



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

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

Jorge Manuel Canês Fernandes

Lisboa, Março de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Jorge Manuel Canês Fernandes

Sob orientação de Mestre Manuela Madureira

Lisboa, Março de 2012

Resumo

Com o presente relatório pretendo expor a evolução ao longo dos estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica dando visibilidade às competências adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados ao cliente adulto em situação crítica e com risco de vida. O ensino clínico dividiu-se em três módulos, a saber, Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Opcional. Por ter obtido creditação no módulo de Unidade de Cuidados Intensivos, realizei apenas os módulos de Serviço de Urgência e Opcional, este na área de Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar.

Em cada um dos módulos de estágio é realizada uma breve descrição do serviço, são referidos os objetivos para o estágio, as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências que visam a prestação de cuidados especializados ao cliente adulto em situação crítica.

A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, onde foi realizado o estágio do módulo opcional é um serviço muito específico, mas ao mesmo tempo transversal a todo o hospital. Neste estágio, as minhas intervenções foram centradas no objetivo de reduzir a taxa de infeções nosocomiais da corrente sanguínea relacionadas com a implantação e manuseamento de cateteres intravasculares, mas as experiências vivenciadas permitiram-me adquirir e desenvolver competências amplas a nível do controlo de infeção hospitalar, despertando reflexões, debate e desenvolvimento de estratégias de intervenção.

O estágio realizado em Serviço de Urgência, no Hospital Dr. José de Almeida, foi um desafio pela necessidade de conhecimentos amplos, abrangentes, sendo que pela diversidade de experiências vivenciadas, especialmente na sala de reanimação, implicaram a mobilização de conhecimentos muito alargados. Neste estágio desenvolvi competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem e competências na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados e por isso assumi o papel de formador e perito na área de eletrocardiografia e controlo de infeção, realizando formações direcionadas para a interpretação de traçados eletrocardiográficos e a correta higienização das mãos.

No decorrer deste percurso foi enfatizada a capacidade de reflexão das experiências vivenciadas que poderiam ser consideradas situações problema, evidenciando por isso a importância insubstituível dos estágios.

Abstract

With this report I intend to report on changes along the stages of the Master's Degree in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing by giving visibility to the acquired and developed skills in providing care to adult patients in critical and life-threatening. The teaching clinic divided into three modules, namely ER, Intensive Care Unit and optional. Having obtained the accreditation module Intensive Care Unit, just realized the ER modules and optional in the area of Infection Control Commission of Hospital.

In each stage of the modules provide a brief description of the service, are referred to the goals for the stage, the activities for the acquisition and development of skills aimed at providing specialized care to the adult patient in critical condition. The Commission on Hospital Infection Control, Hospital Fernando Fonseca Professor, where he held the stage optional module is a very specific service, but at the same time across the entire hospital. At this stage, my interventions were focused on the goal of reducing the rate of nosocomial bloodstream infections related to the implementation and handling of intravascular catheters, but the experiences have allowed me to acquire and develop broad skills at the hospital infection control, awakening reflection, discussion and development of intervention strategies.

The stage held in the Emergency Department, Hospital Dr. José de Almeida, was a challenge the need for extensive knowledge, comprehensive, and the diversity of experiences, especially in the resuscitation room, led to the mobilization of very wide knowledge. At this stage development expertise, scientific and relational in providing nursing care and skills in continuous improvement of nursing care provided and thus assumed the role of expert in the area electrocardiography and infection control, conducting training directed to the interpretation of tracings ECG and proper hand hygiene.

During this course they emphasized the capacity to reflect experiences that could be considered problem situations, showing why the irreplaceable importance of internships.

*“Há pessoas que transformam o sol
numa simples mancha amarela.
Mas há, também aquelas que fazem de uma simples mancha amarela,
o próprio sol.”*

Pablo Picasso

*À Ana e Vasco que foram o meu suporte
e me desculparam pelo tempo que não pude passar com eles.
Aos meus pais por serem os meus alicerces
e tudo terem feito para alcançar o que eles nunca puderam almejar.
Aos colegas Carla, Luís, Patrícia, Rita, Sofia e Tiago que me
acompanharam e ajudaram em todos os momentos deste percurso.
À minha tutora Manuela Madureira e às minhas orientadoras,
enfermeiras Leonor Castanho e Olinda Ourique
por me terem ajudado a realizar este difícil percurso.*

Lista de siglas

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CIFE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter vascular central

DGS – Direção Geral de Saúde

ESPS – Escola Superior Politécnica de Saúde

EV – Endovenoso

FARVR – Fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida

HELICS – Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

HPP – Hospitais Particulares Portugueses

IACS – Infeção associada a cuidados de saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

IN – Infeção nosocomial

INCS – Infeção nosocomial da corrente sanguínea

IPSE – Improving Patient Safety in Europe

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem cardio-respiratória

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

SO – Sala de observação

SU – Serviço de Urgência

TP – Tuberculose pulmonar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UCICRE – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

Índice

	Pág.
0 – <u>Introdução</u>	11
1 – <u>Módulo III - Comissão de Controlo e Infecção Hospitalar do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca</u>	14
2 – <u>Módulo I - Serviço de Urgência do Hospital Dr. José de Almeida</u>	31
3 – <u>Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca</u>	50
4 – <u>Reflexão final</u>	59
5 – <u>Referências bibliográficas</u>	61
6 – <u>Anexos/apêndices</u>	68
Anexo I – Organograma do CCIH do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	
Apêndice I – Poster “Equipamento de proteção individual de acordo com o microorganismo e sua localização”	
Apêndice II – Procedimento “Cateter vascular central – inserção e substituição	
Apêndice III – Procedimento “Cateter vascular central – manutenção”	
Apêndice IV – Procedimento “Cateter venoso periférico – inserção e manutenção”	
Apêndice V – Procedimento “Cateteres arteriais – inserção e manutenção”	
Apêndice VI – Formação “Infeções nosocomiais da corrente sanguínea – reduzi-las... uma responsabilidade de todos”	
Apêndice VII – Auditorias dos procedimentos de enfermagem	
Apêndice VIII – Recomendações de armazenamento de dispositivos médicos desinfetados/esterilizados nos serviços utilizadores	
Apêndice IX – Poster “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca”	
Apêndice X – Grelha de observação para a higienização das mãos	
Apêndice XI – Grelha de observação – momentos de adesão à higienização das mãos	
Apêndice XII – Grelha de observação – técnica correta de higienização das mãos	
Apêndice XIII – Grelha de observação – tempo gasto na higienização das mãos de acordo com produto utilizado	
Apêndice XIV – Grelha de observação – produto utilizado na higienização das mãos	
Apêndice XV – Questionário de conhecimentos sobre higienização das mãos	
Apêndice XVI – Questionário – importância dos momentos de higienização das mãos	
Apêndice XVII – Questionário – formação anterior sobre higienização das mãos	
Apêndice XVIII – Questionário – fatores que contribuem para a não higienização das	

mãos

Apêndice XIX – Formação “Vamos salvar vidas – higienização das mãos”

Apêndice XX – Avaliação da formação “Vamos salvar vidas – higienização das mãos”

Apêndice XXI – Formação “Eletrocardiografia para Enfermeiros”

Apêndice XXII – Avaliação da formação “Eletrocardiografia para Enfermeiros”

Índice de gráficos

	Pág.
Gráfico I – comparação de novos casos de INCS nas UCI's do HFF com utilização de CVC's, entre 2007 e 2010.	25
Gráfico II – comparação de novos casos de INCS nas UCI's do HFF com utilização de CVC's, ventilação mecânica e algália, entre 2007 e 2010.	25
Gráficos III e IV – números de fatores de risco extrínseco por cliente (em %), em 2009 e 2010.	28

Índice de tabelas

	Pág.
Tabela I – número de clientes com risco extrínseco, dividido pelo tipo de risco, num dia de 2009 e 2010.	27

0 – Introdução

Desde o início da profissão que a componente prática se constitui como parte integrante da formação do enfermeiro generalista, sendo que, atualmente, se considera também como parte fundamental da formação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aconselhando-se uma relação teórico prática que permita, num contexto de prestação de cuidados, a consolidação de saberes e o desenvolvimento de competências. Espera-se por isso que, atualmente, o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, com conhecimentos profundos e capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional no contexto adequado (Ordem dos enfermeiros [OE], 2009).

A elaboração deste relatório tem a sua génese nos módulos de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e pretende servir como documento que explique as atividades desenvolvidas, as reflexões realizadas e as competências alcançadas nos mesmos. Conforme o enquadramento legal deste curso, a aprovação do presente relatório, confere o grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e após discussão pública, o grau de Mestre.

No plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, está programado a realização de um estágio que compreende 3 módulos: Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III – Opcional.

Pela minha experiência profissional em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos foi-me creditado pelo Conselho Científico da UCP/ESPS o Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, artigo nº 45 e por isso realizei apenas os Módulos I e III, cumpridos respetivamente no Serviço de Urgência do Hospital Dr. José d’Almeida e na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, sob a orientação tutorial da Mestre Manuela Madureira.

Não sendo a proximidade a razão principal, mas contribuindo para a decisão de escolha dos campos de estágio, o primeiro, correspondente ao Módulo III, foi realizado na

Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar (CCIH) do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE (HFF), uma vez que exerço funções na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) do mesmo hospital. A realização deste módulo de estágio na mesma instituição onde trabalho permitiu-me conhecer melhor as interações interdepartamentais, interpessoais e interdisciplinares determinantes para a elaboração, implementação e supervisão de procedimentos transversais ao hospital. A razão principal por ter optado pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) prendeu-se com a intenção e necessidade de aprofundar e mobilizar conhecimentos na área da prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) que, como refere Pina *et al* (2010), é uma área relevante para cuidados seguros e de qualidade, e desenvolver competências para a sensibilização da equipa de saúde para a mudança do paradigma da inevitabilidade das IACS como consequência do desenvolvimento terapêutico e tecnológico, acreditando que a prevenção é possível.

A prevenção das IACS e redução das taxas de infeção a 0% é possível como mostra o estudo de Provonost *et al* (2006), o que torna esta área determinante, e que é claramente identificada como uma das áreas de primordial importância dentro das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Além das razões já apresentadas pretendi levar contributos para a prática diária da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar, uma vez que trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos que, como refere Cavaleiro (2011), por norma são serviços com elevadas taxas de infeções associadas a cuidados de saúde o que leva a um aumento significativo da morbi-mortalidade e dos custos associados.

No módulo I correspondente ao Serviço de Urgência escolhi o Hospital Dr. José D'Almeida porque após visita ao local e entrevista informal com o enfermeiro chefe percebi que este é um hospital novo, que reflete o conceito de prestação integrada de cuidados, uma vez que foi projetado e concebido para possuir todas as condições de atendimento do cliente, bem como flexibilidade e adaptabilidade suficiente para exigências futuras. Considerando o Serviço de Urgência (SU) como o local onde existe o primeiro contato com a instituição Hospital, por este ser a principal porta de entrada da mesma, o papel do enfermeiro neste local torna-se crucial, tanto pela visibilidade dos cuidados que presta, como pela importância no processo de vivência de situação de crise que o cliente e família passam. Neste serviço pretendi aprofundar os conhecimentos na área da assistência ao cliente crítico proveniente da comunidade, procurando

desenvolver uma prática de excelência nos cuidados ao cliente e família. Simultaneamente, pretendi perceber o percurso antes do cliente chegar aos serviços de internamento ou às Unidades de Cuidados Intensivos, como aquela em que exerço funções.

Ao analisar o relatório é necessário ter presente que na sua elaboração foi utilizada uma metodologia descritiva recorrendo à análise e à reflexão pessoal crítica sobre os acontecimentos vivenciados em cada contexto da prestação de cuidados, revelando aspetos que considere interessantes e pertinentes no contexto em que se realizaram os módulos de estágio. Assim, este relatório tem como objetivos: dar a conhecer o percurso efetuado, as expectativas, os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas para a concretização desses mesmos objetivos; explanar a análise e reflexão das experiências de aprendizagem; analisar os módulos de estágio, evidenciando o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização; desenvolver capacidades de realização de um relatório crítico; e servir como instrumento de avaliação/certificação de competências na área de especialização.

De forma a facilitar tanto a elaboração como a leitura, este relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: introdução, na qual está referido o enquadramento do curso, os módulos de estágio realizados e a justificação da sua escolha, os objetivos do relatório e a estrutura selecionada; desenvolvimento, em que utilizarei uma abordagem cronológica e como tal focarei em primeiro lugar o Módulo III, depois o Módulo I, nos quais farei referência às atividades desenvolvidas e a sua fundamentação perante os objetivos, a identificação de situações/problemas vividos e estratégias de intervenção e por fim das competências adquiridas, e por último o Módulo II que me foi creditado e no qual farei referência às competências adquiridas na minha experiência profissional; reflexão final, onde pretendi incluir uma análise crítica dos aspetos mais relevantes do processo de aprendizagem e o seu contributo para o desenvolvimento de competências para um cuidar de excelência; referências bibliográficas; e anexos/apêndices local onde foram colocados os documentos que considere serem importantes para complementar a informação fornecida no relatório

De referir que a pessoa alvo da prestação de cuidados será denominada ao longo do relatório com o termo cliente para estar em conformidade com a nomenclatura CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

1 – Módulo III - Comissão de Controlo e Infecção Hospitalar do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Pretende-se neste capítulo descrever e justificar as atividades e processos de trabalho utilizados, tendo em conta os objetivos delineados, através da reflexão sustentada na evidência científica, procurando subsídios para dar resposta aos objetivos definidos e identificando as competências adquiridas e desenvolvidas durante o estágio.

Reconhece-se que a infeção hospitalar representa um problema de dimensões crescentes com implicações económicas, sociais e humanas, pelo que deve ser alvo de uma atenção cada vez maior por parte das instituições de saúde e dos seus profissionais. Mas a preocupação com esta dimensão não é recente e já provém desde meados do século XIX, altura em que Ignaz Semmelweis que percebeu que a lavagem das mãos contribuía para a redução da mortalidade por febre puerperal, obrigando por isso os alunos de medicina a lavar as mãos antes de terem contacto com as grávidas ou puérperas (Best & Neuhauser, 2004).

Posteriormente Florence Nightingale conseguiu demonstrar que boas condições ambientais e boa alimentação contribuía para a redução da mortalidade, referindo que a doença era o esforço da natureza para restaurar a saúde e que mantendo boas condições de ar puro, luz, calor, limpeza, repouso e dieta favorecia-se o processo reparatório do corpo (Couto, 2005). Os resultados obtidos durante a guerra da Crimeia ajudaram-na a desenvolver a teoria ambientalista e a alterar determinadamente a administração sanitária do exército e as condições hospitalares na altura. A teoria desenvolvida por Nightingale influenciou desde então as condições de ambientais dos locais onde os doentes são cuidados (ibidem). No entanto, como já referia Nightingale a aparência imaculada dos serviços prestadores de cuidados, associada ao desenvolvimento de novos fármacos torna os profissionais de saúde, por vezes, menos vigilantes na preocupação diária com o controlo de infeção (Nightingale, 2005).

Atualmente o problema da infeção hospitalar continua a ser considerado de grande importância e, por isso, foi enquadrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 o Programa Nacional de Prevenção das Doenças Nosocomiais (Alto Comissariado para a Saúde, 2010). É por isso importante intervir e aprofundar conhecimentos dentro da área



do controlo de infeção, que cada vez mais é uma área relevante para cuidados seguros e de qualidade, e que é claramente identificada como uma das áreas de primordial importância dentro das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Neste sentido tracei como objetivos para este estágio:

- Conhecer a organização, a dinâmica e o funcionamento da Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;
- Realizar intervenções de enfermagem no âmbito da CCIH, que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Contribuir para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados ao cliente intervindo na atualização dos procedimentos sobre inserção e manutenção de cateteres vasculares.

Considerando que segundo Nascimento *et al* (2008) o controlo da infeção hospitalar, conjuntamente com outros indicadores, tem uma relação muito próxima com a qualidade assistencial, sendo que as taxas de infeção são consideradas indicador dessa mesma qualidade e sabendo segundo o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010), que um dos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista é a procura constante da melhoria da qualidade dos cuidados, conclui-se que um dos locais onde é possível realizar a avaliação da qualidade dos cuidados e contribuir de uma forma mais visível para a melhoria desses mesmos cuidados especificamente na maximização da intervenção na prevenção e controle de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2011) é exatamente nas Comissões de Controlo e Infeção das instituições.

- OBJETIVO 1 - Conhecer a organização, a dinâmica e o funcionamento da Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A minha experiência a nível do controlo de infeção hospitalar era muito pequena, limitando-se à atuação nos casos em que havia necessidade de criar isolamentos no serviço onde trabalho, mas sem ter qualquer perceção do trabalho transversal ao hospital que a CCIH realiza, tanto a nível de vigilância como de recomendações, ou mesmo de intervenções nos serviços com a finalidade da melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem.



Com a finalidade de perceber a organização, a missão, objetivos e atividades da CCIH consultei as normas e diretivas desta Comissão, bem como a legislação que rege a existência deste órgão de apoio técnico essencial à qualidade assistencial a nível hospitalar.

Percebi por isso que a CCIH do HFF, bem como todas as CCIH, rege-se pelas normas do Departamento da Qualidade de Saúde da Direção Geral de Saúde (DGS), através de diretrizes existentes no Plano Nacional de Controlo de Infeção Hospitalar (PNCI) que regula e regulamenta Normas e Procedimentos Padrão.

Atualmente qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde, segundo a circular normativa N°18 de 2007 da Direção Geral de Saúde (DGS, 2007a), deve ter obrigatoriamente uma Comissão de Controlo de Infeção, que deverá ser constituída por um núcleo executivo (constituído por um coordenador, enfermeiro de controlo de infeção e apoio administrativo), núcleo de apoio técnico e consultivo e núcleo de membros dinamizadores. Em concordância com a legislação a equipa da CCIH do HFF, tal como é apresentado no organograma (Anexo I), é constituída por uma médica de Medicina Interna que acumula o cargo de chefe do serviço de CCIH, uma médica Pediatra, um médico de Cirurgia, uma médica Microbiologista, uma Farmacêutica, um membro da Direção Clínica, um membro do serviço de Qualidade e dois enfermeiros, a trabalhar em exclusivo para a CCIH. Em cada serviço do HFF está ainda designado um enfermeiro e um médico de referência para elo de ligação com a CCIH, de modo a que se estabeleça um trabalho cooperante e que alcance todas as valências do hospital. Devo salientar que os enfermeiros, que estão a tempo inteiro na CCIH, são o elo de ligação entre toda a equipa, uma vez que esta só se reúne uma vez por mês.

No HFF, a CCIH e consequentemente os enfermeiros do serviço, têm como missão “prevenir, detetar e controlar as infeções no hospital, em articulação com os vários departamentos, serviços e demais órgãos técnicos”(CCIH, 2000) e tem como objetivos “dinamizar e implementar atividades no âmbito da gestão de risco, nomeadamente na prevenção e controlo de infeção hospitalar, assim como desenvolver atividades de vigilância epidemiológica de estruturas, de processos e resultados, sistemas de risco de âmbito nacional, integrados na rede europeia HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance); elaboração de políticas e procedimentos, recorrendo a recomendações internacionais e de sociedades científicas como padrão de

referência; propor medidas de prevenção e controlo baseadas na evidência científica disponível e à luz do conhecimento atual” (CCIH, 2000).

Uma vez que não estava familiarizado com a dinâmica das CCIH, como atrás referido, a primeira semana foi de integração na organização e metodologia do serviço e na compreensão da dinâmica da equipa de enfermagem e a sua articulação com a restante equipa de saúde, assim como para tomar conhecimento dos projetos em curso e atividades realizadas. Tendo como objetivo uma rápida integração, acompanhei, observei e colaborei na atuação de todos os profissionais que trabalham no CCIH, principalmente do enfermeiro orientador, permitindo-me assim perceber a dinâmica existente neste serviço.

Além de ter consultado as normas e diretivas da CCIH participei em uma das reuniões mensais com toda a equipa do CCIH e essa minha participação contribuiu para me consciencializar, através dos pontos discutidos, da abrangência e transversalidade das atividades de uma comissão de controlo de infeção.

Esta primeira fase do estágio constituiu-se um momento de aprendizagem de grande importância uma vez que desenvolvi um trabalho pessoal de pesquisa bibliográfica que me permitiu não somente solidificar e desenvolver conhecimentos que tinha adquirido nas aulas de Enfermagem Médico-cirúrgica I módulo III, como através da consulta de novos documentos, aumentar o conhecimento sobre epidemiologia, as normas e planos nacionais e internacionais de controlo de infeção, as normas e regras internas do hospital sobre o mesmo tema. Esta atividade permitiu-me manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional (UCP-ICS/ESPS,2010).

- OBJETIVO 2 - Realizar intervenções de enfermagem no âmbito da CCIH, que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica

A infeção associada aos cuidados de saúde é definida pela DGS (2007b) como uma infeção que ocorre num cliente ou profissional durante a prestação de cuidados de saúde que não existia nem estava em incubação na altura da sua admissão. Inclui também infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados, mas que se manifestam após a suspensão dos mesmos, assim como infeções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais da instituição. Esta definição é mais envolvente e abrangente que as

anteriores uma vez que engloba todas as infeções que surgem na sequência da prestação de cuidados de saúde independentemente de onde os clientes se encontrem (hospital, lar, cuidados continuados, domicílio, etc). A infeção, estando associada a um cuidado de saúde, pode surgir como consequência da falha de sistemas e processos de prestação de cuidados ou do comportamento humano (profissionais, clientes ou visitas), representando por isso um problema de segurança acrescido para os clientes.

Estima-se que em toda a Europa ocorram 3 milhões de casos de IACS por ano, e que estas estejam associadas a cinquenta mil óbitos (European Commission's Directorate General for Health and Consumer Policy, 2006). Em Portugal o estudo de prevalência de 2003 demonstrou existir uma taxa de prevalência de IACS de 9,92% (Ministério da Saúde, 2005) e em 2009 9,84% (Ministério da Saúde, 2009). Estes dados demonstram que as medidas implementadas não estão a ser suficientes para que ocorra uma redução relevante das taxas de IACS e conseqüentemente é recomendável *“intensificar a vigilância e implementar medidas de prevenção e controlo de infeção mais eficazes.”* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009.

É um fato que as IACS são um dos eventos adversos mais relevantes em cuidados de saúde, tanto pela sua magnitude como pelas conseqüências que acarreta para os clientes e sua qualidade de vida e para a comunidade. As IACS contribuem para o aumento da mortalidade e morbidade, bem como, para o prolongamento do tempo de internamento dos clientes com o conseqüente aumento dos custos associados. Considerando estas evidencias compreende-se a relevância que as taxas de IACS detetadas nos inquéritos de prevalência representam nos cuidados de saúde (DGS, 2009).

Alguns estados membros da União Europeia, reconhecendo a gravidade do problema que se apresentava, catalisaram a criação do projeto “Improving Patient Safety in Europe” (IPSE), cujo objetivo é dar suporte, vigiar e controlar as IACS e uniformizar práticas de controlo de infeção na União Europeia - projeto IPSE.

O projeto IPSE deu continuidade ao trabalho desenvolvido separadamente por vários estados membros, agregando saberes e metodologias, construindo um sistema em rede que permite a monitorização dos dados de vigilância epidemiológica das IACS, ao mesmo tempo que desenvolveu metodologias de formação na área do controlo de infeção. Portugal participou neste projeto desde o início, sendo parte ativa em todo o processo, nomeadamente nas atividades do HELICS.

Segundo a DGS (2009) a vigilância epidemiológica das IACS é considerada uma medida de prevenção e controlo, já que permite a identificação dos doentes mais suscetíveis à infeção e dos serviços de maior risco, detetar importantes mudanças dos padrões das IACS ao longo do tempo e fornecer informação sobre as práticas mais relevantes para a infeção, nomeadamente, o uso de antibióticos, os cuidados com a colocação e manutenção dos dispositivos invasivos, entre outras. De acordo com o mesmo autor a vigilância epidemiológica tem ainda demonstrado ser eficaz na redução das taxas de infeção, uma vez que os profissionais de saúde, à medida que conhecem a sua realidade relativa à infeção, ficam mais sensíveis para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção (DGS, 2009). Por isso, a DGS considera fundamental assegurar o registo contínuo, análise e a interpretação da vigilância epidemiológica. Nesse sentido preenchi os formulários da vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea, vias respiratórias e vias urinárias para posterior envio à DGS. Este preenchimento implica uma recolha e tratamento de dados diária, que inclui a identificação do agente infeccioso envolvido e respetivo antibiograma. É ainda necessário ir aos serviços e perceber se estes têm conhecimento do resultado positivo das culturas de espécimes e estabelecer as respetivas medidas de isolamento.

