecimento de uma relação empática e profissional com os outros elementos da CCI</li><li>6. colaboração com a enfermeira da CCI na realização das suas atividades</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ter uma perspetiva dos protocolos implementados a nível do país</li><li>2. conhecer o papel da enfermeira da CCI através de uma base legal</li><li>3. uniformizar a informação de acordo com as diretrizes do hospital</li><li>4. perceber o cumprimento das funções da enfermeira da CCI</li><li>5. compreender o papel dos outros elementos na CCI</li><li>6. promover a prevenção da infeção hospitalar</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- conhece as recomendações do PNCI e as funções da CCI de acordo com a legislação em vigor</li><li>- domina as principais normas e protocolos da CCI da instituição</li><li>- é reconhecida pelos outros membros da CCI como um elemento disponível para aprender e ajudar</li><li>- tem iniciativa na aprendizagem e colaboração de atividades no âmbito da CCI</li></ul>
Desenvolver competências como formadora em serviço	<ul style="list-style-type: none"><li>- comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>brainstorming</i> com a enfermeira da CCI acerca do tema a abordar</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. identificar as necessidades formativas do serviço</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Efetua uma revisão sistemática da literatura sobre a temática acordada</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formular e analisar questões de maior complexidade de forma autónoma, sistemática e crítica</li> <li>- produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara</li> <li>- comunicar os resultados da prática clínica e de investigação para audiências especializadas</li> <li>- incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito do controlo de infeção hospitalar</li> <li>- promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema acordado</li> <li>3. planeamento e realização da sessão de formação</li> <li>4. avaliação da sessão de formação</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. fundamentar o tema acordado através de um referencial teórico</li> <li>3. divulgar o tema à equipa de enfermagem</li> <li>4. avaliar a sessão e os aspetos a melhorar</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apresenta os resultados à equipa de Enfermagem através de uma sessão formativa</li> <li>- conhece e domina os recursos utilizados</li> <li>- disponibiliza local e tempo propícios a uma prática reflexiva</li> </ul>
<p>Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos para a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- exercer supervisão do exercício profissional na área da prevenção e controlo de infeção hospitalar</li> <li>- diagnosticar as necessidades do serviço relativamente à prevenção e controlo de infeção</li> <li>- monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção e controlo implementadas nos serviços</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. colaboração com a enfermeira orientadora na Campanha da Higienização das Mãos promovida pela DGS</li> <li>2. planeamento de uma ação de formação organizando os resultados da Campanha iniciada em 2009 observados através de gráficos</li> <li>3. apresentação da ação de formação (exposição oral e</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. desempenhar um papel ativo na Campanha promovida pela DGS à qual o Hospital aderiu</li> <li>2 e 3. divulgar os resultados obtidos e sugerir melhorias, se necessário</li> <li>4. constatar os cuidados efetivamente praticados</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tem capacidade crítica para fazer comparações dos resultados observados com as normas preconizadas pela CCI de acordo com a Campanha da Higienização das Mãos</li> <li>- apresenta os resultados aos profissionais de saúde através de uma sessão formativa</li> <li>- conhece e domina os recursos adequados</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de controlo de infeção hospitalar</li><li>- identificar as necessidades formativas</li></ul>	<p>PowerPoint) e elaboração de um poster</p> <p>4. observação direta da realização de boas práticas para o controlo de infeção em cinco serviços que aderiram à Campanha para 2011</p> <p>5. preenchimento de uma grelha de observação de acordo com modelo próprio da Campanha</p>	<p>5. registar as atividades observadas</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- disponibiliza local e tempo propícios a uma prática reflexiva sobre a temática</li><li>- tem uma postura discreta durante a observação não influenciando os resultados</li></ul>
--	--	---	---	--

## **APÊNDICE II – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO: Módulo III**

CRONOGRAMA

MÓDULO III ACTIVIDADES	Abril		Maio				Junho	
	27 a 01	02 a 08	09 a 15	16 a 22	23 a 29	30 a 05	06 a 12	13 a 19
1. Conhecimento do PNCI	█							
2. Consulta da legislação sobre as funções da CCI e enfermeira	█							
3. Consulta de normas e protocolos da CCI		█						
4. Observação directa das actividades realizadas pela enfermeira da CCI	█	█						
5. Estabelecimento de uma relação empática e profissional com os outros elementos da CCI	█	█	█	█	█	█	█	█
6. Colaboração com a enfermeira da CCI na realização das suas actividades			█	█	█	█	█	█
1. <i>brainstorming</i> com o enfermeiro orientador acerca do tema a abordar	█							
2. Realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema acordado		█	█	█				
3. Planificação e realização da acção de formação								█
1. Colaboração com a enfermeira orientadora na Campanha da Higienização das Mãos promovida pela DGS		█	█	█	█	█	█	█
2. Planeamento de uma acção de formação organizando os resultados da Campanha iniciada em 2009 observados através de gráficos		█						
3. Apresentação da acção de formação (exposição oral e powerpoint) e elaboração de um poster			█	█	█	█		
4. Observação directa da realização de boas práticas para o controlo de infecção em cinco serviços que aderiram à Campanha para 2011							█	█
5. Preenchimento de uma grelha de observação de acordo com modelo próprio da Campanha							█	█

LEGENDA: █ Objectivo 1 █ Objectivo 2 █ Objectivo 3

## **APÊNDICE III – PEDIDO À DIREÇÃO ENFERMAGEM DO HSM**



Exm<sup>a</sup> Senhora  
Enfermeira Directora  
Catarina Batuca  
do CHLN

Lisboa, 17 de Junho de 2011

Somos alunas do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), actualmente a realizar estágio na CCI do HSM, de 27 de Abril a 24 de Junho de 2011. Em contexto do nosso Projecto e a pedido da CCI, foi-nos solicitada a colaboração na Campanha de Higienização das Mãos, iniciada em 2005 pela WHO e operacionalizada em Portugal, em 2009. Como tal, realizámos Acções de Sensibilização sobre a importância da higienização das mãos na prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), em cinco dos nove Serviços do HSM que aderiram à Campanha, divididas em duas Sessões:

- Sessão 1 – Impressão digital das mãos dos profissionais de saúde, em placas de Petri, para pesquisa de microrganismos, imediatamente antes do contacto com o doente (por ter sido o Momento de menor adesão, de acordo com os resultados Nacionais e do HSM).

- Sessão 2 – Apresentação de um poster com as fotos das placas de Petri, relacionando-as com os resultados das observações efectuadas em 2009/2010, de cada serviço.

Para a concretização das Acções de Sensibilização, a CCI facultou-nos os dados estatísticos de cada Serviço, relativamente à Campanha que decorreu em 2009/2010.

Vimos por este meio, solicitar autorização para que os dados, consultados e recolhidos, possam ser mobilizados para o Relatório de Estágio, **assegurando o anonimato de todos os Serviços, bem como de todos os profissionais de saúde.**

Sem outro assunto de momento, agradecemos a atenção dispensada.

As Alunas:

Márcia de Jesus  
(Enfermeira Márcia de Jesus)

Mónica TAVARES  
(Enfermeira Mónica Tavares)

A Tutora (UCP):

Helena José  
(Professora Doutora Helena José)

## **APÊNDICE IV – PLANO DA SESSÃO: CCI**



## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### **SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

#### **Objetivo Geral**

Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da higienização das mãos no controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

#### **Objetivos Específicos**

Reforçar a importância da lavagem das mãos como meio de prevenção da transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Promover a adoção de boas práticas.

Estimular a adesão à campanha da higienização das mãos (WHO).

#### **Atividades**

Reunião com os elos de ligação dos serviços que aderiram à campanha da higienização das mãos e as enfermeiras da CCI do CHLN - HSM.

##### *Sessão 1*

Utilização de placas de Petri para pesquisa de microrganismos existentes nas mãos dos profissionais de saúde imediatamente antes do contacto com o doente.

Utilização de uma câmara de luz ultravioleta (Dermalux®) e SABA com contraste para visualização das áreas das mãos que não foram adequadamente higienizadas.

**NOTA:** É assegurado o anonimato de todos os participantes.

##### *Sessão 2*

Apresentação de um cartaz com as fotografias das placas de Petri com os resultados e pequenas curiosidades que incentivem a interiorização da temática.

Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.





### **Local**

Serviço A  
Serviço B  
Serviço C  
Serviço D  
Serviço E

**Duração** - Sessão 1 – 15min; Sessão 2 - 30min

**Data** - A confirmar

### **Formadores**

Márcia de Jesus

Mónica Tavares

Alunas do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP sob orientação da Prof. Helena José.

### **Cronograma**

<b>Serviços</b>	<b>Sessão 1</b>	<b>Sessão 2</b>
Serviço A	10.05.2011	13.05.2011
Serviço B	13.05.2011	17.05.2011
Serviço C	17.05.2011	20.05.2011
Serviço D	18.05.2011	23.05.2011
Serviço E	23.05.2011	01.06.2011



## **APÊNDICE V – GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO: CCI**



## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

### SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Local –

Data –

O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela colaboração.

#### EESCALA DE AVALIAÇÃO

NADA ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	SEM OPINIÃO	ADEQUADO	MUITO ADEQUADO
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

#### Formação

Coordenação entre as sessões

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adequação do material pedagógicc

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Organização em geral

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### Conteúdo

Pertinência da temática

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### Formadores

Domínio da temática

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Capacidade de motivação

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Clareza na transmissão do conteúdo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Facilidade da interiorização do conteúdo através da metodologia aplicada

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

COMISSÃO DE  
CONTROLO DE INFEÇÃO

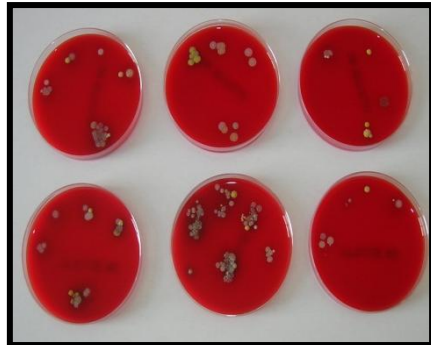


## **APÊNDICE VI – IMPRESSÃO DIGITAL EM PLACAS DE PETRI**

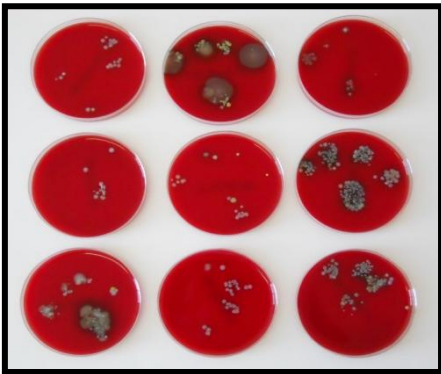
## IMPRESSÃO DIGITAL EM PLACAS DE PETRI



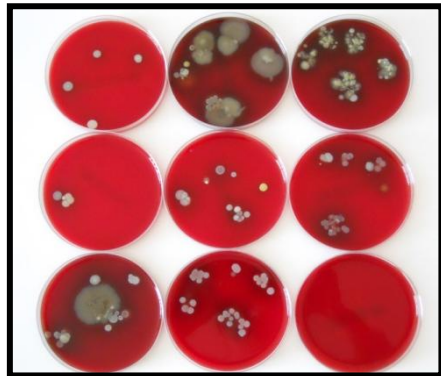
Serviço A



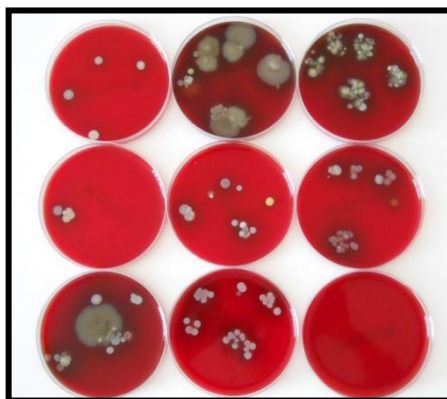
Serviço B



Serviço C



Serviço D



Serviço E

## APÉNDICE VII – POSTERS: CCI

## SERVIÇO A

### INTRODUÇÃO

A World Health Organization (WHO), com o objectivo de reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), iniciou em 2005 a Campanha "Clean Care is Safer Care", à qual Portugal aderiu em Outubro de 2008, operacionalizando-a em 2009.

As mãos são o principal veículo de transmissão de microrganismos sendo fundamental uma adequada higienização, para proteger o doente e os profissionais de saúde. A WHO preconizou 5 momentos para os profissionais de saúde higienizarem as mãos durante a prestação de cuidados.



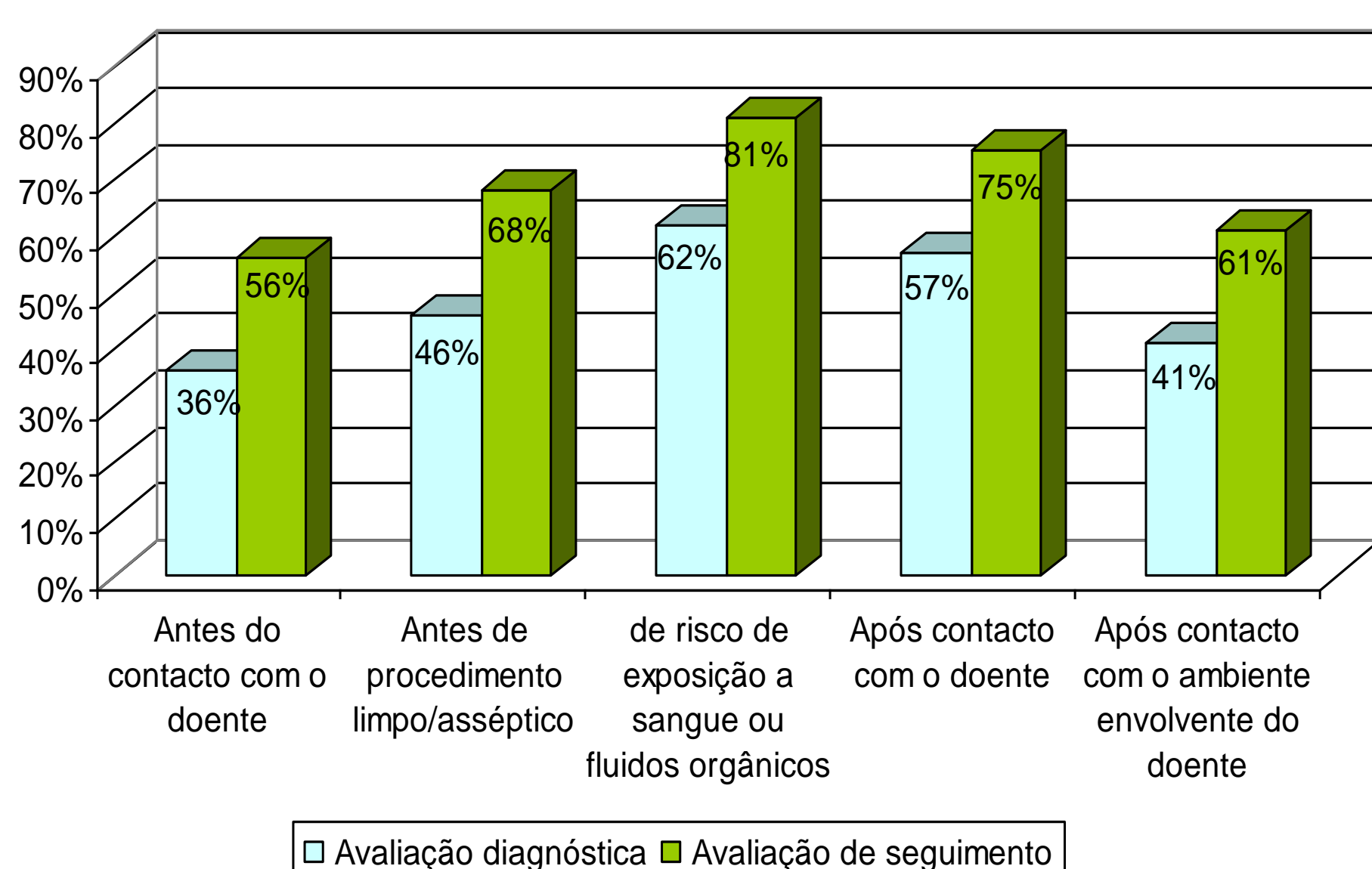
Em Maio de 2010, a WHO convidou todas as instituições de saúde que aderiram à Campanha "Clean Care is Safer Care" para fazerem uma avaliação, observando a higienização das mãos no Momento 1 – Antes do contacto com o doente. Participaram cerca de 327 instituições de 47 países, analisando-se 76803 oportunidades. Constatou-se que a adesão global no Momento 1 foi de 51%.

Regiões WHO	Nº Instituições (%)	Nº Oportunidades (%)	Adesão
AMÉRICA	140 (42.8%)	23183 (30.2%)	26%
EUROPA	99 (30.3%)	22278 (29%)	64%
ÁFRICA	5 (1.5%)	1547 (2%)	48%

Fonte: WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care

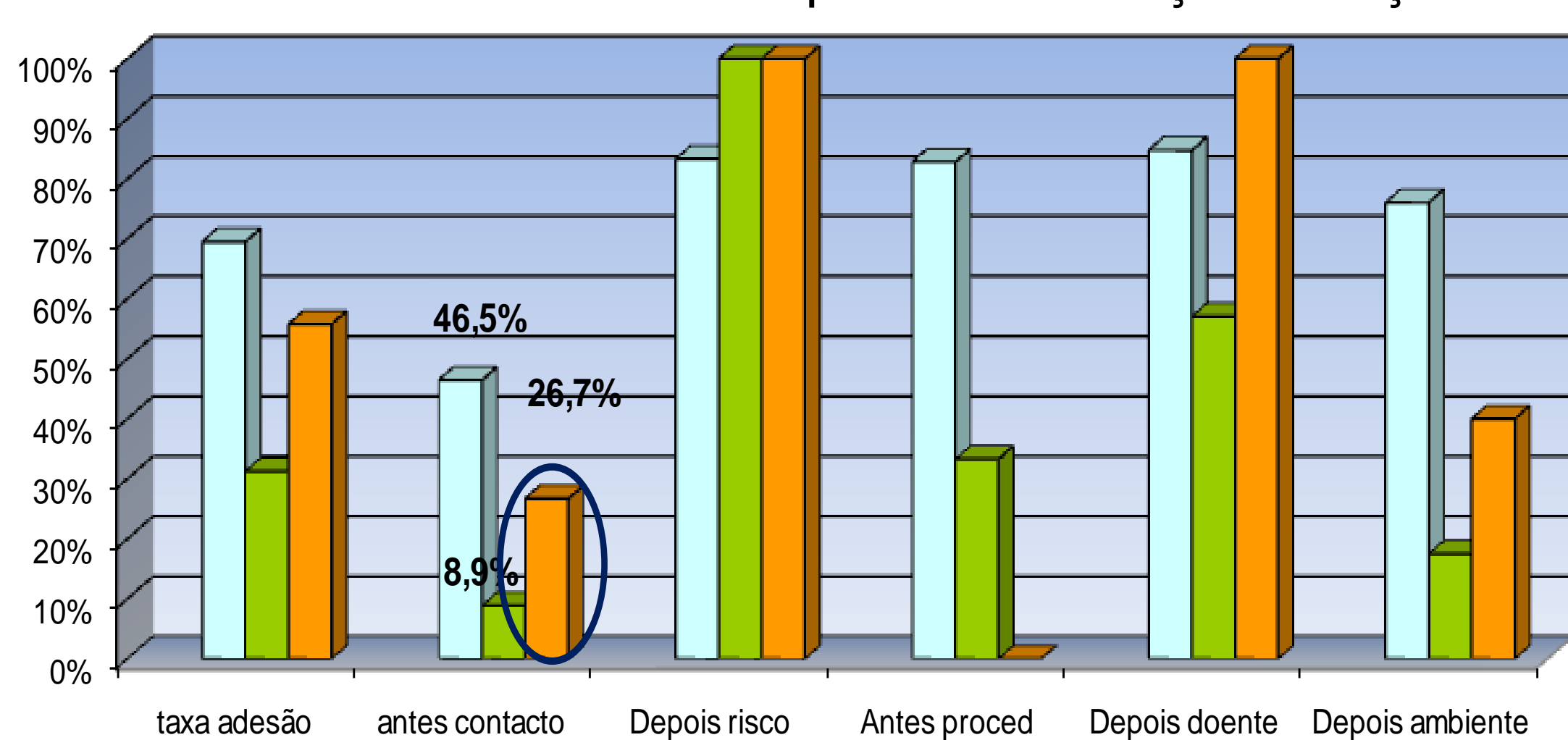
### Avaliação da adesão à prática de Higiene das mãos – Nacional- 2009

Adesão por momento



□ Avaliação diagnóstica ■ Avaliação de seguimento

### Taxas de adesão nos 3 períodos de observação no Serviço A

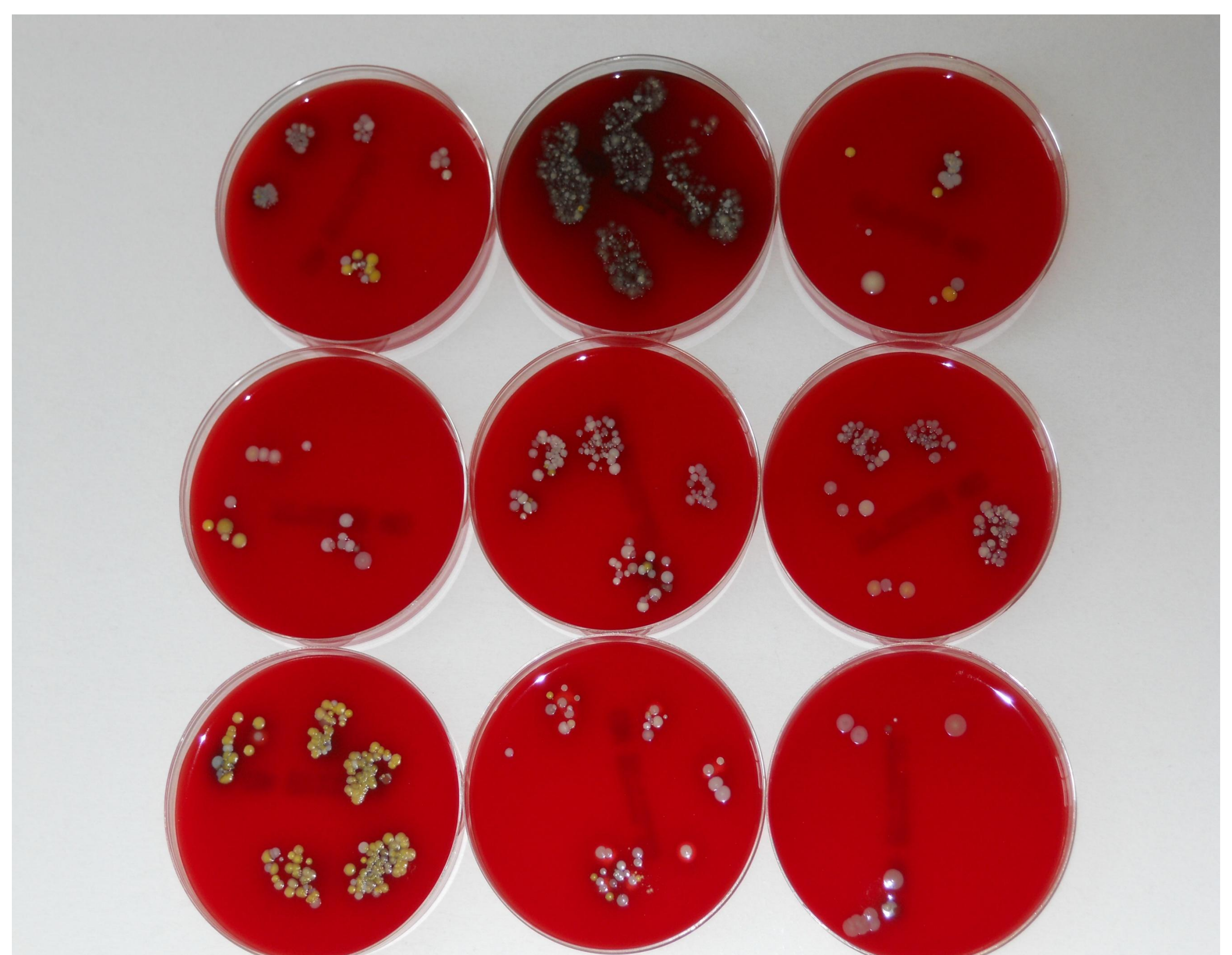


### Análise

Relativamente ao Momento 1, ao contrário dos resultados a nível nacional, no Serviço A verificou-se um decréscimo significativo de adesão na 2ª observação (final de 2009), em relação à 1ª (início de 2009).

Para o mesmo Momento, a taxa de adesão da higienização das mãos no Serviço A, realizada na 3ª observação (2010) é visivelmente inferior à taxa de adesão europeia bem como à taxa de adesão global, no mesmo período.

Fonte: <http://www.mrsaresources.com/>



Impressão digital em Placas de Petri, no Momento 1 – Antes do Contacto com o Doente

### Conclusão

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a importância da higienização das mãos antes do contacto com o doente, para evitar a transmissão de microrganismos.

### Curiosidades

- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante as actividades "limpas", com cerca de 100 -1.000 UFC de *Klebsiella* spp., - Flora transitória
- Em cada mão, podem encontrar-se acima de 24000000 de células de *S. aureus*.
- Cerca de 4 a 16% da superfície da mão está exposta à flora transitória após um único contacto com o doente ou superfícies inanimadas. Após 12 contactos, a exposição aumenta para 40%.
- A colonização com bactérias Gram negativo é superior antes do contacto com o doente comparativamente com o final do turno.
- As colonizações de bactérias Gram negativo são superiores em mãos com unhas artificiais, sendo a mais comum a *Pseudomonas aeruginosa*.