Realizei a vigilância epidemiológica em todos os turnos, porque considera-se que esta atividade é um passo essencial para identificar problemas, estabelecer prioridades e avaliar a eficácia da prevenção e controlo da infeção indo assim de encontro ao referido pelo Ministério da Saúde (2002) e Peres & Pina (2008) quando referem que o desenvolvimento de um programa de vigilância epidemiológica é um indicador de segurança e qualidade dos cuidados prestados constituindo também uma das estratégias que estão definidas a nível nacional no PNCI (DGS, 2007b). Com esta atividade, considero que consegui desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família (UCP-ICS/ESPS, 2010).

Em simultâneo com a vigilância epidemiológica realizada tive a oportunidade de participar na monitorização dos isolamentos dos microrganismos alerta, e ajudar no controle/gestão de camas fechadas devido aos isolamentos. Nesta atividade tive que ser assertivo e criativo nas propostas de resolução dos problemas que apareceram e ao mesmo tempo formador porque os restantes profissionais dos serviços reconhecem os

enfermeiros do CCIH como referências dentro da área do controlo de infeção e colocaram-nos dúvidas que esclarecemos ou no momento, ou após pesquisa, caso não tivéssemos a certeza sobre a questão colocada.

Durante a monitorização dos isolamentos surgiram algumas das situações que exigiram mais assertividade, criatividade e que se constituíram promotoras de aprendizagem e desenvolvimento profissional, mas que pelo desfecho positivo também me trouxeram satisfação pessoal. Reporto-me a uma situação em que no mesmo serviço havia dois clientes infetados com *acinetobacter baumannii*, sendo que o microrganismo tinha sido isolado em cultura de secreções brônquicas em ambos os casos. Os dois clientes encontravam-se internados cada um numa enfermaria junto com outros clientes em isolamento de contacto.

Este agente, que é um microrganismo multirresistente, que neste caso como tinha sido isolado nas secreções brônquicas, transmite-se por contacto direto, indireto e por gotículas. No caso das gotículas, estas são partículas relativamente grandes e rapidamente assentam nas superfícies, assim os microrganismos têm uma passagem breve pelo ar (distância máxima percorrida 1 metro) e transmitem-se quando a fonte e o hospedeiro se encontram muito próximos (ex. a falar, espirrar). Por essa razão o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e o Ministério da Saúde aconselham nas “Recomendações para as precauções de isolamento” (DGS, 2007c), que se seleccione o tipo de isolamento “de acordo com a cadeia epidemiológica da infeção, as patologias e as vias de transmissão previstas (contato, gotículas e via aérea).” (idem). Ainda no mesmo documento são aconselhadas algumas precauções básicas na prestação de cuidados de saúde a todos os clientes sendo que entre estas precauções devo salientar a higienização das mãos, o uso racional de equipamentos de proteção individual adaptados aos procedimentos e o controlo ambiental. Além das precauções básicas são aconselhadas precauções complementares que devem ser utilizadas de acordo com o tipo de isolamento (Ibidem).

Assim que identificámos a não conformidade nos isolamentos, fomos comunicá-la à responsável do serviço informando que esse isolamento não seria o mais correto pelo risco de infeção que representava para os outros clientes, para os profissionais e para as visitas, tendo ela retorquido que já tinha informado o diretor de serviço da situação e que este se tinha recusado a mobilizar os clientes. Dirigimo-nos então ao diretor do serviço e expusemos a situação identificada como não conforme tendo este pedido uma

solução alternativa. Propusemos então que se verificasse o perfil de resistências antimicrobianas do acinetobacter de cada um dos clientes, e se tivessem o mesmo perfil poderiam colocar-se os clientes numa enfermaria de 3 camas fechando a cama do meio. Esta solução foi recusada, uma vez que a solução não interessava ao serviço porque significaria fechar camas, quando existia uma pressão permanente do Serviço de Urgência para receberem clientes que se encontravam internados na Sala de Observações. Salientámos mais uma vez o risco que os outros clientes corriam e os custos que adviriam se houvesse mais clientes, profissionais ou visitas infetadas com aquele microrganismo, mas não o conseguimos demover da decisão tomada. Fiquei desapontado por não ter conseguido cumprir com o artº 79, alínea c) do CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS (2009) que refere que o enfermeiro tem o dever de *“Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem (...) o bem comum (...)”*.

Este caso exemplifica o dilema provocado pelo dever de prestar a melhor assistência possível com o máximo de segurança aos clientes internados nos serviços que choca com a necessidade de também prestar cuidados de saúde de qualidade e segurança às pessoas que estão internadas no SU. Este problema tem a sua génese no subdimensionamento do hospital que inicialmente foi construído para assistir a uma população de 350 mil habitantes, mas que com o crescimento populacional levou a que se estime que a população da área de influência do hospital ronde os 700 mil habitantes (HFF, 2009). Tendo em consideração a complexidade do problema, não existe uma solução simples, mas antes tem que haver um esforço ainda maior por parte de todos, um trabalho interdisciplinar para se maximizar as condições existentes com o objetivo de prestar os melhores cuidados de saúde seguros possíveis. Como referi esta responsabilidade pertence a todos incluído o diretor clínico de um serviço que deve, além de muitas outras responsabilidades, *“garantir que as atividades clínicas do serviço integram as recomendações emanadas pelas CCI referentes às instalações, obras, aquisição de equipamentos/dispositivos médicos, precauções básicas, isolamento e serviços hoteleiros: roupa, higienização, resíduos, descontaminação”* e ainda *“garantir a existência nos serviços dos recursos necessários para o cumprimento das recomendações de controlo de infeção”* (DGS, 2007a), além do princípio hipocrático da não maleficência.

Devido a esta situação e por se pretender que não ocorram situações similares, foram discutidas interdisciplinarmente em reunião do CCIH, estratégias para que todos os serviços do hospital cumpram as indicações sobre os isolamentos emanadas pela DGS. A estratégia encontrada foi a elaboração de um “manual de isolamentos”, que após aprovação pelo Conselho de Administração, seria implementado transversalmente a todo o hospital e cujo objetivo seria por um lado uniformizar as precauções a ter perante cada microrganismo, dependendo sempre do meio de cultura em que teria sido isolado, por outro lado reforçar com um documento transversal ao hospital (e como tal aprovado pelo conselho de administração que reconhece assim a necessidade de em alguns casos fechar camas) as indicações para os isolamentos.

Considerando a situação reportada, incluindo as estratégias encontradas para a resolução de um problema complexo, considero que contribui para a identificação de um procedimento de risco a nível do controlo de infeção, abordando uma questão complexa de modo sistemático e criativo, relacionada com o cliente e família, especialmente na área de especialização; demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização; e demonstrei capacidade para reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização (UCP-ICS/ESPS, 2010).

É importante referir que na visita que fizemos dois dias depois ao serviço em questão, verificámos que os clientes já se encontravam em isolamento e que, apesar da recusa demonstrada inicialmente pelo diretor do serviço em seguir as recomendações da CCIH, naquele mesmo dia deu indicação para se isolar os dois clientes com acinetobacter numa enfermaria de três camas, fechando a cama do meio.

Num outro dia em que estávamos a realizar a vigilância epidemiológica fomos contactados no sentido de haver a possibilidade de existir um surto de acinetobacter baumannii num serviço, pois fomos informados que em apenas uma semana tinham havido 3 pessoas com culturas positivas o que poderia sugerir que não se estava a conseguir controlar a sua transmissão.

Para se poder considerar que estamos perante um surto temos que primeiramente saber a sua definição que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) citada por MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) “*Um surto é definido como um aumento, pouco usual ou inesperado, de casos de uma determinada infeção nosocomial, ou o aparecimento de casos de uma nova infeção*”. No mesmo documento, a OMS refere

ainda que os surtos de infeção nosocomial devem ser identificados e investigados atempadamente, dada a sua importância em termos de morbilidade, custos e imagem institucional. Neste sentido fomos ao serviço e em conjunto com a médica que nos tinha contactado e com a enfermeira chefe do serviço, tentámos recolher dados que nos permitisse perceber se realmente nos encontrávamos perante um surto. O primeiro dado que fomos confirmar foi se o perfil de resistências antimicrobianas era igual e assim perceber se os microrganismos pertenciam à mesma estirpe. Em dois dos casos os microrganismos pertenciam à mesma estirpe, mas no terceiro caso o microrganismo não pertencia e por isso não poderia ter sido transmitido pelos outros clientes. Seguidamente verificámos onde tinham sido realizadas as 2 colheitas de culturas que tinham vindo positivas para o mesmo microrganismo da mesma estirpe e o percurso dos clientes no hospital. Um dos clientes tinha estado sempre naquele serviço e as colheitas tinham sido realizadas no serviço, mas o outro cliente tinha sido transferido da UCI e as culturas que tinham vindo positivas tinham sido colhidas ainda na UCI.

Descartámos por isso a hipótese da existência de um surto no serviço e explicámos o porquê de se ter descartado essa hipótese, havendo satisfação por parte do serviço pelo facto de termos respondido rapidamente à solicitação, esclarecido a situação e as dúvidas que existiam.

Ao ter colaborado na elaboração de um parecer técnico sobre a minha área de especialização, após discussão interdisciplinar consegui demonstrar capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar e interdisciplinar e tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas (UCP-ICS/ESPS, 2010).

Este estágio contribuiu para me serem reconhecidos conhecimentos e competências nesta área específica do controlo de infeção, uma vez que transpus para o serviço *guidelines* recentes, recomendações internacionais e ajudei a refletir sobre procedimentos que realizamos, contribuindo assim para introduzir alterações nos cuidados prestados tendo em vista a maximização da segurança do cliente e dos profissionais durante a prestação de cuidados de saúde. Um exemplo do que descrevi, sucedeu já perto do final do estágio enquanto estava a exercer funções no meu local de trabalho, e foi-nos comunicado telefonicamente pelo Serviço de Microbiologia que uma das clientes que estavam internadas no serviço tinha uma urocultura em que se tinha isolado *Escherichia Coli* ESBL. Informei o médico da situação e que iria colocar a

senhora em isolamento de contacto na sua unidade, tendo este concordado. Houve, no entanto, algumas resistências por parte de colegas que referiam que aquele isolamento não tinha sentido porque a cliente não estava num quarto isolado. Na realidade esta situação vai de encontro ao estudo de Ferreira *et al* (2006) que refere que os enfermeiros não utilizam as precauções baseadas na via de transmissão. Expliquei que as “Recomendações para as precauções de isolamento” (DGS, 2007c) referem que para aquela situação só é necessário realizar isolamento de contacto e em conjunto refletimos sobre a razão das recomendações existentes, havendo posteriormente uma compreensão e aceitação destas indicações. Considero ter sido importante este momento pois o papel de formador do enfermeiro especialista não passa por “(...) *debitar informação ou formação, mas sim ajudar os outros profissionais nos seus processos de descoberta e aprendizagem.*” (MARTINS & FRANCO, 2004). Após ter esclarecido mais algumas dúvidas existentes, os colegas aceitaram e concordaram com o formato do isolamento tendo solicitado que realizasse um poster com os equipamentos de proteção individual indicados para cada um dos microrganismos epidemiologicamente significativos, o que foi realizado (Apêndice I). Ficou também acordado que realizaria uma formação sobre isolamentos assim que o manual de isolamentos que está a ser desenvolvido pela CCIH fosse aprovado pelo Conselho de Administração, pois a formação ajuda a desenvolver competências e conduz à mudança de desempenho (Sousa, 2003).

Esta situação permitiu-me demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização; produzir um discurso pessoal fundamentado; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (UCP-ICS/ESPS, 2010).

- OBJETIVO 3 - Contribuir para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados ao cliente intervindo na atualização dos procedimentos sobre inserção e manutenção de cateteres vasculares.

As infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) representam 14% da totalidade das IACS no estudo de prevalência nacional de 2009 (Ministério da Saúde, 2009), sendo os cateteres vasculares um fator de risco exógeno importante.

No HFF, apesar de desde 2007, as bacteriémias identificadas nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) estarem a diminuir gradualmente, como está demonstrado nos gráficos

que se seguem, no ano de 2010 ainda ocorreram quase 100 casos de INCS, sendo que em quase 60 desses casos os clientes apresentavam pelo menos uma CVC. É importante que se consiga reduzir ainda mais as INCS, de forma a reduzir igualmente a mortalidade, a morbilidade, os custos pessoais, sociais e económicos que as INCS comportam. Numa época de contenção orçamental em que existe uma tentativa de redução das despesas em todos os setores da sociedade poderia haver um investimento na prevenção das IN, uma vez que segundo o estudo de Plowman *et al* (2001) os custos económicos do internamento de um cliente que adquira uma IN pode ser 2,9 vezes superior ao de um cliente que não adquira uma IN, o que demonstra que com o investimento proposto poderia haver uma redução significativa dos custos económicos na saúde.

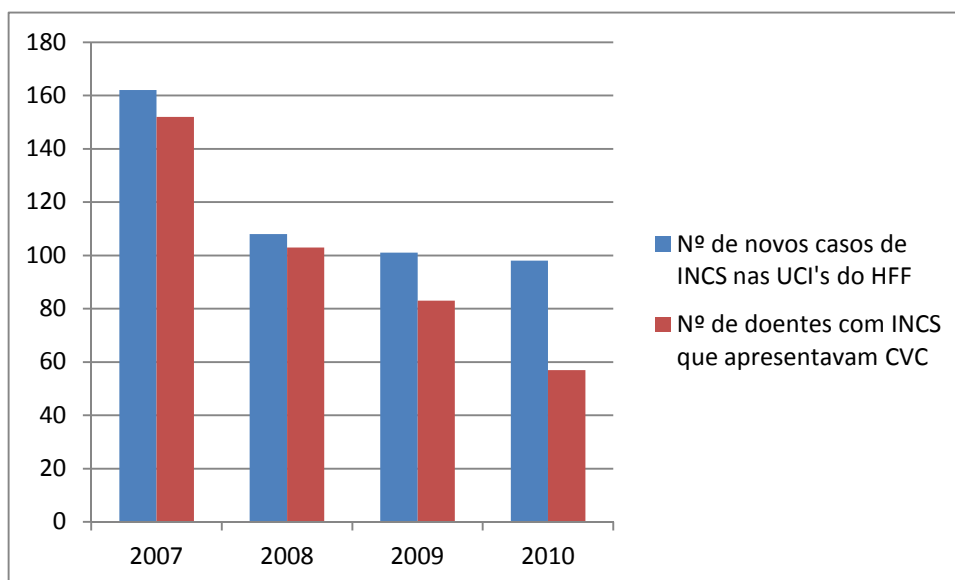


Gráfico I – comparação de novos casos de INCS nas UCI's do HFF com utilização de CVC's, entre 2007 e 2010 (CCIH, 2010)

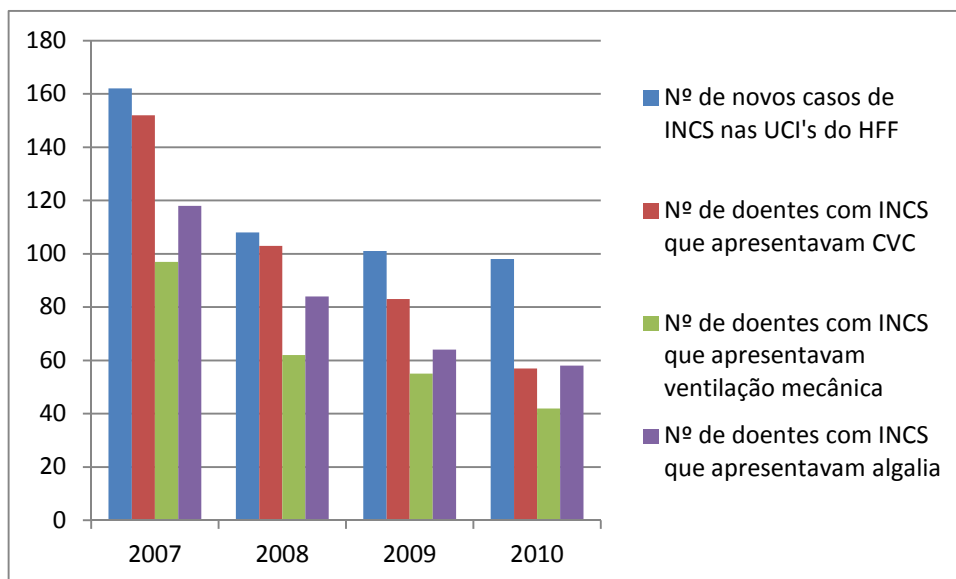


Gráfico II – comparação de novos casos de INCS nas UCI's do HFF com utilização de CVC's, ventilação mecânica e algália, entre 2007 e 2010 (CCIH, 2010)

O estudo de Provonost *et al* (2006) demonstra ser possível a redução da taxa de INCS para 0% num espaço de 3 meses adotando apenas as cinco medidas que consideram mais relevantes: lavagem das mãos; utilização de barreiras de proteção máximas; desinfeção da pele com clorexidina; evitar a inserção de cateteres na veia/artéria femoral; e remoção precoce de cateteres desnecessários.

Para a correta interpretação dos dados dos gráficos apresentados anteriormente é de referir que uma infeção só é considerada como sendo da UCI se surgir 48h após o cliente estar internado no serviço. Considera-se como infetado o cliente que tiver comprovativo microbiológico em que seja isolado um microrganismo, ou o cliente que o médico considere que tem critérios clínicos para a prescrição de antibiótico. Esta prescrição necessita obrigatoriamente de justificação onde está incluído o tipo de infeção que se suspeita e os fatores de risco extrínsecos que o cliente apresenta.

Os elementos do CCIH, quando recolhem os dados têm sempre o cuidado de os cruzar para evitar que ocorra a duplicação entre o comprovativo microbiológico e a justificação da farmácia, com o objetivo que os dados recolhidos sejam o mais fidedignos possível.

Foram realizados estudos de prevalência no HFF em 2009 e 2010 nos quais foram incluídos a totalidade dos clientes internados no dia do estudo sendo que em 2009 entraram no estudo 781 clientes e em 2010, 771 clientes. Este estudo de prevalência demonstra que as INCS representam 8,3% de todas as infeções existentes no HFF

naquele dia de 2009 e 8,9% de todas as infeções do HFF num dia de 2010. Representam assim o 3º tipo de infeção mais frequente logo a seguir às infeções respiratórias e às infeções urinárias. Estes dados do HFF reforçam a importância que as INCS têm não só nas UCI's, mas também a nível global dentro da unidade hospitalar.

Existem fatores endógenos e fatores exógenos que contribuem para o surgimento das infeções. Os primeiros são intrínsecos a cada cliente e não podem ser modificados pela prestação de cuidados. Entre os fatores exógenos estão os dispositivos médicos como o cateter venoso periférico, o cateter venoso central, o cateter vesical, a ventilação mecânica, etc. Estes dispositivos médicos são essenciais para a prestação de cuidados de saúde adequados à resolução da situação do cliente, mas também são um fator de risco muito grande para o aparecimento de infeções associadas aos cuidados de saúde. Se houver uma melhoria nas práticas de inserção e manutenção dos dispositivos médicos pode-se conseguir quebrar a cadeia de transmissão e reduzir as IACS.

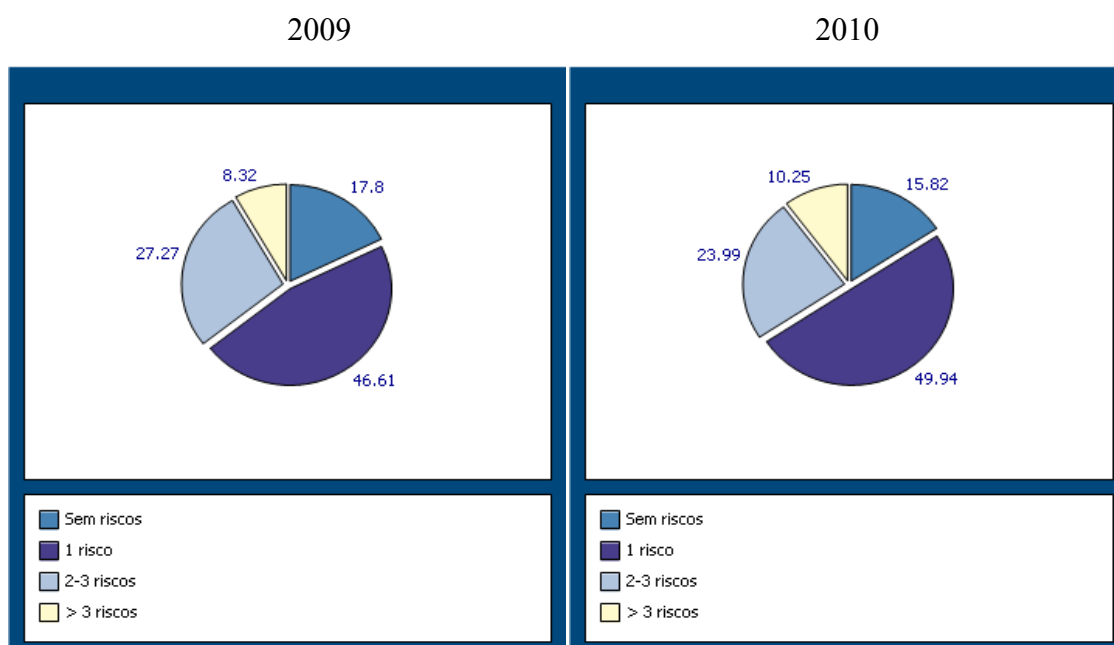
Tipo risco extrínseco	2009		2010	
	Nº doentes com este risco	% do risco	Nº doentes com este risco	% do risco
Cateter urinário	217	27,78	198	25,68
Cateter venoso periférico	572	73,24	594	77,04
Cateter vascular central	66	8,45	61	7,91
Alimentação parentérica	13	1,66	16	2,08
Alimentação entérica	93	11,91	106	13,75
Ventilação assistida invasiva	20	2,56	25	3,24
Terapêutica imunossupressora	45	5,76	40	5,19
Cirurgia	178	22,79	200	25,94

Tabela I – número de clientes com risco extrínseco, dividido pelo tipo de risco, num dia de 2009 e 2010 (CCIH, 2010)

Os dados do estudo de prevalência demonstram que 66 clientes em 2009 e 61 clientes em 2010 tinham CVC naquele dia. Isto significa que 8,45% em 2009 e 7,91% em 2010 dos clientes internados no dia do estudo tinham colocado um ou mais CVC's. No entanto, para analisar corretamente os dados temos também que ter em consideração que os clientes podem ter mais que um fator de risco exógeno em simultâneo o que vai aumentar ainda mais o risco desses clientes contraírem uma IACS.

Como se pode ver nos gráficos que se seguem tanto em 2009 como em 2010 quase 50% da população internada tinha pelo menos um fator de risco e cerca de 35% da população internada tinha mais que um fator de risco em simultâneo.

A CDC divulgou em 2011 guidelines para prevenção de INCS relacionadas com a inserção e manutenção de cateteres vasculares. Utilizando estas guidelines recentes e reformulei e atualizei os procedimentos relativos à introdução e manutenção dos cateteres vasculares (Apêndices II, III, IV e V)



Gráficos III e IV – números de fatores de risco extrínseco por cliente (em %), em 2009 e 2010 (CCIH, 2010)

Através do anteriormente descrito salientei a importância das INCS e dos fatores de risco exógenos no seu surgimento, bem como a imprescindibilidade de alguns dispositivos médicos para o tratamento dos clientes. Percebeu-se, através de estudos, que é possível reduzir as INCS e uma das formas de o fazer é cumprindo as guidelines de prevenção de INCS atualmente existente. Atualizei os procedimentos que envolvem alguns dos grandes fatores de risco e neste sentido considero que cumpro uma função do enfermeiro do CCIH ao atualizar e verificar o cumprimento das novas normas que os estudos nos proporcionam, contribuindo assim para rever as políticas relativas à infeção hospitalar. A revisão destes procedimentos permitiu-me incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes e demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência (UCP – ICS/ESPS, 2010).

Após rever os procedimentos refleti sobre o percurso que iriam percorrer e percebi que não basta realizar os procedimentos, é crucial implementá-los, e apesar de ainda não poder trabalhar nesse sentido porque estes ainda não estão aprovados pela direção do hospital, preparei uma sessão de formação sobre os mesmos (Apêndice VI) que será entregue aos dinamizadores dos vários serviços para estes poderem divulgar as novas orientações e se poderem aplicar as novas “bundles” em todo o hospital, tentando desta forma reduzir ainda mais as taxas de INCS. Com a preparação desta formação penso ter conseguido promover a formação em serviço na área de especialização (UCP – ICS/ESPS, 2010).

Para verificar a correta implementação dos procedimentos elaborei fichas de auditoria (Apêndice VII) para serem inseridas nas auditorias aos cuidados de enfermagem já existentes no hospital. As auditorias são uma estratégia para assegurar a qualidade dos cuidados e devem ser consideradas como uma parte essencial da prática clínica. Está inclusivamente demonstrado que a monitorização sistemática e organizada dos cuidados prestados resultam na implementação de novas medidas e correção de outras (Boavista, 2005). Em última análise este é o objetivo das auditorias, pois ao realizar-se uma análise, avaliação e correção dos cuidados prestados está-se a contribuir para um aumento da segurança do cliente (Boavista, 2005). Pelo exposto posso afirmar que tive a oportunidade de zelar pela qualidade dos cuidados prestados (UCP – ICS/ESPS, 2010).