Fonte: <http://microbewiki.kenyon.edu/index.php/Acinetobacter>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CCI – Campanha Nacional de Higiene das Mãos – CHLN-HSM [projecção visual]; 2010; 41 diapositivos  
 DGS – Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [projecção visual]; 2010; 78 diapositivos  
 WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care, 2010

## SERVIÇO B

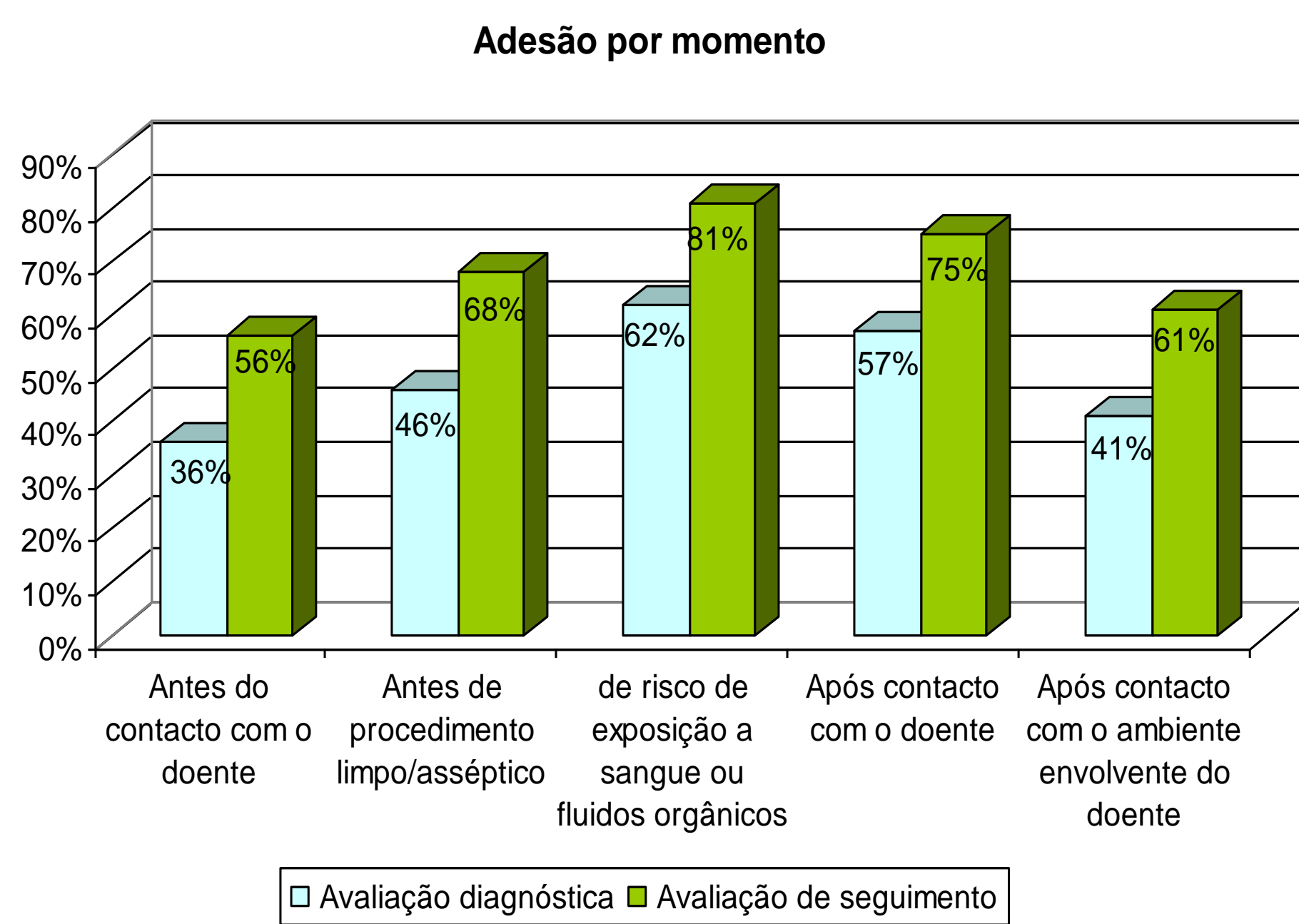
### INTRODUÇÃO

A World Health Organization (WHO), com o objectivo de reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), iniciou em 2005 a Campanha "Clean Care is Safer Care", à qual Portugal aderiu em Outubro de 2008, operacionalizando-a em 2009.

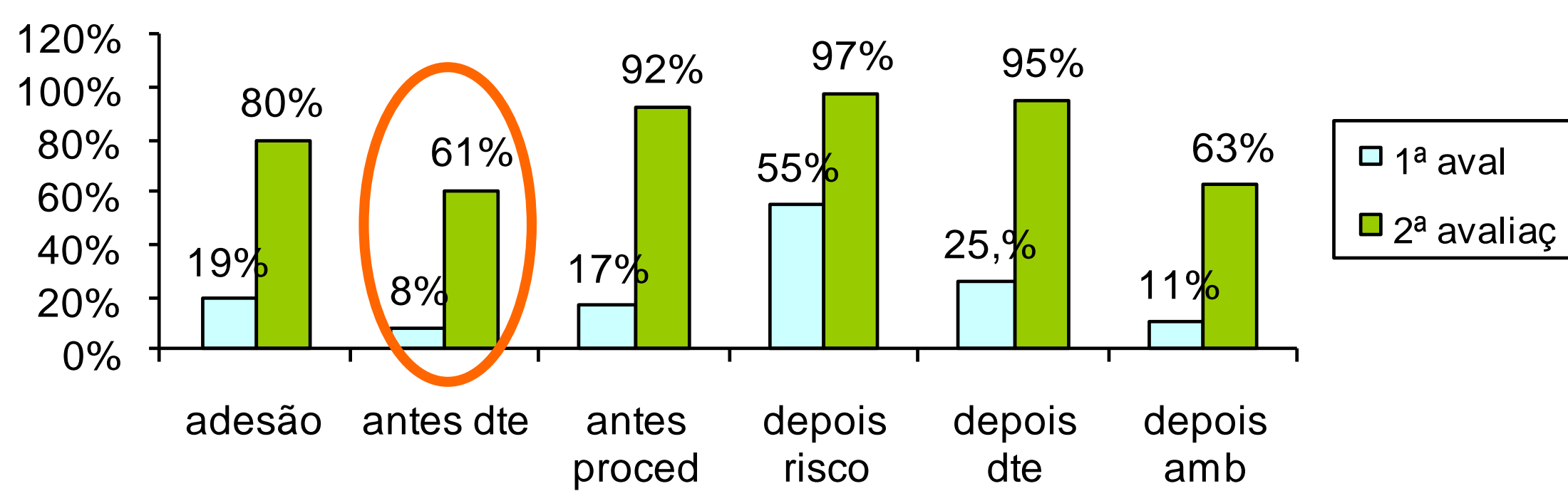
As mãos são o principal veículo de transmissão de microrganismos sendo fundamental uma adequada higienização, para proteger o doente e os profissionais de saúde. A WHO preconizou 5 momentos para os profissionais de saúde higienizarem as mãos durante a prestação de cuidados.



### Avaliação da adesão à prática de Higiene das mãos – Nacional- 2009



### Comparação da adesão antes e após a campanha Serviço B 2009



### Análise

Relativamente ao Momento 1, observa-se uma fraca adesão à higienização das mãos, antes do início da campanha.

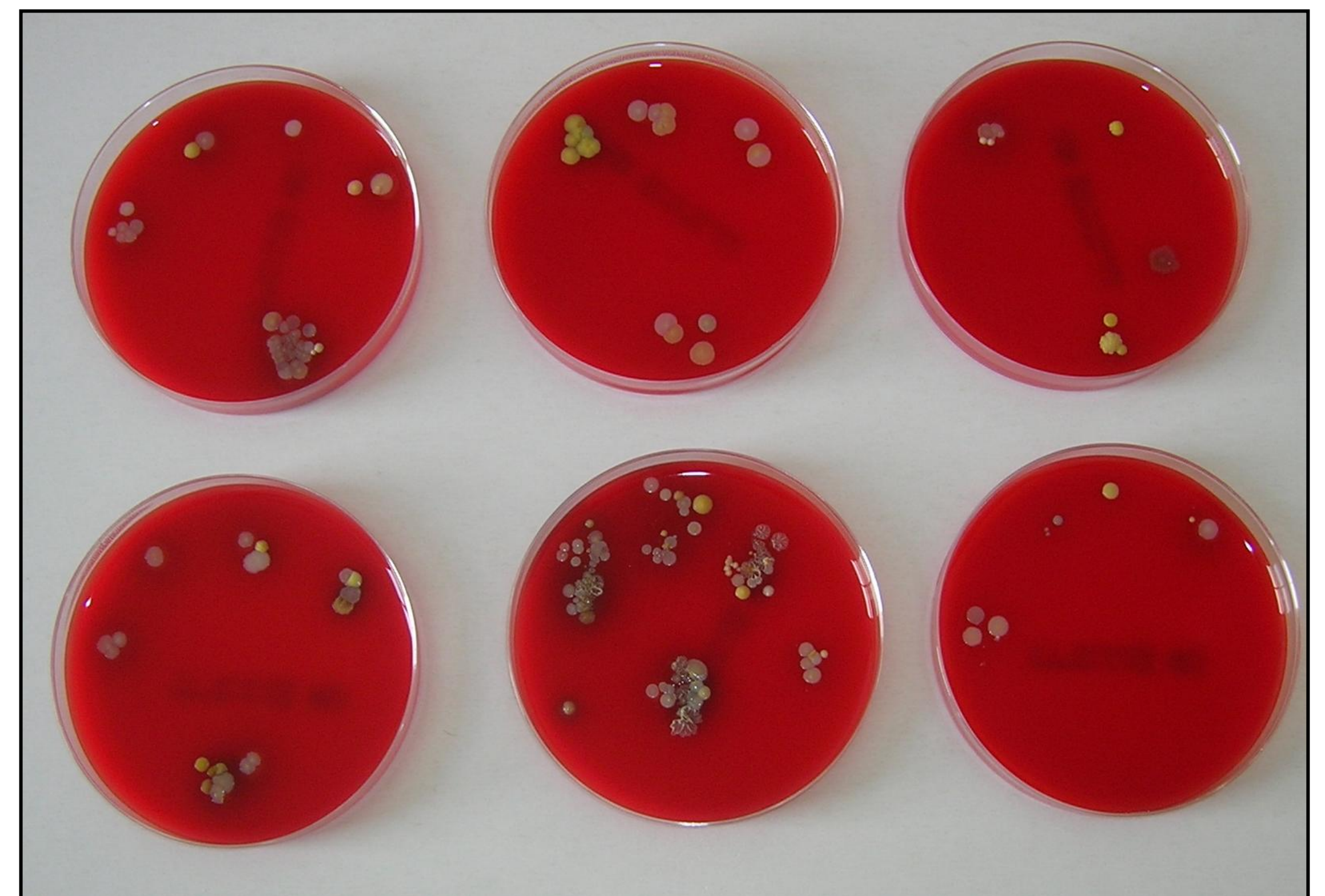
No entanto, após a campanha de sensibilização verifica-se uma maior preocupação dos profissionais de saúde com uma taxa de adesão de 61%, o que acompanha a adesão verificada a nível nacional, para o mesmo momento.

Fonte: <http://www.mrsaresources.com/>

Em Maio de 2010, a WHO convidou todas as instituições de saúde que aderiram à Campanha "Clean Care is Safer Care" para fazerem uma avaliação, observando a higienização das mãos no Momento 1 – Antes do contacto com o doente. Participaram cerca de 327 instituições de 47 países, analisando-se 76803 oportunidades. Constatou-se que a **adesão global no Momento 1 foi de 51%**.

Regiões WHO	Nº Instituições (%)	Nº Oportunidades (%)	Adesão
AMÉRICA	140 (42.8%)	23183 (30.2%)	26%
EUROPA	99 (30.3%)	22278 (29%)	64%
ÁFRICA	5 (1.5%)	1547 (2%)	48%

Fonte: WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care



Impressão digital em Placas de Petri, no Momento 1 – Antes do Contacto com o Doente

### Conclusão

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a importância da higienização das mãos antes do contacto com o doente, para evitar a transmissão de microrganismos.

### Curiosidades

- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante as actividades "limpas", com cerca de 100 -1.000 UFC de *Klebsiella* spp., - Flora transitória
- Em cada mão, podem encontrar-se acima de 24000000 de células de *S. aureus*.
- Cerca de 4 a 16% da superfície da mão está exposta à flora transitória após um único contacto com o doente ou superfícies inanimadas. Após 12 contactos, a exposição aumenta para 40%.
- A colonização com bactérias Gram negativo é superior antes do contacto com o doente comparativamente com o final do turno.
- As colonizações de bactérias Gram negativo são superiores em mãos com unhas artificiais, sendo a mais comum a *Pseudomonas aeruginosa*.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CCI – Campanha Nacional de Higiene das Mãos – CHLN-HSM [projecção visual]; 2010; 41 diapositivos  
DGS – Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [projecção visual]; 2010; 78 diapositivos  
WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care, 2010

## SERVIÇO C

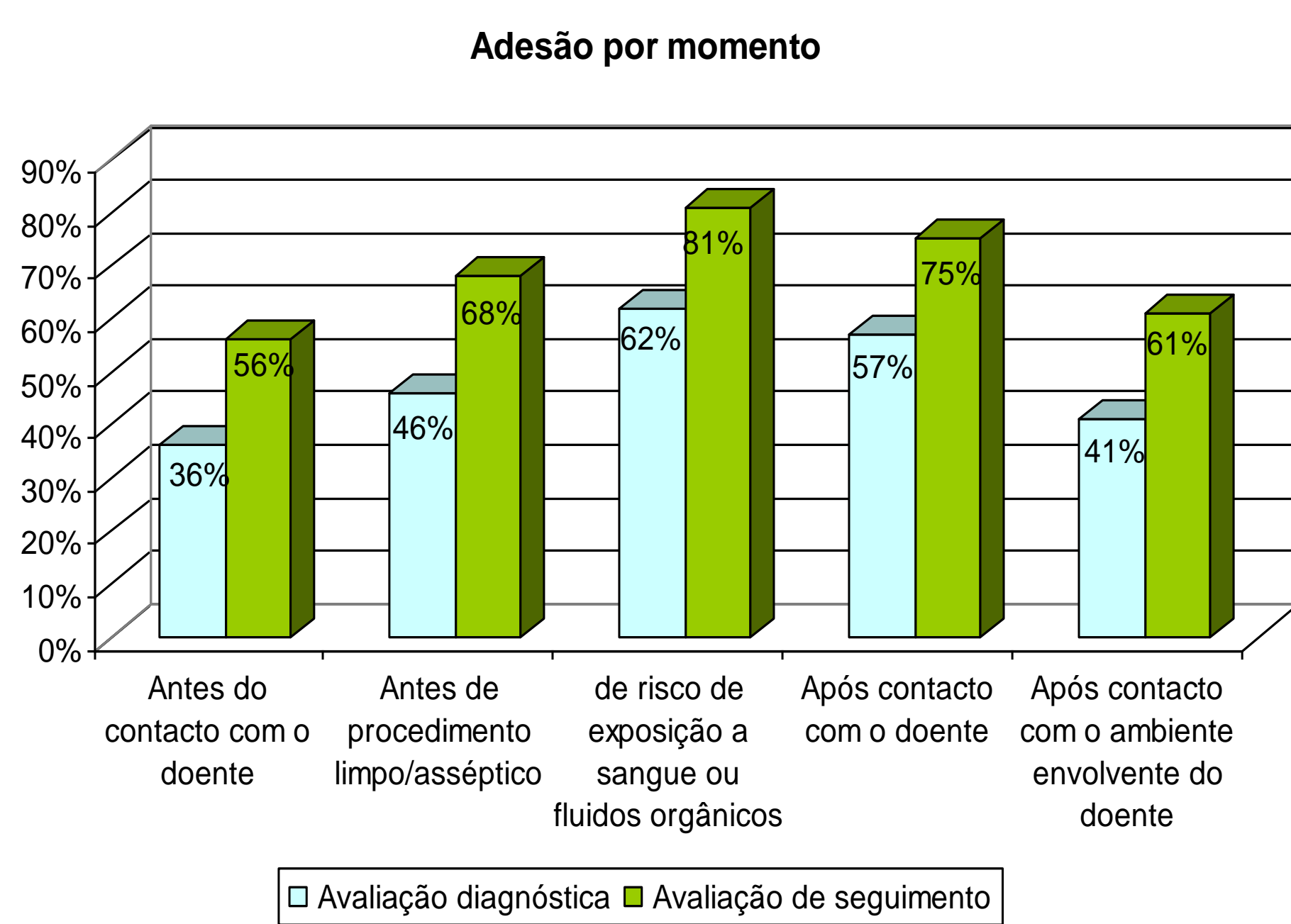
### INTRODUÇÃO

A World Health Organization (WHO), com o objectivo de reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), iniciou em 2005 a Campanha "Clean Care is Safer Care", à qual Portugal aderiu em Outubro de 2008, operacionalizando-a em 2009.

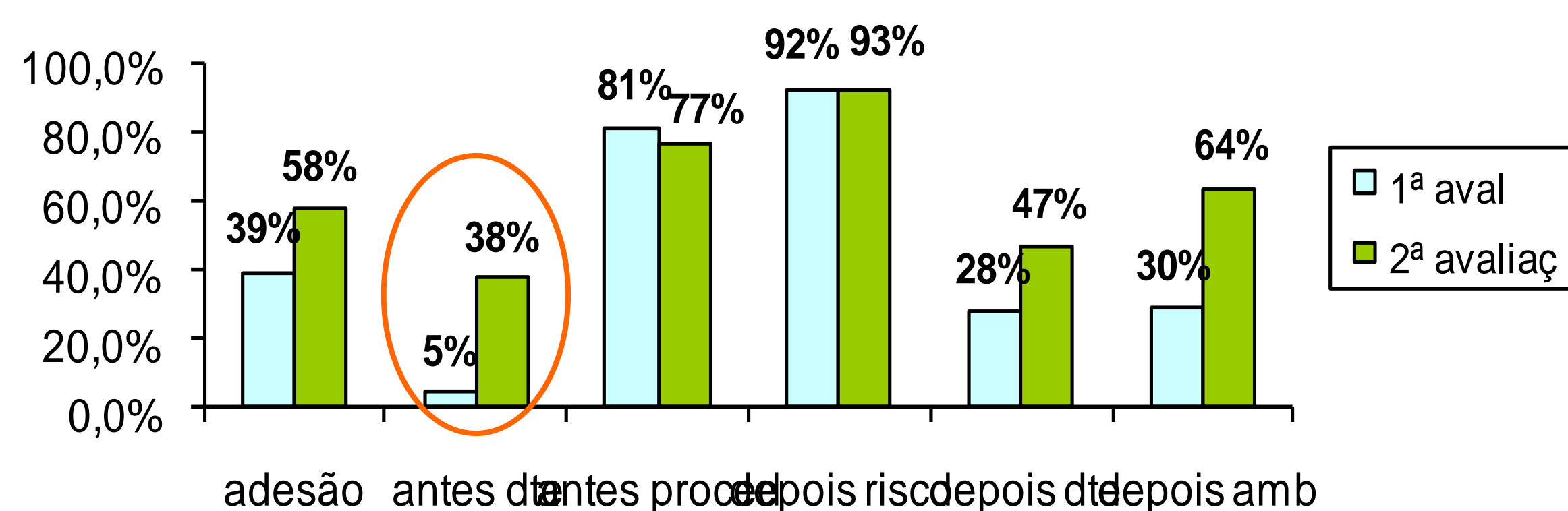
As mãos são o principal veículo de transmissão de microrganismos sendo fundamental uma adequada higienização, para proteger o doente e os profissionais de saúde. A WHO preconizou 5 momentos para os profissionais de saúde higienizarem as mãos durante a prestação de cuidados.



### Avaliação da adesão à prática de Higiene das mãos – Nacional- 2009



### Comparação da adesão antes e após campanha Serviço C - 2009



### Análise

Relativamente ao Momento 1, observa-se uma fraca adesão à higienização das mãos, antes do início da campanha.

No entanto, após a campanha de sensibilização verifica-se uma maior preocupação dos profissionais de saúde embora com uma taxa de adesão inferior à verificada a nível nacional, para o mesmo momento.

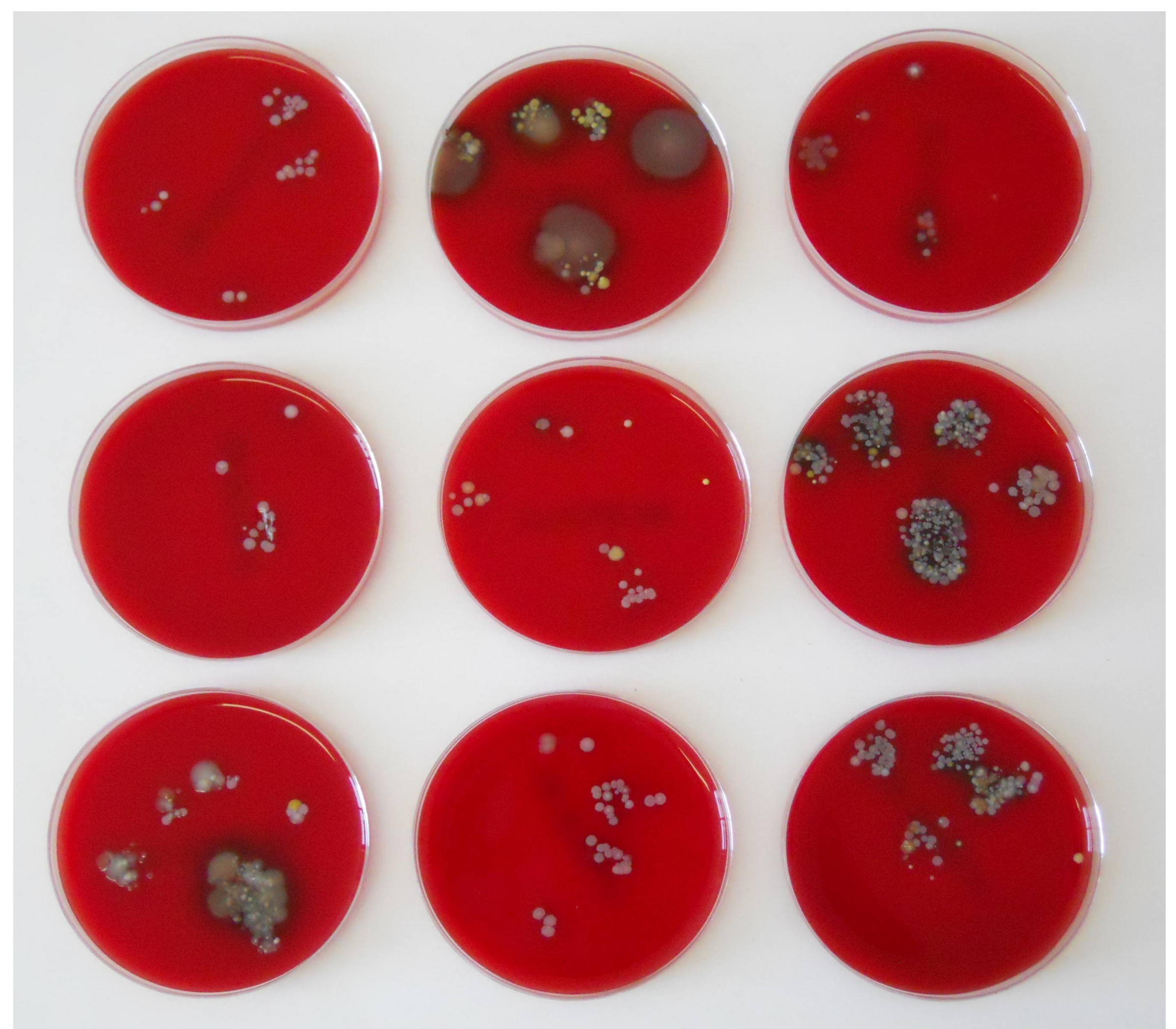
De salientar que o Momento 1 - antes do contacto com o doente, continua a ser o momento de menor adesão, acompanhando os resultados a nível nacional.

Fonte: <http://www.mrsaresources.com/>

Em Maio de 2010, a WHO convidou todas as instituições de saúde que aderiram à Campanha "Clean Care is Safer Care" para fazerem uma avaliação, observando a higienização das mãos no Momento 1 – Antes do contacto com o doente. Participaram cerca de 327 instituições de 47 países, analisando-se 76803 oportunidades. Constatou-se que a **adesão global no Momento 1 foi de 51%**.

Regiões WHO	Nº Instituições (%)	Nº Oportunidades (%)	Adesão
AMÉRICA	140 (42.8%)	23183 (30.2%)	26%
EUROPA	99 (30.3%)	22278 (29%)	64%
ÁFRICA	5 (1.5%)	1547 (2%)	48%

Fonte: WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care



Impressão digital em Placas de Petri, no Momento 1 – Antes do Contacto com o Doente

### Conclusão

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a importância da higienização das mãos antes do contacto com o doente, para evitar a transmissão de microrganismos.

### Curiosidades

- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante as actividades "limpas", com cerca de 100 -1.000 UFC de *Klebsiella* spp., - Flora transitória
- Em cada mão, podem encontrar-se acima de 24000000 de células de *S. aureus*.
- Cerca de 4 a 16% da superfície da mão está exposta à flora transitória após um único contacto com o doente ou superfícies inanimadas. Após 12 contactos, a exposição aumenta para 40%.
- A colonização com bactérias Gram negativo é superior antes do contacto com o doente comparativamente com o final do turno.
- As colonizações de bactérias Gram negativo são superiores em mãos com unhas artificiais, sendo a mais comum a *Pseudomonas aeruginosa*.

Fonte: <http://microbewiki.kenyon.edu/index.php/Acinetobacter>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CCI – Campanha Nacional de Higiene das Mãos – CHLN-HSM [projecção visual]; 2010; 41 diapositivos  
 DGS – Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [projecção visual]; 2010; 78 diapositivos  
 WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care, 2010

## SERVIÇO D

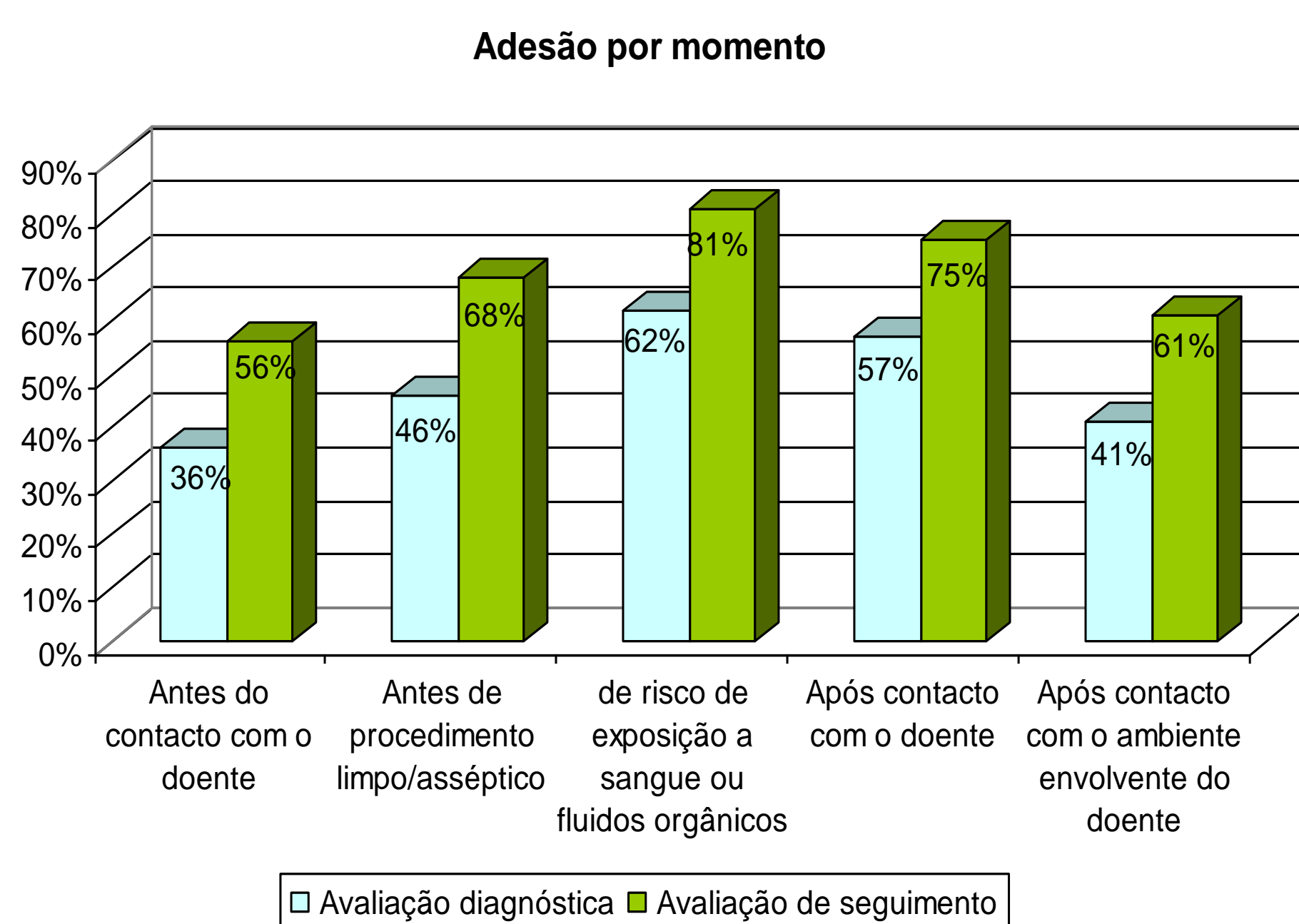
### INTRODUÇÃO

A World Health Organization (WHO), com o objectivo de reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), iniciou em 2005 a Campanha "Clean Care is Safer Care", à qual Portugal aderiu em Outubro de 2008, operacionalizando-a em 2009.

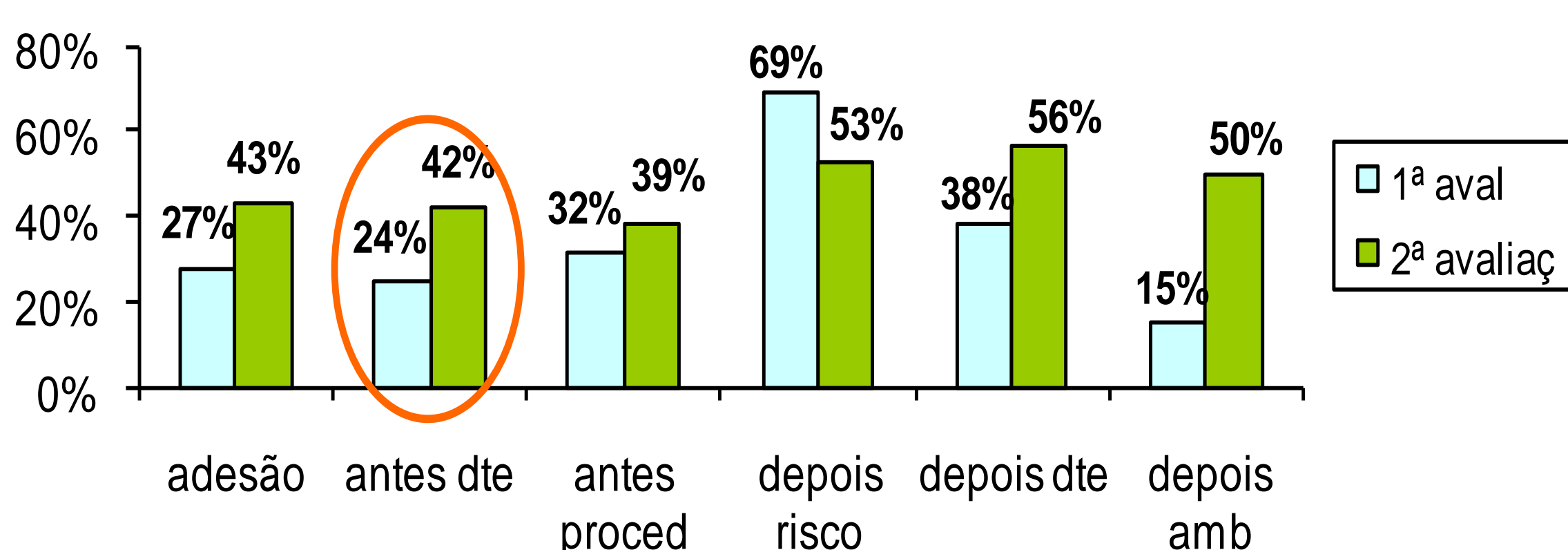
As mãos são o principal veículo de transmissão de microrganismos sendo fundamental uma adequada higienização, para proteger o doente e os profissionais de saúde. A WHO preconizou 5 momentos para os profissionais de saúde higienizarem as mãos durante a prestação de cuidados.



### Avaliação da adesão à prática de Higiene das mãos – Nacional- 2009



### Comparação da adesão antes e após a campanha Serviço D- 2009



### Análise

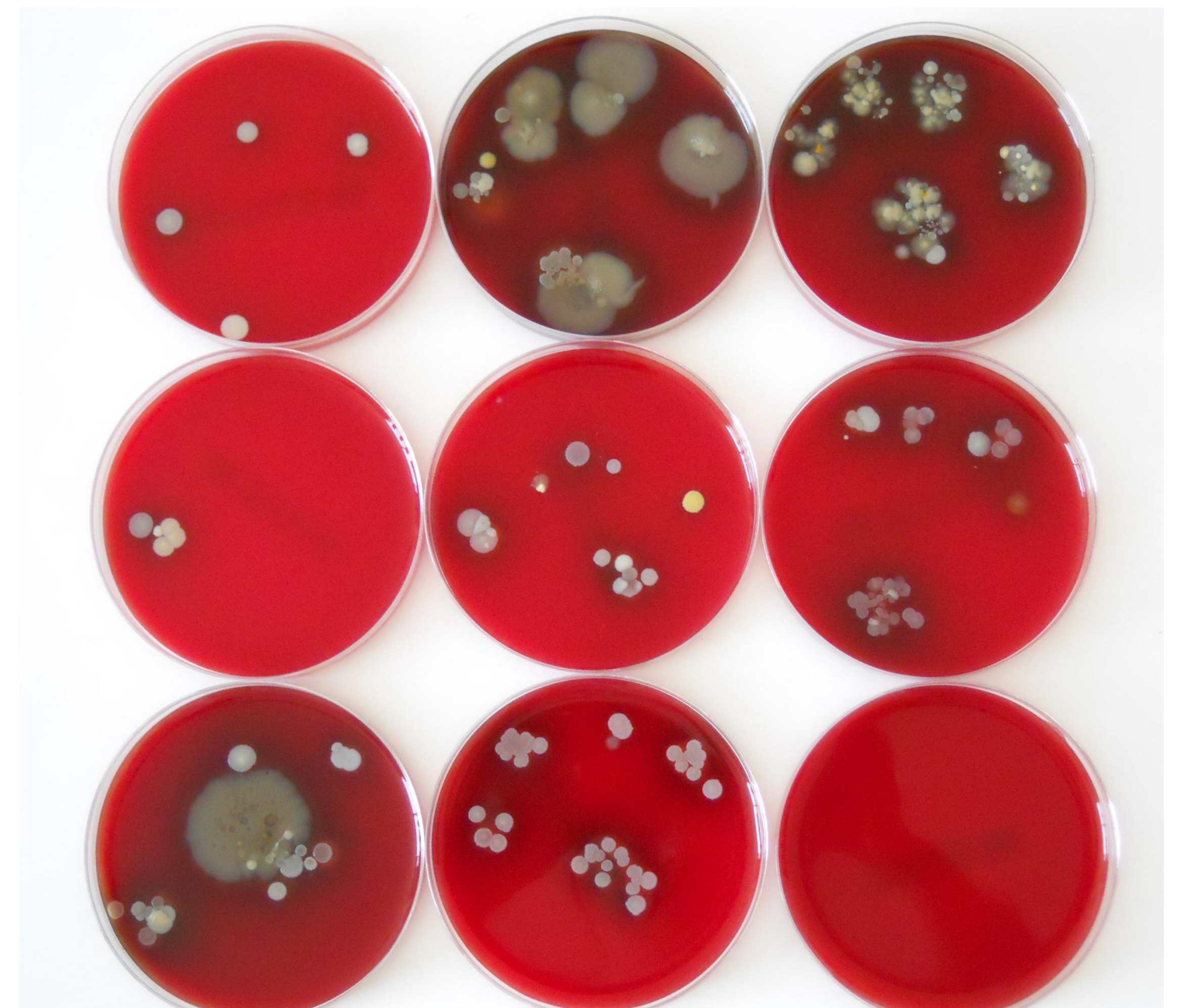
Relativamente ao Momento I – antes do contacto com o doente, verifica-se um aumento da adesão à prática de higiene das mãos, após a campanha de sensibilização. No entanto, contrariando os resultados nacionais, no Serviço D, o Momento I não é o de menor adesão, embora se mantenha inferior à taxa de adesão nacional.

Fonte: <http://www.mrsaresources.com/>

Em Maio de 2010, a WHO convidou todas as instituições de saúde que aderiram à Campanha "Clean Care is Safer Care" para fazerem uma avaliação, observando a higienização das mãos no Momento 1 – Antes do contacto com o doente. Participaram cerca de 327 instituições de 47 países, analisando-se 76803 oportunidades. Constatou-se que a **adesão global no Momento 1 foi de 51%**.

Regiões WHO	Nº Instituições (%)	Nº Oportunidades (%)	Adesão
AMÉRICA	140 (42.8%)	23183 (30.2%)	26%
EUROPA	99 (30.3%)	22278 (29%)	64%
ÁFRICA	5 (1.5%)	1547 (2%)	48%

Fonte: WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care



Impressão digital em Placas de Petri, no Momento 1 – Antes do Contacto com o Doente

### Conclusão

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a importância da higienização das mãos antes do contacto com o doente, para evitar a transmissão de microrganismos.

### Curiosidades

- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante as actividades "limpas", com cerca de 100 -1.000 UFC de *Klebsiella* spp., - Flora transitória
- Em cada mão, podem encontrar-se acima de 24000000 de células de *S. aureus*.
- Cerca de 4 a 16% da superfície da mão está exposta à flora transitória após um único contacto com o doente ou superfícies inanimadas. Após 12 contactos, a exposição aumenta para 40%.
- A colonização com bactérias Gram negativo é superior antes do contacto com o doente comparativamente com o final do turno.
- As colonizações de bactérias Gram negativo são superiores em mãos com unhas artificiais, sendo a mais comum a *Pseudomonas aeruginosa*.

Fonte: <http://microbewiki.kenyon.edu/index.php/Acinetobacter>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CCI – Campanha Nacional de Higiene das Mãos – CHLN-HSM [projecção visual]; 2010; 41 diapositivos  
 DGS – Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [projecção visual]; 2010; 78 diapositivos  
 WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care, 2010

## SERVIÇO E

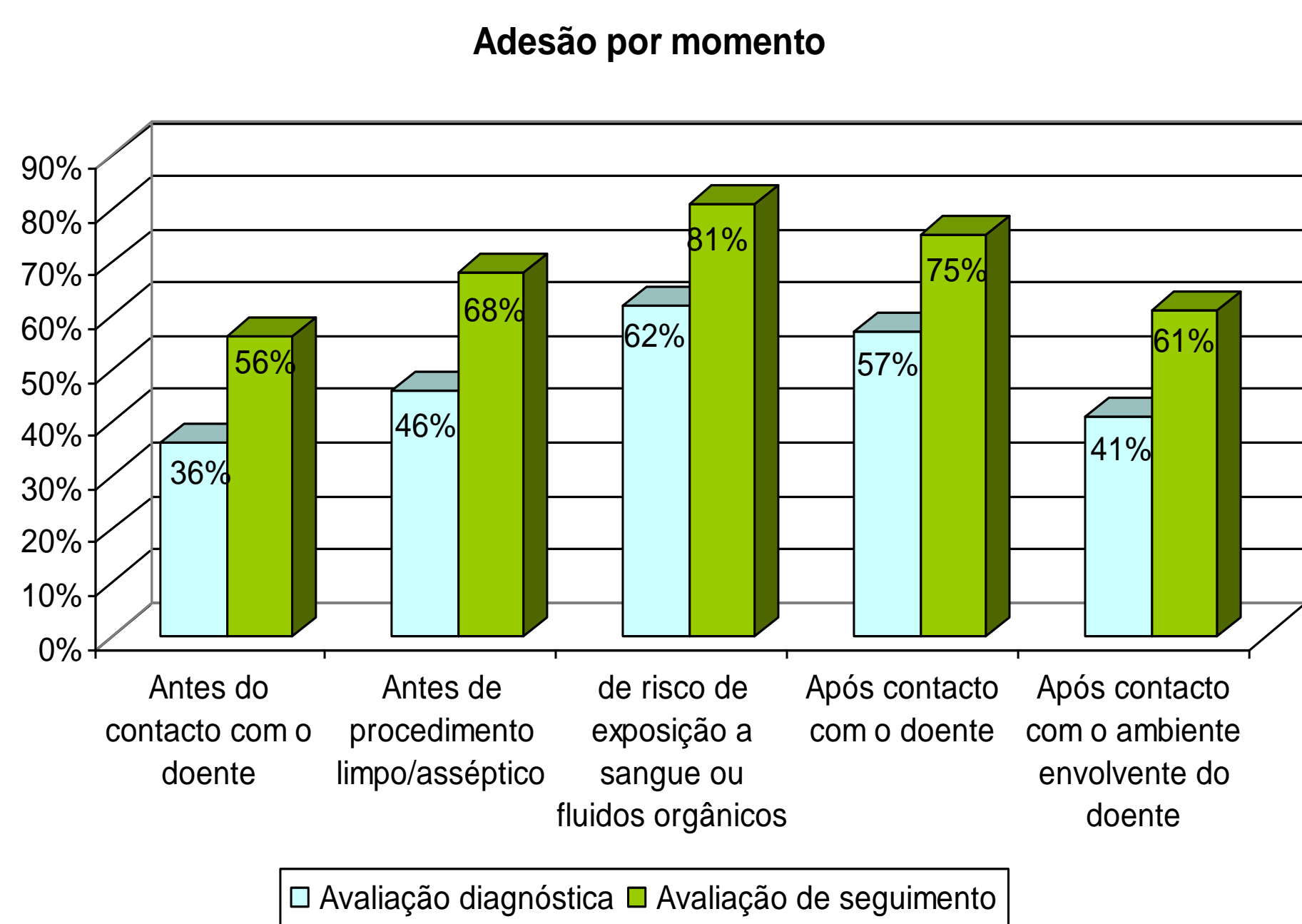
### INTRODUÇÃO

A World Health Organization (WHO), com o objectivo de reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), iniciou em 2005 a Campanha "Clean Care is Safer Care", à qual Portugal aderiu em Outubro de 2008, operacionalizando-a em 2009.

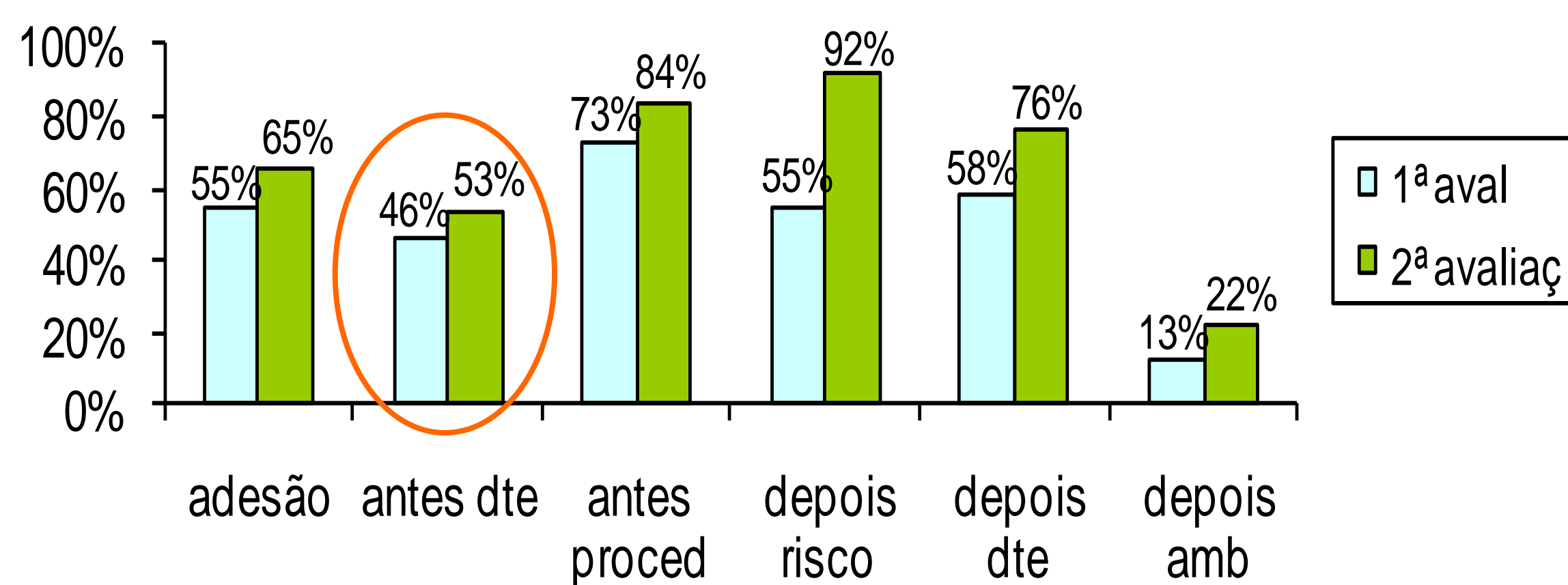
As mãos são o principal veículo de transmissão de microrganismos sendo fundamental uma adequada higienização, para proteger o doente e os profissionais de saúde. A WHO preconizou 5 momentos para os profissionais de saúde higienizarem as mãos durante a prestação de cuidados.



### Avaliação da adesão à prática de Higiene das mãos – Nacional- 2009



### Comparação da adesão antes e após a campanha Serviço E



### Análise

Antes do início da Campanha verifica-se, no Momento I – antes do contacto com o doente, uma adesão à higiene das mãos superior à taxa nacional.

Após a sensibilização constata-se, para o mesmo Momento, um ligeiro aumento da adesão, aproximando-se da taxa nacional.

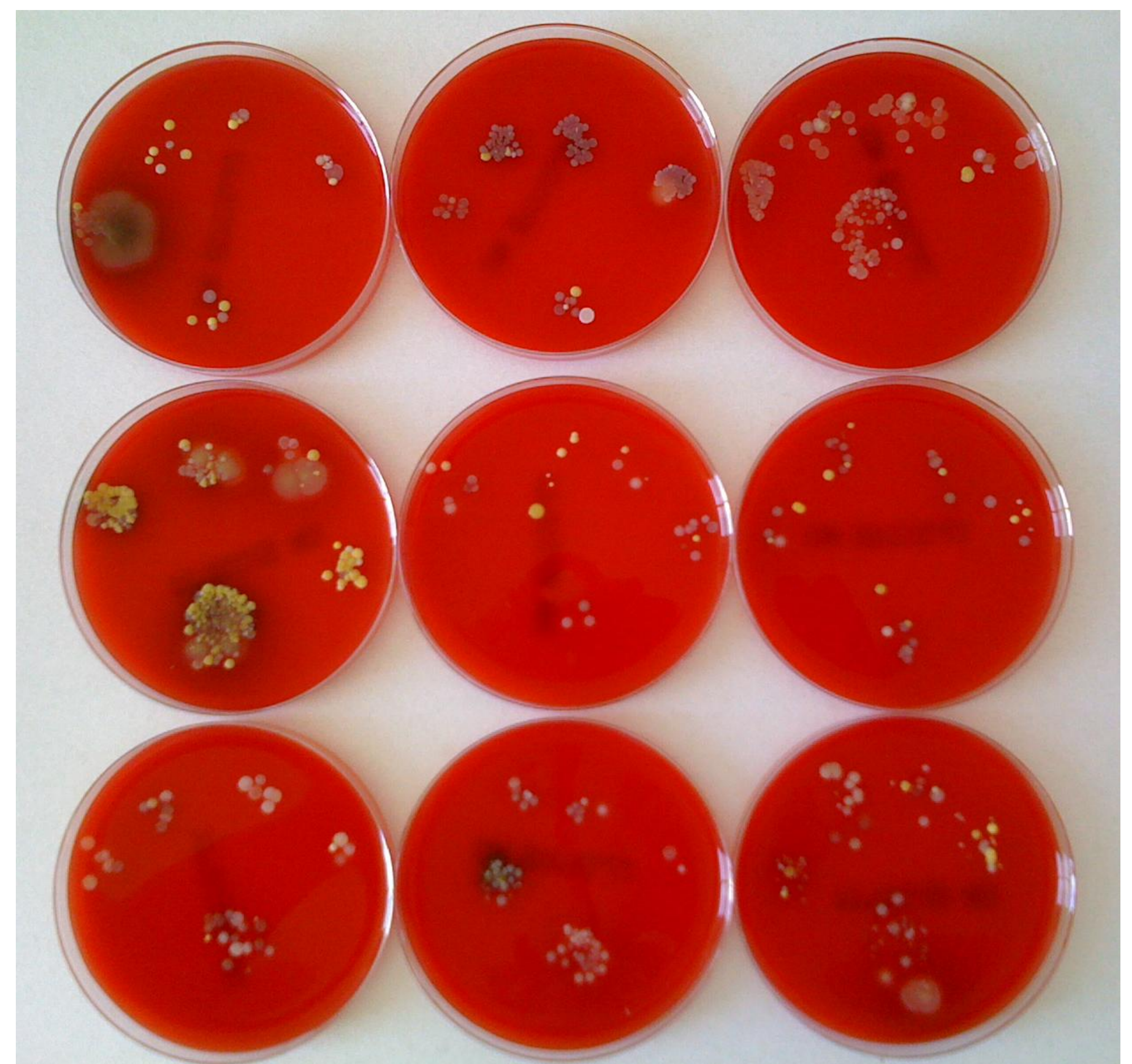
No entanto, contrariando os resultados nacionais, no Serviço E, o Momento I não é o de menor adesão.

Fonte: <http://www.mrsaresources.com/>

Em Maio de 2010, a WHO convidou todas as instituições de saúde que aderiram à Campanha "Clean Care is Safer Care" para fazerem uma avaliação, observando a higienização das mãos no Momento 1 – Antes do contacto com o doente. Participaram cerca de 327 instituições de 47 países, analisando-se 76803 oportunidades. Constatou-se que a **adesão global no Momento 1 foi de 51%**.

Regiões WHO	Nº Instituições (%)	Nº Oportunidades (%)	Adesão
AMÉRICA	140 (42.8%)	23183 (30.2%)	26%
EUROPA	99 (30.3%)	22278 (29%)	64%
ÁFRICA	5 (1.5%)	1547 (2%)	48%

Fonte: WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care



Impressão digital em Placas de Petri, no Momento 1 – Antes do Contacto com o Doente

### Conclusão

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a importância da higienização das mãos antes do contacto com o doente, para evitar a transmissão de microrganismos.

### Curiosidades

- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante as actividades "limpas", com cerca de 100 -1.000 UFC de *Klebsiella* spp., - Flora transitória
- Em cada mão, podem encontrar-se acima de 24000000 de células de *S. aureus*.
- Cerca de 4 a 16% da superfície da mão está exposta à flora transitória após um único contacto com o doente ou superfícies inanimadas. Após 12 contactos, a exposição aumenta para 40%.
- A colonização com bactérias Gram negativo é superior antes do contacto com o doente comparativamente com o final do turno.
- As colonizações de bactérias Gram negativo são superiores em mãos com unhas artificiais, sendo a mais comum a *Pseudomonas aeruginosa*.

Fonte: <http://microbewiki.kenyon.edu/index.php/Acinetobacter>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CCI – Campanha Nacional de Higiene das Mãos – CHLN-HSM [projecção visual]; 2010; 41 diapositivos  
 DGS – Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [projecção visual]; 2010; 78 diapositivos  
 KAMPF, Günter; KRAMER, Axel – Epidemiologic Background of Hand Hygiene and Evaluation of the most important agents for Scrubs and Rubs. *Clinical Microbiology Reviews*. ISSN 0893-8512. 17:4 (Outubro 2004). P. 863-893  
 WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care; 2010

## **APÊNDICE VIII – FORMAÇÃO SERVIÇO E**



**SERVIÇO E**




**Objectivos da Sessão**



**SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**



Alunas de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica:  
 Márcia de Jesus  
 Mónica Tavares  
 Tutora da UCP: Profª Drª Helena José  
 Orientadoras: Enª Ester Marques e Enª Teresa Amores

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Póvilva/Valente

**Objectivo Geral**  
 Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da higienização das mãos, no controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

**Objectivos Específicos**  
 Reforçar a importância da lavagem das mãos como meio de prevenção da transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Promover a adopção de boas práticas.