➤ Outras atividades desenvolvidas durante o período tempo do módulo de estágio

- Tendo ficado interessado no tema da preparação de material para a realização de procedimentos invasivos, ministrado durante as aulas de enfermagem médico-cirúrgica I, Módulo III, pela complexidade envolvida nos procedimentos e pelo meu desconhecimento sobre o seu funcionamento, considerei, em conjunto com a enfermeira orientadora, pertinente a realização de um turno no serviço de esterilização.

O serviço central de esterilização, atualmente, é responsável pela preparação e distribuição do material reutilizável utilizado nos procedimentos invasivos de todo o hospital. Neste serviço verifiquei o esforço desenvolvido pelos seus responsáveis para que todos os procedimentos estivessem em conformidade com as normas existentes para os serviços de esterilização, mas uma vez que devemos olhar para as práticas instaladas e realizar um questionamento constante, percebi que há um ponto em não conformidade que é o armazenamento do material esterilizado nos serviços utilizadores, pelo que, com o objetivo de suprir essa lacuna e uma vez que esta verificação também é da responsabilidade do CCIH elaborei recomendações para o seu correto acondicionamento (Apêndice VIII) e assim corrigir esta não conformidade. Com a iniciativa de realizar um turno na central de esterilização aumentei os meus conhecimentos sobre a preparação de material para procedimentos invasivos e sobre o funcionamento do hospital onde trabalho e por isso considero que mantive de forma contínua e autónoma o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional e refleti na e sobre a prática de forma crítica (UCP – ICS/ESPS, 2010)

- Segundo Apóstolo & Gameiro (2005) a Enfermagem não tem sido aceite como estudo superior pelo seu conhecimento científico, mas antes pelo valor do conhecimento prático. No entanto, os mesmos autores referem que *“uma disciplina que se possa considerar científica não se define somente pelas acções ou actividades que fazem parte da sua prática, antes pelo corpo de conhecimentos constituído sobre o seu objecto de estudo”* (APÓSTOLO & GAMEIRO, 2005). Foi neste sentido que a minha tutora me lançou o desafio de, em conjunto com outros colegas que iriam estagiar no HFF, elaborar um trabalho de investigação. Uma vez que estava a estagiar na CCIH e o estudo se ia desenvolver na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCICRE), a minha colaboração prendeu-se principalmente com a procura de dados relevantes para o estudo, o fornecimento desses dados e a elaboração dos pedidos de autorização para a

realização do estudo. Considero por isso ter conseguido participar e promover a investigação em serviço (UCP – ICS/ESPS, 2010).

- Durante este período de estágio, realizaram-se as I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora no âmbito da “Pessoa em Situação Crítica”, nos dias 2 e 3 de Junho de 2011. Apesar de não se enquadrar neste módulo do estágio apresentava interesse, pelos temas apresentados, para o curso da especialidade e por isso participei nas Jornadas com a apresentação de um poster sobre o tema “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca” (Apêndice IX). Com esta iniciativa considero ter desenvolvido as seguintes competências: manter de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; e comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral (UCP – ICS/ESPS, 2010).

2 – Módulo I - Serviço de Urgência do Hospital Dr. José de Almeida

Pretende-se neste capítulo descrever as atividades e métodos de atuação utilizados, tendo em conta não só o projeto pré-estabelecido, mas também as necessidades identificadas ao longo do estágio, através da reflexão sustentada na evidência científica, procurando adjutórios que permitam ser uma solução para os objetivos definidos, identificando ainda as competências adquiridas e desenvolvidas durante o percurso.

O Serviço de Urgência do HPP - Hospital Dr. José de Almeida integra a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Ginecológica e Obstétrica, prestando, deste modo, cuidados diferenciados de acordo com os grupos de utentes e respetivas necessidades e sendo cada uma das urgências independentes, com localização e circuitos diferentes e com profissionais e chefias diferentes, especializados na prestação de cuidados à população que atendem.

O serviço de urgência geral do Hospital Dr. José de Almeida é de nível médico-cirúrgico, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, sendo por isso uma urgência aberta que detém em permanência as valências de medicina, cirurgia e ortopedia. Os clientes, após observação, são atendidos neste hospital, ou caso se determine a necessidade de serem observados por outras especialidades, são então encaminhados para o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. O serviço de urgência está situado no piso 2, com acesso direto do exterior e está dividido em sala de triagem, sala de emergência, sala de pequena cirurgia, sala de gessos, seis gabinetes médicos, sala de tratamentos, sala de observações (SO) constituída por 18 boxes individuais e um quarto de isolamento. Pertence ainda ao SU, apesar de estar fisicamente distante, uma área de urgência de ambulatório que funciona das 10h às 22h e para onde são encaminhados todos os clientes que são triados como não urgentes ou pouco urgentes na especialidade de medicina. O SU tem disponível um conjunto de serviços clínicos diferenciados, de profissionais especializados e de meios necessários para dar resposta a todas as situações não programadas, podendo assim prestar assistência a clientes de caráter emergente, urgente e não urgente. De salientar ainda que o SU tem acesso horizontal à Imagiologia e vertical ao Bloco Operatório e à Unidade de Cuidados Intensivos.

Em termos físicos o SU é um serviço de grandes dimensões, o que obriga a que no início do turno o enfermeiro chefe de equipa distribua os enfermeiros pelos vários setores tendo em consideração o número de clientes que estão internados e as competências de cada um dos elementos. O enfermeiro chefe de equipa não fica alocado a nenhum setor o que lhe permite ter uma perceção global das necessidades do serviço ao longo do turno e trabalhar no sentido de as suprir. O chefe de equipa tem assim uma função de coordenação e gestão da equipa e do serviço, principalmente na ausência do enfermeiro chefe ou do enfermeiro responsável, não deixando porém, de prestar cuidados diretos aos clientes nos vários setores em caso de necessidade.

Na preparação deste estágio defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência e emergência.

Determinei como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente de médio e alto risco em situação de urgência e emergência;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao cliente, intervindo formativamente na área da higienização das mãos e eletrocardiografia.

A concretização destes objetivos decorreu ao longo de todo o estágio e foi possível devido à boa integração que tive da parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar, em especial da equipa de enfermagem que muito contribuíram para a minha rápida integração e concretização dos objetivos, em especial o enfermeiro chefe, os enfermeiros responsáveis e a enfermeira chefe de equipa que me orientou.

- OBJECTIVO 1 - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente de médio e alto risco em situação de urgência e emergência.

Para poder fazer referência ao objetivo específico “prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente de médio e alto risco em situação de urgência e emergência” é importante, primeiramente, definir alguns conceitos essenciais para se perceber convenientemente o contexto onde decorreu o estágio.

A população recorre a este serviço por uma grande diversidade de motivos, sendo que os que englobam sintomatologia que possa colocar em risco a vida do cliente exigem



que os profissionais de saúde do SU lhes prestem cuidados imediatos. Assim, podemos considerar que tradicionalmente as palavras urgência e emergência traduzem situações graves, que requerem intervenções rápidas pois colocam num espaço curto de tempo a vida de uma pessoa em risco, sendo que a diversidade e complexidade obriga os profissionais a esforços suplementares e por isso EGGLESTON (2003: 3) refere que a enfermagem de urgência *“é uma área da enfermagem personalizada, diversificada e multidimensional. Atravessa todos os grupos etários e inclui cuidados que vão ao encontro da doença e prevenção de traumatismos até às medidas de reanimação para salvar vidas.”* Tal ideia vai também de encontro ao que refere SHEEHY (2001: 3) para quem *“a enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções(...) define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença.”*

Assim o enfermeiro do SU deve *“apresentar um perfil que assente na responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, segurança, conhecimentos teórico práticos perspicazes e actualizados.”* (ROCHA, 1996: 8) e são-lhe exigidos *“procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade”* PONTES et al (2008:4).

Relativamente ao cliente com sintomatologia que possa pôr em risco a vida num curto espaço de tempo é denominado por ALEIXO (2007: 3) como cliente de alto risco e é definido pelo mesmo autor como *“aquele cuja vida está ameaçada por complicações que podem surgir em resultado de uma afecção, levando à falência de um ou vários órgãos e que necessita de cuidados imediatos e diferenciados, além de observação contínua para detectar e prevenir precocemente as complicações”*.

O SU é, assim, um contexto que exige prestação de cuidados de elevada complexidade, diversificados e que exigem cuidados imediatos, obrigando-me a desenvolver competências para lidar com uma realidade mutável, resolver problemas de carácter imprevisível, e tomar decisões em tempo útil.

A elevada procura dos serviços de urgência é uma realidade que, por vezes e apesar do profissionalismo e das características singulares que os enfermeiros do SU detêm, se repercute num aumento da dificuldade na prestação de cuidados de saúde de qualidade.



Apesar de não existirem dados estatísticos sobre as razões que levam as pessoas ao SU do Hospital Dr. José de Almeida, a evidência empírica dá conta de um panorama muito semelhante ao descrito por Peneff (2003) que refere que 10% das pessoas que recorrem ao SU são casos graves (Insuficiência Cardíaca Congestiva, politraumatizados, etc.) e que estes casos exigem metade do tempo de atuação dos profissionais; 50% das pessoas recorrem por acidentes do quotidiano (fraturas, feridas, entorses, queimaduras, etc); e as restantes 40% recorrem por situações que os profissionais de saúde consideram não ter indicações para recorrer àquele serviço. FREITAS (2003: 54) considera que a *“acessibilidade, a falta de respostas das unidades de cuidados de saúde primários, a gratuidade e causas sociais”* são as principais causas para a utilização dos serviços de urgência em situações pouco ou não urgentes, indo de encontro ao referido por Peneff (2003) que considera a falta de recursos a nível dos cuidados de saúde primários como o principal fator para o recurso ao SU por parte destas pessoas.

Tendo o SU do Hospital Dr. José de Almeida uma grande afluência de clientes e sendo que, como já referido, algumas dessas pessoas recorrem por situações pouco ou não urgentes, obriga a que a observação dos mesmos não ocorra por ordem de inscrição, mas sim por ordem de prioridade evitando atrasos na prestação de cuidados a clientes de alto risco. Nesse sentido está implementado o sistema de triagem de Manchester em que após a inscrição no ponto de apoio administrativo, os clientes são direcionados para a sala de triagem onde, são avaliados e triados com o intuito de lhes serem prestados cuidados de saúde de acordo com os níveis de gravidade e a especialidade. Esta metodologia tal como refere Freitas (2003) e Diogo (2007) tem como objetivo que os clientes não sejam observados pela ordem de inscrição, mas sim de acordo com a gravidade da queixa apresentada, assegurando assim uma rápida resposta aos clientes de alto risco e gerindo, com o máximo rigor possível, o tempo de atendimento, contribuindo ainda para uma melhor gestão do tempo de espera.

Pela importância que a triagem tem e por ser o primeiro local onde os clientes têm contato com os profissionais de saúde que lhes vão prestar cuidados considere, em conjunto com a orientadora, importante realizar alguns turnos na sala de triagem, mas assumi que pretendia apenas conhecer a dinâmica deste setor, uma vez que já detinha experiência profissional num serviço de triagem telefónica, no qual além das dificuldades inerentes a uma triagem, referidas por HANDYSIDES (1996: 100), como seja o reconhecimento *“de pistas subtis de um problema grave, que pode deteriorar-se*



rapidamente se não for tratado de imediato”, era acrescido de outras dificuldades, como a impossibilidade de avaliar visualmente os sintomas, ou a agressividade que, por vezes, os clientes apresentam por não estarem em contacto direto com o enfermeiro, mas através de um telefone. Os turnos realizados permitiram-me perceber algumas características essenciais para que o desempenho do enfermeiro de triagem seja eficaz neste setor tão sensível do SU, pelo que o enfermeiro tem de ter grandes conhecimentos teórico-práticos e experiência de urgência que lhe permitam realizar uma avaliação rápida e eficaz do utente, capacidade de organização, dinamismo, agilidade mental e capacidade de escuta e observação que lhe permitam reconhecer rapidamente sinais de problemas graves que coloquem em risco a vida do cliente (Handysides, 1996).

Foi esta complexidade de características inerentes ao papel do enfermeiro de triagem que conduziu a Associação de Enfermeiros de Urgência a elaborar algumas recomendações sobre as características que este elemento deveria apresentar, entre as quais se destacam a necessidade de o enfermeiro ter uma experiência de urgência mínima de 6 meses e formação específica em triagem (Sheehy, 2001). Apesar de não ter a experiência profissional no SU definida por Handysides, 1996 e Sheehy, 2001 para a realização de triagem e por isso necessitar da validação por parte do orientador de algumas triagens realizadas, a experiência profissional já referida facilitou-me a integração neste setor juntamente com o desenvolvimento e aperfeiçoamento das características necessárias ao enfermeiro de triagem, possibilitando-me por isso a correta avaliação de sintomas e a subsequente realização da triagem, mas valorizando sempre todas as situações que acorreram ao SU, atendendo a que *“a doença não é em primeiro lugar, a comprovação do que ciência médica reconhece como doença, é uma experiência do paciente, através da qual este procura livrar-se dessa perturbação, tal como o faria a respeito de qualquer outra”* (GADAMER 1993: 60). Assim, à experiência e sensibilidade que fui desenvolvendo ao longo do percurso profissional, juntei o conhecimento obtido através da pesquisa bibliográfica e evidência científica que nega a utilização de juízos de valor sobre as atitudes da população e as razões que a levam aos SU, sabendo que tanto neste SU, como em praticamente todos está frequentemente implícito (e algumas vezes explícito) na avaliação dos profissionais um forte sentido de reprovação e discrepâncias entre a perceção destes e a perceção da pessoa que ali recorre (Sanders, 2000). Neste sentido tentei sensibilizar os enfermeiros, através de discussões informais, para uma melhor compreensão por parte das

motivações dos clientes que recorrem ao SU evitando assim a formação de juízos de valor. Considero que assim fui capaz de produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre o problema com que me deparava e promover o desenvolvimento pessoal e profissional. (UCP – ICS/ESPS, 2010)

Uma vez que um dos objetivos deste estágio se referia à prestação de cuidados ao cliente de médio e alto risco, realizei parte dos turnos na Sala de Observações, o que me permitiu perceber o funcionamento e organização deste setor e do próprio SU, na articulação com os outros serviços.

O SO, que por decisão da administração do hospital é designado por serviço de medicina piso 2, assemelha-se muito aos serviços de internamento, mas com a diferença de haver uma grande rotatividade de clientes porque que o objetivo deste local é receber os clientes transferidos da sala de emergência ou da sala de tratamento, estabilizá-los e encaminhá-los para os diferentes serviços do hospital. Apesar dessa diferença relativamente aos contextos onde já exerci funções, não deixa de ser, na sua globalidade, um serviço de internamento em que os clientes quando são admitidos já têm um diagnóstico definido ou pelo menos provisório e a nível de organização de cuidados de enfermagem é usado corretamente o método de cuidados de enfermagem individuais, que ao basear-se no conceito de cuidado global implicam a afetação de um enfermeiro a um cliente. Assim sendo, fui responsável pela totalidade dos cuidados prestados aos clientes, podendo organizar a prestação desses mesmos cuidados globais integrados e centrados no cliente.

Nesta fase considero importante reportar uma situação em que estando a prestar cuidados na SO reparei que no monitor de um cliente, pelo qual um enfermeiro era responsável, o traçado cardíaco era sugestivo de ritmo sinusal, mas apresentava muitas extrassístoles ventriculares. Abordei o cliente no sentido de perceber a sintomatologia, mas o cliente referiu sentir-se muito bem. Em sequência verifiquei o resultado das análises colhidas nesse dia e reparei que os níveis séricos de potássio estavam elevados o que poderia ser a causa daquelas alterações eletrocardiográficas. Alertei o enfermeiro para o quadro do cliente e seguidamente fomos informar o médico que de imediato foi observar o cliente, confirmando a pertinência da minha observação e introduzindo alterações terapêuticas que visavam corrigir os níveis séricos de potássio. Nesta situação demonstrei desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e



zelei pelos cuidados prestados na minha área de especialização. (UCP – ICS/ESPS, 2010)

Considero ter sido importante ter prestado cuidados especializados na sala de tratamentos, também designada por balcões, porque me permitiu conhecer melhor o circuito do cliente dentro do SU. Após triagem os clientes são encaminhados para a respetiva especialidade médica que, após observação clínica, pode dar indicações para realizar tratamentos, exames complementares de diagnóstico ou ficarem em observação, seja a aguardar o efeito do tratamento, seja a aguardar resultados analíticos. Estas indicações de tratamento ou de colheita de espécimes são introduzidas pelo clínico no programa informático, que posteriormente alerta os enfermeiros de quais os procedimentos a realizar, impedindo assim a perda de informações, aumentando a celeridade com que essa informação chega aos enfermeiros e possibilitando assim uma redução do tempo de espera de atendimento dos clientes.

O método de trabalho dos enfermeiros na sala de tratamento é quase funcional, sendo que a realização de tarefas assume a finalidade primordial, quase reduzindo a enfermagem a uma linha de montagem baseada no princípio taylorista, fazendo com que a prescrição médica e os procedimentos necessários à realização dessas prescrições sejam a prioridade (Kron & Gray, 1989). Senti que apesar de evocar o cliente como o centro dos meus cuidados, objetivamente, no final do turno, não tinha a perceção de ter cuidado de um dado número de clientes, mas antes de ter realizado inúmeras tarefas. Na reflexão realizada identifiquei inquietação e desconforto relativamente ao método de trabalho, uma vez que sempre trabalhei com o método de cuidados individuais em que assumia a totalidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente durante o turno. Assim, como a enfermagem ao longo da história foi progredindo de uma lógica essencialmente mais executiva para uma lógica mais conceptual (Silva, 2001, referido por Silva, 2007) também eu, ao longo do estágio, fui progressivamente encontrando estratégias, para que, apesar de todas as condicionantes inerentes à prestação de cuidados aos clientes na sala de tratamento, me sentisse menos realizador de tarefas e mais um enfermeiro que presta cuidados de enfermagem especializados globais, integrados e centrados na pessoa.

Na sala de tratamento senti-me, numa fase inicial, de acordo com o modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem de Dreyfus, como iniciado avançado, pois *“necessitava de ser enquadrado no contexto da prática clínica”* (BENNER, 2001: 52).

Por um lado, o facto de o contexto da sala de tratamentos não se assemelhar a nenhum contexto profissional em que tivesse anteriormente trabalhado, impediu a mobilização de competências, por outro lado, a focalização na tarefa existente e a incapacidade para no final do turno saber as pessoas que tinha cuidado impediu-me de apresentar um desenvolvimento profissional e a aquisição de competências de um enfermeiro especialista logo desde o início.

Com o objetivo de criar estratégias pessoais que permitissem o meu desenvolvimento pessoal mais célere, realizei pesquisa bibliográfica que me ajudasse a compreender melhor o contexto, procurei colegas peritos em urgência que pudessem partilhar comigo a sua experiência e possíveis estratégias a utilizar. Finalmente realizei um trabalho reflexivo pessoal para perceber quais as possíveis estratégias a usar no contexto, que me levaram à adoção de novas práticas, tais como: a leitura da história clínica do cliente antes da execução do tratamento prescrito; a confirmação junto do cliente sobre a razão pela qual recorreu ao SU; o esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento; escrever numa prancheta a história clínica dos clientes a quem prestei cuidados e os tratamentos realizados. Estas estratégias, em conjunto com uma melhor consciencialização da dinâmica dos balcões, assim como uma aceitação crítica dessa mesma dinâmica, contribuíram para um desenvolvimento das minhas competências na prestação de cuidados neste local.

Um exemplo da integração das estratégias na prestação de cuidados ocorreu num turno da tarde durante o qual se encontravam muitos clientes em observação e havia igualmente uma grande afluência de clientes para tratamentos, sendo que a estes fatores se acrescentava a circunstância de os enfermeiros que se encontravam na sala de tratamento terem relativamente pouca experiência. Um cirurgião dirigiu-se a uma enfermeira simultaneamente quando ela se encontrava com alguma dificuldade em executar uma técnica e pediu-lhe para administrar uma terapêutica analgésica a uma cliente que o acompanhava. A cliente tinha sido triada com a prioridade de pouco urgente, era aparentemente independente e não apresentava fâcies de dor nem nenhum sinal que sugerisse urgência na realização do tratamento. A colega, assertivamente, salientou que estavam muitos clientes a requerer cuidados naquele momento, muitos dos quais mais urgentes e por isso a cliente teria que esperar pela vez como todas as outras pessoas. O cirurgião aceitou a argumentação e voltou ao seu gabinete e a cliente sentou-se aparentemente conformada com a resposta. O facto de não estar a contar

como elemento permitiu-me ter uma posição distanciada da situação possibilitando-me assim ter uma perceção mais “apurada” sobre os pormenores. Assim, percebi que apesar de a senhora estar aparentemente conformada, tinha um fâcies triste, os ombros descaídos e curvada para a frente, sugerindo a sua postura uma quase desistência de viver, como se apenas sobrevivesse. Por considerar, tanto o pedido pessoal do médico para a administração de analgesia naquela cliente, como a postura da senhora fora do normal, fui ler a história clínica da cliente. A cliente tinha recorrido ao SU por queixas álgicas de intensidade ligeira a moderada na região lombar esquerda desde há 2 dias que não cediam à analgesia que havia tomado por sua iniciativa. Tinha antecedentes de uma neoplasia intestinal já operada e recidivante, tendo sido submetida a múltiplas cirurgias por metástases em vários locais.

Dirigi-me à cliente para administrar a analgesia prescrita, expliquei o que ia fazer e porquê, tendo a mesma solicitado pormenores acerca da terapêutica, uma vez que era alérgica ao metamizol magnésico e já tinha tomado o cloridrato de tramadol em casa, mas sem efeito. Esclareci que o analgésico prescrito era diferente dos anteriores e chamava-se clonixina. Enquanto estava a puncionar uma via periférica para administrar a analgesia tentei contextualizar melhor a situação questionando se era habitual ter queixas semelhantes a esta, ao que a cliente anuiu, uma vez em que já tinha tido múltiplas metástases e por isso a dor era algo com que já se tinha habituado a viver. A este facto acrescia o dado importante de o médico ter sugerido a possibilidade de também esta dor ter origem numa nova metástase a nível dos ureteres. Quando referiu este ultimo facto, a voz começou a tremer, mas manteve a o mesmo fâcies e resolvi não aprofundar o assunto no imediato, porque senti que ainda não tinha estabelecido uma relação de confiança suficientemente forte. Entretanto expliquei os possíveis efeitos secundários da terapêutica e coloquei a medicação a perfundir, tendo o cuidado de me sentar num banco para manter o contato visual ao mesmo nível, uma voz que demonstrasse calma, segurança e disponibilidade e as minhas mãos a envolver as suas. Nesse momento a cliente agradeceu-me a atenção que tinha tido para com ela e subitamente o fâcies mudou e senhora agarrou-se ao meu braço e começou a chorar, referindo “Não acredito que voltou! O que é que eu fiz para passar por tudo isto?” e “Acho que não tenho forças para voltar a passar por tudo outra vez”. A cliente estava revoltada com a possibilidade deste novo diagnóstico e revoltada com o universo, por parecer estar a conspirar para a obrigar a uma luta que ela pensava já ter ganho

desconfiava que não teria forças para voltar a vencer. Fechei as cortinas e esperei em silêncio que a cliente chorasse e terminasse de partilhar o que estava a sentir.

Posteriormente, quando a cliente acalmou, tentei numa primeira fase dar esperança, salientando que “Por enquanto ainda é só uma hipótese entre outras.” e que deveria acreditar que mesmo que se confirmasse a hipótese diagnóstica inicial ela conseguiria encontrar forças para ultrapassar esta nova provação. Entretanto a cliente recuperou a postura inicial, e voltou para a sala de espera onde aguardou que a terapêutica terminasse e fizesse efeito, após o que teve alta. Antes de sair veio ter comigo e agradeceu-me o profissionalismo e o cuidado e lamentou-se que se voltasse à urgência provavelmente já não me encontraria pois o estágio teria terminado.

Nesta situação considero que apresentei algumas competências exigidas a um enfermeiro especialista, mesmo num contexto tão difícil para mim como foi a sala de tratamento e com uma limitação de tempo tão grande, porque tal como Benner (2001) refere, tive capacidade de reconhecer a situação de maneira intuitiva, não me perdendo em pormenores pouco relevantes como a aparente calma que a cliente apresentava ou a triagem realizada, mas antes centrando os meus cuidados não só na punção da via e administração de terapêutica, mas principalmente na pessoa em si, tendo reconhecido a fase de raiva que a cliente apresentava como reação à hipótese de diagnóstico, sendo esta uma das cinco fases de reação às más notícias e por isso ser normal a revolta tanto contra a hipótese diagnóstica como contra o universo. Neste caso a cliente estava em aparente sofrimento, que ocorre quando o cliente tem perceção de uma ameaça de destruição (Ribeiro, 2005), quando há uma ameaça à sua identidade pessoal (Gameiro, 1999), apesar de inicialmente não o demonstrar verbalmente pois é “ (...) *um sentimento universal, exteriorizado de forma subjectiva*” (RIBEIRO 2005:83) em que o seu alívio depende da recuperação de um estado, pelo menos relativo, de conforto (Gameiro, 2006) e todas as intervenções que realizei foram no sentido de ajudar a cliente em sofrimento ” (...) *de modo a contrariar o sentimento de solidão existencial a evitar a percepção de total falta de controlo (...)* ” (GAMEIRO, 2006:148)

Tentei estabelecer uma relação de ajuda, através da minha presença, mostrando disponibilidade e transmitindo esperança. PHANEUF (2005: 324) salienta a importância desta relação porque “ (...) *a pessoa que a estabelece, a que ajuda, está essencialmente voltada para o outro, para o seu vivido, para o seu sofrimento*” e

Benner (2001) reforça esta ideia referindo que nem sempre é necessário o enfermeiro intervir e que a presença é suficiente para o cliente exprimir os seus sentimentos.

Neste episódio, assim como em todo o estágio, tentei transmitir uma esperança realista, fazendo a cliente acreditar em si e nas suas capacidades, dando incentivos positivos, transmitindo confiança e capacitando-a para ultrapassar este acontecimento inesperado. Concordo com Travelbee referido por Tomey (2004) que refere que a esperança é um elemento fundamental no alívio do sofrimento, uma vez que está relacionada com a escolha, a confiança, o desejo, a perseverança e a coragem numa perspetiva de futuro. Também Watson (1985) salienta que a instilação de Fé-Esperança pode ajudar o cliente a aceitar a informação dada. Swanson (1998) utilizou a expressão “manter a crença” para se referir a uma atitude de esperança e otimismo realista por parte do enfermeiro, acreditando no outro e envolvendo-o em estima para que consiga escolher um caminho cheio de significado.

Considero, por tudo atrás mencionado, que tomei iniciativas e fui criativo na interpretação e resolução de problemas; desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente; demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família; e consegui relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. (UCP – ICS/ESPS, 2010)

Na sala de tratamento, apresentei inicialmente algumas dificuldades que tive que ultrapassar ao longo do estágio, mas na sala de emergência consegui demonstrar desde o início as competências que detenho para prestar cuidados especializados ao cliente em situação urgente ou emergente, uma vez que o meu contexto profissional exige que possua conhecimentos atualizados na forma de atuar para cuidar de pessoas em situação potencialmente fatal.

Seguidamente exponho uma situação que pode exemplificar a minha afirmação. Uma cliente foi direcionada para a sala de emergência pela enfermeira que se encontrava na triagem, por dificuldade respiratória e quando chegou a esta sala, após ter sido deitada na maca e lhe ter sido colocado oxigénio, desencadeou um quadro de paragem cardio-respiratória (PCR). Os enfermeiros e médicos presentes iniciaram de imediato manobras de suporte avançado de vida. Quando cheguei à sala de emergência com a chefe de equipa, esta assumiu o posto das compressões torácicas, substituindo a colega que tinha que voltar para o posto da triagem e reparei que a colega que estava distribuída para a



sala de emergência estava com um fâcies sugestivo de grande ansiedade, aparentemente sem ter uma noção exata do que deveria fazer e com as mãos a tremerem discretamente. Apercebendo-me da situação resolvi ficar com o posto do carro de reanimação possibilitando-me assim ter uma visão global da situação e dar apoio e orientação à colega caso ela necessitasse.

Conhecendo as guidelines que orientam estas situações de emergência e tendo experiência para perceber as alterações na intervenção que o evoluir da reanimação determina, pude antecipar os cuidados que seriam necessários, seja preparando a terapêutica antecipadamente à indicação médica, seja orientando a colega com algumas indicações, que assim começou a apresentar um fâcies de menor ansiedade e aparentemente se sentiu mais segura. No final da reanimação fiquei a ajudar a enfermeira responsável da sala de emergência a repor o material utilizado e aproveitei para conversar um pouco com a colega e validar os juízos que tinha feito. Inicialmente queixou-se do stress que a situação lhe provocou e referiu que esse stress a impedia de atuar de acordo com todos os conhecimentos que ela tinha referindo “Que stress... fiquei de tal maneira que bloqueei, espero que não se tenha notado!” Confidenciou-me ainda que apesar de já ter algum tempo de experiência profissional era a primeira vez que atuava numa PCR e, sendo ela o elemento responsável pela sala de emergência, era algo que lhe aumentava a ansiedade.

O exemplo anterior demonstra que *“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”* (BENNER, 2001: 61) e que a experiência tem de ser mais do que a passagem do tempo, tem de significar o *“melhorar teorias e noções preconcebidas através de inúmeras situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria”* (Gadamer, 1970; Benner e Wrubel, 1982 citados por BENNER, 2001: 61). As competências são adquiridas através da mudança de três aspetos gerais: a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; a modificação da maneira como o formando se apercebe da situação, passando a ver a situação como um todo em que só algumas partes são relevantes; e finalmente a passagem de observador desligado a executante envolvido e empenhado na situação pela envolvência (Benner, 2001).

A situação anteriormente referida, assim como outras que ocorreram e nas quais tive um desempenho igualmente competente permitiram-me demonstrar competências na

prestação de cuidados especializados ao cliente em situação crítica. Estas competências foram-me sendo reconhecidas pelos restantes elementos da equipa e assim fui sendo solicitado, tanto para esclarecer dúvidas como para ser o 2º elemento da sala de emergência, tornando-me assim um recurso importante na equipa.

Considero por isso que geri e interpretei de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional, e da minha formação pós-graduada e demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização. (UCP – ICS/ESPS, 2010)

Elaborei registos de intervenções de enfermagem realizadas e notas de evolução nos clientes que se encontravam em SO, apesar de inicialmente o manuseamento do processo clínico eletrónico ter sido um pouco difícil por estar habituado ao processo em papel, rapidamente consegui apreender o modo de funcionamento. Atualmente a documentação dos cuidados prestados tornou-se sinónimo da realização dos cuidados, pelo que um cuidado não registado é um cuidado não realizado. A importância dos registos de enfermagem é salientada por Hesbeen (2001) que refere os registos de enfermagem como sendo interessantes porque são a prova de uma atividade reflexiva e de um desejo de profissionalização e a respetiva organização que daí advém, mas também deixa uma crítica quando refere que são surpreendentes porque a utilização e a perceção que os enfermeiros têm deles não estão à altura das expectativas dos que tentam implementá-los, uma vez que em muitos sítios, eles ainda não levam à reflexão nem à compreensão das necessidades, das expectativas dos recursos e dos valores do cliente. Phaneuf (2005) acrescenta ainda que quando os registos de enfermagem são de boa qualidade refletem cuidados de enfermagem de boa qualidade.

Colaborei ainda na transferência de clientes de alto risco para outros hospitais, prestando cuidados de enfermagem especializados durante o percurso até à unidade hospitalar de destino e nos cuidados aos clientes na sala de emergência (reanimações cardiorrespiratórias, intoxicações medicamentosas, etc.)

Em conclusão, relativamente ao primeiro objetivo específico, posso afirmar que prestei cuidados de enfermagem em todos os setores do serviço de urgência (sala de emergência, sala de tratamentos e sala de observações) com igual competência e segurança, intervindo em todos os patamares de cuidados em saúde desde a promoção da saúde, à palição. O local que me trazia maiores dificuldades inicialmente era a sala de tratamento pela imprevisibilidade, pela constante rotatividade de clientes, por não



saber totalmente o diagnóstico dos clientes e como tal não saber os sintomas ou sinais a que tinha de estar atento e por não conseguir ter capacidade para memorizar a história de todos os clientes que estavam a ser submetidos a tratamento nos balcões. Na triagem, na sala de emergência e no serviço de internamento, apesar de inicialmente não conhecer o espaço físico, a equipa de enfermagem, a equipa multidisciplinar, nem a dinâmica do serviço, senti-me desde o início, de acordo com o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, competente e muitas vezes proficiente porque apesar de não “trabalhar *no mesmo serviço há 2 ou 3 anos*”(BENNER, 2001: 53), a minha experiência em contextos semelhantes permitiu-me saber “*quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar*” (idem, 2001: 55). A prática de enfermagem em outros contextos permitiu-me fazer a transposição dessa experiência e olhar para uma situação na sua globalidade, realizar uma análise consciente e abstrata dessa situação de forma a planificar de forma consciente e deliberada o plano de ação, muitas vezes guiado por máximas, o que me permitiu ter sempre um sentimento de confiança para fazer face aos imprevistos que são comuns na prática de enfermagem, sabendo que “*esta compreensão global melhora o processo de decisão*” (ibidem, 2001: 55).

Com o objetivo de assegurar que eram prestados os cuidados adequados aos clientes supervisionei o trabalho de assistentes operacionais e voluntários na preparação e acompanhamento de clientes a exames auxiliares de diagnóstico e nas transferências para outros serviços, no apoio aos enfermeiros, no fornecimento de refeições, na limpeza e desinfeção do serviço e do material utilizado, na gestão de ocupação de macas e cadeiras de rodas, na comunicação com o cliente, proteção da sua privacidade e em todo o processo de cuidar da pessoa e família.

Colaborei na gestão do serviço realizando uma proposta ao enfermeiro responsável tendo como objetivo a redução de custos, mantendo a mesma qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido foi proposto a não colocação de humidificador aquando da administração de oxigénio em clientes que não necessitem de débito superior a 4 l/min, uma vez que não existem estudos que demonstrem benefício para o cliente da humificação do oxigénio com débito inferior a 4 l/min. Esta proposta foi posta em prática no meu serviço com bons resultados e sem prejuízo para o cliente. Deste modo

comuniquei o resultado da minha prática clínica e da investigação aplicada para uma audiência especializada. (UCP – ICS/ESPS, 2010)

- OBJECTIVO 2 - Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao cliente, intervindo formativamente na área da higienização das mãos e eletrocardiografia.

Após a definição dos locais de estágio solicitei ao enfermeiro chefe do SU uma reunião informal, com o objetivo de conciliar o projeto de estágio, a minha formação e experiência profissional com os problemas, necessidades e expectativas do serviço face ao estágio, e desta forma, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. O enfermeiro chefe referiu que não me podia especificar nenhuma necessidade do serviço, mas que deveria ser algo que permitisse melhorar a qualidade assistencial.

Assim, considerei que somente após prestar cuidados poderia conhecer a estrutura física, o funcionamento, a dinâmica, as necessidades e as expectativas dos profissionais do serviço para assim poder realizar uma intervenção focalizada em não conformidades realmente observadas.

Durante a prestação de cuidados identifiquei que não havia uma correta higienização das mãos por parte dos assistentes operacionais, nem relativamente aos momentos para a realizar, nem quanto à técnica correta. Com o objetivo de ter dados concretos sobre esta técnica construí uma grelha de observação (Apêndice X) sobre a adesão dos assistentes operacionais aos 5 momentos da higienização das mãos e sobre a realização da técnica correta da mesma. A grelha de observação foi aplicada a 32 AO em 160 momentos diferentes, sendo que cada AO foi observada nos 5 momentos para a higienização das mãos. Os resultados confirmaram a perceção empírica inicial, uma vez que havia uma muito baixa adesão à higienização das mãos, especialmente antes do contato com o cliente e depois de entrar em contato com o ambiente do cliente. Os momentos com uma adesão superior a 50% foram após retirar as luvas e após entrar em contato com produtos biológicos, mas não houve nenhum momento em que houvesse uma percentagem de adesão superior a 75% (Apêndice XI). A observação demonstrou ainda que mesmo na maioria das situações em que havia adesão à higienização das mãos nem a técnica era totalmente correta (Apêndice XII), nem o tempo utilizado para a higienização das mesmas de acordo o tipo de produto utilizado era o correto (Apêndice

XIII). De salientar que dos 63 momentos em que se verificou a higienização das mãos, em quase 60% foi utilizado o SABA (Apêndice XIV) estando assim de acordo com as recomendações que referem que maioritariamente se devem higienizar as mãos com SABA e apenas quando as mãos se encontrarem visivelmente sujas ou após o contato com produtos biológicos ou aquando do contato com alguns microorganismos que não são destruídos pelo SABA (ex: *Clostridium difficile*) se deve utilizar a água e sabão (DGS, 2010).

Contrariamente ao observado, as conversas informais com os assistentes operacionais demonstravam-me que, globalmente, havia conhecimentos adequados sobre o tema e tal significaria que o problema não era a falta de conhecimentos. De modo a confirmar a existência desses conhecimentos e que me ajudaria igualmente a desenvolver a formação, elaborei um questionário sobre os conhecimentos dos AO sobre a temática da higienização das mãos (Apêndice XV) que foi aplicado a 19 AO. Este questionário confirmou que a generalidade dos assistentes operacionais, detinham conhecimentos adequados sobre a importância da higienização das mãos nos momentos adequados (Apêndice XVI). O questionário revelou igualmente que muitos AO já tinham tido formações anteriores (Apêndice XVII), o que provavelmente contribuía para o nível adequado de conhecimentos sobre a temática. Os fatores que contribuem para a não higienização das mãos prendiam-se com a falta de tempo (8 AO), dermatite/lesões na pele (1 AO) e falta de recursos ou material (1 AO) (Apêndice XVIII).

Considerando as observações realizadas, os questionários e após deliberação com a enfermeira orientadora, foi decidido realizar uma ação de sensibilização/formação sobre a higienização das mãos com o objetivo principal de sensibilizar os profissionais para os riscos das infeções cruzadas e motivá-los a aplicar os conhecimentos que detinham (Apêndice XIX), mas na qual também transmitisse conhecimentos para os elementos que ainda não tinham formação adequada sobre o tema.

Programei e realizei três tempos para ações de sensibilização/formações de modo a “ (...) abranger toda a equipa mesmo que, para isso, e para que não haja interrupções da atividades, tenha que ser repetida várias vezes” (HESBEEN, 2001:101), com uma adesão e feedback muito positivos. Estas ações de sensibilização possibilitaram momentos de reflexão, partilha de experiências e aprendizagem, assim como referem MARTINS & FRANCO (2004:8) “o enfermeiro especialista deve estabelecer relações de cooperação com a equipa (...) fica em posição privilegiada para incentivar e



colaborar (...) na procura de novos conhecimentos, desenvolvimento de novas competências face à individualidade e experiência de cada elemento” havendo espaço para uma racionalidade crítica, que permitiu refletirmos sobre as nossas ações, esclarecendo dúvidas concretas, promovendo assim a mudança do próprio e dos que o rodeiam. A avaliação que os AO fizeram da formação foi globalmente muito positiva, devendo salientar os itens “objetivos da formação”, “utilidade da formação” e a “capacidade do formador criar um ambiente participativo” como os pontos melhor avaliados. De acordo com a avaliação da formação os itens que deverão ser melhorados são o “interesse dos conteúdos” e “o tempo de duração” (Apêndice XX).

Posteriormente à realização destas ações de sensibilização voltei a aplicar a grelha de observação na qual se verifica uma melhoria em todos os itens, com a higienização das mãos realizada nos momentos certos e com a técnica correta. Tenho por isso que referir que foi gratificante verificar a mudança de comportamento de alguns elementos da equipa, mas acredito que reforçando diariamente a importância deste tema ocorrerá uma mudança comportamental definitiva.

Tal como para a formação sobre a higienização das mãos, foi durante a prestação de cuidados que auscultei alguns elementos da equipa de enfermagem e pude constatar que havia algumas dúvidas e necessidades formativas sobre traçados eletrocardiográficos. Esta necessidade tinha sido também identificada no estágio anterior pela colega como sendo a quarta necessidade formativa identificada pela equipa de enfermagem do serviço. Sabendo-se que a formação em serviço tem como objetivo a satisfação quer das necessidades individuais de cada elemento da equipa, quer das necessidades do próprio serviço (Frederico & Leitão, 1999), é muito importante adquirir e renovar conhecimentos, visando a análise da prática e procurando a melhoria contínua dessa mesma prática, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados. Esta ideia está em concordância com o estudo de Sousa (2003) no qual os enfermeiros consideram o contexto de trabalho um espaço importante para a formação, uma vez que esta proporciona uma oportunidade para adquirirem conhecimentos, que visam a melhoria da qualidade dos cuidados.

Validei a pertinência de uma formação no âmbito da eletrocardiografia (Apêndice XXI) com o enfermeiro chefe, os enfermeiros responsáveis e a enfermeira orientadora que consideraram muito relevante uma formação naquela área, *“principalmente dada por*



alguém perito na área” (sic), como era o meu caso, devido à experiência profissional anterior.

Os conteúdos apresentados na referida formação compreenderam os princípios eletrofisiológicos do batimento cardíaco, a identificação dos principais ritmos, a identificação das principais arritmias, possíveis causas, intervenções de enfermagem nos clientes com estas arritmias e exercícios relacionando a teoria com situações concretas.

Inicialmente planeei três tempos para realizar a formação de forma a abranger todas as equipas, mas os enfermeiros do serviço consideraram a formação tão importante que solicitaram um novo tempo de formação para assim abranger os enfermeiros que não tinham tido a possibilidade de assistir por motivos variados, que foi realizada e subindo assim o número de formações para quatro. As sessões de formação tiveram uma grande adesão (29 participantes) e um feedback bastante positivo, tendo o enfermeiro chefe evidenciado a importância da temática, o contributo desta para a melhoria dos cuidados prestados, para além do domínio da mesma por parte do formador. A avaliação realizada pelos enfermeiros à formação salientou como positivo “o interesse dos conteúdos” e a “utilidade da ação”, devendo haver melhoramentos a nível do “tempo de duração”, considerado globalmente curto e da “capacidade do formador em criar um ambiente participativo” que tinha ficado prejudicada pela limitação temporal existente (Apêndice XXII). Toda a documentação e formações ficaram no serviço para serem colocados na intranet do hospital e assim poderem ser consultados posteriormente.

Daí em diante era chamado com frequência pelos colegas para esclarecer dúvidas que apresentavam sobre traçados cardíacos com que se deparavam. Foi muito gratificante o reconhecimento de competências e os momentos de discussão e orientação porque como refere Abreu (2007), o contexto de trabalho aparece como local privilegiado da aprendizagem, porque permite que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem num ciclo recursivo. Estes momentos de intervenção prática são também considerados, e especialmente valorizados por Nunes (1995), como momentos informais de formação em serviço. Concordo com estes autores por verificar empiricamente que muito frequentemente esta formação associada à prática *in loco* tem repercussões nos serviços muito superiores à formação em tempo e espaço formal, por haver uma maior aceitação desta por parte dos profissionais. Neste sentido devo salientar dois outros momentos em que esclareci dúvidas estabelecendo assim momentos de desenvolvimento pessoal.

Um cliente encontrava-se em isolamento por suspeita de tuberculose pulmonar (TP) e na mesa à entrada do quarto de isolamento estava todo o equipamento de proteção individual (EPI) correto, à exceção de estarem presentes máscaras cirúrgicas em vez dos respiradores adequados à norma europeia EN149 que especifica os requisitos mínimos a cumprir pelas máscaras auto-filtrantes de partículas. Quando referi a presença desta não conformidade foi-me referido que as máscaras eram “bico de pato” e como tal seriam as corretas, ao que expliquei que o formato da máscara não era decisivo e que o que era necessário eram máscaras que tivessem o carimbo que comprovasse que cumpriam a norma referida anteriormente e que assim conferissem proteção das partículas transmitidas por aerossol. Sugeri elaborar um poster que ajudasse a esclarecer as dúvidas relativas aos EPI em situações de isolamento, mas foi-me referido que já existia um e no dia seguinte foi afixado este poster junto à sala destinada aos isolamentos.

Em outro momento, um cliente tinha sido internado por fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida (FARVR) e foi-lhe prescrito propanolol endovenoso (EV), mas por ser uma terapêutica pouco administrada em contexto de urgência surgiu a dúvida na forma de administração tendo os enfermeiros ligado à chefe de equipa a questioná-la sobre o tema. A chefe de equipa pediu a minha confirmação sobre a ideia que tinha da forma correta de diluição e de administração, o que fiz. Mesmo após este esclarecimento telefónico deslocámo-nos para junto do colega para que este tivesse uma maior segurança na administração deste fármaco.

Tive assim a oportunidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; identifiquei as necessidades formativas e promovi a formação na minha área de especialização; e demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos (UCP – ICS/ESPS, 2010).

3 – Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Pretende-se neste capítulo evidenciar as atividades desenvolvidas durante o período de experiência profissional neste serviço, que permitiram adquirir e desenvolver competências que justifiquem a creditação deste módulo de estágio.

Este módulo de estágio foi-me creditado ao abrigo do artigo 45º do decreto-lei 74/2006 tendo em consideração as competências desenvolvidas ao longo do meu exercício profissional na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC). O percurso que desenvolvi tanto em contexto de prática como ao nível da formação permitiu-me ter oportunidades de aprendizagem, consolidação de saberes e desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

A Cardiologia está situada no 4º piso da torre Amadora do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, encontrando-se dividida em enfermaria, com trinta e quatro camas de internamento dotadas de equipamento de monitorização eletrocardiográfica contínua por telemetria; UCIC com o total de dez vagas; sala cirúrgica de eletrocardiografia dinâmica; e laboratório de ecocardiografias especiais. Esta unidade recebe fundamentalmente clientes em estado crítico, do foro médico da especialidade de cardiologia que podem ser internados provenientes do serviço de urgência, de outros serviços do hospital, referenciados de outros hospitais, caso seja necessário fazer um pós-operatório de cirurgias cardíacas mais prolongado, ou das salas de hemodinâmica e pacing, caso seja necessário realizar o recobro com maior vigilância dos procedimentos realizados. A UCIC tem como missão “*Prestar assistência cardiológica aos doentes da unidade de saúde Amadora-Sintra de acordo com as normas da boa prática clínica em colaboração com os centros de saúde.*” (SERVIÇO DE CARDIOLOGIA, 2000). A 31 de Agosto de 2004 iniciei funções na Cardiologia onde desempenho a minha atividade profissional até à presente data. Neste serviço exerci funções em todas as áreas estando atualmente dedicado quase exclusivamente à UCIC.

A equipa de enfermagem da UCIC é constituída por: enf^ª. chefe, enfermeiro responsável, 5 equipas com o total de 28 elementos, cada equipa com um enfermeiro que desempenha o papel de chefe de equipa e outro de substituto de chefe de equipa. A

equipa de assistentes operacionais é constituída por 7 elementos, sendo que dois estão com regime de horário fixo e os restantes distribuídos pelas cinco equipas.

➤ Área de prestação de cuidados

Nos últimos 40 anos, em Portugal, a par do desenvolvimento tecnológico, de novos e aprofundados conhecimentos de fisiopatologia e tratamentos agressivos ou substitutivos das funções vitais que permitiram salvar vidas em risco ou aumentar a sobrevivência, assistimos à criação de unidades de cuidados intensivos e ao seu aumento exponencial (Ordem dos Médicos, 2006). O ambiente das unidades de cuidados intensivos é dominado pela alta tecnologia, implica vigilância hemodinâmica do cliente e tratamento imediato de complicações indesejáveis que ameaçam a vida. Por esta razão e pelo facto dos profissionais lidarem com situações muito stressantes e com grande carga de ansiedade pode levar os enfermeiros a focarem-se num modelo biomédico e excluir a pessoa e os familiares do seu foco de cuidados. Foi por ter consciência que poderia ter a tentação de aderir a este modelo que tenho o desafio permanente de ser capaz de ser um enfermeiro de cuidados intensivos como o referido por Urden *et al* (2008), um enfermeiro capaz de prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade com a maior competência, usando as tecnologias disponíveis, mas incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, apropriadas ao tempo e à situação do cliente, nunca esquecendo que é este e a sua família o meu foco de cuidados. A tecnologia, fundamental numa UCI, permite proceder à vigilância contínua do cliente, mas tenho a convicção, indo de encontro à ideia de Gonçalves (2004), que é igualmente fundamental a tomada de decisão baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do cliente, por isso se o enfermeiro não souber interpretar os valores fornecidos pelos instrumentos de vigilância, e associá-los com o caso do cliente, tomando posteriormente as medidas corretas, a tecnologia deixa de ser importante. Deste modo o meu desempenho atende à fundamentação científica, mas a tomada de decisão foi, também muitas vezes baseada no conhecimento e intuição que advêm da experiência adquirida ao longo do meu percurso profissional e indo assim de encontro à ideia de enfermeiro perito defendida por Benner (2001). Assim sendo, no local onde exerço funções, presto diariamente, ao cliente e sua família, cuidados de enfermagem de qualidade, num



quadro conceptual que adota o modelo Holístico e que respeita a metodologia de trabalho por enfermeiro responsável.