Estimular a adesão à campanha da higienização das mãos (WHO).

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Póvilva/Valente



**Definição de IACS**



*"É uma infecção que ocorre num utente como consequência da prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão"*

Estão também incluídas as infeções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as **infeções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais)**

Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Póvilva/Valente



**Impacto das IACS**



- Agravamento do estado de saúde
- Aumento do internamento
- Sequelas
- Aumento da mortalidade/morbilidade
- Custos económicos adicionais elevados
- Custos pessoais para os doentes (qualidade de vida) e para os seus familiares

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Póvilva/Valente



**Impacto das IACS**



**Inquérito de Prevalência das Infeções em Portugal**

**2003** 8.4 em cada 100 doentes tinham pelo menos uma IACS


**2009** 9.8 em cada 100 doentes tinham pelo menos uma IACS

> 60 Anos


I. Respiratórias  
I. Vias  
Urinárias

**MRSA**  
**E. Coli**  
**Pseudomonas sp**

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Póvilva/Valente



**Transmissão de microrganismos através das mãos**



As mãos são o **veículo mais comum de transmissão cruzada** de agentes infecciosos associados às IACS


A transmissão de microrganismos de um doente a outro, através das mãos dos profissionais implica **5 passos sequenciais**



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Póvilva/Valente

**WORLD ALLIANCE**  
**10<sup>th</sup> PATIENT SAFETY**

**Transmissão de microrganismos através das mãos**  
**5 Passos**



- Passo 1.** Microrganismos presentes na pele ou nas superfícies da unidade do doente
- Passo 2.** Transmissão para as mãos
- Passo 3.** Sobrevivência de microrganismos nas mãos
- Passo 4.** Lavagem das mãos não eficaz manutenção das mãos contaminadas
- Passo 5.** Mãos contaminadas / Infecções cruzadas

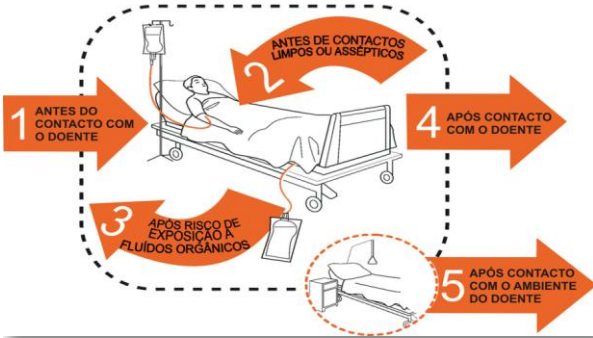
**WORLD ALLIANCE**  
**10<sup>th</sup> PATIENT SAFETY**

**Campanha da Higiene das Mãos**



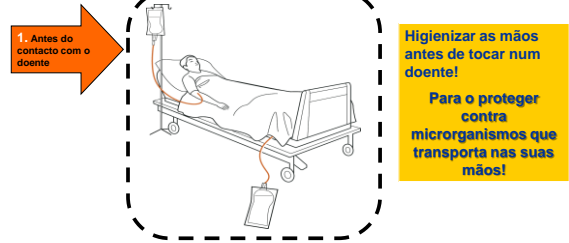
- 2005 Integrado na *World Alliance for Patient Safety*. A WHO iniciou a Campanha *Clean Care is Safer Care*, com o objectivo de reduzir as IACS convidando todos os Países a participar.
  - 2008 Portugal aderiu à Campanha
  - 2009 Operacionalização da Campanha
- Disponibilização de SABA**  
Formação  
Observação  
Distribuição de Posters

## 5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS



**WORLD ALLIANCE**  
**10<sup>th</sup> PATIENT SAFETY**

**MOMENTO 1**

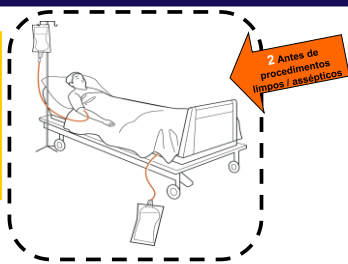
**WORLD ALLIANCE**  
**10<sup>th</sup> PATIENT SAFETY**

**MOMENTO 2**



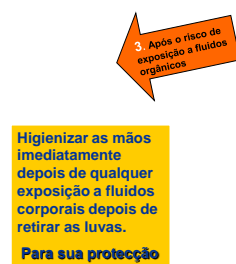
Higienizar as mãos imediatamente antes de um procedimento asséptico!

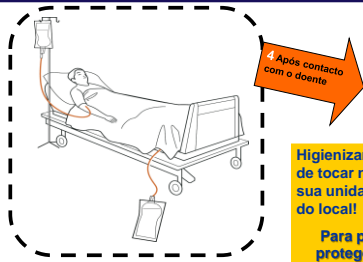
Para proteger o doente de microrg. prejudiciais incluindo os do seu próprio corpo!



**WORLD ALLIANCE**  
**10<sup>th</sup> PATIENT SAFETY**

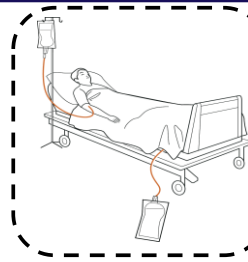
**MOMENTO 3**



Higienizar as mãos depois de tocar num doente ou na sua unidade antes de sair do local!

Para proteger-se a si e proteger o ambiente de trabalho!



Higienizar as mãos depois de tocar em qualquer objecto que se encontre na unidade do doente, mesmo que doente não lhe tenha tocado!

Para sua proteção e do ambiente de trabalho!

O ambiente envolvente do doente fica contaminado pelos microrganismos do próprio doente, especialmente por *Staphylococcus* e por *Enterococcus*.

Em vários surtos, foi demonstrado que a transmissão de microrganismos entre doentes e pelo ambiente, ocorreu através das mãos dos profissionais de saúde



	TEMPO DE SOBREVIDA		
	MICROORGANISMO	MÃOS	SUPERFÍCIES
Bactérias Gram +	<i>S. Aureus</i>	≥ 150 min	até 7 meses
	VRE	até 60 min	até 4 meses
Bactérias Gram -	<i>E. Coli</i>	6-90 min	até 16 meses
	<i>Acinetobacter spp.</i>	≥ 150 min	até 5 meses
	<i>Pseudomonas spp.</i>	30-180 min	até 16 meses
F. Esporolada	<i>Klebsiella spp.</i>	até 2 horas	até 30 meses
	<i>Clostridium Difícile</i>	Desconhecido	até 5 meses
Vírus	<i>Rotavirus</i>	até 260 min	até 60 dias
	<i>Influenza</i>	10-15 min	12-48 horas
	HIV	Desconhecido	até 7 dias
	HAV	horas	até 60 dias

Adaptado de KAMPF, Günter; KRAMER, Axel – Epidemiologic Background of Hand Hygiene and Evaluation of the most important agents for Scrubs and Rubs – Tabela 1. *Clinical Microbiology Reviews*, Outubro 2004



- ✓ Para uma redução efectiva de microrganismos nas mãos, a lavagem deve demorar, no mínimo, 40 a 60 seg
- ✓ Tempo médio dispendido pelos profissionais é < 10 seg
- ✓ Com excepção de procedimentos cirúrgicos em doentes infectados ou colonizados com *clostridium difficile*, só devemos lavar as mãos se estiverem visivelmente sujas



- ✓ Reduz o crescimento de microrganismos nas mãos
- ✓ Corresponde a 20-30 seg
- ✓ Utilizar sempre que as mãos estejam visivelmente limpas
- ✓ Eficácia comprovada excepto nos esporos de *clostridium difficile*

WORLD ALLIANCE PATIENT SAFETY

## Uso de Luvas e Higiene das Mãos

**LUVAS – SEM HIGIENE DAS MÃOS = TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS**

**LUVAS + HIGIENE DAS MÃOS = MÃOS LIMPAS**



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Pólvulo Valente

WORLD ALLIANCE PATIENT SAFETY

## Uso de Luvas e Higiene das Mãos

- O uso de luvas cria a sensação que não é necessária a higiene das mãos
- O uso de luvas obriga à higienização prévia das mãos (não substitui a necessidade de higienizar as mãos)
- Após o uso / entre a troca de luvas deve higienizar sempre as mãos.
- Devem ser usadas luvas apenas quando indicado
- O seu uso inadequado torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Pólvulo Valente

WORLD ALLIANCE PATIENT SAFETY

## Taxa de cumprimento à Higiene das mãos nos hospitais da Universidade de Genebra, 1999

Causas mencionadas pelos profissionais de saúde para a baixa adesão à prática da higiene das mãos:

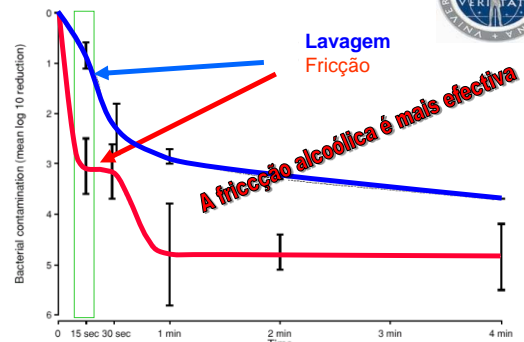
- Irritação e secura da pele
- Carência de pessoal/ excesso de lotação
- O uso de luvas cria a sensação que não é necessária a higiene das mãos
- Não pensam nisso

Fonte: CDC 2002

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Pólvulo Valente

WORLD ALLIANCE

## Sabão vs SABA



Pittet and Boyce, Lancet Infectious Diseases 2001

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Pólvulo Valente

WORLD ALLIANCE PATIENT SAFETY

## Sabão vs SABA Efeitos na Pele

	Lavagem		Fricção	
	Sabão Softaskin®	Etanol Promanun®	N-Propanol Sterilium®	
Hidratação	Diminuída	Sem alterações	Sem alterações	
Barreira Protectora	Enfraquecida	Sem alterações	Sem alterações	
Irritação	Ligeiramente	Muito Rara	Muito Rara	
Alergia	Rara	Extremamente Rara	Nenhuma	
Adesão	(↓)	(↑)	(↑)	

Adaptado de KAMPF, Günter, KRAMER, Axel – Epidemiologic Background of Hand Hygiene and Evaluation of the most important agents for Scrubs and Rubs – Tabela 9. Clinical Microbiology Reviews, Outubro 2004

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Pólvulo Valente

WORLD ALLIANCE PATIENT SAFETY

## Cuidados na Lavagem das Mãos

Mostrar as mãos antes de colocar o sabão

Evitar água quente

Secar muito bem as mãos após lavagem

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE | HOSPITAL SANTAMARIA | Hospital Pólvulo Valente



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, IPE

CENTRO HOSPITALAR  
SANTAMARIA

Hospital  
Póvilho Valeizoso

CCI – Campanha Nacional de Higiene das Mãos – CHLN-HSM [projecção visual]; 2010; 41 diapositivos

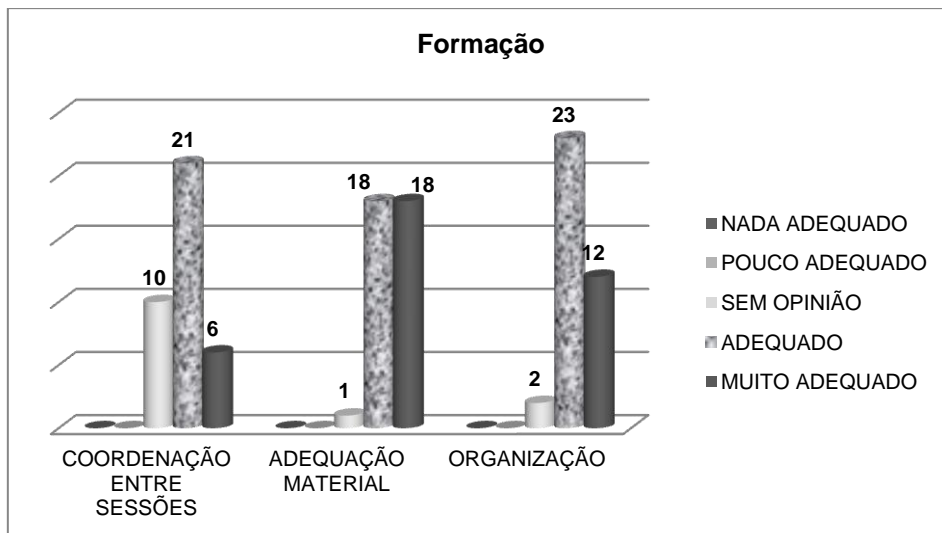
CCI – Lavagem das Mãos: 5 Momentos para reduzir a Infecção – Hospital da Luz [projecção visual]; 2009; 31 diapositivos

DGS – Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [projecção visual]; 2010; 78 diapositivos

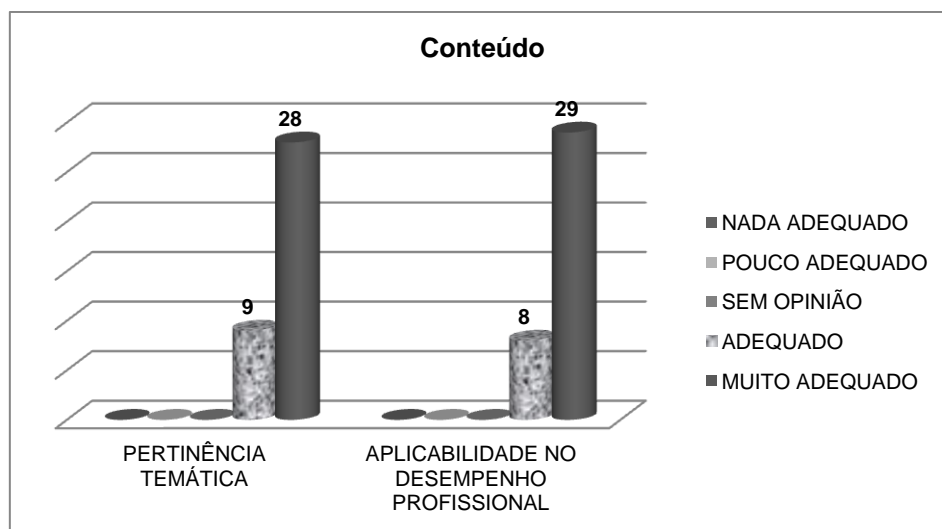
KAMPF, Günter; KRAMER, Axel – Epidemiologic Background of Hand Hygiene and Evaluation of the most important agents for Scrubs and Rubs. [Clinical Microbiology Reviews](#). ISSN 0893-8512. 17:4 (Outubro 2004). P. 863-893

WHO Patient Safety Programme - First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care; 2010

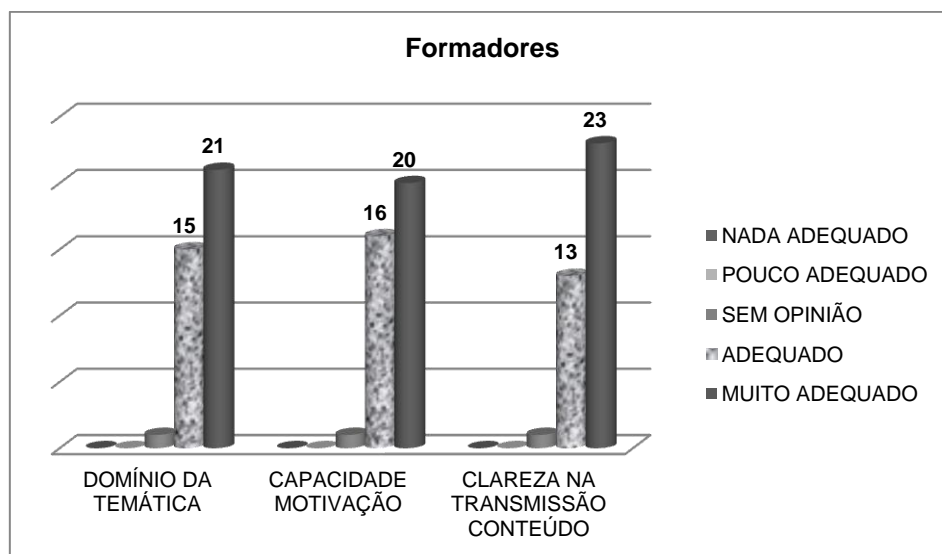
## **APÊNDICE IX – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO: CCI**



**GRÁFICO 1 - Avaliação da Formação nos cinco Serviços**



**GRÁFICO 2 - Avaliação do Conteúdo da Formação nos cinco serviços**



**GRÁFICO 3 - Avaliação dos Formadores nos cinco serviços**

## **APÊNDICE X – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS: CCI**

## Serviço A

**TABELA 1. Taxa de Adesão por Categoria Profissional em 2011**

CATEGORIA PROFISSIONAL	OPORTUNIDADES	AÇÕES	TAXA DE ADESÃO (%)
<b>Enfermeiro</b>	178	78	43,8
<b>Médico</b>	7	6	85,7
<b>Assistente Operacional</b>	44	18	40,9
<b>Técnico de Saúde</b>	4	1	25

De acordo com a categoria profissional, os médicos foram os que demonstraram uma maior adesão à prática da higiene das mãos, ficando os restantes profissionais abaixo dos 50%.

**TABELA 2. Taxa de Adesão por Momentos (%)**

	2009 – 1ª AVALIAÇÃO	2009 – 2ª AVALIAÇÃO	2010	2011
<b>Momento 1</b>	46,5	8,9	26,7	31,0
<b>Momento 2</b>	82,8	33,3	0	19,2
<b>Momento 3</b>	83,3	100	100	51,0
<b>Momento 4</b>	84,8	57,1	100	86,5
<b>Momento 5</b>	76	17,5	40	63,3

**Legenda:** Momento 1 – Antes do contacto com o doente  
Momento 2 – Antes de um procedimento asséptico  
Momento 3 – Depois do risco de exposição a fluidos corporais  
Momento 4 – Depois do contacto com o doente  
Momento 5 – Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente

Quanto às observações efetuadas em 2011, verifica-se um ligeiro aumento na adesão, particularmente nos Momentos 1 e 5 – antes do contacto com o doente e após o contacto com o ambiente do doente, respetivamente, concluindo que a Ação de Sensibilização teve algum impacto nos profissionais de saúde deste serviço, havendo uma maior preocupação na prevenção da transmissão cruzada de microrganismos.

## **Serviço B**

**TABELA 3. Taxa de Adesão por Categoria Profissional em 2011**

CATEGORIA PROFISSIONAL	OPORTUNIDADES	AÇÕES	TAXA DE ADESÃO (%)
<b>Enfermeiro</b>	42	22	52,4
<b>Médico</b>	12	0	0
<b>Assistente Operacional</b>	42	13	31
<b>Técnico de Saúde</b>	10	0	0

Os enfermeiros e AO são os profissionais que mais aderem às boas práticas, realçando que, tanto nos médicos como nos técnicos de saúde que se encontravam no serviço, não foi observada a higienização das mãos, de acordo com os 5 Momentos. Seria importante investir em formação junto destas duas categorias profissionais.

**TABELA 4. Taxa de Adesão por Momentos (%)**

	2009 – 1ª AVALIAÇÃO	2009 – 2ª AVALIAÇÃO	2011
<b>Momento 1</b>	8,3	60,9	30,6
<b>Momento 2</b>	16,6	92,3	21,1
<b>Momento 3</b>	55	97,4	38,5
<b>Momento 4</b>	25,9	94,7	57,1
<b>Momento 5</b>	10,5	62,5	59

**Legenda:** Momento 1 – Antes do contacto com o doente  
Momento 2 – Antes de um procedimento asséptico  
Momento 3 – Depois do risco de exposição a fluidos corporais  
Momento 4 – Depois do contacto com o doente  
Momento 5 – Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente

A Campanha das Mãos em 2009 teve um grande impacto nos profissionais de saúde deste serviço, aumentando substancialmente a prática da higiene das mãos. Dois anos após a Campanha, em 2011, e apesar da Ação de Sensibilização realizada antes destas observações, verifica-se um decréscimo da adesão, sendo essencial restabelecer a motivação dos profissionais para a melhoria das suas práticas.

## Serviço C

**TABELA 5. Taxa de Adesão por Categoria Profissional em 2011**

CATEGORIA PROFISSIONAL	OPORTUNIDADES	AÇÕES	TAXA DE ADESÃO (%)
<b>Enfermeiro</b>	64	33	51,6
<b>Aluno de Enfermagem</b>	38	10	26,3
<b>Assistente Operacional</b>	43	21	48,9

Neste serviço foi possível constatar que a adesão à prática da higiene das mãos foi reduzida nos alunos de Enfermagem sugerindo, talvez, a necessidade das Escolas de Enfermagem reforçarem a importância da prevenção da infeção hospitalar através de boas práticas de higiene das mãos.

**TABELA 6. Taxa de Adesão por Momentos (%)**

	2009 – 1ª AVALIAÇÃO	2009 – 2ª AVALIAÇÃO	2011
<b>Momento 1</b>	4,8	37,6	30,8
<b>Momento 2</b>	81,3	77,4	31,8
<b>Momento 3</b>	92,1	92,9	60
<b>Momento 4</b>	27,6	47,2	76,5
<b>Momento 5</b>	29,6	64,1	48,9

**Legenda:** Momento 1 – Antes do contacto com o doente  
Momento 2 – Antes de um procedimento asséptico  
Momento 3 – Depois do risco de exposição a fluidos corporais  
Momento 4 – Depois do contacto com o doente  
Momento 5 – Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente

Em 2011, à exceção do Momento 4 – após contacto com o doente, a adesão diminuiu, comparativamente com os resultados na 2ª avaliação de 2009, nomeadamente no Momento 1 – antes do contacto com o doente. A Ação de Sensibilização realizada, não teve, por isso, impacto na adoção de boas práticas.

## Serviço D

**TABELA 7. Taxa de Adesão por Categoria Profissional em 2011**

CATEGORIA PROFISSIONAL	OPORTUNIDADES	AÇÕES	TAXA DE ADESÃO (%)
<b>Enfermeiro</b>	105	34	32,4
<b>Médico</b>	6	0	0
<b>Assistente Operacional</b>	41	10	24,4
<b>Aluno de Enfermagem</b>	20	3	15

A categoria profissional de maior adesão (enfermeiros) encontra-se ligeiramente acima dos 30%. Também neste serviço se verificou a fraca adesão dos alunos de Enfermagem. Salienta-se, porém, que a classe médica apresentou uma taxa de adesão de 0% neste período de observação. Tendo em conta o que foi observado, uma vez que os profissionais, nomeadamente os AO, circulam pelos vários setores deste serviço, é importante focar a necessidade de prevenir a transmissão cruzada de microrganismos através da adoção de boas práticas.

**TABELA 8. Taxa de Adesão por Momentos (%)**

	2009 – 1ª AVALIAÇÃO	2009 – 2ª AVALIAÇÃO	2011
<b>Momento 1</b>	24,4	42,1	27,3
<b>Momento 2</b>	31,8	38,5	29
<b>Momento 3</b>	69,2	52,9	22
<b>Momento 4</b>	37,8	56,2	41,7
<b>Momento 5</b>	15,2	50	33,3

**Legenda:** Momento 1 – Antes do contacto com o doente  
Momento 2 – Antes de um procedimento asséptico  
Momento 3 – Depois do risco de exposição a fluidos corporais  
Momento 4 – Depois do contacto com o doente  
Momento 5 – Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente

A adesão à prática da higiene das mãos foi, de uma forma geral, muito baixa, tendo havido um ligeiro aumento, apenas na fase pós-Campanha, em 2009, voltando a decrescer em 2011. O Momento 1 – antes do contacto com o doente, continua a ser um dos Momentos de menor adesão. Infelizmente, a Ação de Sensibilização não teve grande impacto junto destes

profissionais. O facto deste serviço se encontrar dividido em três setores pode constituir uma barreira física e estrutural à adoção das boas práticas.

## **Serviço E**

**TABELA 9.** Taxa de Adesão por Categoria Profissional em 2011

CATEGORIA PROFISSIONAL	OPORTUNIDADES	AÇÕES	TAXA DE ADESÃO (%)
<b>Enfermeiro</b>	58	15	25,9
<b>Médico</b>	4	0	0
<b>Assistente Operacional</b>	21	1	4,8
<b>Técnico de Saúde</b>	4	0	0
<b>Dietista</b>	1	0	0

Embora abaixo dos 30%, os enfermeiros foram os profissionais que mais aderiram à higienização das mãos. A classe médica, entre outros profissionais, também neste serviço não aderiu às boas práticas, sendo fundamental investir em formação na área de controlo de infeção, principalmente junto destas categorias profissionais.

**TABELA 10.** Taxa de Adesão por Momentos (%)

	2009 – 1ª AVALIAÇÃO	2009 – 2ª AVALIAÇÃO	2011
<b>Momento 1</b>	46,1	53,2	3,1
<b>Momento 2</b>	72,7	83,8	8,3
<b>Momento 3</b>	54,5	92,3	50
<b>Momento 4</b>	53,1	76,3	33,3
<b>Momento 5</b>	12,5	21,7	32,4

**Legenda:** Momento 1 – Antes do contacto com o doente  
 Momento 2 – Antes de um procedimento asséptico  
 Momento 3 – Depois do risco de exposição a fluidos corporais  
 Momento 4 – Depois do contacto com o doente  
 Momento 5 – Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente

Comparando com os dados referentes às fases de pré e pós-Campanha, em 2009, constata-se que em 2011 houve um decréscimo significativo na adesão à prática da higiene das mãos. O Momento 1 – antes do contacto com o doente, foi o de menor adesão, sendo necessário continuar a promover a importância do mesmo na prevenção das IACS. Contudo, o Momento 5 – após contacto com o ambiente do doente, foi referido e destacado na Ação de Sensibilização como o Momento de menor adesão no serviço, verificando-se, após a sensibilização, uma ligeira melhoria das práticas. Poderei concluir que, embora não tendo um impacto na adesão global à prática da higiene das mãos, a Ação de Sensibilização conseguiu transmitir a importância do Momento 5 na prevenção das IACS.