De acordo com a revisão sistemática da literatura realizada por Botelho *et al* (2011), a pessoa que está internada numa UCI, sente-se vulnerável, angustiada e com medo, muitas vezes absorvida por fantasias e mitos e angustiada pela possível ocorrência da morte, mas também pela tecnologia, onde a engenharia e a mecânica têm lugar importante, com sons ambíguos e ritmos stressantes. A mesma revisão da literatura demonstra que as algumas das *“vivências positivas estão associadas com a segurança fornecida pela presença constante dos enfermeiros”* (BOTELHO *et al*, 2011) e isso reforça mais uma vez a importância da presença permanente do enfermeiro que cuida a pessoa com o máximo respeito, proximidade, atenção e dignidade.

É este ambiente de grande tecnologia que leva os clientes e seus familiares a questionar-se sobre a gravidade da situação clínica, sobre o prognóstico, tratamentos, implicações pessoais, sociais e familiares do internamento e possíveis alterações no estilo de vida. Estas são questões complexas e nem sempre têm as respostas simples e objetivas que o cliente e a família querem, mas são estas as questões às quais o enfermeiro deve estar atento e que sempre tentei primeiramente discernir e posteriormente responder dando ao cliente e família esperança, tal como ela é definido pela CIPE (2006: 87) *“um sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.”*. De facto por mais crítica que seja a situação clínica uma palavra de apoio, um toque afetuoso fazem a diferença dos cuidados de enfermagem para os outros e por isso Phaneuf (2005) refere que é graças a estes gestos que a pessoa se sente importante aos olhos de alguém, encontrando muitas vezes nesta atenção do outro a força para viver ou ultrapassar a sua dificuldade. Na verdade nem sempre o cliente e a família exprimem verbalmente as suas dúvidas e como tal procuro sempre estar disponível e desperto para o outro como COLLIÉRE (1999: 246) diz *“para descobrir, escutar e compreender o que nos dizem as pessoas que procuram cuidados, é necessário reaprender a ver (...) é a capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais que uma pessoa transmite pelo olhar, pelo fâcies, (...) a postura (...)”* e confirmado por POTTER & PERRY (2006: 136) que reforçam a ideia que *“as mensagens não-verbais, geralmente, são mais subtis que as*

verbais, e é necessário que o enfermeiro seja um observador perspicaz do comportamento não-verbal.”.

A doença não se limita apenas à patologia em questão, pois é a pessoa como um todo e enquanto subsistema individual que está cliente. Mas com o internamento do cliente também a família sofre enquanto sistema em mudança vindo afetado o seu equilíbrio e obrigando-a a movimentos de organização internos e externos, que instalam uma crise. Assim também sempre tentei que a família fosse alvo dos meus cuidados de enfermagem, ajudando-a a desenvolver estratégias e capacidades para ultrapassar os efeitos perturbadores do internamento de um familiar num ambiente agressivo como o de uma UCI, ajudando-a assim a reestruturar-se. As minhas atividades com a família centram-se essencialmente no acolhimento, essencial para desmistificar o ambiente e esclarecer dúvidas, estabelecendo assim uma relação de confiança decisiva para a relação de ajuda e diminuição da ansiedade provocada pelo internamento, e incentivar sempre que possível o envolvimento dos familiares seja nos cuidados, seja na aprendizagem das alterações de estilos de vida que terão que ocorrer após a alta, porque muitas vezes são os familiares que terão de ajudar a dar continuidade ao processo de recuperação e mudança de hábitos e, como tal, a presença da família na UCI é vista como fundamental.

Neste âmbito e tomando em consideração os padrões de qualidade em cuidados de enfermagem e os padrões de excelência do HFF reporto seguidamente algumas atividades que considero de maior relevância para justificarem a creditação:

- Acolhimento do cliente/família facultando o guia de acolhimento da UCIC;
- Efetuar de forma sistematizada, a colheita de dados relevantes para a identificação dos diagnósticos de enfermagem;
- Análise e interpretação de dados obtidos para a identificação das necessidades do cliente em cuidados de enfermagem e a prestação de cuidados seguros;
- Prestação de cuidados de enfermagem, de forma autónoma e/ou interdependente, ao cliente/família;
- Individualização da prestação de cuidados, tendo presente o contexto de vida, os valores, as crenças e os desejos do cliente/família;
- Contribuir de forma planeada e organizada, para a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação do cliente/família;

- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem aos clientes, favorecendo um clima de respeito e confiança que suscite a participação do cliente/família nos cuidados de enfermagem;
- Promoção da integração e participação do cliente/família no seu processo de recuperação assegurando a preparação para a alta e a continuidade de cuidados;
- Prestação de cuidados específicos de maior complexidade com rigor técnico e científico (Monitorização invasiva e não invasiva, ventilação invasiva e não invasiva, preparar e administrar drogas antiarrítmicas e trombolíticas despistando a ocorrência de efeitos adversos, colaboração em técnicas invasivas como a colocação de cateteres arteriais, swan-ganz, eletrocateres cardíacos, drenagens torácicas e pericárdicas, realização de técnicas de substituição renal como hemofiltração venosa contínua e hemodiafiltração venovenosa contínua);
- Transmissão das informações e apoio ao cliente/família e/ou cuidadores de forma clara e acessível;
- Assegurar a criação e manutenção de ambiente seguro, de acordo com as orientações estratégicas emanadas tanto pela comissão de controlo de infeção como pelo gabinete de gestão de risco;
- Assegurar o registo e a transmissão de toda a informação relevantes para a prestação de cuidados seguros de qualidade;
- Transporte de clientes em estado crítico quer para a realização de exames, quer no momento da transferência para outra instituição hospitalar;
- Participação em manobras de reanimação cardiorrespiratória (medidas de suporte básico e avançado de vida);
- Prestação de cuidados de enfermagem diretos e globais a clientes/família no pós-operatório imediato e tardio de cirurgia cardíaca.

As atividades descritas permitem demonstrar que atingi competências solicitadas para o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, das quais destaco: avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada; incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; demonstrar capacidade para reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da especialização; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família

e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; e refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica. (UCP – ICS/ESPS, 2010)

➤ Área de gestão de cuidados, recursos humanos e materiais

No desempenho das minhas funções como chefe de equipa e 2º elemento fui responsável ou ajudei a coordenar e orientar uma equipa constituída por enfermeiros e assistentes operacionais, funcionando também como elo de ligação com os restantes profissionais da equipa de saúde. Esta experiência tem sido um grande desafio, obrigou-me a crescer pessoal e profissionalmente possibilitando-me o desenvolvimento de competências nas áreas de liderança, gestão e supervisão de cuidados, integração de novos profissionais e formação de futuros profissionais. Assim, procedo diariamente à distribuição de clientes por enfermeiro tendo em consideração a exigência em termos de cuidados ao cliente e as competências profissionais dos elementos. Durante a coordenação da prestação de cuidados, dou particular atenção aos elementos com menor experiência ou competências e aos elementos que são responsáveis por clientes que necessitam de mais cuidados ou que estão mais instáveis, com o objetivo de colaborar sempre que necessário. A coordenação de capacidades foi a estratégia que encontrei para conseguir assegurar cuidados de qualidade aos clientes internados, mas também procurei sempre motivar os elementos e a equipa a desenvolverem estratégias para potencializarem as capacidades e competências individuais e consequentemente da equipa, através da ajuda direta, da crítica construtiva e da reflexão conjunta que realizamos.

O desenvolvimento de competências relacionadas com a comunicação e a relação e a implementação de um clima de confiança e respeito entre a equipa permite aos elementos da mesma, a expressão de sentimentos e opiniões, muitas vezes divergentes, mas que contribuem para uma discussão construtiva e saudável. Reconheço que, como líder, procuro influenciar positivamente os elementos incentivando a melhoria continua dos cuidados através da autoexigência e responsabilização pessoal, tentando não me impor como líder, mas sendo naturalmente reconhecido como tal e indo assim ao encontro do referido por Carapeto e Fonseca (2006) e Fachada (2001) quando referem que a liderança é um processo de influência interpessoal exercida através do processo de

comunicação, que supõe uma colaboração voluntária entre líder e colaboradores, com o objetivo de se alcançar determinados objetivos.

Ainda na área de gestão colaboro com a enfermeira chefe na integração de novos elementos sendo esta uma atividade que me apraz e que considero de grande relevância no contexto da enfermagem pois, como refere Frederico (1999) é um processo de mudança em direção à valorização e capacitação pessoal e profissional, além de se encontrar integrada no conteúdo funcional dos enfermeiros.

Na gestão de recursos materiais, colaboro com a enfermeira chefe na afetação de materiais de consumo clínico, farmacológico e cirúrgico tendo em vista as necessidades não programadas do serviço. Fui ainda responsável durante os turnos em que chefiar pela correta utilização, manutenção e conservação de todo o equipamento. Promovi a reformulação das malas de emergência de acordo com a norma instituída no hospital, mas com as especificações da Cardiologia, com o objetivo de adaptar as malas às necessidades dos clientes com patologia cardíaca.

As atividades descritas seguidamente consolidam o supracitado:

- Supervisão das tarefas realizadas por assistentes operacionais, copeiras e equipas de limpeza;
- Supervisão do cumprimento das normas emanadas pela comissão de controlo de infeção e pelo gabinete de gestão de risco;
- Promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de cada elemento através da promoção de novas oportunidades de aprendizagem e reflexão sobre eventos significativos;
- Incentivo ao trabalho em equipa no sentido de se alcançar os objetivos projetados;
- Promoção da motivação da equipa nas iniciativas para a mudança com o objetivo de melhorar continuamente os cuidados prestados ao cliente e família, tendo por base uma abordagem holística;
- Promoção do respeito pelos valores e princípios de ética profissional;
- Gestão de situações de conflito e *stress* com assertividade e criatividade.

As atividades descritas permitiram mobilizar competências na área da enfermagem médico-cirúrgica das quais destaco as seguintes: abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área de especialização; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às

responsabilidades sociais e éticas; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; liderar equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização; tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização; zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; realizar a gestão dos cuidados na sua área de especialização; e colaborar na integração de novos profissionais. (UCP – ICS/ESPS, 2010).

➤ Área de formação

Considero esta área de extrema importância para o desenvolvimento profissional e um bom desempenho da enfermagem e como tal ao longo de todo o meu percurso enquanto enfermeiro tenho adquirido, desenvolvido e aprofundado conhecimentos sobre áreas de interesse, quer como formando, quer como formador. Entende-se a importância da formação quando percebo a enfermagem como uma profissão em evolução e desenvolvimento permanente e assim para prestarmos ou assegurarmos cuidados com o máximo de qualidade temos de estar em permanente aprendizagem. Assim, desde o início de funções na UCI que procuro estar em permanente atualização e como tal realizei vários cursos dos quais destaco o “Suporte Básico de Vida”, o “Suporte Avançado de Vida”, o “Fundamental Critical Care Support”, o “Curso de eletrocardiografia para enfermeiros” e as pós-graduações em “Gestão em saúde” e em “Reabilitação cardíaca”. No ano de 2007, após convite do enfermeiro chefe, passei a desempenhar funções como elo de ligação com a Comissão de Feridas e como tal realizo anualmente, ou quando necessário, formações nesta área com atualizações sobre os métodos preventivos de feridas e os tratamentos disponíveis no hospital. Atualizo também com a mesma periodicidade os materiais disponíveis no serviço e nos carros de pensos.

Gostaria ainda de salientar a boa relação que progressivamente o serviço vai criando com as escolas com o intuito de estabelecer uma relação de ajuda mútua essencial entre o ensino e a clínica e deste modo é sempre com grande entusiasmo que colaboro na formação dos alunos, seja enquanto apoio para o orientador da escola em regime presencial, seja enquanto orientador do local ou mesmo enquanto orientador da escola

em regime presencial na Cardiologia. Inicialmente os alunos orientados por um orientador da escola em regime presencial não tinham uma aceitação unânime por parte da totalidade dos elementos da equipa de enfermagem e da equipa médica porque consideravam que os alunos tinham pouco apoio, supervisão ou disciplina por parte dos orientadores da escola, mas após ter orientado alunos no serviço as resistências que haviam diminuíram substancialmente tendo sido capaz de, com o apoio dos colegas, corrigir os aspetos críticos detetados e apresentar uma orientação mais satisfatória para os profissionais, conseguindo também desta forma uma orientação que considero ter alcançado os objetivos do estágio.

Nesta área, as atividades atrás descritas foram fundamentais para o desenvolvimento das seguintes competências: incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica; manter de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; promover a formação em serviço na área de especialização; e colaborar na formação de novos profissionais (UCP – ICS/ESPS, 2010).

4 – Reflexão Final

Neste momento pretendo proceder a uma reflexão deste Relatório de Estágio que pretende ser um documento de avaliação sobre a execução, o crescimento e a certificação de competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim pretendi que esta narração desse visibilidade ao trabalho realizado ao longo do estágio, tendo como referencial os objetivos traçados para cada módulo, mas não sendo um percurso rígido e imutável, mas antes adaptável às situações imprevistas e novas oportunidades de aprendizagem e por isso tentei demonstrar as atividades realizadas que considere mais relevantes e proceder à reflexão crítica em torno das mesmas e de situações/problemas que foram fundamentais para alcançar os objetivos e as competências desejadas, que penso ter alcançado na totalidade.

No decorrer do estágio considero que foi possível adquirir e desenvolver competências, modificar e melhorar atitudes e adquirir novas habilidades que me permitiram ter novas formas de relacionamento com o cliente, com a família e com os profissionais de saúde, assumindo-me assim como *“um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

Considero por isso que ser enfermeiro especialista pressupõe a responsabilidade acrescida de mantermos a nossa curiosidade científica e um olhar reflexivo crítico sobre o mundo, a sociedade, e especialmente sobre a profissão. O perfil do enfermeiro especialista de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) é por isso o de um elemento essencial na equipa a nível da conceção, gestão e supervisão de cuidados de maior complexidade, na convicção que as áreas de especialidade em enfermagem devem existir na lógica de benefício para a pessoa tendo em consideração as suas necessidades em saúde. Neste sentido o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros (2007) revela no seu modelo de desenvolvimento profissional a importância dos enfermeiros se especializarem numa área de desenvolvimento profissional dotando-os

assim de competências acrescidas na assistência à pessoa, procurando conciliar os conhecimentos teóricos especializados adquiridos com os saberes adquiridos na prática.

A elaboração do presente relatório tornou-se assim, num momento de formação muito importante, uma vez que me permitiu olhar para o percurso realizado, discernir as pequenas e as grandes conquistas tanto a nível académico como pessoal, muitas vezes realizadas ultrapassando limitações que considerava ter e tornando possível olhar agora para a práxis com um olhar de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Como responsável pela minha formação e aprendizagem, constato a importância que representou o contato com realidades distintas da minha, o que possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais na assistência ao cliente em situação crítica e à sua família através da reflexão sobre a prática. Constato por isso o quão gratificante foi a caminhada e o quanto existe ainda para percorrer, mas munido agora de novos conhecimentos, reconhecimento de competências e experiências que me permitem olhar para o exercício profissional mais determinado na construção de uma profissão autónoma e fundamental para a sociedade. Estou certo de não ter conseguido descrever neste relatório todas as atividades, mas todas elas contribuíram para enriquecer o meu percurso. A formação não se constitui por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através de uma reconstrução permanente baseada na práxis clínica e nos conhecimentos adquiridos. Percebo por isso que o percurso desenvolvido em contexto de estágio, incorporou e salientou a minha experiência profissional e consagrou as competências desenvolvidas que resultam da reflexão crítica sobre os focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem, do agir profissional e da tomada de decisão.

O estágio realizado e a conceção do presente relatório proporcionaram-me um percurso fascinante e absorvente, onde as principais dificuldades se centraram na conciliação do estágio, com a vida profissional e com a vida pessoal e ainda na síntese de conteúdos que pela relevância não se reduzem com facilidade. Os aspetos facilitadores da minha aprendizagem centram-se na disponibilidade e atenção demonstrada por todos os elementos das equipas.

Em forma de sugestão considero que seria profícuo para a disciplina de Enfermagem que os estágios servissem também como local de génese de conhecimento científico alcançado pelo desenvolvimento de trabalhos de investigação.

5 – Referências bibliográficas

ABREU, W. – **Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didácticas**. Coimbra: Formasau, 2007.

APÓSTOLO, J.; GAMEIRO, M. – **Referências Onto-Epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: Uma Análise Crítica**. In: **Referência**. Coimbra. 2ª Série, nº 1 (Dezembro de 2005) p.29-38. Acedido em 22/12/2011. Disponível em: http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/orgaos-de-apoio-tecnico_105#209

BENNER, P. - **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

BEST, M. e NEUHAUSER, D. – **Ignaz Semmelweis and the birth of infection control**. In **The international journal of healthcare improvement**. Bingley. Volume 13 (2004) p233-234. Acedido em 12/01/2012. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/3/233.full>

BOAVISTA, A. – **Auditar a prática: um caminho para a segurança do doente**. In: **Qualidade em Saúde**. Lisboa. Nº 13 (Dezembro 2005), p. 26-28.

BOTELHO, M. et al – **A experiência vivida da pessoa internada numa UCI: revisão sistemática da literatura**. In: **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol. 15, Nº 2 (2º Semestre 2011), p. 41-59.

CARAPETO, C. e FONSECA, F. – **Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação**. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo Lda, 2006.

CAVALEIRO, P - **Prevenção da infecção nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Mestrado Integrado em Medicina. Acedido em 07/02/2012. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53392/2/Pedro%20Cavaleiro%20%20Preveno%20da%20Infeco%20Nosocomial%20nas%20Unidades%20de%20Cuidados%20Intensivos.pdf>

CIRCULAR NORMATIVA Nº 18/DQS/DSC. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007(a).

CIRCULAR NORMATIVA Nº 13/DQS/DSC. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2010.

CIPE – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: VERSÃO 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2009. Acedido em 12/10/2011. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

COLLIÈRE, M.F. – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Lidel Edições técnicas, 1999.

COUTO, G. – **Prefácio do tradutor.** In: NIGHTINGALE, F. – **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é.** Loures: Lusociência, 2005.

DIOGO, C. S. - **Impacto da relação cidadão – Sistema de triagem de manchester na requalificação das urgências do SNS.** Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007. Mestrado em Gestão dos Serviços de saúde. Acedido em 02/12/2011 com texto completo disponível em:

<http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%Aancias%20do%20SNS.pdf>

DOCUMENTO ORIENTADOR DA FORMAÇÃO EM MEDICINA INTENSIVA.

Lisboa: Ordem dos médicos, 2006. Acedido em 18/01/2012. Disponível em: <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=1bb91f73e9d31ea2830a5e73ce3ed328>

EGGLESTON, K. - **O ambiente dos cuidados na urgência.** Em PHIPPS, W., *et al* **Enfermagem médico-cirúrgica.** 6ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.

FACHADA, M. – **Psicologia das relações interpessoais.** 4ª edição. Lisboa: Edições Rumo, 2001.

FERREIRA, C. et al – **Actuação de equipe multiprofissional com pacientes em precauções de contato em unidade de terapia intensiva.** In **Revista de Enfermagem**

UERJ. Rio de Janeiro. Vol. 14, nº 1 (Janeiro/Março 2006), p. 43-47. Acedido em 12/10/2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a07.pdf>

FREDERICO, M; LEITÃO, M. – **Princípios de administração para enfermeiros.** Coimbra: Formasau, 1999.

FREITAS, P. T. – **Protocolo de triagem de Manchester.** In: **JRS.** Barcarena. N.º1 (Jan/Fev 2003), p. 54-56.

GADAMER, H. – **O Mistério da Saúde – O cuidado da saúde e a arte da medicina.** Vila Nova de Gaia: Edições 70, Lda, 1993.

GAMEIRO, M. H. – **O sofrimento na doença.** Coimbra: Quarteto Editora, 1999

– **O sofrimento na doença: apresentação de um modelo facilitador do “pensar o sofrimento” e da organização das intervenções de alívio.** In: **Ciclo de Colóquios – Arte de cuidar.** Loures: Lusociência, 2006.

GUIA DE ESTÁGIO. CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL. REGULAMENTO GERAL. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde/Escola Superior Politécnica de Saúde, 2010.

GONÇALVES, R. – **Cuidado ao outro em “estado crítico”: a mediação pela solicitude.** In: **Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa. Nº 13 (Julho 2004), p. 11-12.

HANDYSIDES, G. - **Triage in emergency practice.** St. Louis: Mosby, 1996.

HESBEEN, W. – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar.** Loures: Lusociência, 2000.

– **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Lusociência, 2001.

KRON, T.; Gray, A. - **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança.** 6ª edição. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989

INQUÉRITO NACIONAL DE PREVALÊNCIA DE INFECCÃO 2003. Lisboa: Ministério da Saúde, 2005.

INQUÉRITO NACIONAL DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO 2009. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009.

MANUAL DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA. Amadora: Serviço de Cardiologia, 2000.

MANUAL DA COMISSÃO DE CONTROLO E INFECÇÃO HOSPITALAR. Amadora: Comissão de Controlo e Infecção Hospitalar, 2000.

MARTINS, C.; FRANCO, M. – O papel formativo do enfermeiro especialista. In: **Nursing.** Lisboa. Nº 192 (Outubro de 2004), p. 6-9.

MODELOS DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL – SISTEMA DE INDIVIDUALIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES CLINICAS EM ENFERMAGEM (SIECE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

NASCIMENTO *et al* – **Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante o internamento hospitalar.** In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto: Vol. 16, Nº 4 (Agosto 2008). Acedido em 13/01/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400015&script=sci_arttext&tlng=pt

NUNES, L. – **Formação contínua e investigação: realidade e/ou utopia.** In: **Enfermagem em Foco.** Lisboa. Especial (Dezembro 1995), p. 25-30.

REGULAMENTO DAS COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRITICA. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

RELATÓRIO DOS INQUÉRITOS DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES NO HFF 2009 E 2010. Amadora: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HFF, 2009.

RELATÓRIO E CONTAS 2009. Amadora: Conselho de Administração do HFF, 2009.

ROCHA, M. - **Enfermagem de urgência – uma perspectiva de intervenção.** In: **Informar.** Porto: Nº 7, (1996), p. 7-8.

PENEFF, J. – **Os doentes das urgências – uma forma de consumo clínico**. Coimbra: Ed Formasau. 2003.

PERES, D.; PINA, E. – **Vigilância epidemiológica na infeção associada aos cuidados de saúde**. In: **Nursing**. Lisboa: Suplemento nº 239. (Novembro 2008), p. 3-10.

PHANEUF, M. – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005.

PINA, E. *et al* - **Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente**. In **Revista Portuguesa de Saúde Publica**. Lisboa: Vol. 10 (2010) p. 27-39.

PISCO, L. – **Auditorias clínicas: medir para melhorar**. In: **Qualidade em Saúde**. Lisboa. Nº 7 (Junho 2003), p. 42-43.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado para a Saúde, 2010. Acedido em 11/12/2011. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>

PLOWMAN, R. *et al* - **The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed**. In **journal of Hospital Infection**. London: Volume 47, issue 3, March 2001, pages 198-209. Acedido em 05/04/2012. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670100908818>

PONTES, B. *et al*. - **Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM**. Barcarena: Universidade Atlântica. Pós graduação em urgência e emergência hospitalar, 2008.

POTTER, P.; PERRY, A. – **Fundamentos de Enfermagem**. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2006.

PREVENÇÃO DE INFEÇÕES ADQUIRIDAS NO HOSPITAL: GUIA PRÁTICO. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002.

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007(b). Acedido em 10/10/2011. Disponível em: http://srsdocs.com/parcerias/publicacoes/diversos/programa_nacional_infeccao.pdf

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE – PROTOCOLO DO INQUÉRITO DE PREVALENCIA DE INFEÇÃO. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2009.

Acedido em 10/10/2011. Disponível em:
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010691.pdf>

PROVONOST, P. *et al* - **An intervention to decrease catheter related bloodstream infections in the ICU.** In: **New England Journal of Medicine.** Massachusetts. 355:2725 (Dezembro 2006), p. 2725-2732. Acedido em 12/06/2011. Disponível em:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc070179>

RECOMENDAÇÕES PARA AS PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO. PRECAUÇÕES BÁSICAS E PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007(c). Acedido em 10/10/2011
Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

RIBEIRO, J. – **Introdução à psicologia da saúde.** Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

SANDERS, J. – **A review of health Professional attitudes and patient perceptions on ‘inappropriate’ accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales.** In **Journal of Advanced Nursing.** Vol. 31 Nº 5 (Maio2000), p. 1097-1105.

SILVA, A. - **Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina.** In **Servir.** Lisboa: Nº 55 (Jan/Fev 2007), p.11-19.

SHEEHY, S. - **Enfermagem de urgência – da teoria à prática.** 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2001.

SOUSA, M. – **A formação continua em enfermagem: estudo baseado nas perspectivas de enfermeiros.** In: **Nursing.** Lisboa. Nº 175 (Março 2003), p. 28-33.

SWANSON, K. – **Caring made visible.** In: **Creative Nursing.** Minneapolis. Vol. 4, nº 4 (1998), p. 8-12. Acedido em 06/12/2011. Disponível em:
http://www.chcm.com/docs/caring_made_visible.pdf

THE IPSE ANNUAL REPORT. Paris: European Commission's Directorate General for Health and Consumer Policy, 2006. Acedido em 10/10/2011. Disponível texto completo em: <http://helics.univ-lyon1.fr/>

TOMEY, A. – **Modelo de relação pessoa-a-pessoa.** In: TOMEY A. *et al* – **Teóricas de enfermagem e sua obra.** 5ªed. Loures: Lusociência, 2004. p. 467-479

URDEN, L. *et al* – **Enfermagem de cuidados intensivos – Diagnósticos e intervenção.** 5ª edição. Loures: Lusodidacta, 2008.

WATSON, J. – **Nursing: the philosophy and science of caring.** Colorado: University Press of Colorado, 1985.

6 – Anexos / Apêndices

Anexo I – Organograma do CCIH do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Apêndice I – Poster “Equipamento de proteção individual de acordo com o microrganismo e sua localização”

Apêndice II – Procedimento “Cateter vascular central – inserção e substituição”

Apêndice III – Procedimento “Cateter vascular central – manutenção”

Apêndice IV – Procedimento “Cateter venoso periférico – inserção e manutenção”

Apêndice V – Procedimento “Cateteres arteriais – inserção e manutenção”

Apêndice VI – Formação “Infeções nosocomiais da corrente sanguínea – reduzi-las... uma responsabilidade de todos”

Apêndice VII – Auditorias dos procedimentos de enfermagem

Apêndice VIII – Recomendações de armazenamento de dispositivos médicos desinfetados/esterilizados nos serviços utilizadores

Apêndice IX – Poster “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca”

Apêndice X – Grelha de observação para a higienização das mãos

Apêndice XI – Grelha de observação – momentos de adesão à higienização das mãos

Apêndice XII – Grelha de observação – técnica correta de higienização das mãos

Apêndice XIII – Grelha de observação – tempo gasto na higienização das mãos de acordo com produto utilizado

Apêndice XIV – Grelha de observação – produto utilizado na higienização das mãos

Apêndice XV – Questionário de conhecimentos sobre higienização das mãos

Apêndice XVI – Questionário – importância dos momentos de higienização das mãos

Apêndice XVII – Questionário – formação anterior sobre higienização das mãos

Apêndice XVIII – Questionário – fatores que contribuem para a não higienização das mãos

Apêndice XIX – Formação “Vamos salvar vidas – higienização das mãos”

Apêndice XX – Avaliação da formação “Vamos salvar vidas – higienização das mãos”

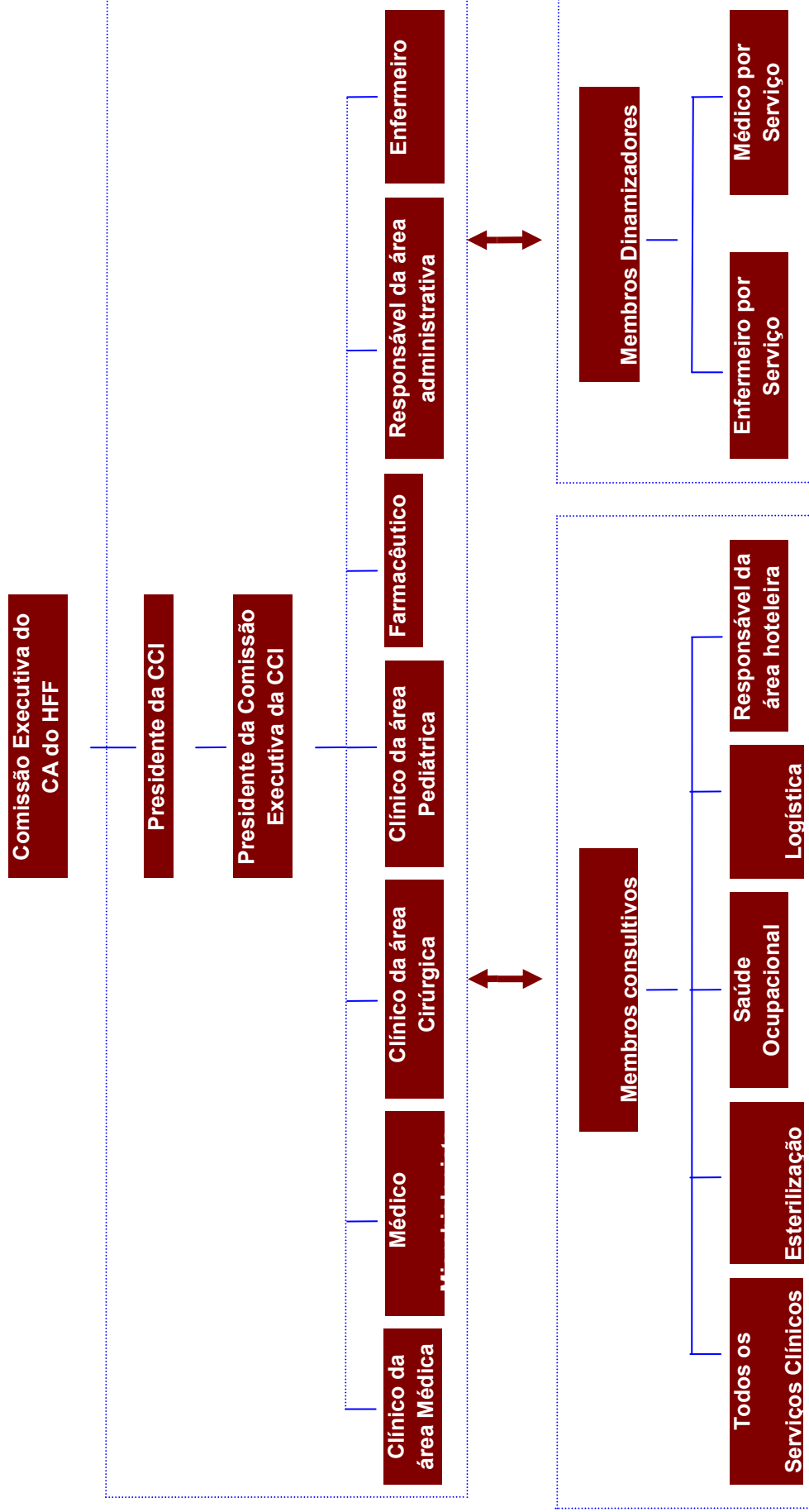
Apêndice XXI – Formação “Eletrocardiografia para Enfermeiros”

Apêndice XXII – Avaliação da formação “Eletrocardiografia para Enfermeiros”

Anexo I

Organograma do CCIH do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Organograma Comissão de Controlo de Infecção (CCI)



..... Fluxos de Comunicação

_____ Dependências Funcionais

Apêndice I


Poster “Equipamento de proteção individual
de acordo com o microrganismo e sua localização”

Equipamento de proteção individual de acordo com microrganismos e sua localização

Microrganismo	Localização	Luvas	Bata	Proteção ocular	Máscara	Respirador
Escherichia Coli ESBL	Sangue ou urina	✓	✓	✗	✗	✗
	Secreções	✓	✓	✓	✓	✗
Klebsiella ESBL	Sangue ou urina	✓	✓	✗	✗	✗
	Secreções	✓	✓	✓	✓	✗
MRSA	Sangue ou urina	✓	✓	✗	✗	✗
	Secreções	✓	✓	✓	✓	✗
Acinetobacter Baumannii	Sangue, urina ou secreções	✓	✓	✓	✓	✗
Clostridium difficile	Fezes	✓	✓	✗	✗	✗
Mycobacterium Tuberculosis TP	Secreções	✓	✓	✓	✗	✓

Apêndice II

Procedimento “Cateter vascular central – inserção e substituição”

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Inserção e substituição		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

1. Objectivo

Protocolar inserção e substituição de Cateter Vascular Central.

2. Âmbito

Prevenção da Infecção relacionada com Cateter Vascular Central

Médicos e Enfermeiros do HFF

3. Definições e Siglas

Cateter vascular central - é um cateter que termina no coração ou perto da aurícula ou num dos grandes vasos (cateteres colocados na veia subclávia, jugular, basílica, cefálica, femoral, umbilical, etc.). Incluem-se: todos os cateteres colocados via percutânea, por incisão da pele (desbridamento) ou por incisão da veia (*cutdown*); os cateteres parcialmente implantados (com parte externa visível e fora da pele, afastada, por tunelização do tecido subcutâneo, da parte interna que entra na veia e não têm reservatório subcutâneo – Ex. Broviac®, Hickman®), cateteres para hemodiálise, monitorização hemodinâmica (*Swan-Ganz*®) e introdutor de pacemaker provisório. Ficam excluídos cateteres arteriais, pacemakers definitivos, cateteres totalmente implantados (com reservatório ou com diafragma para picadas (*port*) que fica debaixo da pele), “shunts” para hemodiálise.

INCS – Infecções nosocomiais da corrente sanguínea


CVC – Cateter venoso central

CDC - Centers for Disease Control

UCI – Unidades de cuidados intensivos

4. Procedimento

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Inserção e substituição		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

PONTOS IMPORTANTES

4.1.1. Cerca de metade das infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) têm como origem dispositivos invasivos sendo os mais frequentes: CVC, ventilação mecânica e algaliação. A via de transmissão é essencialmente de causa exógena, pelo que se tratam de infecções evitáveis. Para tal, é necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada;

4.1.2. A maioria das INCS adquiridas no hospital está associada ao uso de cateteres vasculares centrais, com taxas de bacteriémia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter;


4.1.3. Há quatro vias conhecidas para a contaminação de cateteres

- A migração de microrganismos da pele do local de inserção ao longo do trajecto subcutâneo, com colonização da ponta do cateter, que é a via mais comum de infecção para os cateteres de curto prazo;
- A contaminação directa do cateter através do contacto com as mãos ou fluidos contaminados ou dispositivos médicos;
- Os cateteres podem infectar a partir de outro foco de infecção;
- Fluidos contaminados.

4.1.4. A frequência e gravidade das infecções relacionadas com cateteres centrais são muito superiores à dos cateteres periféricos. Este facto deve-se principalmente à taxa de infecção por cateter ser directamente proporcional ao tempo de permanência do mesmo, sendo que o tempo de permanência de um acesso central é habitualmente superior ao de um acesso periférico.

4.1.5. Os cateteres vasculares centrais

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Inserção e substituição		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00


- São inseridos numa veia central;
- São usados geralmente em doentes em estado crítico ou que necessitem de uma via endovenosa prolongada;
- São causa frequente de infecção nosocomial;
- Os factores que podem aumentar o risco de infecção relacionado com o cateter central são:
 - Falta de assepsia na inserção;
 - Local de inserção;
 - Cateteres com múltiplas vias e várias conexões;
 - Presença de um foco de infecção noutra local;
 - Duração da cateterização;
 - Tipo de penso;
 - Cuidados na manipulação dos cateteres e conexões.
- As recomendações abaixo descritas são baseadas em medidas concretas desenvolvidas pelo Centers for Disease Control (CDC, 2011) e pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006).

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE INFECCÃO RELACIONADAS COM CATETERES VASCULARES CENTRAIS

4.2.1. Educação, formação e recrutamento

- Educar os profissionais de saúde quanto à indicação do uso de cateter vasculares centrais, os procedimentos adequados para a inserção e manutenção dos cateteres, infecções e medidas adequadas de controlo para impedir INCS relacionadas a cateteres;
- Avaliar periodicamente o conhecimento e a adesão às directrizes de todos os profissionais envolvidos na inserção e manutenção dos cateteres;
- Designar apenas profissionais qualificados e que demonstrem competência para a inserção e manutenção dos cateteres vasculares centrais.

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Inserção e substituição		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00


4.2.2. Selecção do cateter e localização

- Avaliar os riscos e benefícios da colocação de um dispositivo vascular central num local recomendado para reduzir as complicações infecciosas e o risco de complicações mecânicas (por exemplo, pneumotórax, punção da artéria subclávia, laceração da veia subclávia, estenose da veia subclávia, hemotórax, trombose, embolia gasosa, e migração do cateter);
- Evitar o uso da veia femoral para acesso vascular central em pacientes adultos;
- Optar pela veia subclávia, em vez da jugular ou da femoral, para minimizar o risco de infecção durante a colocação de CVC não tunelizado;
- Evitar a subclávia em doentes em hemodiálise e pacientes com doença renal avançada, para evitar a estenose da mesma;
- Usar uma fístula ou enxerto em doentes com insuficiência renal crónica em vez de um CVC para o acesso permanente para diálise;
- Usar a orientação do ultra-som para a inserção de cateteres vasculares centrais (se esta tecnologia estiver disponível) para reduzir o número de tentativas de punção e complicações mecânicas;
- Escolher o cateter segundo as necessidades da terapêutica a instituir. Utilizar um CVC com o número mínimo de lúmens essenciais para as necessidades do doente;
- Utilizar cateter tunelizado em doentes em que se prevê a necessidade de um acesso vascular de longa duração (>30 dias);
- Retirar imediatamente qualquer cateter vascular central que já não seja essencial.

4.2.3. Higiene das mãos, técnica asséptica e barreiras de protecção

- Realizar a higiene das mãos antes e após palpar os locais de inserção do cateter, bem como antes e depois da inserção;
- Manter a técnica asséptica para a inserção do CVC;
- Usar barreiras de protecção máximas, (inclui a utilização de touca, máscara, bata estéril, luvas estéreis e campos estéreis), para a inserção de CVC's;

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Inserção e substituição		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- Substituir o cateter o mais rapidamente possível (no máximo 48h após a inserção), quando a técnica asséptica não pode ser garantida (ex: cateter inserido numa situação de emergência).

4.2.4. Preparação do local de inserção do CVC

- Limpar a pele de sujidade visível macroscopicamente;
- Cortar os pelos em excesso com tesoura. Não proceder à tricotomia do local;
- Desinfectar a pele limpa com anti-séptico (Etanolol 96% + 2-Propanolol) antes de inserir o CVC;
- Deixar o anti-séptico secar segundo a recomendação do fabricante antes da inserção do cateter.

4.2.5. Penso do local de inserção após inserção de CVC

- Aplicar penso estéril opaco com compressas ou penso estéril transparente semipermeável para tapar o local de inserção do CVC;
- Aplicar penso estéril com compressas se o paciente estiver diaforético ou se o local de inserção apresentar sinais de hemorragia.


4.2.6. Substituição do CVC

- Substituir CVC com fio-guia somente para substituir CVC's malfuncionantes sem evidência de infecção;
- Não substituir CVC's, cateteres de hemodiálise e cateteres pulmonares rotineiramente com o objectivo de prevenir INCS;
- Não utilizar antimicrobianos sistémicos por rotina antes da inserção do CVC com o objectivo de prevenir INCS ou a colonização do CVC.

5. Documentos Relacionados

Cateteres vasculares Centrais – manutenção e substituição

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Inserção e substituição		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00


6. Referências de Suporte

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections**. 2011. Disponível: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – **Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares**. 2006. Disponível: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntravasculares.pdf>

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

Apêndice III

Procedimento “Cateter vascular central – manutenção”

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

7. Objectivo

Protocolar manutenção de Cateter Vascular Central.

8. Âmbito

Prevenção da Infecção relacionada com Cateter Vascular Central (CVC)

Médicos e Enfermeiros do HFF

9. Definições e Siglas

Cateter vascular central - é um cateter que termina no coração ou perto da aurícula ou num dos grandes vasos (cateteres colocados na veia subclávia, jugular, basílica, cefálica, femoral, umbilical, etc.). Incluem-se: todos os cateteres colocados via percutânea, por incisão da pele (desbridamento) ou por incisão da veia (*cutdown*); os cateteres parcialmente implantados (com parte externa visível e fora da pele, afastada, por tunelização do tecido subcutâneo, da parte interna que entra na veia e não têm reservatório subcutâneo – Ex. Broviac®, Hickman®), cateteres para hemodiálise, monitorização hemodinâmica (*Swan-Ganz*®) e introdutor de pacemaker provisório. Ficam excluídos cateteres arteriais, pacemakers definitivos, cateteres totalmente implantados (com reservatório ou com diafragma para picadas (*port*) que fica debaixo da pele), “shunts” para hemodiálise.

INCS – Infecções nosocomiais da corrente sanguínea

CVC – Cateter vascular central


CDC - Centers for Disease Control

UCI – Unidades de cuidados intensivos

10. Procedimento

PONTOS IMPORTANTES

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

4.1.1. Cerca de metade das infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) têm como origem dispositivos invasivos sendo os mais frequentes: CVC, ventilação mecânica e algaliação. A via de transmissão é essencialmente de causa exógena, pelo que se tratam de infecções evitáveis. Para tal, é necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada;

4.1.2. A maioria das INCS adquiridas no hospital está associada ao uso de cateteres vasculares centrais, com taxas de bacteriémia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter;

4.1.3. Há quatro vias conhecidas para a contaminação de cateteres


- A migração de microrganismos da pele do local de inserção ao longo do trajecto subcutâneo, com colonização da ponta do cateter, que é a via mais comum de infecção para os cateteres de curto prazo;
- A contaminação directa do cateter através do contacto com as mãos ou fluidos contaminados ou dispositivos médicos;
- Os cateteres podem infectar a partir de outro foco de infecção;
- Fluidos contaminados.

4.1.4. A frequência e gravidade das infecções relacionadas com cateteres centrais são muito superiores à dos cateteres periféricos. Este facto deve-se principalmente à taxa de infecção por cateter ser directamente proporcional ao tempo de permanência do mesmo, sendo que o tempo de permanência de um acesso central é habitualmente superior ao de um acesso periférico.

4.1.5. Os cateteres venosos centrais

- São inseridos numa veia central;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00


- São usados geralmente em doentes em estado crítico ou que necessitem de uma via endovenosa prolongada;
- São causa frequente de infecção nosocomial;
- Os factores que podem aumentar o risco de infecção relacionado com o cateter central são:
 - Falta de assepsia na inserção;
 - Local de inserção;
 - Cateteres com múltiplas vias e várias conexões;
 - Presença de um foco de infecção noutra local;
 - Duração da cateterização;
 - Tipo de penso;
 - Cuidados na manipulação dos cateteres e conexões.
- As recomendações abaixo descritas são baseadas em medidas concretas desenvolvidas pelo Centers for Disease Control (CDC, 2011) e pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006).

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE INFECCÃO RELACIONADAS COM CATETERES VASCULARES CENTRAIS

4.2.1. Educação, formação e recrutamento

- Educar os profissionais de saúde quanto à indicação do uso do cateter vascular central, os procedimentos adequados para a inserção e manutenção dos cateteres, infecções e medidas adequadas de controlo para impedir INCS relacionadas a cateteres;
- Avaliar periodicamente o conhecimento e a adesão às directrizes de todos os profissionais envolvidos na inserção e manutenção dos cateteres;
- Designar apenas profissionais qualificados e que demonstrem competência para a inserção e manutenção dos cateteres venosos centrais;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- Assegurar níveis adequados de profissionais de enfermagem em UCI's. Estudos observacionais sugerem que um elevado rácio de enfermeiro-doente é associado ao aumento de INCS em serviços em que os enfermeiros manuseiam CVC's.


4.2.2. Manutenção do CVC

- Higienizar as mãos antes e após a manipulação do CVC;
- Manter a técnica asséptica na manutenção/ manipulação do CVC;
- Evitar molhar o cateter ou o local de inserção;
- Incentivar os doentes a avisarem se sentirem ou notarem alguma alteração no local de inserção do CVC, ou desconforto na administração de terapêutica;
- Não utilizar antimicrobianos sistémicos por rotina durante a utilização do CVC com o objectivo de prevenir INCS ou a colonização do CVC;
- Substituir o sistema de soro, conexões e prolongamentos a cada 96h em doentes que não recebam sangue, derivados do sangue ou emulsões lipídicas;
- Substituir o sistema, conexões e prolongamentos logo que termine a perfusão de sangue ou derivados;
- Substituir o sistema, conexões e prolongamentos onde perfundiram emulsões lipídicas até 24h após o início da perfusão;
- Substituir o sistema, conexões e prolongamentos onde perfundiu propofol até 12h após o início da perfusão;
- Garantir que todos os componentes do sistema são compatíveis com o objectivo de evitar fugas;
- Minimizar o risco de contaminação desinfectando a porta de entrada com álcool a 70º e acedendo à mesma com dispositivos estéreis.

4.2.4. Cuidados com o penso do CVC

- Higienizar as mãos antes e após a mudança do penso;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- Substituir o penso do cateter se este estiver húmido, descolado ou visivelmente sujo;
- Substituir o penso estéril opaco com compressas a cada 2 dias;
- Substituir o penso estéril semipermeável transparente a cada 7 dias;
- Registrar a data de mudança do penso;
- Trocar o penso estéril transparente semipermeável dos CVC's tunelizados 1 vez por semana (a menos que o penso esteja descolado ou visivelmente sujo) até que o local de inserção esteja cicatrizado;
- Avaliar o local de inserção do CVC diariamente, seja através da palpação do local no caso de ter um penso opaco, seja através da visualização no caso de ter um penso transparente. Se o doente apresentar sinais inflamatórios, o penso opaco deverá ser retirado e o local de inserção inspeccionado visualmente.


4.2.5. Cuidados para retirar o CVC

- Remover o CVC com base no juízo clínico e não apenas com base na febre. Perceber se a febre tem outra fonte ou se a febre não é infecciosa;
- Limpar a pele com anti-séptico e deixar secar segundo as recomendações do fabricante antes da remoção do dispositivo. Se for necessário o estudo microbiológico da ponta do cateter deve-se cortar 5 cm da extremidade distal, colocar num recipiente estéril e deverá ser acompanhado de hemocultura periférica;
- Utilizar técnica asséptica;
- Desinfetar o local de inserção após retirar o CVC;
- Aplicar penso estéril no local da punção e aplicar pressão (\pm 5 minutos) com o objectivo de realizar hemostase e evitar embolia gasosa.

11. Documentos Relacionados

Cateter Vascular Central – inserção e substituição

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Vascular Central – Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00


12. Referências de Suporte

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.** 2011. Disponível: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – **Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares.** 2006. Disponível: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDisplIntravasculares.pdf>

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

Apêndice IV

Procedimento “Cateter venoso periférico – inserção e manutenção”

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Venoso Periférico – Inserção e Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

13. Objectivo

Protocolar inserção e manutenção de Cateteres Venosos Periféricos

14. Âmbito

Prevenção da Infecção relacionada com Cateteres Venosos Periféricos

Médicos e Enfermeiros do HFF

15. Definições e Siglas

Cateter venoso periférico – Cateter introduzido em veias periféricas de pequeno calibre através de punção

INCS – Infecções nosocomiais da corrente sanguínea

CVP – Cateter vascular periférico

CDC - Centers for Disease Control


16. Procedimento

PONTOS IMPORTANTES

4.1.1. Cerca de metade das infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) têm como origem dispositivos invasivos sendo os mais frequentes: Cateteres vasculares, ventilação mecânica e algaliação. A via de transmissão é essencialmente de causa exógena, pelo que se tratam de infecções evitáveis. Para tal, é necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada;

4.1.2. Há quatro vias conhecidas para a contaminação de cateteres

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Venoso Periférico – Inserção e Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- A migração de microrganismos da pele do local de inserção ao longo do trajecto subcutâneo, com colonização da ponta do cateter, que é a via mais comum de infecção para os cateteres de curto prazo;
- A contaminação directa do cateter através do contacto com as mãos ou fluidos contaminados ou dispositivos médicos;
- Os cateteres podem infectar a partir de outro foco de infecção;
- Fluidos contaminados podem levar a INCS;

4.1.3. Os cateteres venosos periféricos (CVP) são introduzidos por via percutânea, geralmente nos membros superiores (mãos e antebraços) e são os mais utilizados para administração de fluidos, medicação, sangue e derivados;

4.1.4. A flebite de causa não infecciosa é a complicação mais frequente. Quando a flebite surge, o risco de infecção aumenta pelo que os cateteres devem ser retirados;

4.1.5. As recomendações abaixo descritas são baseadas em medidas concretas desenvolvidas pelo Centers for Disease Control (CDC, 2011) e pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006).


ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO RELACIONADAS COM CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS

4.2.1. Educação, formação e recrutamento

- Educar os profissionais de saúde quanto à indicação do uso de cateter venosos periféricos, os procedimentos adequados para a inserção e manutenção dos cateteres, infecções e medidas adequadas de controlo para impedir INCS relacionadas a cateteres;
- Avaliar periodicamente o conhecimento e a adesão às directrizes de todos os profissionais envolvidos na inserção e manutenção dos cateteres;
- Designar apenas profissionais qualificados e que demonstrem competência para a inserção e manutenção dos cateteres venosos periféricos.