## **APÊNDICE XI – OBJETIVOS DE ESTÁGIO: MÓDULO I**

## MÓDULO I – URGÊNCIA

### **Objetivo geral**

Desenvolver a capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos.

<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>JUSTIFICAÇÃO</b>	<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>
Prestar cuidados especializados com clientes internados no SO do AMP do Hospital da Luz	<ul style="list-style-type: none"><li>- demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas em clientes internados no AMP</li><li>- demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multi e interdisciplinar</li><li>- desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente</li><li>- demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente/família</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. consulta de protocolos/ procedimentos existentes</li><li>2. observação direta da prestação de cuidados com os clientes, acompanhando o orientador</li><li>3. colaboração com o orientador na prestação de cuidados com clientes</li><li>4. comunicação com a família do cliente</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. uniformizar os cuidados e informação transmitida</li><li>2. compreender a organização e dinâmica do AMP</li><li>3. apreender conhecimentos e estimular o desenvolvimento profissional</li><li>4. incluir a família nos cuidados e mantê-la informada do estado clínico do cliente</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- domina as principais normas e procedimentos utilizados no AMP</li><li>- tem iniciativa na aprendizagem de cuidados especializados</li><li>- cuida com clientes no SO com o orientador</li><li>- comunica com clareza com o cliente/família</li></ul>
Catalogar as intervenções autónomas de enfermagem mais frequentes do SO do AMP de acordo com a linguagem CIPE®	<ul style="list-style-type: none"><li>- tomar decisões fundamentadas atendendo as evidências científicas</li><li>- tomar iniciativa e ser criativa na interpretação e resolução de problemas</li><li>- demonstrar consciência crítica</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. solicitação de autorização à Direção de Enfermagem para consulta dos registos de enfermagem</li><li>2. consulta dos registos de Enfermagem para verificação de prescrições autónomas efetuadas em SO, de acordo</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1 e 2. ter acesso à informação pretendida</li><li>3. facilitar o acesso as prescrições pela equipa de enfermagem</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- apresenta os resultados à equipa de Enfermagem através de uma sessão formativa</li><li>- conhece e domina os recursos utilizados</li></ul>

	para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente e família	com as patologias mais frequentes  3. elaboração de catálogos de acordo com as prescrições autónomas em enfermagem mais frequentes no SO  4. apresentação dos resultados obtidos através de uma exposição oral com <i>PowerPoint</i>	4. divulgar à equipa de enfermagem os resultados observados	- disponibiliza local e tempo propícios a uma prática reflexiva sobre a temática
--	--	--	---	--

## **APÊNDICE XII – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO: MÓDULO I**

## CRONOGRAMA

MÓDULO I	Setembro		Outubro				Novembro	
ACTIVIDADES	26 a 02	03 a 09	10 a 16	17 a 23	24 a 30	31 a 06	07 a 13	14 a 18
1. Consulta de protocolos/procedimentos existentes								
2. observação directa da prestação de cuidados com os clientes, acompanhando o orientador								
3. Colaboração com o orientador na prestação de cuidados com clientes								
4. Comunicação com a família do cliente								
1. Solicitação de autorização à Direcção de Enfermagem para consulta dos registos de enfermagem								
2. Consulta dos registos de Enfermagem para verificação de prescrições autónomas efectuadas em SO, de acordo com as patologias mais frequentes								
3. Elaboração de catálogos de acordo com as prescrições autónomas em enfermagem mais frequentes no SO								
4. Apresentação dos resultados obtidos através de uma exposição oral com powerpoint								

**LEGENDA:**  Objectivo 1

Objectivo 2

## **APÊNDICE XIII – PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA: AMP**

Ao cuidado da Direcção de Enfermagem  
do Hospital da Luz

Lisboa, 10 de Outubro de 2011

Mónica Tavares Barbosa, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), encontro-me actualmente a realizar estágio no AMP do Hospital da Luz, de 26 de Setembro a 18 de Novembro de 2011.

Em contexto do Estágio, pretendo elaborar catálogos de intervenções autónomas de Enfermagem mais frequentes no AMP, de acordo com os focos da linguagem CIPE®, em vigor no Hospital da Luz, com a finalidade de desenvolver uma ferramenta facilitadora do registo das intervenções, permitindo a documentação dos cuidados de Enfermagem.

A fim de elaborar o diagnóstico de situação, necessito consultar os processos clínicos de clientes que recorreram ao AMP durante 5 dias consecutivos, para determinar os motivos de internamento mais frequentes e as prescrições autónomas de Enfermagem que foram efectuadas pela Equipa de Enfermagem.

Venho por este meio, solicitar autorização para que os dados, consultados e recolhidos, possam ser mobilizados para o Relatório de Estágio, assegurando o anonimato dos clientes e de todos os profissionais de saúde.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Mónica dos Santos Tavares Barbosa

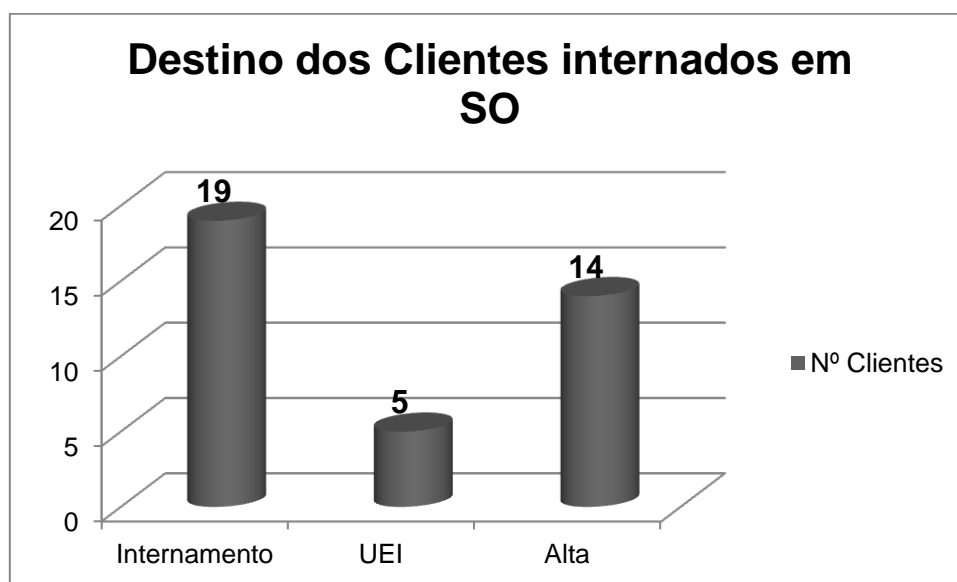
## **APÊNDICE XIV – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS: AMP**

**TABELA 11 – Motivos de Internamento no SO do AMP do Hospital da Luz**

MOTIVO DE INTERNAMENTO	Nº DE CLIENTES
COMPROMISSO CARDIOCIRCULATÓRIO	5
ALTERAÇÕES IÓNICAS	5
COMPROMISSO GASTROINTESTINAL	9
COMPROMISSO NEUROLÓGICO	7
COMPROMISSO RESPIRATÓRIO	5
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS	4
COMPROMISSO VASCULAR	3
TOTAL	38

Como se pode verificar na Tabela 11, foram diversos os motivos de internamento dos clientes no SO do AMP do Hospital da Luz, perante a amostra recolhida, sobressaindo ligeiramente as patologias do foro gastrointestinal.

Após a permanência no SO do AMP, a maioria dos clientes acabou por ser transferida para o Internamento do Hospital, outros clientes tiveram alta clínica e uma minoria foi transferida para a UEI, por necessitarem de uma maior vigilância e de cuidados mais diferenciados, como se pode ver através do Gráfico 4.



**GRÁFICO 4 – Destino dos clientes após internamento no SO do AMP**

De acordo com a amostra (38 processos clínicos), apenas 9 processos apresentaram intervenções autónomas de Enfermagem prescritas.

**TABELA 12 – Prescrições Efetuadas no SO do AMP**

<b>SEM PRESCRIÇÕES</b>	<b>29</b>
<b>Executar penso AVP</b>	<b>6</b>
<b>Inserir AVP</b>	<b>6</b>
<b>Manter AVP</b>	<b>6</b>
<b>Executar colheita de sangue</b>	<b>5</b>
<b>Avaliar sinais vitais</b>	<b>4</b>
<b>Observar sinais de dificuldade respiratória</b>	<b>3</b>
<b>Avaliar dor</b>	<b>2</b>
<b>Vigiar edemas</b>	<b>2</b>
<b>Avaliar glicêmica capilar</b>	<b>2</b>
<b>Vigiar estado de consciência</b>	<b>2</b>
<b>Escutar</b>	<b>2</b>
<b>Observar sinais de hipóxia</b>	<b>1</b>
<b>Vigiar características das secreções</b>	<b>1</b>
<b>Administrar Oxigenoterapia</b>	<b>1</b>
<b>Vigiar sinais de perda sanguínea</b>	<b>1</b>
<b>Observar as características da urina</b>	<b>1</b>
<b>Observar as características das fezes</b>	<b>1</b>

---

<b>Executar lavagem gástrica</b>	<b>1</b>
<b>Inserir sonda gástrica</b>	<b>1</b>
<b>Avaliar Temperatura</b>	<b>1</b>
<b>Vigiar local puncionado para cateterismo</b>	<b>1</b>
<b>Providenciar fralda</b>	<b>1</b>
<b>Assistir no autocuidado eliminação vesical</b>	<b>1</b>
<b>Vigiar padrão de sono</b>	<b>1</b>
<b>Executar banho total na cama</b>	<b>1</b>
<b>Administrar terapêutica endovenosa</b>	<b>1</b>
<b>Iniciar jejum</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL PRESCRIÇÕES</b>	<b>56</b>

---

## **APÊNDICE XV – CATÁLOGOS CIPE®: AMP**



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



# CATÁLOGOS CIPE

**Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica:**

Mónica dos Santos Tavares Barbosa

**Orientada por:**

Professora Doutora Helena José

Enfermeiro Vítor Ferreira

Lisboa

Novembro 2011

## CIPE®

### 1. DIAGNÓSTICO

- Processo Cardíaco Comprometido

- Arritmia
  - Bradicárdia
  - Taquicardia

### INTERVENÇÕES

- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Avaliar o Cansaço
- ❖ Puncionar a Veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Administrar Medicamento Após Interpretar o Resultado da Gasimetria Arterial
- ❖ Desfibrilhar doente
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Preparar a Pele Antes da Cirurgia
- ❖ Identificar o Status Cardíaco Antes da Cirurgia
- ❖ Avaliar o Status Neurológico Antes da Cirurgia: Escala de Glasgow
- ❖ Prevenir a Infecção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos

- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

## **2. DIAGNÓSTICO**

- Processo Circulatório Comprometido

- Choque
- Hipertensão
- Hipotensão
- Processo cardíaco comprometido

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Puncionar a Veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Preparar a Pele Antes da Cirurgia
- ❖ Identificar o Status Cardíaco Antes da Cirurgia
- ❖ Avaliar o Status Neurológico Antes da Cirurgia: Escala de Glasgow
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica

- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Executar posição de Trendelenburg
- ❖ Colaborar no regime dietético
- ❖ Ensinar a Família sobre o Regime Dietético
- ❖ Gerir o Regime Medicamentoso
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de Líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

### **3. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Gastrointestinal Comprometido

- Obstipação
- Vômito
- Defecação comprometida: diarreia

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Puncionar a Veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Administrar enema
- ❖ Inserir sonda gastrointestinal

- ❖ Clampar sonda gastrointestinal
- ❖ Remover sonda gastrointestinal
- ❖ Inserir sonda retal
- ❖ Remover sonda retal
- ❖ Aspirar substância gástrica
- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Profilaxia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Colaborar no Regime Dietético
- ❖ Ensinar a Família sobre o Regime Dietético
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

#### **4. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Respiratório Comprometido

- Aspiração
- Dispneia
- Limpeza das vias aéreas comprometida
- Respiração comprometida
- Trocas gasosas comprometidas

#### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização

- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Puncionar a Veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento Após Interpretar o Resultado da Gasimetria Arterial
- ❖ Administrar aerossol
- ❖ Aspirar expetoração
- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Vigiar dreno torácico
- ❖ Vigiar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Executar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Reforçar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Monitorizar os sinais e sintomas de infeção
- ❖ Identificar Risco de Hemorragia
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Profilaxia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

## 5. DIAGNÓSTICO

- Processo do Sistema Regulador Comprometido

- Desidratação
- Edema periférico
- Hiperglicémia
- Hipoglicémia
- Termorregulação comprometida
  - Hipertermia
  - Hipotermia
- Desequilíbrio de líquidos ou eletrólitos
  - Acidose metabólica
  - Acidose respiratória
  - Alcalose metabólica
  - Alcalose respiratória
  - Hipercalcémia
  - Hiperkaliémia
  - Hipernatrémia
  - Hipocaliémia
  - Hipocalcémia
  - Hiponatrémia

## INTERVENÇÕES

- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Administrar Medicamento Após Interpretar o Resultado da Gasimetria Arterial
- ❖ Administrar insulina
- ❖ Monitorizar a Temperatura Corporal
- ❖ Ensinar a Família sobre o Regime Dietético
- ❖ Ensinar sobre o regime medicamentoso
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização

- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

## **6. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Músculo-Esquelético comprometido

- Paralisia
- Fratura
- Processo de contractura Muscular

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Profilaxia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Posicionar o doente
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Puncionar veia

- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Avaliar o risco de queda: Escala de Morse
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

## **7. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Urinário Comprometido

- Eliminação Urinária Comprometida
- Função Renal Comprometida
- Retenção urinária

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Profilaxia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação

- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Prevenir a Infecção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

## **8. DIAGNÓSTICO**

- Estado de Consciência Comprometido

- Coma
- Estupor
- Sonolência
- Lipotimia

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Profilaxia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução

- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Transferir doente
- ❖ Avaliar o Risco de Queda: Escala de Morse
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

## **9. DIAGNÓSTICO**

- Dor

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Administrar medicação para a dor
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Avaliar o controlo da dor
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Apoiar os prestadores de cuidados
- ❖ Ensinar sobre a gestão da dor

- ❖ Gerir a dor
- ❖ Identificar a atitude face à dor
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos

## **10. DIAGNÓSTICO**

- Úlcera de Pressão

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o risco de úlcera de pressão: Escala de Braden
- ❖ Aplicar colchão
- ❖ Aplicar penso de ferida
- ❖ Posicionar doente
- ❖ Administrar medicação para a dor
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Avaliar o controlo da dor
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos

## **11. DIAGNÓSTICO**

- Comportamento Autodestrutivo

- Tentativa de suicídio
- Automutilação

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Inserir sonda gastrointestinal
- ❖ Aspirar manualmente substância gástrica
- ❖ Clampar sonda gastrointestinal
- ❖ Remover sonda gastrointestinal
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Avaliar o Risco de Queda: Escala de Morse
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Avaliar o bem-estar psicológico
- ❖ Avaliar as expectativas do doente

- ❖ Avaliar a depressão
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Executar penso de ferida
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

## **12. DIAGNÓSTICO**

- Processo Vascular Comprometido

- Perfusão dos tecidos inefectiva
- Trombose Venosa Profunda Presente
- Perda sanguínea Presente
  - Hematoma
  - Hemorragia

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Administrar medicação para a dor
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Avaliar o controlo da dor
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia

- ❖ Administrar Profilaxia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Encorajar o Repouso
- ❖ Aplicar meias elásticas
- ❖ Posicionar o Doente
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

### **13. DIAGNÓSTICO**

- Recuperação Cirúrgica Efetiva

#### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Puncionar veia
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos Após a Cirurgia
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Após a Cirurgia
- ❖ Avaliar o Status Neurológico Após a Cirurgia: Escala de Glasgow
- ❖ Avaliar o risco de queda: Escala de Morse
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Após a Cirurgia

- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Posicionar o doente
- ❖ Encorajar o Repouso
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Administrar medicação para a dor
- ❖ Avaliar a dor: Escala numérica
- ❖ Avaliar o controlo da dor
- ❖ Iniciar ingestão de líquidos
- ❖ Iniciar ingestão de alimentos
- ❖ Vigiar ferida cirúrgica
- ❖ Vigiar dreno da ferida cirúrgica
- ❖ Vigiar dreno torácico
- ❖ Vigiar saco de drenagem da ferida cirúrgica
- ❖ Trocar saco de drenagem da ferida cirúrgica
- ❖ Vigiar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Executar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Reforçar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Monitorizar os sinais e sintomas de infeção
- ❖ Identificar Risco de Hemorragia
- ❖ Administrar profilaxia
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda

## **14. DIAGNÓSTICO**

- Confusão

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Transferir o doente de cadeira de rodas
- ❖ Transferir o doente de cadeira sanitária
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda
- ❖ Prevenir a Infecção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Risco de Queda: Escala de Morse
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Ensinar a família sobre a doença
- ❖ Colaborar com o médico

## **APÊNDICE XVI – PLANO DA SESSÃO E FORMAÇÃO CIPE®: AMP**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

**SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DAS PRESCRIÇÕES  
AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM**

**Objetivo Geral**

Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do registo de Prescrições Autónomas de Enfermagem.

**Objetivos Específicos**

Reforçar a importância do registo de prescrições autónomas de Enfermagem.

Desenvolver catálogos de diagnósticos e de intervenções de enfermagem, em SO.

**Atividades**

Apresentação dos catálogos de diagnósticos e intervenções de Enfermagem através de ação de formação.

Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local**

Atendimento Médico Permanente

**Duração** - 30 minutos

**Data** – 15/11/2011

**Formadora**

Mónica Tavares

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

Sob orientação do Enfermeiro Vítor Ferreira (AMP) e da Professora Doutora Helena José (UCP).




HOSPITAL DA LUZ  
ESPRITO SANTO SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## Tomada de Decisão em Enfermagem

Módulo I – Urgência  
AMP – Hospital da Luz  
Novembro 2011

Aluna: Enfermeira Mónica Tavares Barbosa  
Orientada por: Professora Doutora Helena José (UCP)  
Enfermeiro Vítor Ferreira (AMP)



MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## REPE

Intervenções Autónomas

Intervenções Interdependentes

O Enfermeiro é responsável pela prescrição e implementação

“...sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade...”  
*(Artigo 9º, ponto 2, 1996)*

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## CIPE®

...documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes.

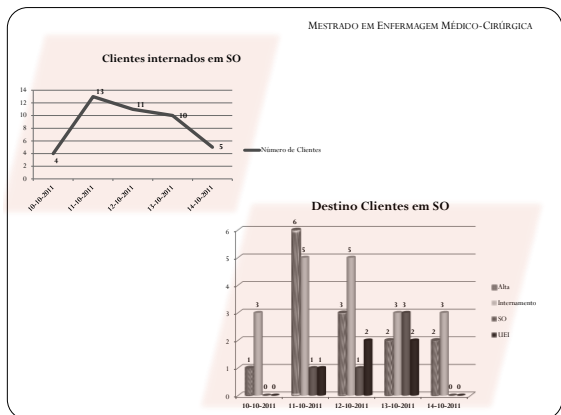
Planeamento e Gestão dos Cuidados de Enfermagem

Previsões Financeiras

Desenvolvimento de Políticas

Os dados através da CIPE® podem sustentar a tomada de decisão.

## O SO EM 5 DIAS...



MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## Motivos de Internamento

Compromisso Cardiocirculatório

Alterações Iónicas

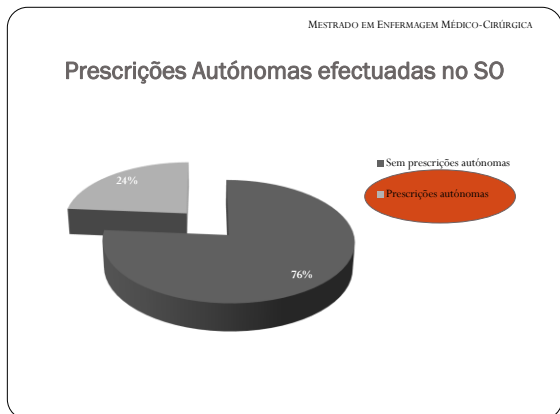
Compromisso Gastrointestinal

Compromisso Neurológico

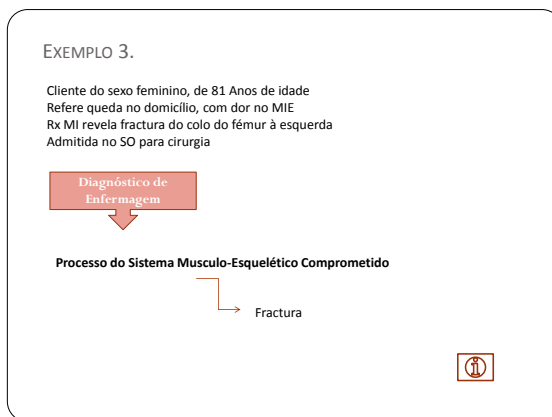
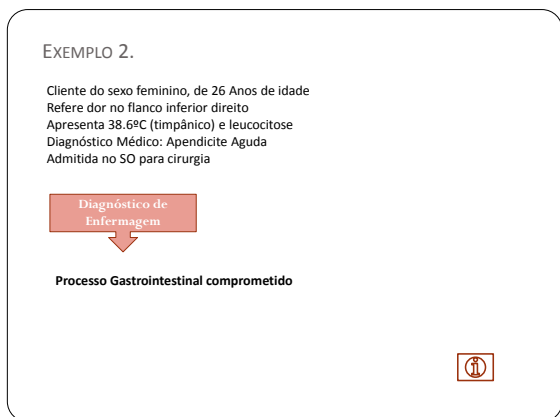
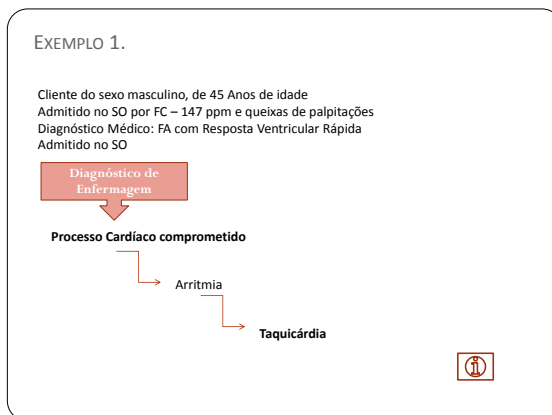
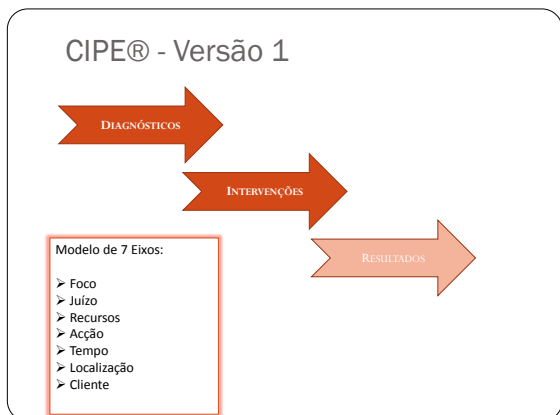
Compromisso Respiratório

Alterações Endócrinas

Compromisso Vascular

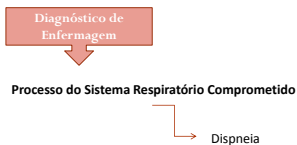


Elaborar catálogos de diagnósticos e de intervenções de Enfermagem, em SO, de acordo com CIPE®



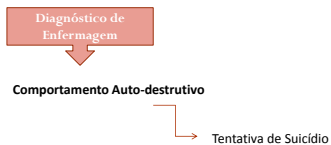
EXEMPLO 4.

Cliente do sexo masculino, de 53 Anos de idade  
 Apresenta dificuldade respiratória e dor torácica à direita  
 Rx tórax confirma Derrame Pleural à direita  
 Admitido no SO para drenagem do derrame



EXEMPLO 5.

Cliente do sexo feminino, de 47 Anos de idade  
 Refere ingestão voluntária de ansiolíticos e álcool  
 Apresenta discurso lentificado  
 Admitida no SO para vigilância



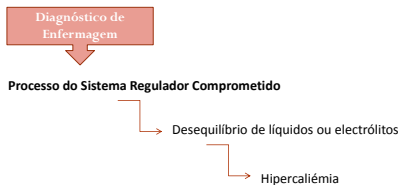
EXEMPLO 6.

Cliente do sexo feminino, de 55 Anos de idade  
 Foi submetida a mastectomia radical à esquerda  
 Transferida da UCPA para o SO para fazer recoberto



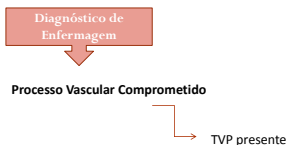
EXEMPLO 7.

Cliente do sexo feminino, de 63 Anos de idade  
 Refere sensação de mal-estar geral, cansaço e dor muscular nos membros inferiores desde há cerca de 3 dias  
 Apresenta calémiã de 8 mmol/L  
 Admitida no SO



EXEMPLO 8.

Cliente do sexo masculino, de 72 Anos de idade  
 Apresenta dor no MIE, com evolução desde há uma semana  
 Ecodoppler revela Trombose Venosa Profunda  
 É admitido no SO



EXEMPLO 9.

Cliente do sexo masculino, de 68 Anos de idade  
 Acompanhado pela família que refere períodos de confusão desde esta manhã  
 É admitido no SO para realização de exames e vigilância



EXEMPLO 10.

Cliente do sexo masculino, de 85 Anos de idade  
Apresenta dor na região suprapúbica  
Refere que não urina há mais de 8 horas  
É admitido no SO



“Os catálogos não substituem o juízo de Enfermagem.”

*Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.8*

## Bibliografia

- ❑ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. **Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos da CIPE®**. Tradução de Dra. Hermínia Castro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Junho 2009. 21p. ISBN 978-989-96021-6-8
- ❑ ORDEM DOS ENFERMEIROS. **CIPE®- Versão 1.0**. Lisboa. Março 2006
- ❑ REPE: Decreto-Lei n.º 161/96. **D.R. Série A.205 (96-09-04) 2959-2962**
- ❑ <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

## Tomada de Decisão em Enfermagem

Módulo I – Urgência  
AMP – Hospital da Luz  
Novembro 2011

Aluna: Mónica Tavares Barbosa  
Orientada por: Professora Doutora Helena José (UCP)  
Vitor Ferreira (AMP)



## **APÊNDICE XVII – GRELHA DE AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO**

**AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**  
**SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DAS PRESCRIÇÕES**  
**AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM**

**Local** – Atendimento Médico Permanente ·

**Data** – 15/11/2011

**O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela colaboração.**

**EESCALA DE AVALIAÇÃO**

NADA ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	SEM OPINIÃO	ADEQUADO	MUITO ADEQUADO
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

**Formação**

**1      2      3      4      5**

Adequação do material pedagógicc

Organização em geral

**Conteúdo**

Pertinência da temática

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

**Formadores**

Domínio da temática

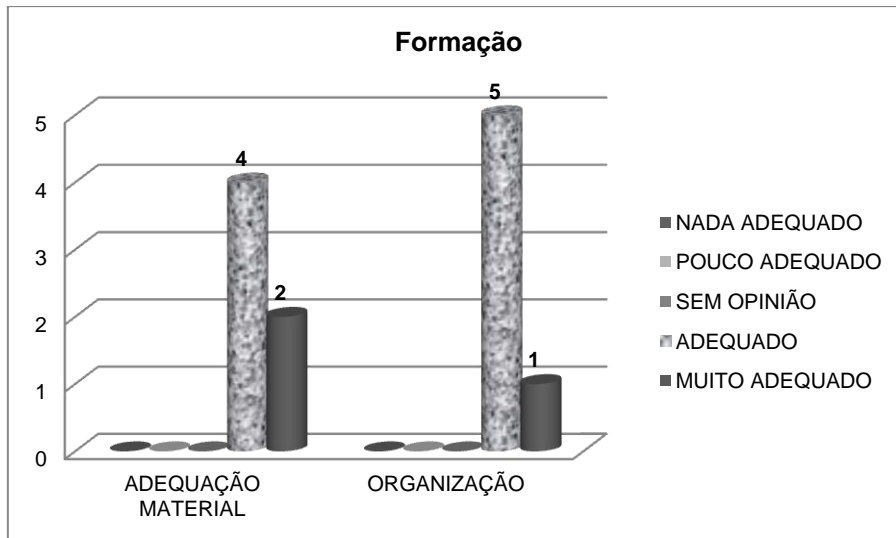
Capacidade de motivação

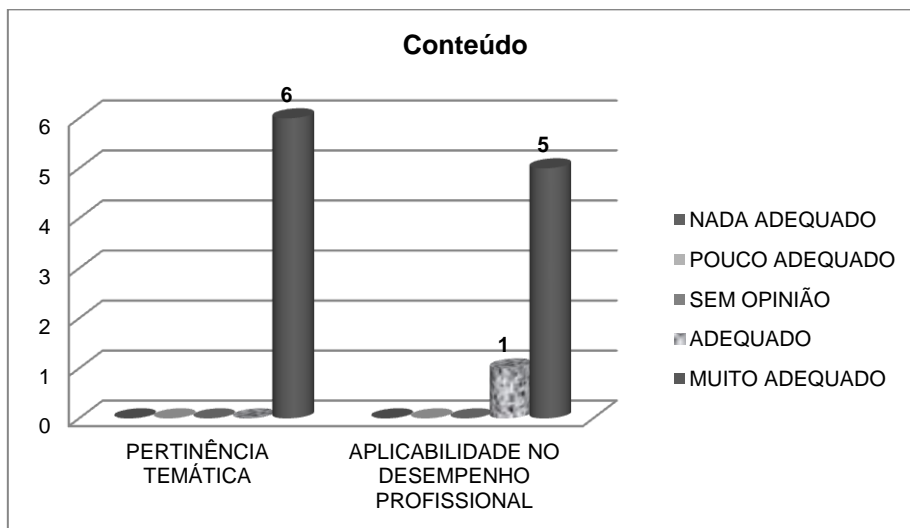
Clareza na transmissão do conteúdo

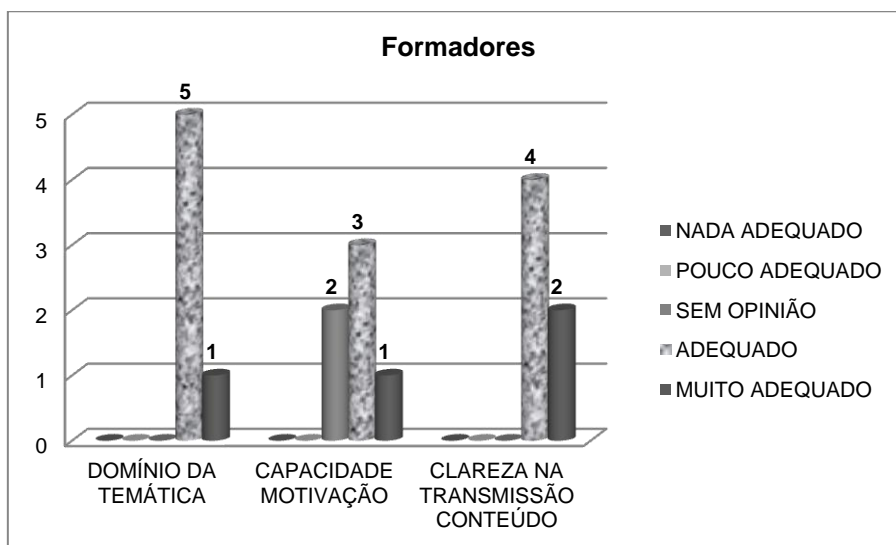




**GRÁFICO 5 – Avaliação da Formação**



**GRÁFICO 6 – Avaliação do Conteúdo da Formação**



**GRÁFICO 7 – Avaliação da Formadora**

## **APÊNDICE XVIII – OBJETIVOS DE ESTÁGIO: MÓDULO II**

## MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

### **Objetivo geral**

Desenvolver a capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>JUSTIFICAÇÃO</b>	<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>
Prestar cuidados especializados com clientes internados na UCI do Hospital da Luz	<ul style="list-style-type: none"><li>- demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas em clientes internados na UCI</li><li>- demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multi e interdisciplinar</li><li>- desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente</li><li>- demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente/família</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. consulta de protocolos/ procedimentos existentes</li><li>2. observação direta da prestação de cuidados com clientes, acompanhando o orientador</li><li>3. colaboração com o orientador na prestação de cuidados com clientes submetidos a:<ul style="list-style-type: none"><li>. cirurgia cárdio-torácica</li><li>. técnicas dialíticas</li><li>. ventilação mecânica</li><li>. monitorização invasiva</li></ul></li><li>4. assistência ao cliente e família na gestão da ansiedade relacionada com a situação crítica</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. uniformizar os cuidados e informação transmitida</li><li>2. compreender a organização e dinâmica da UCI</li><li>3. aprofundar conhecimentos de técnicas especializadas e de suporte avançado</li><li>4. ajudar cliente e família na gestão do medo e ansiedade</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- domina as principais normas e procedimentos utilizados na UCI</li><li>- tem iniciativa na aprendizagem de cuidados e técnicas especializadas</li><li>- cuida com clientes na UCI com o orientador</li><li>- é segura na informação que transmite ao cliente/família</li></ul>
Desenvolver competências de formação em serviço	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar as necessidades formativas do serviço</li><li>- promover a formação em serviço</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>brainstorming</i> com o enfermeiro orientador acerca do tema a abordar</li><li>2. realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. identificar as necessidades formativas do serviço</li><li>2. fundamentar o tema acordado através de um</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Efetua uma revisão sistemática da literatura sobre a temática acordada</li><li>- apresenta os resultados à equipa de Enfermagem</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tomar decisões fundamentadas atendendo as evidências científicas</li> </ul>	<p>acordado</p> <p>3. planificação e realização da ação de formação (exposição oral e <i>PowerPoint</i>)</p>	<p>referencial teórico</p> <p>3. divulgar o tema à equipa de enfermagem</p>	<p>através de uma sessão formativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conhece e domina os recursos utilizados</li> <li>- disponibiliza local e tempo propícios a uma prática reflexiva sobre a temática abordada</li> </ul>
<p>Catalogar as intervenções autónomas de enfermagem mais frequentes na UCI, de acordo com a linguagem CIPE®</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tomar decisões fundamentadas atendendo as evidências científicas</li> <li>- tomar iniciativa e ser criativa na interpretação e resolução de problemas</li> <li>- demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente e família</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. solicitação de autorização à Direção de Enfermagem para consulta dos registos de enfermagem</li> <li>2. consulta dos registos de Enfermagem para verificação de prescrições autónomas efetuadas na UCI, de acordo com as patologias mais frequentes</li> <li>3. elaboração de catálogos de acordo com as prescrições autónomas em enfermagem mais frequentes na UCI</li> <li>4. apresentação dos resultados obtidos (exposição oral com <i>power point</i>)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1e 2. ter acesso a informação pretendida</li> <li>3. facilitar o acesso as prescrições pela equipa de enfermagem</li> <li>4. divulgar à equipa de enfermagem os resultados observados</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apresenta os resultados à equipa de Enfermagem através de uma sessão formativa</li> <li>- conhece e domina os recursos adequados</li> <li>- disponibiliza local e tempo propícios a uma prática reflexiva sobre a temática</li> </ul>

## **APÊNDICE XIX – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO: MÓDULO II**

**CRONOGRAMA**

<b>MÓDULO II</b>	<b>Novembro</b>		<b>Dezembro</b>		<b>Janeiro 012</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>21 a 27</b>	<b>28 a 04</b>	<b>05 a 11</b>	<b>12 a 18</b>	<b>02 a 08</b>	<b>09 a 15</b>	<b>16 a 22</b>	<b>23 a 27</b>
1. Consulta de protocolos/procedimentos existentes								
2. Observação directa da prestação de cuidados com os clientes, acompanhando o orientador								
3. Colaboração com o orientador na prestação de cuidados com clientes								
4. Assistência ao cliente/família na gestão da ansiedade realacionada com a situação crítica								
1. <i>brainstorming</i> com o enfermeiro orientador acerca do tema a abordar								
2. Realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema acordado								
3. Planificação e realização da acção de formação								
1. Solicitação de autorização à Direcção de Enfermagem para consulta dos registos de enfermagem								
2. Consulta dos registos de Enfermagem para verificação de prescrições autónomas efectuadas na UCI, de acordo com as patologias mais frequentes								
3. Elaboração de catálogos de acordo com as prescrições autónomas em enfermagem mais frequentes na UCI								
4. Apresentação dos resultados obtidos através de uma exposição oral com powerpoint								

 Objectivo 1

 Objectivo 2

 Objectivo 3

**APÊNDICE XX – PLANO DE SESSÃO E FORMAÇÃO TRIAGEM DE RESÍDUOS  
HOSPITALARES: UCI**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

**SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DA TRIAGEM DOS  
RESÍDUOS HOSPITALARES**

**Objetivo Geral**

Sensibilizar a Equipa de Enfermagem da UCI para uma correta triagem dos Resíduos Hospitalares.

**Objetivos Específicos**

- Promover a adoção de boas práticas considerando a legislação em vigor.
- Dar a conhecer o tratamento adequado e diferenciado dos resíduos hospitalares, em função dos grupos a que pertencem.

**Atividades**

Sessões informais de formação, durante a Passagem de Ocorrências, sobre a triagem dos resíduos hospitalares.

Aplicação de inquérito de avaliação das sessões de formação.

**Local**

Sala de Registos da UCI

**Hora** - 15H30

**Duração** - 15 minutos

**Data** - 11/01/2012

**Formadoras**

Mónica Tavares

Tânia Vaz

Alunas do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

Sob orientação dos Enfermeiros Especialistas Paul Titus e Cátia Gonçalves

Sob tutoria da Professora Doutora Helena José e da Professora Mestre Manuela Madureira



**HOSPITAL DA LUZ**  
ESPIRITO SANTO SAÚDE


MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

# Triagem de Resíduos Hospitalares

Janeiro 2012

Alunas Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica:  
Mónica Tavares  
Tânia Vaz

Orientadas por:  
UCP - Professora Doutora Helena José & Professora Mestre Manuela Madureira  
UCI - Enfermeiros Especialistas Paul Titus & Cátia Gonçalves



## OBJECTIVOS

### Geral

Sensibilizar a Equipa de Enfermagem da UCI para uma correcta triagem dos Resíduos Hospitalares.

### Específicos

- Promover a adopção de boas práticas considerando a legislação em vigor.
- Dar a conhecer o tratamento adequado e diferenciado dos resíduos hospitalares, em função dos grupos a que pertencem.

## DEFINIÇÃO

“Resíduo resultante de actividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em actividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos, tais como acupunctura, *piercings* e tatuagens.”

Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de Setembro

## CLASSIFICAÇÃO

GRUPO I - *Resíduos Equiparados a Urbanos*

GRUPO II - *Resíduos Hospitalares Não Perigosos*

GRUPO III - *Resíduos Risco Biológico*

GRUPO IV - *Resíduos Hospitalares Específicos*

## TRATAMENTO

P E R I G O S O S	<b>Grupo I: Resíduos equiparados a urbanos</b> São aqueles que não apresentam exigências especiais no seu tratamento	<b>Grupo II: Resíduos hospitalares não perigosos</b> São aqueles que não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos
	<b>Resíduos Hospitalares</b>	
	<b>Grupo III: Resíduos hospitalares de risco biológico</b> São resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano	<b>Grupo IV: Resíduos hospitalares específicos</b> São resíduos de vários tipos de incineração obrigatória
	Classificação dos resíduos hospitalares de acordo com o Despacho n.º 242/96, publicado a 13 de Agosto	



## GRUPOS I E II

### Grupo I

- Resíduos provenientes de serviços gerais e de apoio;
- Embalagens e invólucros comuns;
- Resíduos provenientes de actividades de alimentação, resultantes da confeção e restos de alimentos.



Recicláveis



Saco Preto

### Grupo II

- Embalagens vazias de medicamentos e outros produtos de uso clínico ou comum;
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado nos serviços de apoio;
- Frascos de soro não contaminados ( com excepção dos do Grupo IV )

## GRUPO III


- Peças anatómicas não identificáveis;
- Resíduos provenientes da administração de sangue e seus derivados;
- Sacos colectores de fluxos orgânicos e respectivos sistemas;
- Todo o material utilizado em diálise
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- Material Ortopédico contaminado ou com vestígios de sangue;
- Todos os resíduos biológicos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos
- Epi's utilizados em cuidados de saúde e serviços de apoio geral, em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais)



Saco Branco



## GRUPO IV

- Material Cortante e Perfurante: →  agulhas, cateteres e material invasivo



- Produtos Químicos e Fármacos Rejeitados
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua administração;
- Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas



Saco vermelho

## SUGESTÕES...

CAIXA PARA FRASCOS DE VIDRO E AMPOLAS NÃO QUEBRÁVEIS NA BANCADA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM.

EMBALAGEM DESCARTÁVEL PARA COLOCAÇÃO DE AMPOLAS QUEBRADAS

CAIXOTE COM SACO PRETO JUNTO AO CAIXOTE COM SACO BRANCO NAS BOXES INDIVIDUAIS DOS DOENTES.

CAIXOTE COM SACO VERMELHO JUNTO À BANCADA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM.

RETIRAR CONTEÚDO CORTO-PERFURANTE JUNTO DO APARELHO DAS GASIMETRIAS

## BIBLIOGRAFIA

➤ Portaria n.º 43/2011 de 20 de Janeiro. Diário da República. 1ª Série. (11-01-20) 377-466

➤ Decreto-Lei n.º 178/2006 de 5 de Setembro. Diário da República. 1ª Série (06-09-05) 6526-6545

➤ PINCHA, C.; TAVARES, M. Controlo de Infecção associada aos Cuidados de Saúde. [projecto visual]. [2009]. 50 Diapositivos. Hospital da Luz. Lisboa. Portugal



## **APÊNDICE XXI – PLANO DE SESSÃO E FORMAÇÃO UPP: UCI**

## **SENSIBILIZAÇÃO PARA A UNIFORMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO**

### **Objetivo Geral**

Sensibilizar a Equipa de Enfermagem da UCI para a importância da uniformização do tratamento das Úlceras por Pressão (UPP).

### **Objetivos Específicos**

- Promover a adoção de boas práticas relacionadas com as UPP - Prevenção e Tratamento, considerando as novas recomendações da EPUAP;
- Refletir sobre a prevenção de UPP;
- Promover o tratamento adequado das UPP de acordo com a sua Categoria;
- Divulgar os apósitos existentes no Hospital da Luz e suas recomendações.

### **Atividades**

- Sessão informal de formação, durante a Passagem de Ocorrências, sobre a prevenção e tratamento das UPP, segundo as novas recomendações da EPUAP;
- Elaboração de um Cartaz sugerindo um algoritmo de tratamento de UPP;
- Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local** - Sala de Registos da UCI

**Hora** - 15H30

**Duração** - 30 minutos

**Data** – 26.01.2012

### **Formadoras**

Mónica Tavares

Tânia Vaz

Alunas do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

Sob orientação dos Enfermeiros Especialistas Paul Titus e Cátia Gonçalves

Sob tutoria da Professora Doutora Helena José e da Professora Mestre Manuela Madureira



HOSPITAL DA LUZ  
ESPÍRITO SANTO SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA


# ÚLCERAS POR PRESSÃO

## “NOVAS GUIDELINES”

Alunas Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica:  
Mónica Tavares  
Tânia Vaz

Orientadas por:  
UCP - Professora Doutora Helena José & Professora Mestre Manuela Madureira  
UCI - Enfermeiros Especialistas Paul Titus & Cátia Gonçalves

Janeiro de 2012



## OBJECTIVO GERAL

Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCI para a importância da uniformização do tratamento das Úlceras por Pressão (UPP)

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover a adopção de boas práticas relacionadas com as UPP - Prevenção e Tratamento, considerando as novas recomendações da EPUAP;
- Reflectir sobre a prevenção de UPP;
- Promover o tratamento adequado das UPP de acordo com a sua Categoria;
- Divulgar os apósitos existentes no Hospital da Luz e suas recomendações.

## SUMÁRIO

- ☐ Definição
- ☐ Etiologia
- ☐ Classificação
- ☐ Lesão por Humidade
- ☐ Prevenção
- ☐ Tratamento

## DEFINIÇÃO

“Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção .”

*NPUAP/EPUAP- "Prevenção de úlceras de Pressão" - Guia de consulta rápida. 2009*

## ETIOLOGIA DAS UPP

### FACTORES INTRÍNSECOS

- ✓ Idade
  - ✓ Mobilidade
  - ✓ Sensibilidade
- Integridade dos tecidos
- ✓ Estado Nutricional → Perfusão dos tecidos e integridade da pele
- ✓ Doença vascular periférica
  - ✓ Alterações cardíacas
  - ✓ Hipotensão
  - ✓ Doença aterosclerótica
- Oxigenação dos tecidos

## ETIOLOGIA DAS UPP

### FACTORES EXTRÍNSECOS

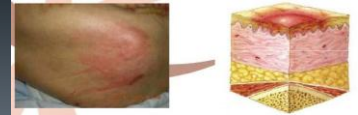
Forças de:



# CLASSIFICAÇÃO

## CATEGORIA I ERITEMA NÃO BRANQUEÁVEL

“Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.”



EPUAP

## ERITEMA BRANQUEÁVEL

“Área avermelhada que fica temporariamente branca ou pálida quando é aplicado pressão com a extremidade do dedo. O eritema branqueável num local sobre pressão é habitualmente devido a uma resposta hiperémica reactiva normal.”

EPUAP



## CATEGORIA II PERDA PARCIAL DA ESPESSURA DA PELE

“Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero hemático.”

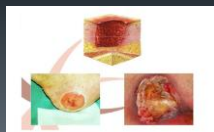


EPUAP

## CATEGORIA III PERDA TOTAL DA ESPESSURA DA PELE

“Perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida) mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.”

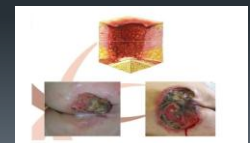
EPUAP



## CATEGORIA IV PERDA TOTAL DA ESPESSURA DOS TECIDOS

“Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistulizadas.”

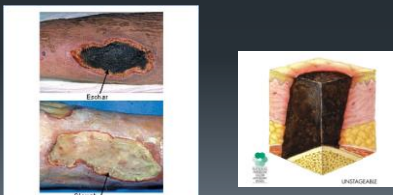
EPUAP



## NOVAS CATEGORIAS - EUA

### INCLASSIFICÁVEIS

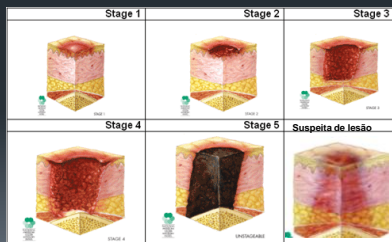
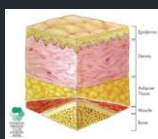
Perda total da espessura dos tecidos cuja profundidade da ferida está bloqueada por tecido necrótico – PROFUNDIDADE INDETERMINADA



## NOVAS CATEGORIAS - EUA

### SUSPEITA DE LESÃO DOS TECIDOS PROFUNDOS

Presença de uma área vermelha escura ou púrpura em pele intacta, ou flictena hemática, provocadas por danos no tecido subjacente devido a forças de pressão ou de torção.



## LESÃO POR HUMIDADE

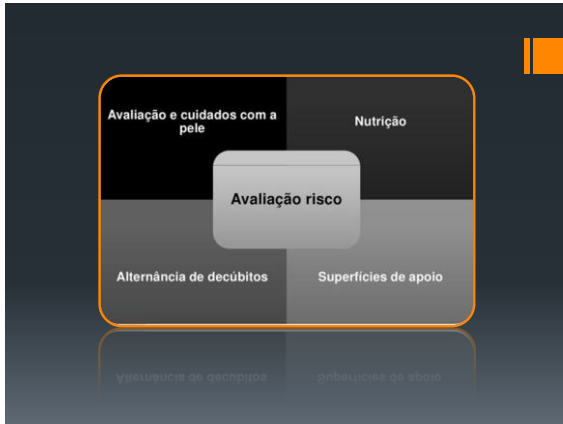
“Lesão que ocorre na pele/maceração devido à presença constante de humidade, que propicia a quebra das ligações do colagénio, aumentando a maceração da pele. Pode conduzir ao aparecimento de uma úlcera de pressão.”



## ÚLCERAS POR PRESSÃO VS LESÕES POR HUMIDADE

	UPP	LPH
Causa	Pressão e/ou Forças de deslizamento	Humidade presente (pele brilhante e húmida)
Localização	Geralmente sobre proeminências ósseas	Presença de humidade + fricção
Forma	Formas circulares ou regulares	Vários pontos superficiais e difusos
Profundidade	Podem atingir o músculo e osso	São superficiais
Necrose	Podem estar presente	Não existe necrose
Bordos	Distintos	Difusos e irregulares
Cor	Em função do tecido presente	Rosa ou branco na pele adjacente

## PREVENÇÃO



## ESCALA DE BRADEN

- Diminuir a incidência de UPP;
- Identificar os clientes com maior risco de desenvolver UPP;
- Planejar cuidados baseados em factores de risco e grau de severidade;
- Evitar cuidados dispendiosos e desnecessários;
- Melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos;
- Diminuir o tempo de internamento.

Percepção Sensorial

Humidade

Actividade

Mobilidade

Nutrição

Fricção e Forças de Deslizamento

## AVALIAÇÃO E CUIDADOS COM A PELE

- ❖ Avaliação da pele diária;
- ❖ Inspeccionar a pele regularmente procurando zonas de rubor, que estão em risco de desenvolver UPP;
- ❖ Em indivíduos com pele pigmentada, avaliar presença de calor, edema ou tumefacção;
- ❖ Vigiar a pele quanto a danos provocados por pressão devido a dispositivos médicos
- ❖ Documentar todas as avaliações;

## AVALIAÇÃO E CUIDADOS COM A PELE

- ❖ Não posicionar indivíduos numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada;
- ❖ Não massajar para prevenir UPP;
- ❖ Utilizar emolientes para hidratar a pele seca, reduzindo o risco de lesão por pressão;
- ❖ Proteger a pele da exposição à humidade usando produtos barreira para reduzir o risco de lesão.

## ALTERNÂNCIA DE DECÚBITOS

- Deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre as áreas mais vulneráveis do corpo;
- A frequência dos posicionamentos deve ter em consideração as superfícies de apoio em uso e variáveis relacionadas com o indivíduo, tais como:
  - Tolerância dos tecidos
  - Nível de actividade e mobilidade
  - Condição clínica global
  - Avaliação do tratamento
  - Avaliação da condição individual da pele
- Registrar os posicionamentos quanto à frequência e à posição adoptada;
- O posicionamento contribui para o conforto, dignidade e a capacidade funcional do indivíduo;

## ALTERNÂNCIA DE DECÚBITOS

### Reposicionamento:

#### Deitado:

- Aliviar a pressão ou redistribuí-la;
- Evitar forças de torção usando ajudas de transferência;
- Evitar posicionar o indivíduo em contacto directo com dispositivos médicos;
- Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável;
- Preferir Semi-Fowler e Laterais a 30º.

#### Sentado:

- Reduzir a pressão e torção sobre a pele e tecidos moles;
- Colocar os pés apoiados se não chegam ao chão;
- Limitar o tempo sentado sem alívio da pressão.

## NUTRIÇÃO

- ❖ Rastrear e avaliar o estado nutricional de todos os indivíduos em risco de desenvolver UPP;
- ❖ Todos os clientes em risco nutricional e de desenvolvimento de UPP devem ser referenciados para o nutricionista;
- ❖ Oferecer suplementos nutricionais como suplemento da dieta habitual.

## SUPERFÍCIES DE APOIO

- A escolha da superfície de apoio deve ter em consideração factores tais como o nível de mobilidade do indivíduo na cama, o seu conforto, considerando o local onde são prestados os cuidados;
- Utilizar colchões e almofadas de espuma;
- Utilizar superfícies de apoio para a prevenção de UPP nos calcâneos mantendo-os afastados da superfície;
- Evitar o uso de peles de carneiro sintéticas, dispositivos recortados em forma de anel ou donut.