4.2.2. Selecção do cateter e localização

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Venoso Periférico – Inserção e Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- Escolher o cateter baseando-se no objectivo, duração prevista de utilização, complicações infecciosas e não infecciosas conhecidas (ex: flebite e infiltrações) e experiência do profissional que vai introduzir o cateter;
- Escolher preferencialmente os membros superiores para inserir o CVP. Substituir um cateter inserido nos membros inferiores para os membros superiores assim que possível;

4.2.3. Higienização das mãos e utilização de técnica asséptica

- Higienizar as mãos antes e depois da palpação do local de inserção assim como antes e depois da inserção, manuseamento, manutenção e retirada do CVP;
- Utilizar luvas esterilizadas e técnica asséptica para a inserção de CVP.


4.2.4. Preparação da pele

- Limpar a pele de sujidade visível macroscopicamente;
- Cortar os pelos em excesso com tesoura. Não proceder à tricotomia do local;
- Desinfectar a pele com anti-séptico (Etanolol 96% + 2-Propanolol) antes de inserir o CVP;
- Deixar o anti-séptico secar segundo a recomendação do fabricante antes da inserção do cateter.

4.2.5. Penso do local de inserção

- Aplicar penso estéril opaco com compressas ou penso estéril transparente semipermeável para tapar o local de inserção do CVP;
- Aplicar penso estéril opaco com compressas se o paciente estiver diaforético ou se o local de inserção apresentar sinais de hemorragia;
- Substituir o penso do cateter se este estiver húmido, descolado ou visivelmente sujo;
- Substituir o penso estéril opaco com compressas a cada 2 dias;
- Substituir o penso estéril semipermeável transparente a cada 4 dias;
- Registrar a data de mudança do penso;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Venoso Periférico – Inserção e Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- Evitar molhar ou submergir o cateter em água. O duche pode ser permitido se forem tomadas medidas preventivas para evitar a entrada de microorganismos no cateter (ex: Cateter e conexões estarem protegidos com protecção impermeável durante o duche);
- Incentivar o doente a avisar se sentir alguma alteração ou dor no local de inserção do cateter.

4.2.6. Substituição do Cateter Venoso Periférico

- Trocar o CVP a cada 96h para reduzir o risco de infecção e flebites;
- Avaliar o local de inserção diariamente, seja através da palpação do local no caso de ter um penso opaco, seja através da visualização no caso ter um penso transparente. Se o doente apresentar sinais inflamatórios, o penso opaco deverá ser retirado e o local de inserção inspeccionado visualmente;
- Retirar o CVP se o doente apresentar sinais de flebite, infecção ou mau funcionamento do cateter.


4.2.7. Substituição dos sistemas, conexões e prolongamentos

- Substituir o sistema de soro, conexões e prolongamentos a cada 96h em doentes que não recebam sangue, derivados do sangue ou emulsões lipídicas;
- Substituir o sistema, conexões e prolongamentos logo que termine a perfusão de sangue ou derivados;
- Substituir o sistema, conexões e prolongamentos onde perfundiram emulsões lipídicas até 24h após o início da perfusão;
- Substituir o sistema, conexões e prolongamentos onde perfundiu propofol até 12h após o início da perfusão.

4.2.8. Sistemas de acesso intravascular sem agulha (obturador)

- Substituir os obturadores a cada 96h;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateter Venoso Periférico – Inserção e Manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- Garantir que todos os componentes do sistema são compatíveis com o objectivo de evitar fugas;
- Minimizar o risco de contaminação desinfectando a porta de entrada com álcool a 70º e acedendo à mesma com dispositivos estéreis.


17. Referências de Suporte

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections**. 2011. Disponível: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – **Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares**. 2006. Disponível: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntravasculares.pdf>

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

Apêndice V

Procedimento “Cateteres arteriais – inserção e manutenção”

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateteres Arteriais – Inserção e manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

18. Objectivo

Protocolar inserção e manutenção de Cateteres Arteriais.

19. Âmbito

Prevenção da infecção relacionada com Cateteres Arteriais.

Médicos e Enfermeiros do HFF

20. Definições e Siglas

Cateter arterial - cateter introduzido numa artéria através de punção ou dissecação, que é conectado a um sistema de transmissão de pressão e um transdutor de pressão que por sua vez é conectado ao monitor

INCS – Infecções nosocomiais da corrente sanguínea

CDC - Centers for Disease Control


UCI – Unidades de cuidados intensivos

21. Procedimento

PONTOS IMPORTANTES

4.1.1. Cerca de metade das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) têm como origem dispositivos invasivos sendo os mais frequentes: CVC, ventilação mecânica e algaliação. A via de transmissão é essencialmente de causa exógena, pelo que se tratam de infeções evitáveis. Para tal, é necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisito <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateteres Arteriais – Inserção e manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00


4.1.2. Há quatro vias conhecidas para a contaminação de cateteres

- A migração de microrganismos da pele do local de inserção ao longo do trajecto subcutâneo, com colonização da ponta do cateter, que é a via mais comum de infecção para os cateteres de curto prazo;
- A contaminação directa do cateter através do contacto com as mãos ou fluidos contaminados ou dispositivos médicos;
- Os cateteres podem infectar a partir de outro foco de infecção;
- Fluidos contaminados.

4.1.3. Os cateteres arteriais:

- São inseridos numa artéria;
- São usados geralmente em doentes em estado crítico que necessitem de avaliação permanente de pressão arterial invasiva e/ou que necessitem de colheitas de gasimetrias frequentes;
- Podem ser causa de infecção nosocomial;
- Os factores que aumentam o risco de infecção relacionado com os cateteres arteriais são:
 - Falta de assepsia na inserção;
 - Local de inserção;
 - Sistema de linha arterial com várias conexões;
 - Presença de um foco de infecção noutra local;
 - Duração da cateterização;
 - Tipo de penso;
 - Cuidados na manipulação da linha e conexões.
- As recomendações abaixo descritas são baseadas em medidas concretas desenvolvidas pelo Centers for Disease Control (CDC, 2011) e pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006).

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateteres Arteriais – Inserção e manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE INFECCÃO RELACIONADAS COM CATETERES ARTERIAIS

4.2.1. Educação, formação e recrutamento:

- Educar os profissionais de saúde quanto à indicação do uso de cateter arterial, os procedimentos adequados para a inserção e manutenção dos cateteres, infecções e medidas adequadas de controlo para impedir INCS relacionadas a cateteres;
- Avaliar periodicamente o conhecimento e a adesão às directrizes de todos os profissionais envolvido na inserção e manutenção dos cateteres;
- Designar apenas profissionais qualificado e que demonstrem competência para a inserção e manutenção dos cateteres arteriais;
- Assegurar níveis adequados de enfermeiros em UCI's, uma vez que estudos observacionais sugerem que um elevado rácio de enfermeiro-doente é associado a INCS em serviços em que os enfermeiros manuseiam cateteres arteriais.


4.2.2. A higienização das mãos e utilização de técnica asséptica

- Realizar a higienização das mãos antes e após palpar os locais de inserção do cateter, bem como antes e depois da inserção;
- Manter a técnica asséptica para a inserção do cateter arterial.

4.2.3. Preparação do local de inserção do cateter arterial

- Cortar os pelos em excesso com tesoura. Não proceder à tricotomia do local;
- Desinfectar a pele com anti-séptico (Etanolol 96% + 2-Propanolol) antes de inserir o cateter arterial;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateteres Arteriais – Inserção e manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- Deixar o anti-séptico secar segundo a recomendação do fabricante antes da inserção do cateter.


4.2.4. Inserção do cateter arterial

- Utilizar preferencialmente a artéria radial ou braquial em vez da artéria femoral ou axilar, para reduzir o risco de infecção;
- Durante a inserção de linha arterial deve-se utilizar máscara, touca, bata esterilizada, luvas esterilizadas e campo esterilizado com buraco;
- Aplicar penso estéril opaco com compressas ou penso estéril transparente semipermeável para tapar o local de inserção da LA.

4.2.5. Cuidados na manutenção/manipulação do cateter arterial

- Higienizar as mãos antes e após a manipulação do cateter arterial;
- Manter a técnica asséptica para a manutenção e/ou manipulação do cateter arterial;
- Utilizar transdutores de utilização única em vez dos reutilizáveis;
- Substituir o transdutor e todo o sistema do cateter arterial a cada 96 horas;
- Manter todos os componentes do sistema do cateter arterial estéreis;
- Minimizar o risco de contaminação desinfetando a porta de entrada com álcool a 70º e acedendo à mesma com dispositivos estéreis;
- Evitar molhar ou submergir o cateter em água;
- Incentivar o doente a avisar se sentir alguma alteração ou dor no local de inserção do cateter;
- Avaliar o local de inserção diariamente, seja através da palpação do local no caso de ter um penso opaco, seja através da visualização no caso ter um penso transparente. Se o doente apresentar sinais inflamatórios, o penso opaco deverá ser retirado e o local de inserção inspeccionado visualmente;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateteres Arteriais – Inserção e manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- Garantir que todos os componentes do sistema são compatíveis com o objectivo de evitar fugas.

4.2.6. Cuidados com o penso do cateter arterial

- Higienizar as mãos antes e após a mudança do penso;
- Manter a técnica asséptica para substituição do penso do cateter arterial;
- Utilizar penso estéril opaco com compressas ou penso estéril transparente semipermeável para tapar o local de inserção do cateter arterial;
- Aplicar penso estéril com compressas se o paciente estiver diaforético ou se o local de inserção apresentar sinais de hemorragia;
- Substituir o penso do cateter se este estiver húmido, descolado ou visivelmente sujo;
- Substituir o penso estéril opaco com compressas a cada 48 horas;
- Substituir o penso estéril transparente semipermeável a cada 7 dias;
- Registrar a data de mudança do penso.

4.2.7. Substituição do cateter arterial


- Substituir os cateteres arteriais somente quando houver indicação clínica;

4.2.8. Cuidados para retirar o cateter arterial

- Retirar o cateter arterial assim que deixar de ser necessário;
- jghsgdbchjsxvghcastxcasfcjhdjmcvcwe

22. Referências de Suporte

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Cateteres Arteriais – Inserção e manutenção		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.** 2011. Disponível:
<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – **Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares.** 2006. Disponível:
<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntravasculares.pdf>

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input checked="" type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
Junho 2011	Jorge Fernandes - Estágio na CCI do Mestrado Enf MC da Universidade Católica Portuguesa - ICS	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	
			Assinatura		

Apêndice VI

Formação “Infeções nosocomiais da corrente sanguínea –
reduzi-las... uma responsabilidade de todos”

Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE

Estágio de Comissão de Controle de Infecção



Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

Reduzi-las... uma responsabilidade de todos

Elaborado por: Jorge Fernandes

Orientado por: enf^a Leonor Castanho

Docente orientadora: Professora Manuela Madureira

Junho de 2011

Esquema da apresentação

- ✓ Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – IACS
- ✓ Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea – INCS
- ✓ Infecções no Hospital Fernando Fonseca
- ✓ Novos procedimentos
 - ✓ Inserção e manutenção de Cateteres Venosos Periféricos
 - ✓ Manutenção de Cateteres Vasculares Centrais

Infecções... um problema!

- A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados



Infecções... um problema evitável!

1/3 das infecções

- adquiridas no decurso da prestação de cuidados é evitável

30 a 40% das infecções

- por agentes resistentes resultam de colonização e infecção cruzada

Fonte:

Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

Infecção sistémica que não estava presente nem em incubação no momento da admissão do doente na Unidade de Saúde

Primária

A causa não é secundária a um foco de infecção conhecido noutra parte do corpo

Secundária

É decorrente de um foco infeccioso num local do organismo previamente identificado

Fonte: • Direcção Geral da Saúde, 2010

Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

Factores de risco intrínsecos

- Neutropénia
- Imunodeficiências
- Tumores

Factores de risco extrínsecos

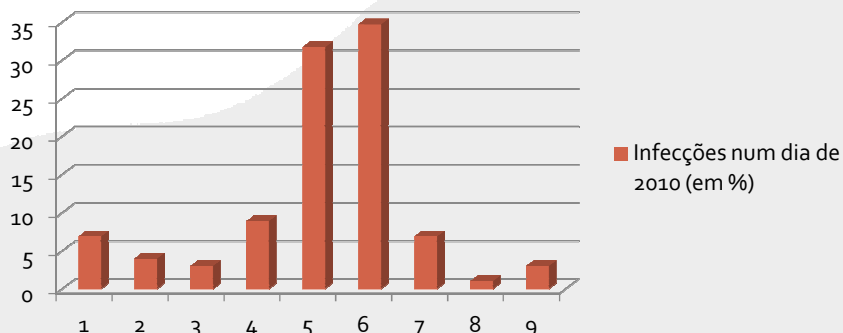
- Cateter vascular central – CVC
- Alimentação parentérica
- Hemodiálise

Primária associada a Cateter Vascular Central

- Tem confirmação laboratorial e o mesmo microrganismo é isolado na ponta de cateter.

Fonte: • Direcção Geral da Saúde, 2010

Infecções... no Hospital Fernando Fonseca



1 - Infecção do Local Cirúrgico
 2 - Infecções do Aparelho Gastrointestinal
 3 - Infecções da Pele e Tecidos Moles
 4 - Infecção Sistémica
 5 - Infecção das Vias Urinárias

6 - Infecção das Vias Respiratórias (excepto das Vias respiratórias Superiores)
 7 - Olhos, Ouvido, Nariz, Garganta ou Boca
 8 - Infecção Óssea ou Articular
 9 - Infecções Hematogéneas

Fonte: • Comissão de Controlo de Infecção, 2011

Infecções... no Hospital Fernando Fonseca

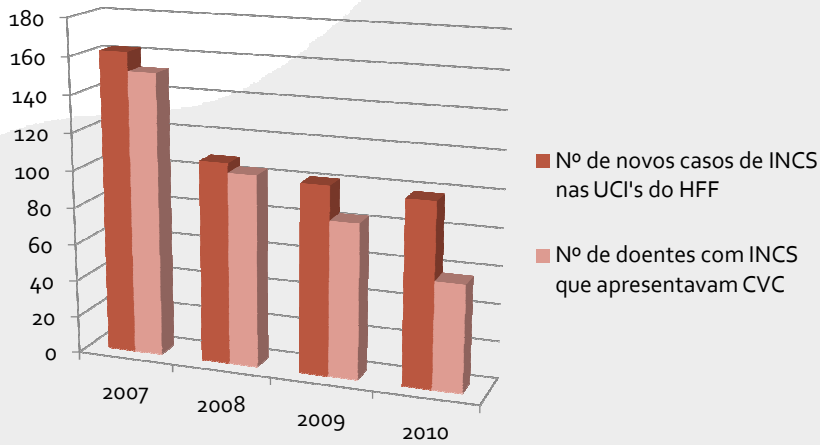
Tipo risco extrínseco	Nº doentes com este risco	% do risco
Cateter urinário	198	25,68
Cateter venoso periférico	594	77,04
Cateter venoso central	61	7,91
Alimentação parentérica	16	2,08
Alimentação entérica	106	13,75
Ventilação assistida invasiva	25	3,24
Terapêutica imunossupressora	40	5,19
Cirurgia	200	25,94

Cerca de 85% dos utentes

- apresentam um CVC ou CVP

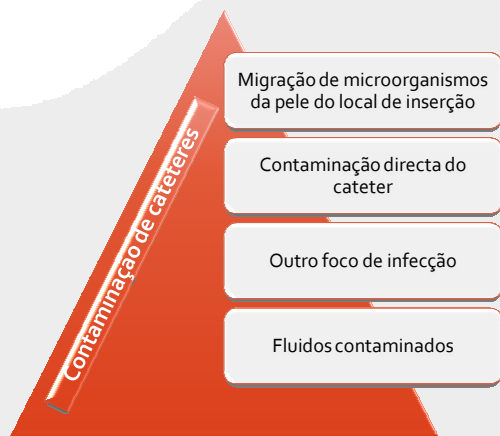
Fonte: • Comissão de Controlo de Infecção, 2011

Infecções... no Hospital Fernando Fonseca



Fonte: • Comissão de Controlo de Infecção, 2011

Infecções... causadas por CVC ou CVP



Fonte: • Centers for Disease Control, 2011

Novo procedimento

- inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

Protocolo de inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

1. Objetivos

2. Âmbito

3. Definições e Siglas

4. Procedimento

Preparação da pele

4.1.1. Deve ser feita a higiene das mãos do profissional de saúde antes de iniciar o procedimento, utilizando-se sabão líquido e água corrente, com o tempo de esfregamento de 20 segundos, até as articulações dos punhos e antebraços, incluindo as unhas e o dorso das mãos.

4.1.2. Após a higiene das mãos, o profissional de saúde deve utilizar luvas esterilizadas e máscara cirúrgica.

Descrição	Quantidade	Unidade	Observações
Alcool 96%	1	ml	
Propranolol	2	ml	

- Higienização das mãos e utilização de técnica asséptica

↳ Utilização de luvas esterilizadas

Novo procedimento

- inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

Protocolo de inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

1. Objetivos

2. Âmbito

3. Definições e Siglas

4. Procedimento

Preparação da pele

4.1.1. Deve ser feita a higiene das mãos do profissional de saúde antes de iniciar o procedimento, utilizando-se sabão líquido e água corrente, com o tempo de esfregamento de 20 segundos, até as articulações dos punhos e antebraços, incluindo as unhas e o dorso das mãos.

4.1.2. Após a higiene das mãos, o profissional de saúde deve utilizar luvas esterilizadas e máscara cirúrgica.

Descrição	Quantidade	Unidade	Observações
Alcool 96%	1	ml	
Propranolol	2	ml	

- Preparação da pele

↳ Desinfetar a pele com Etanol 96% + 2 propranolol



Novo procedimento

- inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

1. Objetivo
Procedimento de inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

2. Ambiente
Preparação da inserção realizada com Cateter Venoso Periférico
Unidade de Enfermagem de UCI

3. Definições e Siglas
Cateter Venoso Periférico - Cateter introduzido em veia periférica para administração de fármacos
MDC - Medicamentos de Classe Controlada
DUP - Cateter - Unidade de Perfusão
GDC - Cateter - Classe Controlada

4. Procedimento

Precauções

4.1. Devido ao risco de infecção associada ao cateter venoso periférico (CVP) em cateteres inseridos em veias periféricas, os cateteres devem ser substituídos de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada. A substituição deve ser realizada de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada. A substituição deve ser realizada de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada.

4.2. A substituição deve ser realizada de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada. A substituição deve ser realizada de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada.

Substituição	Tempo	Medicação
Substituição	96 em 96 horas	Sangue e derivados
Substituição	24 em 24 horas	Emulsões lipídicas
Substituição	12 em 12 horas	Propofol

- Penso do local de inserção

Substituir se húmido,
descolado ou sujo

- ↳ Penso estéril com compressa

Substituir a cada 2 dias

- ↳ Penso estéril transparente semipermeável

Substituir a cada 4 dias

Novo procedimento

- inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

1. Objetivo
Procedimento de inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

2. Ambiente
Preparação da inserção realizada com Cateter Venoso Periférico
Unidade de Enfermagem de UCI

3. Definições e Siglas
Cateter Venoso Periférico - Cateter introduzido em veia periférica para administração de fármacos
MDC - Medicamentos de Classe Controlada
DUP - Cateter - Unidade de Perfusão
GDC - Cateter - Classe Controlada

4. Procedimento

Precauções

4.1. Devido ao risco de infecção associada ao cateter venoso periférico (CVP) em cateteres inseridos em veias periféricas, os cateteres devem ser substituídos de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada. A substituição deve ser realizada de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada.

4.2. A substituição deve ser realizada de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada. A substituição deve ser realizada de acordo com o tempo de inserção e o tipo de medicação utilizada.

Substituição	Tempo	Medicação
Substituição	96 em 96 horas	Sangue e derivados
Substituição	24 em 24 horas	Emulsões lipídicas
Substituição	12 em 12 horas	Propofol

- Substituição de sistemas, conexões e prolongamentos

- ↳ 96 em 96 horas

- ↳ Sangue e derivados

Substituir no final da perfusão

- ↳ Emulsões lipídicas

Substituir de 24 em 24 horas

- ↳ Propofol

Substituir de 12 em 12 horas

Novo procedimento

- inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

1. Objectivos
Proporcionar inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

2. Âmbito
Realização de inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico
Unidade de Enfermagem de UCI

3. Definições e siglas
Cateter Venoso Periférico - Cateter introduzido em veia periférica para administração de fármacos
HIS - Informação Hospitalar
DUV - Cateter Venoso Central
CVC - Cateter Venoso Central

4. Procedimento

4.1.2. Cuidados de manutenção de Cateter Venoso Periférico
4.1.2.1. Deve ser feita a troca do Cateter Venoso Periférico a cada 96 horas, ou antes se necessário devido a qualquer alteração de estado de saúde do paciente, ou se o Cateter Venoso Periférico estiver danificado ou com o lúmen obstruído.
4.1.2.2. A troca do Cateter Venoso Periférico deve ser feita em ambiente asséptico, com o paciente em posição de decúbito dorsal, com o braço estendido e o Cateter Venoso Periférico visível.

Operador	Assistente	Supervisor	Validado

- Obturadores

- ↳ Substituir de 96 em 96 horas

- ↳ Desinfectar porta de entrada com álcool 70% a cada utilização



Novo procedimento

- manutenção de Cateter Vascular Central

Factores de risco
para infecção do CVC

Falta de assépsia na inserção

Local de inserção

Cateteres com várias vias e conexões

Presença de infecção noutra local

Duração da cateterização

Tipo de penso

Cuidados na manipulação

Discussão!

Dúvidas?

Questões?

OBRIGADO PELA ATENÇÃO!

Bibliografia

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections**. 2011. Disponível:
<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. 2007. Disponível:
http://srsdocs.com/parcerias/publicacoes/diversos/programa_nacional_infeccao.pdf
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea**. 2010. Disponível:
<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – **Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares**. 2006. Disponível:
<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntravasculares.pdf>

Apêndice VII
Auditorias dos procedimentos de enfermagem

Auditoria da manutenção de Cateter Vascular Central

Identificação da auditoria			
Serviço	Utente		
	Nº do processo	Iniciais	Data __/__/____
Auditado por:		Auditado em:	
Nome	Nº. mec.	Data __/__/____	Hora __:__

Tipologia e resultado da auditoria	
Tipologia	Nº. de controlo
TD01- Manutenção de Cateter Vascular Central	
Critérios	Resultado
a) Manutenção de CVC	

Auditoria	Sim	Não	N.A.
Prevenção de complicações			
• O enfermeiro higienizou as mãos antes de manipular o CVC			
• O enfermeiro manteve a técnica asséptica na manutenção e/ou manipulação do CVC			
• Durante os cuidados de higiene o CVC não foi molhado ou foi devidamente protegido com penso impermeável			
• O doente foi informado que deveria avisar se sentisse alguma alteração no local de inserção do CVC ou na administração de terapêutica pelo CVC			
• Existe evidência da troca dos sistemas de administração contínua de soro, todas as conexões e prolongamento a cada 96h			
• Existem sistemas de administração de sangue ou derivados pendurados após ter terminado a infusão dos mesmos			
• Existe evidência da troca dos sistemas de administração de emulsões lipídicas conexões e prolongamentos 24h após ter iniciado a perfusão			
• Todos os componentes do sistema são compatíveis, não existindo fugas ou quebras no sistema de administração			
• A porta de acesso vascular é desinfetada com álcool a 70º e são usados dispositivos estéreis para aceder à mesma			
• O enfermeiro higienizou as mãos antes de trocar o penso do CVC			
• O penso do CVC encontra-se limpo e seco exteriormente e bem colado			
• Existe registos do penso opaco estéril ter sido trocado à menos de 48h			
• Existe registo do penso transparente estéril ter sido trocado à menos de 7 dias			
• Existe registo da avaliação diária do local de inserção do CVC			

Auditoria de inserção e manutenção de Cateter Venoso Periférico

Identificação da auditoria			
Serviço	Utente		
	Nº do processo	Iniciais	Data __/__/____
Auditado por:		Auditado em:	
Nome	Nº. mec.	Data __/__/____	Hora __:__

Tipologia e resultado da auditoria	
Tipologia	Nº. de controlo
TD01- Inserção e Manutenção de Cateter Venoso Periférico	
Critérios	Resultado
b) Inserção e Manutenção de CVP	

Auditoria	Sim	Não	N.A.
Prevenção de complicações			
• O enfermeiro higieniza as mãos antes e depois da inserção do CVP			
• A pele foi limpa de toda a sujidade macroscópica antes da desinfeção da pele			
• A pele foi desinfectada com antiséptico			
• O enfermeiro esperou que o antiséptico secasse			
• O enfermeiro usa luvas esterilizadas e técnica asséptica para a inserção do CVP			
• O CVP foi inserido a menos 96h. Este tempo pode ser prolongado se houver justificação de maus acessos venosos periféricos			
• O enfermeiro aplicou penso estéril no local de inserção do CVP			
• O penso do CVP está limpo, seco e bem colado			
• Existe registo da substituição do penso semipermeável transparente à menos de 96h			
• Existe registo da substituição do penso opaco com compressas à menos de 2 dias			
• O utente foi incentivado a avisar se sentir alguma alteração ou dor no local de inserção do CVP			
• O local de inserção do CVP não apresenta sinais inflamatórios ou de extravasamento			
• Existe registo diário de vigilância do local de inserção do CVP			
• Existe evidência da troca dos sistemas de administração contínua de soro, todas as conexões e prolongamento a cada 96h			
• Existem sistemas de administração de sangue ou derivados pendurados após ter terminado a infusão dos mesmos			
• Existe evidência da troca dos sistemas de administração de emulsões lipídicas conexões e prolongamentos 24h após ter iniciado a perfusão			

<ul style="list-style-type: none">• Todos os componentes do sistema são compatíveis, não existindo fugas ou quebras no sistema de administração			
<ul style="list-style-type: none">• A porta de acesso vascular é desinfectada com álcool a 70º e são usados dispositivos estéreis para aceder à mesma			
<ul style="list-style-type: none">• Existe evidência da troca de obturadores à menos de 96h			

Apêndice VIII

Recomendações de armazenamento de dispositivos médicos
desinfetados/esterilizados nos serviços utilizadores

Armazenamento de dispositivos médicos desinfectados/esterilizados nos serviços utilizadores

Condições físicas de armazenamento:

- No serviço deve existir uma área exclusiva para o armazenamento de dispositivos médicos esterilizados/estéreis;
- Os armários/estantes deverão ser exclusivos para armazenamento de material desinfectado/estéril;
- Os armários ou estantes deverão ser constituídos de material facilmente lavável e não poroso (ex: aço inoxidável);
- Nos armários que têm portas, estas deverão estar fechadas;
- Nas estantes a primeira prateleira deverá encontrar-se a 20-25 cm do chão e a última prateleira a 40 cm do tecto;
- Os armários/estantes não deverão encontrar-se próximos de fontes de calor e/ou humidade;
- O local de armazenamento dos DM deverá ter um sistema de ventilação que deverá ser controlado;
- A humidade do local deverá encontrar-se entre 40-60%;
- A temperatura deverá manter-se entre 18°C-25°C;
- A renovação de fluxo de ar deverá ser de 10-12 vezes hora;
- O local deverá ter restrição de circulação de pessoas;
- Não deverá ter janelas para a rua ou deverão estar sempre fechadas e deverá ter portas em número reduzido;
- O local de armazenamento dos DM deverá estar dotado de caixas/gavetas/prateleiras que evitam deterioração/danificação dos DM.