## TRATAMENTO

## PROCEDIMENTOS PARA LIMPEZA DA FERIDA

- Irrigar o leito da ferida com soluções salinas ou água potável;
- Secar a pele circundante, não secar o leito da ferida;
- Desperdiçar a solução de limpeza de forma a evitar a contaminação cruzada;
- Colocar o penso adequado ao tipo de tecido presente na ferida;
- Colocar o penso secundário (se necessário);
- Registrar as observações e o tratamento.

## DESBRIDAMENTO

- Desbridar tecido desvitalizado seleccionando o método mais adequado de desbridamento:
  - Cirúrgico
  - Autolítico
  - Enzimático
  - Mecânico
  - Bioquímico
- Controlar a dor associada ao desbridamento
- Referenciar indivíduos com UPP Categoria IV
- Não desbridar lesões isquémicas dos membros inferiores

## PENSO IDEAL

REMOVER O EXCESSO DE HUMIDADE

MANTER A TEMPERATURA

MANTER A HUMIDADE

PERMITIR AS TROCAS GASOSAS

REMOVER SEM TRAUMA

IMPERMEÁVEL ÀS BACTÉRIAS

SEM PARTÍCULAS OU CONTAMINANTES TÓXICOS

## HIDROCOLÓIDES

- Proeminências ósseas em risco de desenvolver UPP;
- UPP de Categoria II
- UPP superficiais, não infectadas, de Categoria III;
- Considerar os pensos cavitários em locas profundas;
- Remover cuidadosamente para prevenir trauma da pele.



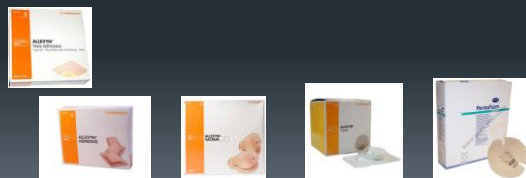
## HIDROGEL

- UPP pouco profundas e não exsudativas;
- Feridas com leito seco de forma a humidificá-lo;
- UPP dolorosas.



## ESPUMAS

- UPP de Categorias II e III;
- Evitar utilizar pensos pequenos/tiras para UPP cavitárias;
- UPP dolorosas;
- Proeminências ósseas em risco de desenvolver UPP.



## PENSOS COM PRATA

- UPP infectadas ou altamente colonizadas por bactérias;
- UPP com elevado risco de infecção;
- Evitar o uso prolongado de pensos com Prata, suspendendo se infecção controlada.



## ALGINATO

- UPP moderada a altamente exsudativas;
- UPP infectadas em combinação com agentes bactericidas;
- Remover o penso cuidadosamente após irrigação;
- Considerar aumentar o intervalo de troca de penso ou mudar o tipo de penso se se apresentar muito seco na altura da sua remoção;
- Propriedades hemostáticas.



## HIDROFIBRAS

- Material com maior capacidade de absorção;
- UPP muito exsudativas;
- Remover o penso cuidadosamente após irrigação;



## PENSOS COM MATRIZ DE COLAGÉNIO

- UPP de Categoria III e IV que não cicatrizam (o leito da ferida deverá estar limpo de fibrina e/ou necrose).



## PENSOS DE GAZE

- Não utilizar para limpeza de feridas profundas pois provocam dor na sua remoção e podem destruir tecido viável;
- Usados preferencialmente em feridas cirúrgicas.



## PENSOS DE SILICONE

- Remoção não traumática;
- Permitem a visualização da ferida;
- Usados preferencialmente quando a pele perilesão se apresenta frágil.



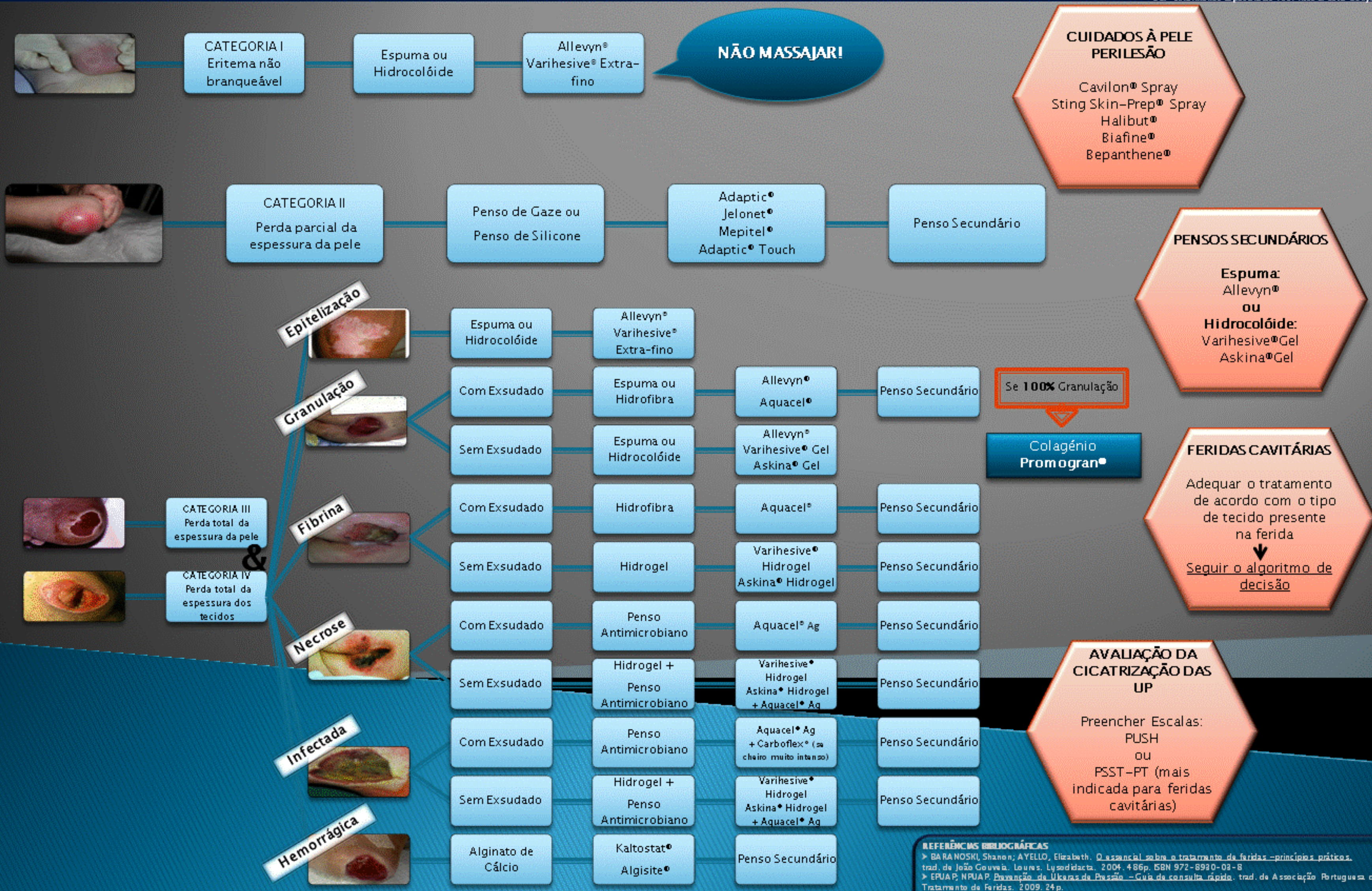
## BIBLIOGRAFIA

- > BARANOSKI, Shanon; AYELLO, Elizabeth. O essencial sobre o tratamento de feridas – princípios práticos, trad. de João Gouveia. Loures. Lusodidacta. 2004. 486p. ISBN 972-8930-03-8
- > EPUAP; NPUAP. Prevenção de Úlceras de Pressão – Guia de consulta rápido. trad. de Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. 2009. 24p.
- > EPUAP; NPUAP. Tratamiento de las úlceras por presión – Guía de referencia rápida. 2009. 42p.
- > <http://www.puclas.ugent.be/puclas/p/>
- > [http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=npuap&q&sm=e&q&upl=86612797013331161510101012591109110231510&hav=on2.or.r.qc.r.pw.cf.osb&biw=1024&bih=506&wrapid=tlif132723535811010&um=1&ie=UTF-8&lbm=sch&source=oa&sa=N&tab=wi&ei=lqEcT8\\_4Ecv6sqbAx6F1](http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=npuap&q&sm=e&q&upl=86612797013331161510101012591109110231510&hav=on2.or.r.qc.r.pw.cf.osb&biw=1024&bih=506&wrapid=tlif132723535811010&um=1&ie=UTF-8&lbm=sch&source=oa&sa=N&tab=wi&ei=lqEcT8_4Ecv6sqbAx6F1)

**MUITO OBRIGADA!**

## APÊNDICE XXII – CARTAZ UPP: UCI

# ALGORITMO DE DECISÃO DE TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth. *O essencial sobre o tratamento de feridas - princípios práticos*. trad. de João Gouveia. Loures, Lysodidacta, 2004. 486p. ISBN 972-8930-03-8
- EPUA P; NPUAP. *Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de consulta rápida*. trad. de Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. 2009. 24p.
- EPUA P; NPUAP. *Tratamento de las úlceras por presión - Guía de referencia rápida*. 2009. 42p.
- <http://www.pnhz.org.uk/pt/pnhz/p/>
- <http://www.google.pt/imgres?q=ulceras+hemorricas&imgres&imgres&imgres>

## **APÊNDICE XXIII – GRELHA DE AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS FORMAÇÕES**

**AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO****SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DA TRIAGEM DOS  
RESÍDUOS HOSPITALARES**

Local – Unidade de Cuidados Intensivos

Data – 11/01/2012

**O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela  
colaboração.**

## EESCALA DE AVALIAÇÃO

NADA ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	SEM OPINIÃO	ADEQUADO	MUITO ADEQUADO
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

**Formação**

1 2 3 4 5

Adequação do material pedagógicc

Organização em geral

    **Conteúdo**

Pertinência da temática

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

    **Formadores**

Domínio da temática

Capacidade de motivação

Clareza na transmissão do conteúdo

**AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO****SENSIBILIZAÇÃO PARA A UNIFORMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DAS  
ÚLCERAS POR PRESSÃO****Local** – Unidade de Cuidados Intensivos ·**Data** – 26.01.2012

**O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela  
colaboração.**

**EESCALA DE AVALIAÇÃO**

NADA ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	<b>SEM OPINIÃO</b>	ADEQUADO	MUITO ADEQUADO
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

**Formação****1      2      3      4      5**

Adequação do material pedagógicc

Organização em geral

    **Conteúdo**

Pertinência da temática

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

    **Formadores**

Domínio da temática

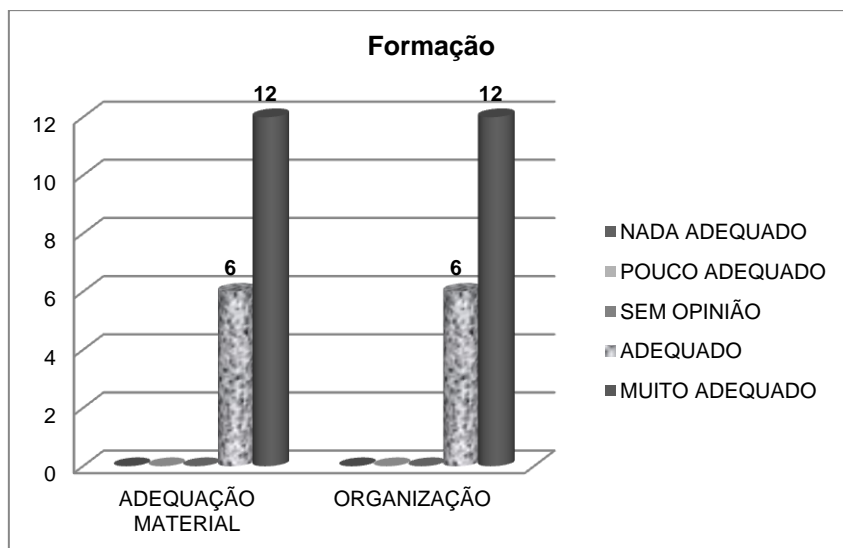
    

Capacidade de motivação

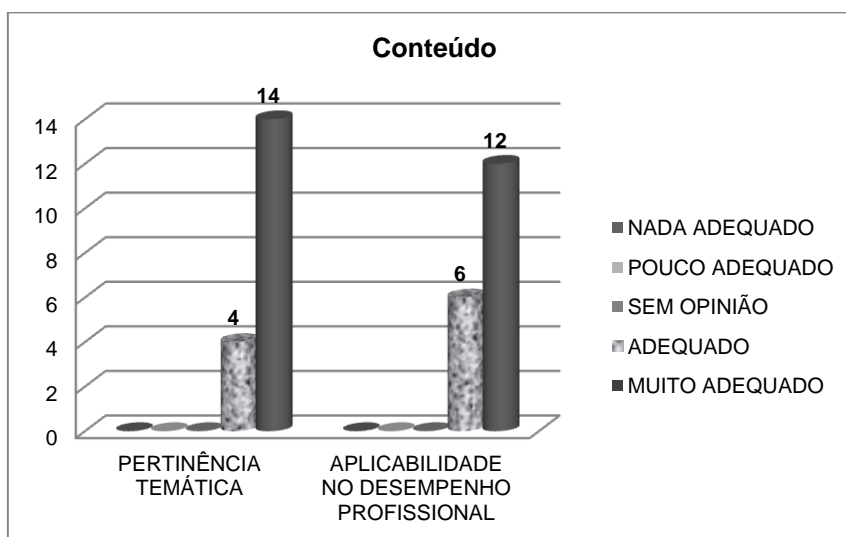
    

Clareza na transmissão do conteúdo

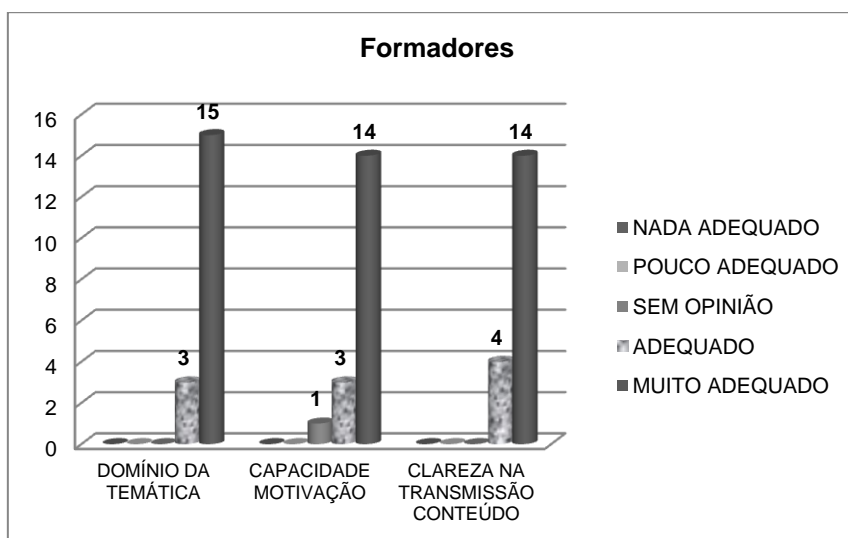
    



**GRÁFICO 10 – Avaliação da Formação**



**GRÁFICO 11 – Avaliação do Conteúdo da Formação**



**GRÁFICO 12 – Avaliação dos Formadores**

## **APÊNDICE XXIV – PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA: UCI**

Ao cuidado da Direcção de Enfermagem  
do Hospital da Luz

Lisboa, 05 de Dezembro de 2011

Mónica Tavares Barbosa, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), encontro-me actualmente a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital da Luz, de 21 de Novembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012.

Em contexto do Estágio, pretendo elaborar catálogos de intervenções autónomas de Enfermagem mais frequentes na UCI, de acordo com a linguagem CIPE®, em vigor no Hospital da Luz, com a finalidade de desenvolver uma ferramenta facilitadora do registo das intervenções, permitindo a documentação dos cuidados de Enfermagem.

A fim de elaborar o diagnóstico de situação, necessito consultar os processos clínicos de clientes que foram internados na UCI durante 5 dias consecutivos, para determinar os motivos de internamento mais frequentes e as prescrições autónomas de Enfermagem que foram efectuadas pela Equipa de Enfermagem.

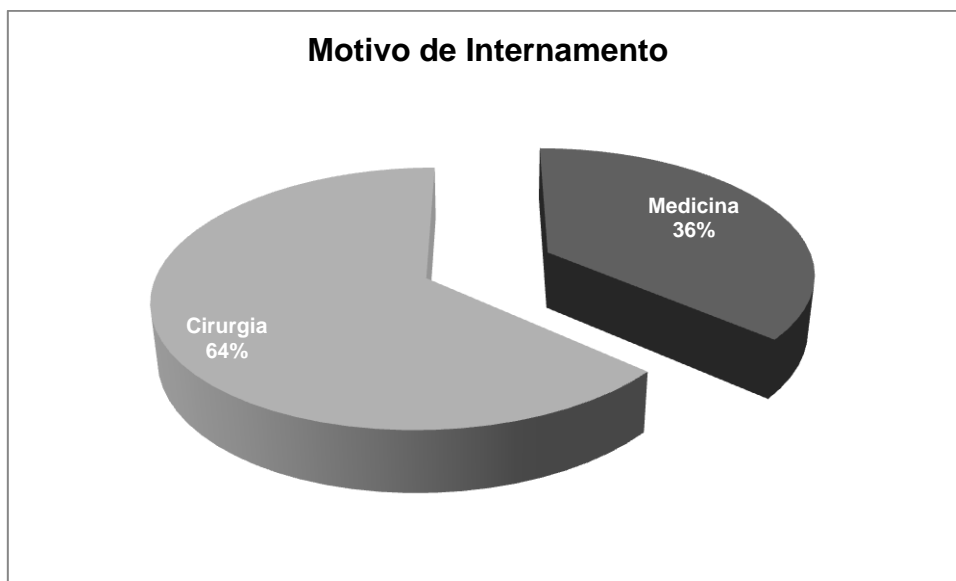
Venho por este meio, solicitar autorização para que os dados, consultados e recolhidos, possam ser mobilizados para o Relatório de Estágio, assegurando o anonimato dos clientes e de todos os profissionais de saúde.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Mónica dos Santos Tavares Barbosa

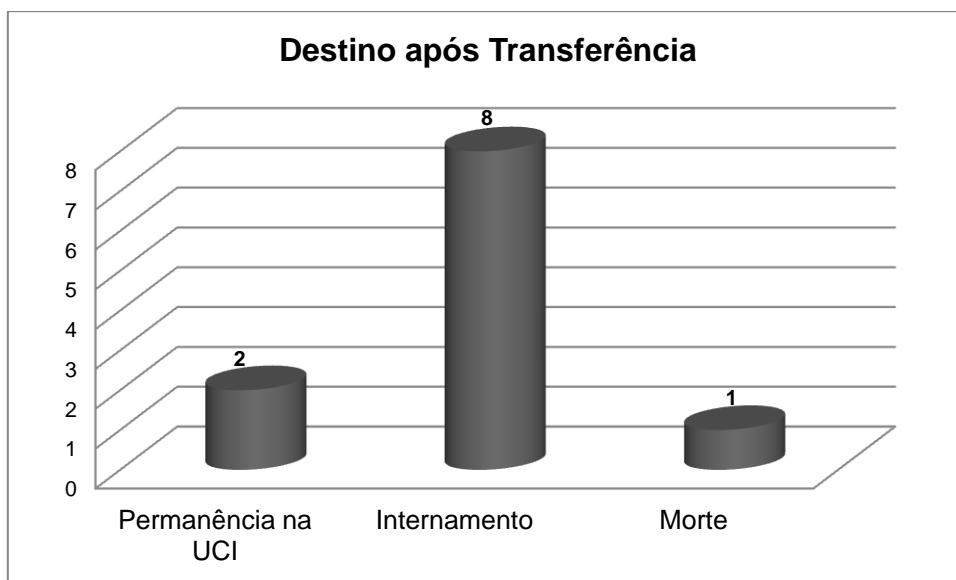
## APÊNDICE XXV – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS: UCI

Sendo a UCI do Hospital da Luz uma unidade polivalente verificou-se, na semana de 27 de novembro a 04 de dezembro de 2011, que a maior percentagem de doentes internados foram do foro cirúrgico, correspondendo a 64%, como se pode ver no Gráfico 8.



**GRÁFICO 8** – Motivo de internamento na UCI, por especialidade

No Gráfico 9 podemos verificar que, no mesmo período, a maioria dos doentes internados na UCI foram transferidos para o internamento médico-cirúrgico do Hospital.



**GRÁFICO 9** – Destino dos clientes após internamento na UCI

Considerando a amostra (onze processos clínicos), apenas dois não registaram prescrições autónomas de Enfermagem, correspondendo a 18%.

**TABELA 13. – Prescrições Efetuadas na UCI**

<b>SEM PRESCRIÇÕES</b>	<b>2</b>
<b>Avaliar Dor</b>	<b>8</b>
<b>Estabelecer ligação com o prestador de cuidados, família</b>	<b>7</b>
<b>Explicar as normas de funcionamento da Unidade</b>	<b>7</b>
<b>Trocar sistemas de acessos</b>	<b>7</b>
<b>Vigiar débito urinário</b>	<b>7</b>
<b>Observar sinais de dificuldade respiratória</b>	<b>7</b>
<b>Vigiar estado de consciência</b>	<b>7</b>
<b>Vigiar estado de orientação</b>	<b>7</b>
<b>Avaliar glicémia capilar</b>	<b>6</b>
<b>Avaliar Sinais Vitais</b>	<b>6</b>
<b>Observar as características da urina</b>	<b>5</b>
<b>Trocar algália</b>	<b>4</b>
<b>Administrar Oxigenioterapia por:</b>	<b>4</b>
<b>Avaliar coloração da pele e mucosas</b>	<b>4</b>
<b>Vigiar edemas</b>	<b>4</b>
<b>Posicionar cliente: 2x/Turno</b>	<b>3</b>
<b>Trocar sonda gástrica</b>	<b>3</b>
<b>Vigiar características das secreções</b>	<b>3</b>
<b>Vigiar perfusão de tecidos</b>	<b>3</b>

<b>Manter AVP</b>	3
<b>Registrar nível/caract. de drenagem</b>	3
<b>Manter AVC</b>	2
<b>Aspirar secreções</b>	2
<b>Monitorizar hemorragia no local operatório</b>	2
<b>Aplicar creme</b>	2
<b>Executar penso AVP</b>	2
<b>Registrar níveis de drenagem</b>	2
<b>Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório</b>	2
<b>Vigiar padrão de sono</b>	2
<b>Massajar superfície corporal</b>	2
<b>Instruir prestador de cuidados para a alta</b>	2
<b>Executar penso AVC</b>	2
<b>Trocar filtro-humidificador</b>	1
<b>Manter o cuff insuflado</b>	1
<b>Inspecionar ferida traumática</b>	1
<b>Executar banho total na cama</b>	1
<b>Elevar cabeceira até 30°, quando cliente em decúbito lateral</b>	1
<b>Trocar penso catéter arterial</b>	1
	1

<b>Auscultar ruidos hidroaéreos</b>	
<b>Reforçar penso da ferida cirúrgica</b>	1
<b>Assistir no autocuidado transferir-se</b>	1
<b>Transferir cliente para a cama</b>	1
<b>Transferir para o cadeirão</b>	1
<b>Aplicar gelo local</b>	1
<b>Registrar padrão alimentar</b>	1
<b>Observar as características das fezes</b>	1
<b>Vigiar sinais de perda sanguínea</b>	1
<b>Aplicar escala de Braden</b>	1
<b>Avaliar grau de dependência no autocuidado</b>	1
<b>Executar lavagem vesical</b>	1
<b>Instruir sobre a tosse</b>	1
<b>Observar sinais de desidratação</b>	1
<b>Inspecionar ferida cirúrgica</b>	1
<b>Inspecionar local de inserção de dreno</b>	1
<b>Executar tratamento à ferida cirúrgica</b>	1
<b>Imobilizar Tubo Endotraqueal (TET)</b>	1
<b>Trocar sistema fixação tubo</b>	1
<b>Inserir sonda gástrica</b>	1
	1

<b>Avaliar conteúdo gástrico e caract.s</b>	
<b>Colaborar na colocação de CVC</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL PRESCRIÇÕES</b>	<b>158</b>

Das 158 prescrições autónomas prescritas, salienta-se a avaliação da dor em oito processos clínicos (dos onze consultados), o que demonstra uma preocupação da Equipa de Enfermagem da UCI em controlar este fator, sendo a sua avaliação e registo normas de boa prática no Controlo da Dor.

## **APÊNDICE XXVI – PLANO DE SESSÃO, FORMAÇÃO E CATÁLOGOS CIPE®**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

**SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DAS PRESCRIÇÕES  
AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM**

**Objetivo Geral**

Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do registo de Prescrições Autónomas de Enfermagem.

**Objetivos Específicos**

Reforçar a importância do registo de prescrições autónomas de Enfermagem.

Desenvolver catálogos de diagnósticos e de intervenções de enfermagem, na UCI.

**Atividades**

Sessão informal de formação, durante a Passagem de Ocorrências, sobre as Prescrições Autónomas de Enfermagem.

Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local**

Sala de Registos da UCI

**Hora** - 15H30

**Duração** - 15 minutos

**Data** – 27/01/2012

**Formadora**

Mónica Tavares

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

Sob orientação do Enfermeiro Especialista Paul Titus

Sob tutoria da Professora Doutora Helena José





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



# CATÁLOGOS CIPE

**Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica:**

Mónica dos Santos Tavares Barbosa

**Orientada por:**

Professora Doutora Helena José

Enfermeiro Especialista Paul Titus

Lisboa

Janeiro 2012

## CATÁLOGOS CIPE®

### 1. DIAGNÓSTICO

- Processo Cardíaco Comprometido

- Arritmia
  - Bradicárdia
  - Taquicardia

### INTERVENÇÕES

- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Avaliar o Cansaço
- ❖ Puncionar a Veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos
- ❖ Vigiar edemas
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Administrar Medicamento Após Interpretar o Resultado da Gasimetria Arterial
- ❖ Desfibrilhar doente
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar Doente
- ❖ Instruir o Doente
- ❖ Prevenir a Infecção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional

- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

## **2. DIAGNÓSTICO**

- Processo Circulatório Comprometido

- Choque
- Hipertensão
- Hipotensão
- Processo cardíaco comprometido

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Puncionar a Veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Administrar sangue e derivados
- ❖ Avaliar a resposta a produto sanguíneo
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Executar posição de Trendelenburg
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar Doente
- ❖ Instruir o Doente
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos

- ❖ Prevenir a Infecção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

### **3. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Gastrointestinal Comprometido

- Obstipação
- Vômito
- Defecação comprometida: diarreia

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Puncionar a Veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Avaliar a Perfunção dos Tecidos
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Avaliar a resposta à alimentação parentérica
- ❖ Administrar enema
- ❖ Inserir sonda gastrointestinal
- ❖ Clampar sonda gastrointestinal
- ❖ Remover sonda gastrointestinal
- ❖ Trocar sonda gastrointestinal
- ❖ Inserir sonda retal
- ❖ Remover sonda retal

- ❖ Avaliar estoma
- ❖ Trocar saco de colostomia
- ❖ Trocar saco de ileostomia
- ❖ Aspirar substância gástrica
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar Doente
- ❖ Instruir o Doente
- ❖ Prevenir a Infecção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

#### **4. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Respiratório Comprometido

- Aspiração
- Dispneia
- Limpeza das vias aéreas comprometida
- Respiração comprometida
- Trocas gasosas comprometidas

#### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Encorajar Técnica Respiratória ou da Tosse
- ❖ Avaliar a resposta ao desmame ventilatório
- ❖ Mobilizar tubo endotraqueal

- ❖ Verificar tubo endotraqueal
- ❖ Puncionar a Veia
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Interpretar o Resultado dos Gases no Sangue Arterial
- ❖ Administrar Medicamento Após Interpretar o Resultado da Gasimetria Arterial
- ❖ Administrar aerossol
- ❖ Aspirar Mecanicamente Expetoração
- ❖ Aspirar expetoração
- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Vigiar dreno torácico
- ❖ Vigiar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Executar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Reforçar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Monitorizar os sinais e sintomas de infeção
- ❖ Identificar Risco de Hemorragia
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar Doente
- ❖ Instruir o Doente
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

## **5. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Regulador Comprometido

- Desidratação
- Edema periférico

- Hiperglicémia
- Hipoglicémia
- Termorregulação comprometida
  - Hipertermia
  - Hipotermia
- Desequilíbrio de Líquidos ou eletrólitos
  - Acidose metabólica
  - Acidose respiratória
  - Alcalose metabólica
  - Alcalose respiratória
  - Hipercalcémia
  - Hipercaliémia
  - Hipernatrémia
  - Hipocaliémia
  - Hipocalcémia
  - Hiponatrémia

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos
- ❖ Interpretar o Resultado dos Gases no Sangue Arterial
- ❖ Administrar Medicamento Após Interpretar o Resultado da Gasimetria Arterial
- ❖ Gerir a Medicação: Insulina
- ❖ Administrar insulina
- ❖ Gerir a Hemodiálise
- ❖ Monitorizar a Temperatura Corporal
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Inserir cateter urinário

- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Inserir cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ vigiar edemas
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar doente
- ❖ Instruir doente
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Prevenir a Infecção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

## **6. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Músculo-Esquelético comprometido

- Paralisia
- Fratura

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar doente
- ❖ Instruir doente
- ❖ Colaborar com o médico

- ❖ Verificar o Cliente Antes da Cirurgia
- ❖ Verificar o Consentimento Informado Antes da Cirurgia
- ❖ Administrar Profilaxia
- ❖ Verificar o Local da Cirurgia e a Lateralidade
- ❖ Ensinar o Familiar Prestador de Cuidados Sobre a Cirurgia Antes da Cirurgia
- ❖ Posicionar o doente
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Avaliar a Perfunção dos Tecidos
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Avaliar o risco de queda: Escala de Morse
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

## **7. DIAGNÓSTICO**

- Processo do Sistema Urinário Comprometido

- Eliminação Urinária Comprometida
- Função Renal Comprometida
- Retenção urinária

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Avaliar a dor

- ❖ Administrar Medicação para a Dor
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar doente
- ❖ Instruir doente
- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

## **8. DIAGNÓSTICO**

- Estado de Consciência Comprometido

- Coma
- Estupor
- Sonolência

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow

- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Transferir doente
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar doente
- ❖ Instruir doente
- ❖ Avaliar o Risco de Queda: Escala de Morse
- ❖ Prevenir a Infecção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

## **9. DIAGNÓSTICO**

- Dor

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Administrar medicação para a dor
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Avaliar o controlo da dor
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Trocar cateter venoso

- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Ensinar sobre a gestão da dor
- ❖ Gerir a dor
- ❖ Identificar a atitude face à dor
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos

## **10. DIAGNÓSTICO**

- Úlcera por Pressão

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o risco de úlcera de pressão: Escala de Braden
- ❖ Aplicar colchão
- ❖ Aplicar penso de ferida
- ❖ Avaliar úlcera de pressão
- ❖ Posicionar doente
- ❖ Administrar medicação para a dor
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Avaliar o controlo da dor
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos

## **11. DIAGNÓSTICO**

- Processo Vascular Comprometido

- Perfusão dos tecidos inefectiva
- Trombose Venosa Profunda Presente
- Perda sanguínea Presente
  - Hematoma
  - Hemorragia

### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Utilizando um Dispositivo de Monitorização
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Administrar sangue e derivados
- ❖ Avaliar a resposta a produto sanguíneo

- ❖ Administrar medicação para a dor
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Avaliar o controlo da dor
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Avaliar Status Neurológico: Escala de Glasgow
- ❖ Colaborar com o médico
- ❖ Administrar Medicamento
- ❖ Administrar Medicamento e Solução
- ❖ Avaliar a Resposta à Medicação
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Resposta à Fluidoterapia
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos
- ❖ Palpar Pulso Pedioso
- ❖ Palpar Pulso radial
- ❖ Encorajar o Repouso
- ❖ Aplicar meias elásticas
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar doente
- ❖ Instruir doente
- ❖ Posicionar o Doente
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional
- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

## **12. DIAGNÓSTICO**

- Recuperação Cirúrgica Efetiva

## **INTERVENÇÕES**

- ❖ Avaliar o Status Cardíaco Após a Cirurgia

- ❖ Avaliar o Status Neurológico Após a Cirurgia: Escala de Glasgow
- ❖ Avaliar o Status Respiratório Após a Cirurgia
- ❖ Puncionar veia
- ❖ Trocar cateter venoso
- ❖ Remover cateter venoso
- ❖ Administrar Terapia com Fluidos ou Eletrólitos
- ❖ Avaliar a Perfusão dos Tecidos Após a Cirurgia
- ❖ Avaliar o risco de queda: Escala de Morse
- ❖ Implementar Oxigenoterapia
- ❖ Posicionar o doente
- ❖ Encorajar o Repouso
- ❖ Tranquilizar doente
- ❖ Orientar doente
- ❖ Instruir doente
- ❖ Vigiar eliminação urinária
- ❖ Inserir cateter urinário
- ❖ Trocar cateter urinário
- ❖ Remover cateter urinário
- ❖ Administrar medicação para a dor
- ❖ Avaliar a dor
- ❖ Avaliar o controlo da dor
- ❖ Iniciar ingestão de líquidos
- ❖ Iniciar ingestão de alimentos
- ❖ Vigiar ferida cirúrgica
- ❖ Vigiar dreno da ferida cirúrgica
- ❖ Vigiar dreno torácico
- ❖ Vigiar saco de drenagem da ferida cirúrgica
- ❖ Trocar saco de drenagem da ferida cirúrgica
- ❖ Vigiar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Executar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Reforçar penso da ferida cirúrgica
- ❖ Monitorizar os sinais e sintomas de infeção
- ❖ Identificar Risco de Hemorragia
- ❖ Administrar sangue e derivados
- ❖ Avaliar a resposta a produto sanguíneo
- ❖ Administrar profilaxia
- ❖ Prevenir a Infeção Cruzada: Higienização das mãos
- ❖ Vigiar padrão de eliminação intestinal
- ❖ Vigiar padrão alimentar ou de ingestão de líquidos
- ❖ Providenciar privacidade
- ❖ Providenciar apoio emocional

- ❖ Providenciar apoio espiritual
- ❖ Gerir transporte
- ❖ Transportar o doente
- ❖ Explicar dispositivo de chamada

### **13. DIAGNÓSTICO**

- Défice no Autocuidado

#### **INTERVENÇÕES**

- ❖ Cuidar da Higiene do doente
- ❖ Alimentar o doente
- ❖ Providenciar arrastadeira
- ❖ Providenciar urinol
- ❖ Trocar fralda
- ❖ Posicionar o Doente
- ❖ Transferir o doente
- ❖ Aplicar creme
- ❖ Massajar doente
- ❖ Avaliar o risco de úlcera de pressão: Escala de Braden
- ❖ Aplicar colchão
- ❖ Aplicar dispositivo de proteção
- ❖ Explicar dispositivo de chamada
- ❖ Promover o autocuidado

HOSPITAL DA LUZ  
ESPÍRITO SANTO SAÚDE


MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

Módulo II – Cuidados Intensivos  
UCI – Hospital da Luz  
Janeiro 2012

Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica:  
Mónica Tavares Barbosa

Orientada por:  
Professora Doutora Helena José (UCP)  
Enfermeiro Especialista Paul Titus (UCI)



MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## REPE

Intervenções Autônomas

Intervenções Interdependentes

↓

O Enfermeiro é responsável pela prescrição e implementação

“...sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade...”

*(Artigo 9º, ponto 2, 1996)*

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## CIPE®

...documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes.

Planeamento e Gestão dos Cuidados de Enfermagem

Previsões Financeiras

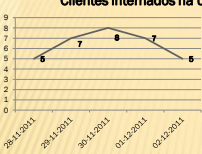
Desenvolvimento de Políticas

Os dados através da CIPE® podem sustentar a tomada de decisão.

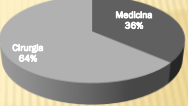
A UCI EM 5 DIAS...

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

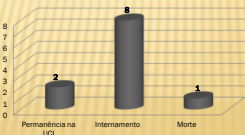
### Cientes internados na UCI



### Motivo de Internamento

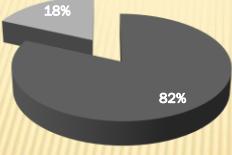


### Destino após Transferência



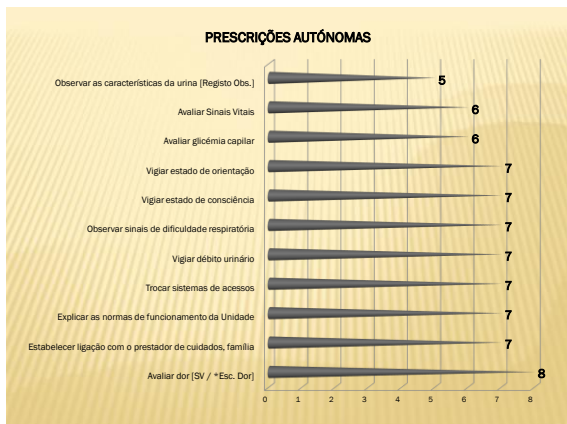
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

### Prescrições Autônomas efectuadas na UCI

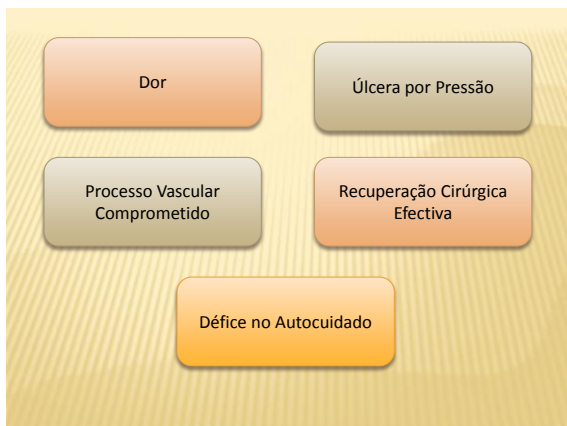


Com prescrições autónomas

Sem prescrições autónomas



**ELABORAR CATÁLOGOS DE DIAGNÓSTICOS E DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA UCI, DE ACORDO COM CIPE®**




**“OS CATÁLOGOS NÃO SUBSTITUEM O JUÍZO DE ENFERMAGEM.”**

*Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.8*

## BIBLIOGRAFIA

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos da CIPE®**. Lisboa. Junho 2009
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **CIPE®- Versão 1.0**. Lisboa. Março 2006
- REPE: Decreto-Lei nº161/96. **D.R. Série A.205 (96-09-04) 2959-2962**
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

 HOSPITAL DA LUZ  
ESPÍRITO SANTO SAÚDE


MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

### TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

Módulo II – Cuidados Intensivos  
UCI – Hospital da Luz  
Janeiro 2012

**Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica:**  
Mónica Tavares Barbosa

**Orientada por:**  
Professora Doutora Helena José (UCP)  
Enfermeiro Especialista Paul Titus (UCI)



**APÊNDICE XXVII – GRELHA DE AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO  
CIPE®**

**SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DAS PRESCRIÇÕES  
AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM****Local** – Unidade de Cuidados Intensivos ·**Data** – 27.01.2012**O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela  
colaboração.**

## EESCALA DE AVALIAÇÃO

NADA ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	SEM OPINIÃO	ADEQUADO	MUITO ADEQUADO
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

**Formação****1      2      3      4      5**

Adequação do material pedagógicc

Organização em geral

    **Conteúdo**

Pertinência da temática

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

    **Formadores**

Domínio da temática

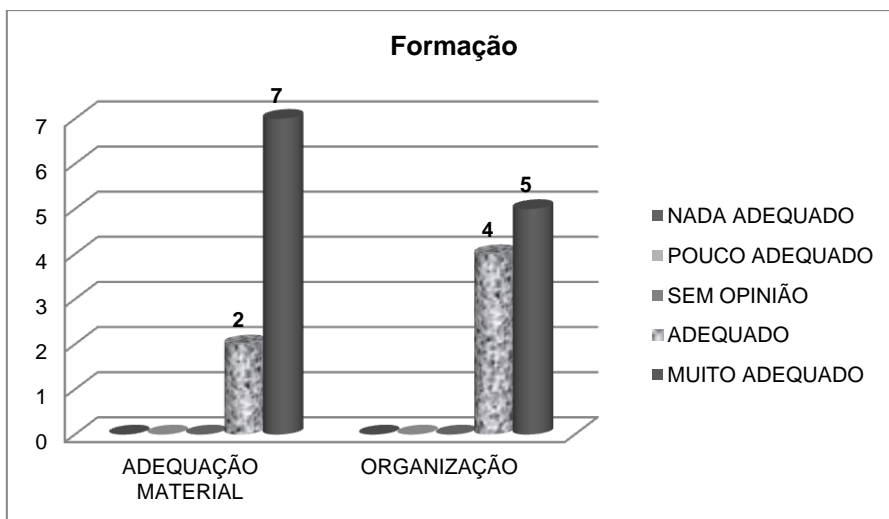
    

Capacidade de motivação

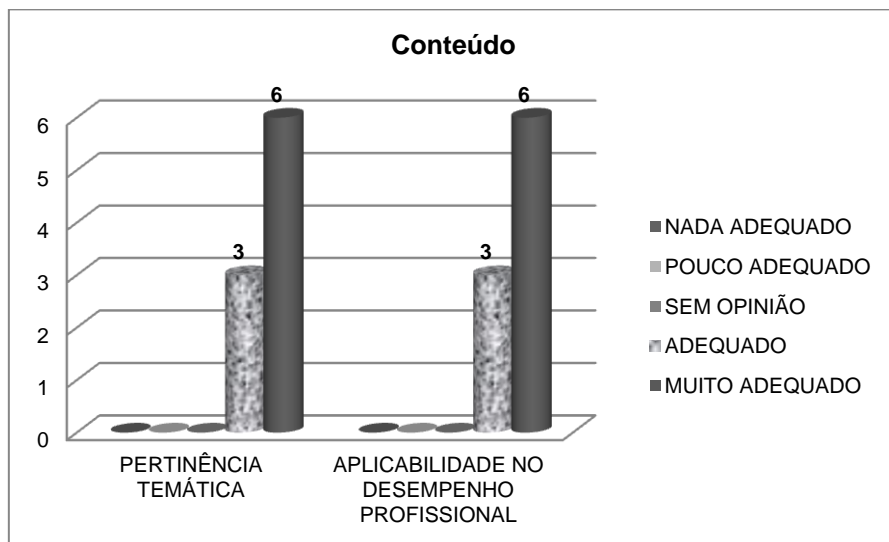
    

Clareza na transmissão do conteúdo

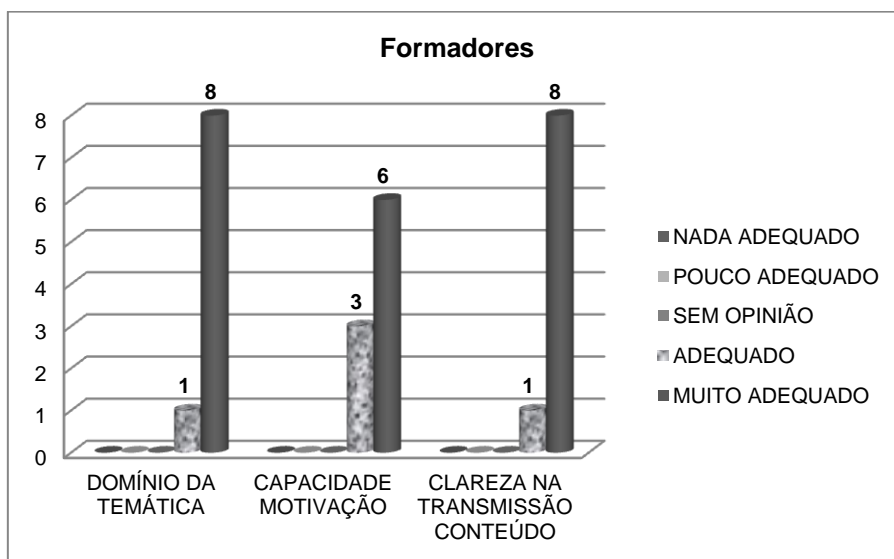
    



**GRÁFICO 13 – Avaliação da Formação**



**GRÁFICO 14 – Avaliação do Conteúdo da Formação**



**GRÁFICO 15 – Avaliação da Formadora**

## **ANEXOS**

## ANEXO I



# IACS 2011: EM DIRECÇÃO A UM CONTROLO GLOBAL 4º DIA INTERNACIONAL DO CONTROLO DA INFECCÃO HAI 2011: TOWARDS A GLOBAL CONTROL 4<sup>th</sup> INTERNATIONAL DAY FOR FIGHTING INFECTION

Patrocinado por | Sponsored by



ESCMID

EUROPEAN SOCIETY  
OF CLINICAL MICROBIOLOGY  
AND INFECTIOUS DISEASES

3 Maio 2011 | 3<sup>rd</sup> May 2011

Auditório do Hospital da Luz

## PROGRAMA PRELIMINAR | PRELIMINARY PROGRAM

08h30 Abertura do Secretariado | Registration

09h00 Abertura - Dia Internacional do Controlo da Infecção: porquê e para quê?  
Opening - International Day for Fighting Infection: why and what for?

Palestra de Abertura | Opening

09h15 Innovation in HAI control: the NHS example  
A confirmar

Mesa Redonda 1 | Table 1

**GESTÃO E CONTENÇÃO DE SURTOS  
OUTBREAK MANAGEMENT AND CONTENTION**

Moderadores | Chairperson: Ana Cristina Costa | Ana Soraia Pedroso

09h45 Papel dos organismos nacionais | Role of national organizations  
Francisco George, Director Geral da Saúde, DGS

10h10 Controlo de Infecção sem fronteiras | Infection control without borders  
Ana Paula Coutinho, ECDC

10h35 O que aprendemos com a Gripe A? | What we learned from the A(H1N1) Flu Pandemics?  
Filipe Froes, Hospital Pulido Valente

11h10 Intervalo | Coffee Break



# IACS 2011: EM DIRECÇÃO A UM CONTROLO GLOBAL 4º DIA INTERNACIONAL DO CONTROLO DA INFECCÃO HAI 2011: TOWARDS A GLOBAL CONTROL 4th INTERNATIONAL DAY FOR FIGHTING INFECTION

Patrocinado por | Sponsored by

**ESCMID**EUROPEAN SOCIETY  
OF CLINICAL MICROBIOLOGY  
AND INFECTIOUS DISEASES**3 Maio 2011 | 3<sup>rd</sup> May 2011**

Auditório do Hospital da Luz

**PROGRAMA PRELIMINAR | PRELIMINARY PROGRAM**

Mesa Redonda 2 | Table 2

**NOVAS RESISTÊNCIAS GLOBAIS  
NEW GLOBAL RESISTANCES**

Moderadores | Chairpersons: Eláire Pina | Joana Mapril

**11h30 Novas carbapenemases | New carbapenemases**

Cidália Pina Vaz, FMUP, Hospital de São João

**11h55 Vancomycin Intermediate | Resistant Staphylococcus aureus (VISA/VRSA)**

Filomena Martins, Hospital de São Francisco Xavier, CHLO

**12h25 Tuberculose extensivamente resistente | Extensively-drug resistant tuberculosis**

Carlos Gomes, Hospital Pulido Valente, CHLN (a confirmar)

**13h00 Almoço | Lunch**

Mesa Redonda 3 | Table 3

**CONTROLO DA INFECCÃO PARA ALÉM DO HOSPITAL  
INFECTION CONTROL BEYOND HOSPITAL**

Moderadores | Chairperson: Helena Caria | Carlos Palos

**14h30 Média e Controlo da Infecção | Media and Infection Control**

Dulce Salzedas, SIC

**14h55 Consumidores e Controlo da Infecção | Consumers and Infection Control**

Anabela Jorge, DECO

**15h20 Investigação e inovação em Controlo da Infecção | Investigation and innovation on Infection Control**

Ivone Vaz-Moreira, Universidade Católica Portuguesa

**16h00 Encerramento | Closure**

## ANEXO II



Exma Sr<sup>a</sup>  
Enf<sup>a</sup> Mónica Tavares

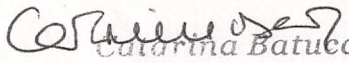
**ASSUNTO:** Autorização para a utilização de dados estatísticos da CCI na elaboração de Relatório de Estágio.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a utilização de dados estatísticos da CCI para elaboração do Relatório de Estágio, realizado na referida Comissão entre 24/04 e 24/06/2011, por 2 alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 29 de Junho de 2011

A Enfermeira Directora

  
Catarina Batuca  
Enfermeira Directora

## **ANEXO III**

mãos limpas: um passo para a saúde



## ANEXO IV



FONTE: CCI – Lavagem das Mãos: 5 Momentos para reduzir a Infecção – Hospital da Luz [projeção visual]. 2009. 31 diapositivos

## **ANEXO V**



## FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS  Cidade  Código do Hospital

<b>Observador</b> <input type="text"/>	<b>Data</b> (dd.mm.aaaa) <input type="text"/>	<b>Período N.º</b> <input type="text"/>	<b>Serviço/Departamento</b> <input type="text"/>
<b>Hora de início/fim</b> (hh:mm) <input type="text"/>	<b>Sessão N.º</b> <input type="text"/>	<b>Enfermaria</b> <input type="text"/>	
<b>Duração da sessão</b> (mm) <input type="text"/>	<b>Formulár. N.º</b> <input type="text"/>		

Cat. Profissional <input type="text"/>	Cat. Profissional <input type="text"/>	Cat. Profissional <input type="text"/>	Cat. Profissional <input type="text"/>
Código <input type="text"/>	Código <input type="text"/>	Código <input type="text"/>	Código <input type="text"/>
Número <input type="text"/>	Número <input type="text"/>	Número <input type="text"/>	Número <input type="text"/>

Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

## ANEXO VI

Comissão de Ética para a Saúde  
Hospital da Luz

Exma. Sra.  
Enf.<sup>a</sup> Mónica dos Santos  
Tavares Barbosa

Ref. CES/1064/2011/PA

Lisboa, 03 de Novembro 2011

**Assunto: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (UCP)**

CC.: Enf.<sup>a</sup> Maria José Costa Dias

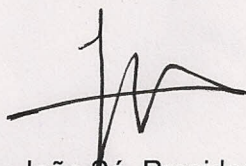
A **Comissão de Ética para a Saúde** do Hospital da Luz, reunida a 3 de Novembro de 2011, apreciou o pedido que V. Exa. dirigiu à Direcção de Enfermagem.

Nada obsta a que possa consultar, e colher elementos, dos processos clínicos de doentes do AMP (G.O.) desde que seja desde que seja escrupulosamente respeitada a condição de anonimato.

Mais se entende que o seu trabalho de campo deva ser monitorizado por um(a) enfermeiro(a) do serviço, pertencente à equipa residente do Hospital da Luz.

Com os cumprimentos respeitosos

Pel'A Comissão de Ética para a Saúde



João Sá, Presidente

## **ANEXO VII**

Comissão de Ética para a Saúde  
Hospital da Luz

Exma. Sra.

**Enf.ª Mónica Tavares Barbosa**

Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico  
Hospital da Luz

Ref. CES/1068/2011/PA

Lisboa, 16 de Dezembro 2011

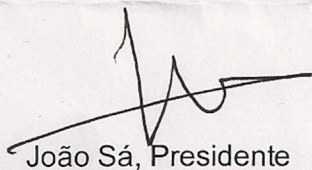
**Assunto: “CIPE: Intervenções Autónomas de Enfermagem numa UCI”**

**CC.: Director Clínico / Conselho de Administração**

A **Comissão de Ética para a Saúde** do Hospital da Luz, reunida a 15 de Dezembro de 2011 aprovou por unanimidade a realização estudo clínico “*CIPE: Intervenções Autónomas de Enfermagem numa UCI*” de que V. Exa. é investigadora principal.

Com os cumprimentos respeitosos

Pel'A Comissão de Ética para a Saúde



João Sá, Presidente