Higienização do local

- Deverá existir plano de higienização da área de armazenamento;

- O plano de higienização deverá ter local para assinar e colocar número mecanográfico;
- Deverá haver supervisão do cumprimento do plano de higienização;

DM esterilizados fornecidos exteriormente

- Os DM esterilizados que provêm do fornecedor deverão ser armazenados em locais adequados;
- A reposição dos DM esterilizados que provêm do exterior deverá ser efectuada por níveis e directamente pelo fornecedor;
- Deve haver um plano de gestão adequado para controlo dos prazos de validade dos DM esterilizados que provêm do exterior;
- Os DM de uso único que provêm do exterior deverão estar devidamente identificados com data de esterilização, identificação do produto, lote e prazo de validade.

Envio de Dispositivos Médicos para o SCE

- Os serviços utilizadores não devem enviar DM de uso único para serem processados;
- Os DM deverão ser condicionados em segurança e transportados para o SCE, logo que possível, após a sua utilização. O tempo não deverá ser superior a 6 horas pois irá dificultar a pré-lavagem;
- Os SU deverão enviar as pontas dos DM e os fios dos instrumentos de corte protegidos para evitar que se danifiquem no transporte;
- Os SU deverão enviar conjuntamente com os DM uma listagem do material que enviam para processamento;

Recepção dos DM provenientes do SCE

- Em cada serviço deverá ser diariamente designado um elemento responsável pela recepção e controlo dos DM enviados pelo SCE;
- O empacotamento dos DM deverá permitir ao profissional que os recebe validar a realização da esterilização;
- Os profissionais que recebem os DM de uso múltiplo deverão realizar uma inspecção para despistar eventuais danos/deterioração dos DM ou da embalagem de empacotamento;

- Os DM de uso múltiplo estéreis danificados deverão estar claramente identificados e armazenados em local distinto;
- Antes da utilização dos DM os profissionais deverão verificar a existência de microfissuras e através do empacotamento deverão verificar a confirmação da esterilização e respectiva data;
- Antes da utilização os profissionais deverão verificar a limpeza dos DM esterilizados (observação da presença de matéria orgânica, pontos de ferrugem ou manchas);
- Os profissionais deverão verificar a presença de gotículas na embalagem ou no DM;
- Antes da utilização os profissionais deverão verificar a mudança de cor dos indicadores nas embalagens e dos indicadores químicos no interior das embalagens;
- O empacotamento dos DM de uso múltiplo deverá permitir a manutenção da assepsia aquando da sua abertura;
- No SCE deverá estar implementado um sistema de rastreabilidade manual do processo de esterilização realizado;
- Os profissionais do Serviço Utilizador deverão arquivar os testes de esterilização no processo clínico do doente;
- Os serviços deverão ter um procedimento para a recepção do material proveniente do SCE;
- Cada serviço deverá ter um procedimento para o acondicionamento e manipulação de DM desinfectados ou estéreis;

Gestão de stocks

- Em cada serviço deverá estar designado 1 elemento que seja responsável pelo controlo e supervisão desta área de armazenamento do serviço;
- Em cada serviço deverá existir um plano de gestão que permita o cumprimento da metodologia first in/ first out;
- Para cada género de DM deverá estar definido stock de segurança;
- Em cada serviço deve existir um plano de gestão dos prazos de validade dos DM.

Apêndice IX

Poster “Intervenções Autônomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca”



Intervenções Autônomas de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC), síndrome com elevada morbidade e mortalidade atinge, cada vez mais, um maior número de pessoas. Em Portugal, estima-se que cerca de 266 mil pessoas sejam afectadas por esta doença¹. A Pessoa com IC normalmente manifesta sintomas característicos: dispneia, em esforço ou em repouso; fadiga; evidências de retenção de líquidos, tais como, congestão pulmonar ou edemas dos membros inferiores; evidência objectiva de uma anomalia da estrutura ou da função cardíaca em repouso². A classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) atribui, pela sintomatologia, em actividade e repouso, um Índice de gravidade de doença ("classes"), à Pessoa com IC³. Este síndrome pode condicionar de forma significativa as actividades de vida diárias da Pessoa - maior ou menor tolerância ao esforço; dificuldades da mobilidade/marcha; alteração do padrão de sono/repouso, entre outros.

OBJECTIVO

Os objectivos deste Poster traduzem-se em, convergir a classificação funcional da NYHA com os níveis de dependência de cuidados de enfermagem em cardiologia do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) e, também, com as respectivas intervenções autônomas de enfermagem⁴ de que a pessoa necessita.

METODOLOGIA

Em função do grau de dependência funcional, fazemos corresponder a cada classe da NYHA, um grau de dependência de cuidados de enfermagem, tendo por base o SCD/E em Cardiologia, bem como as intervenções autônomas associadas a cada auto-cuidado: Alimentar-se, Auto Cuidado Higiene, Auto Cuidado: Uso do Sanitário, Auto Cuidado: Vestuário, Deambular, Posicionar-se, Transferir-se), recorrendo à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE- Versão Beta 2).

Classificação Funcional NYHA	Graus de Dependência (SCD/E)	Graus de Dependência de Auto-Cuidado (CIPE)	Intervenções Autônomas de Enfermagem
<p>Classe I</p> <p>Nenhuma limitação: exercícios físicos comuns não causam fadiga, dispneia ou palpitações</p>	<p>Independente</p> <p>Pessoa que só necessita de supervisão/orientação nos auto-cuidados ou estes são prestados por familiar</p>	<p>Dependente em Grau REDUZIDO</p>	<p>Supervisar a pessoa a alimentar-se Supervisar a ingestão de líquidos Planejar a ingestão de líquidos Ensinar sobre a dieta Incentivar a pessoa a alimentar-se Supervisar o auto cuidado: higiene Supervisar o auto cuidado: uso do sanitário Supervisar o auto cuidado: vestuário Supervisar a deambulação Supervisar o posicionamento Supervisar a pessoa na transferência Supervisar a pessoa no levante.</p>
<p>Classe II</p> <p>Limitação ligeira das actividades físicas: assintomático em repouso mas actividades comuns causam fadiga, dispneia ou palpitações</p>	<p>Ajuda Parcial</p> <p>Pessoa que necessita de estímulo ou ajuda para proceder a alguns auto-cuidados, independentemente de se encontrar acamado ou se deslocar à casa de banho</p>	<p>Dependente em Grau MODERADO</p>	<p>Assistir a pessoa a alimentar-se Assistir no auto cuidado: beber Assistir a pessoa a posicionar-se durante a refeição Assistir a pessoa a lavar a boca Assistir no auto cuidado: higiene Incentivar o auto cuidado: higiene Assistir no auto cuidado: uso do sanitário Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário Providenciar arrastadeira / urinol Assistir no auto cuidado: vestuário Assistir a pessoa ao deambular Assistir a pessoa no posicionamento Assistir a pessoa na transferência Assistir a pessoa no levante</p>
<p>Classe III</p> <p>Limitação acentuada das actividades físicas: assintomático em repouso mas sintomático para pequenos esforços</p>	<p>Ajuda total (com cuidados especiais)</p> <p>Pessoa incapaz de assegurar os auto-cuidados ou que necessita da presença contínua do enfermeiro e cuidados com maior frequência e maior complexidade</p>	<p>Dependente em Grau ELEVADO / MUITO ELEVADO</p>	<p>Alimentar a pessoa Posicionar a pessoa durante a refeição Dar banho na cama Lavar a Boca Limpar a pele perineal Vestir a pessoa Manter Repouso na cama Posicionar a pessoa</p>

CONCLUSÃO

Com a criação de um instrumento que permita um planeamento de cuidados individualizados tendo por base uma classificação internacional uniformizada cuidamos para a promoção, manutenção e recuperação da autonomia da pessoa com IC, melhorando a sua qualidade de vida. Contribuímos para aprimorar e qualificar os cuidados de enfermagem. Outorgamos visibilidade e crescente valor à profissão de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CEIA, F. et al. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *The European Journal of Heart Failure*. Vol. 4 (2002) 531-539.
- SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA. Orientações de 2008 para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 29 (2010) 633-699.
- THE CRITERIA COMMITTEE OF THE NEW YORK HEART ASSOCIATION. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*. 9th ed. Boston: Little, Brown and Company, 1994.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde. *Manual de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem em Cardiologia*. Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, Fevereiro de 2011.

Autores: Soares, Tiago Daniel; Kadic, Rita; Fernandes, Jorge
 Estudantes do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da UCP de Lisboa.
 Sob Orientação de: Prof. Doutora Helena José, Mestre Ilda Lourenço e Mestre Manuela Madureira

Grelha de
higienização das



observação para a
mãos

UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado em enfermagem Médico-cirúrgica

Grelha de observação para a lavagem das mãos

Identificação:

1. Higienização das mãos:

	Sim	Não	Técnica Correcta	Produto	Tempo gasto
1.1 - Antes do contacto com o doente					
1.2 - Após o contacto com o doente					
1.3 - Depois de contactar com ambiente do doente					
1.4 - Depois de retirar as luvas					
1.5 - Depois de entrar em contacto com produtos biológicos					

2. Recursos materiais/físicos.

Existem disponíveis lavatórios e produtos para higienização das mãos:

Sim Não

Notas:

- Na técnica correcta será para colocar se SIM, utiliza a técnica correcta ou NÃO utiliza a técnica correcta para higienização das mãos
- No produto será para o tipo de produto utilizado SABA, H2O+sabão ou NA caso não tenham higienizado as mãos
- No tempo gasto será para referir o tempo utilizado para a higienização das mãos entre os intervalos apresentados

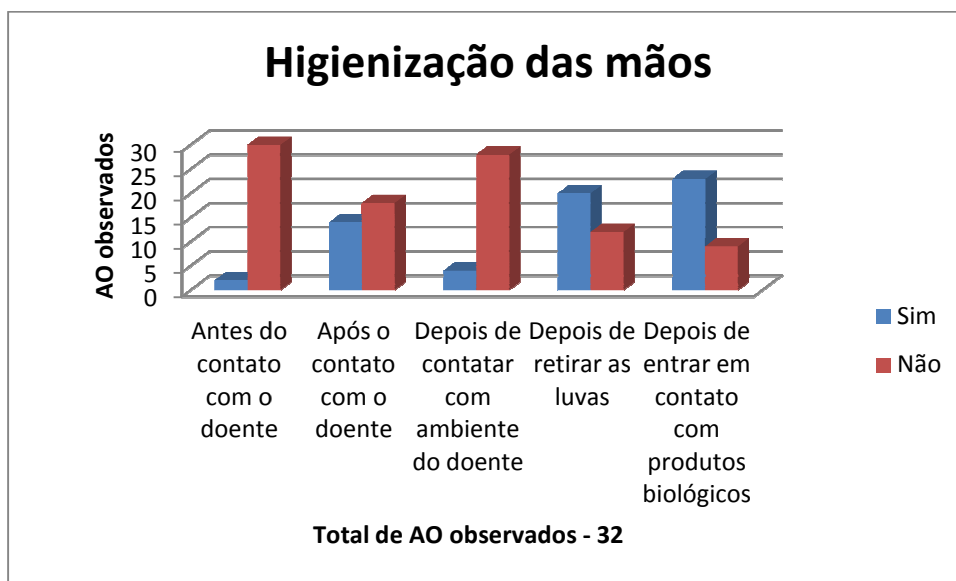
- Menos de 20 segundos
- Entre 20 e 40 segundos
- Mais de 40 segundos

Apêndice XI

Grelha de observação – momentos de adesão à higienização das mãos

Grelha de observação – momentos de adesão à higienização das mãos

Higienização das mãos	Sim	Não
Antes do contato com o doente	2	30
Após o contato com o doente	14	18
Depois de contatar com ambiente do doente	4	28
Depois de retirar as luvas	20	12
Depois de entrar em contato com produtos biológicos	23	9
Momentos de observação	63	97

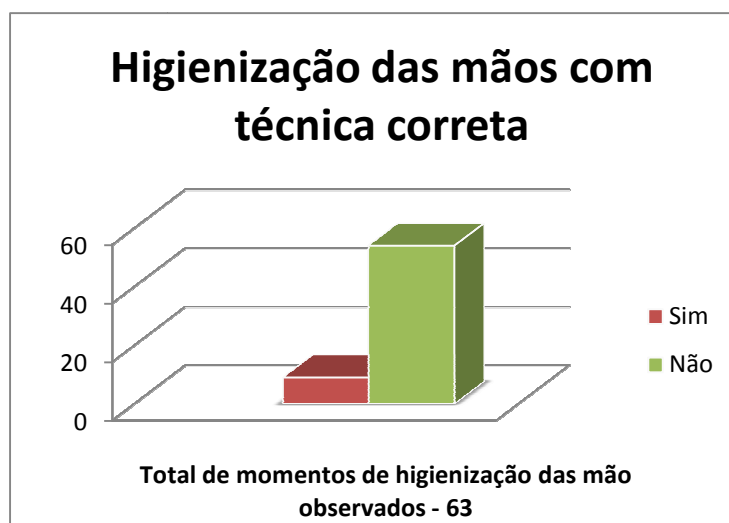


Apêndice XII

Grelha de observação – técnica correta de higienização das mãos

Grelha de observação – técnica correta de higienização das mãos

Técnica correta	Sim	Não
	9	54

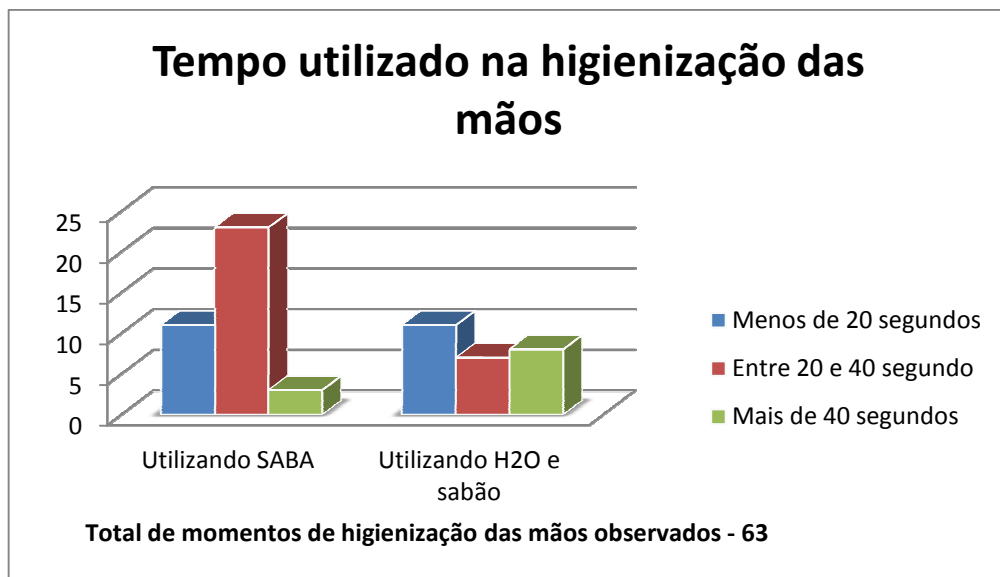


Apêndice XIII

Grelha de observação – tempo utilizado na higienização das mãos
de acordo com produto utilizado

Grelha de observação – tempo utilizado na higienização das mãos de acordo com produto utilizado

Tempo utilizado na higienização das mãos	Menos de 20 segundos	Entre 20 e 40 segundo	Mais de 40 segundos
Utilizando SABA	11	23	3
Utilizando H2O e sabão	11	7	8

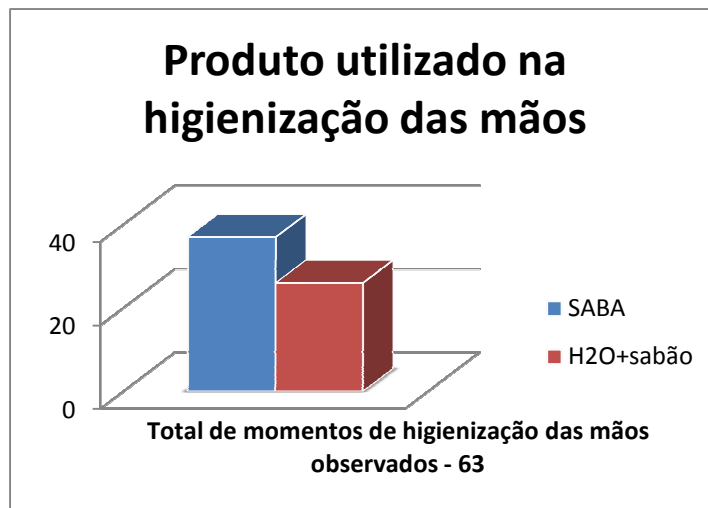


Apêndice XIV

Grelha de observação – produto utilizado na higienização das mãos

Grelha de observação – produto utilizado na higienização das mãos

Produto utilizado na higienização das mãos	SABA	H2O+sabão
	37	26



Apêndice XV

Questionário de conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos



Parte I – Caracterização da amostra

1- Tempo de serviço: _____ Anos

2- Já frequentou formações sobre a temática “higienização das mãos”?

Sim Não

2.1 - Se sim, onde frequentou a formação: _____

Parte II

Sendo a lavagem das mãos um tema de extrema importância para a prevenção da disseminação de doenças, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

Legenda:

- 1- Nada importante
- 2- Pouco importante
- 3- Importante
- 4- Muito importante
- 5- Não se aplica

	1	2	3	4	5
1 - Antes do contacto com o doente					
2 - Após o contacto com o doente					
3 - Após contacto com ambiente do doente					
4 - Depois de retirar as luvas					
5 - Depois de entrar em contacto com produtos biológicos					

Parte III

Considera que os seguintes factores influenciam a sua disponibilidade para realizar a correcta higienização das mãos?

1 - Falta de tempo: Sim Não

2 - Lesões na pele por frequente higienização das mãos, uso de luvas ou uso de produtos químicos: Sim Não

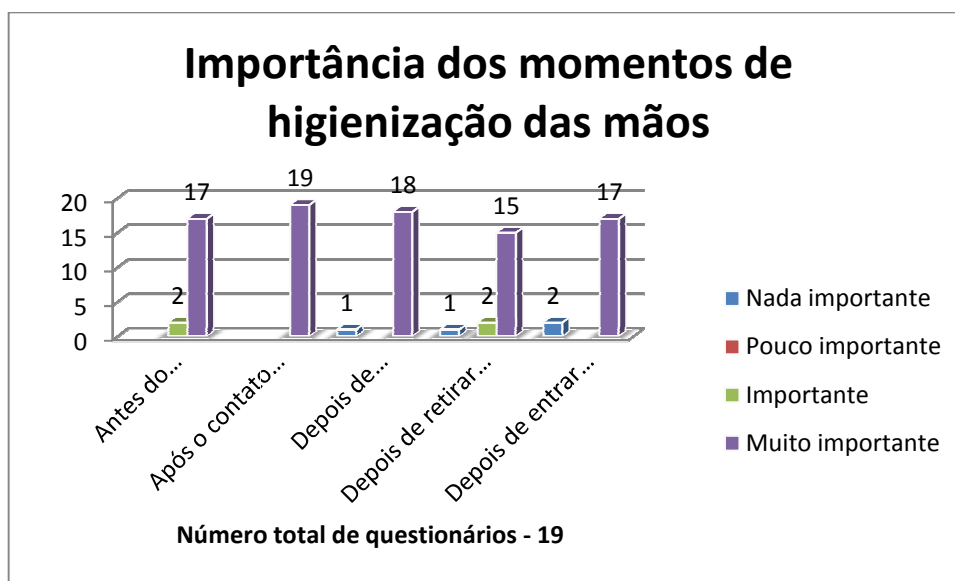
3 - Existência de recursos físicos/produtos disponíveis: Sim Não

Apêndice XVI

Questionário – importância dos momentos de higienização das mãos

Questionário – importância dos momentos de higienização das mãos

Higienização das mãos	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Antes do contato com o doente			2	17
Após o contato com o doente				19
Depois de contatar com ambiente do doente	1			18
Depois de retirar as luvas	1		2	15
Depois de entrar em contato com produtos biológicos	2			17

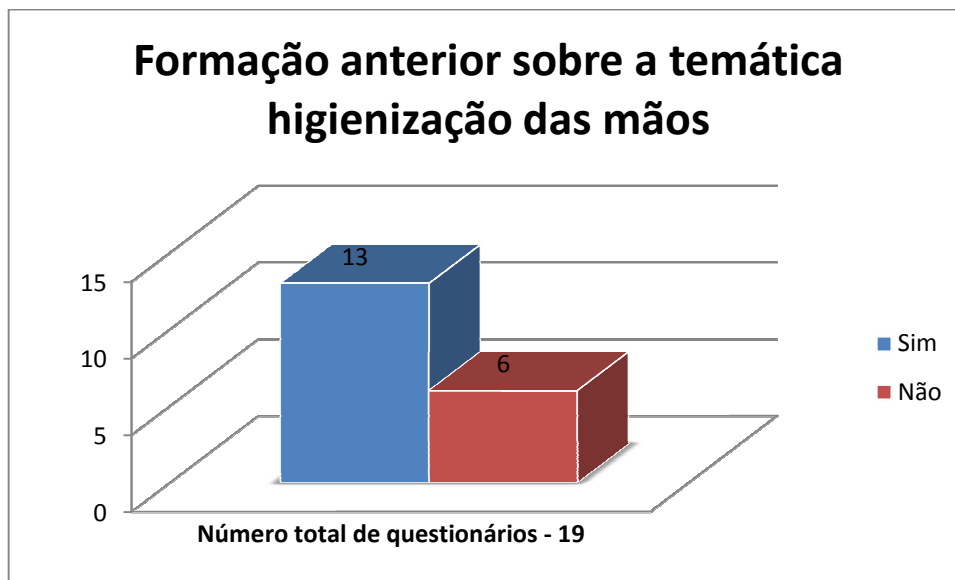


Apêndice XVII

Questionário – formação anterior sobre higienização das mãos

Questionário – formação anterior sobre higienização das mãos

Realizou formação sobre a temática "Higienização das mãos" anteriormente?	Sim	Não
	13	6

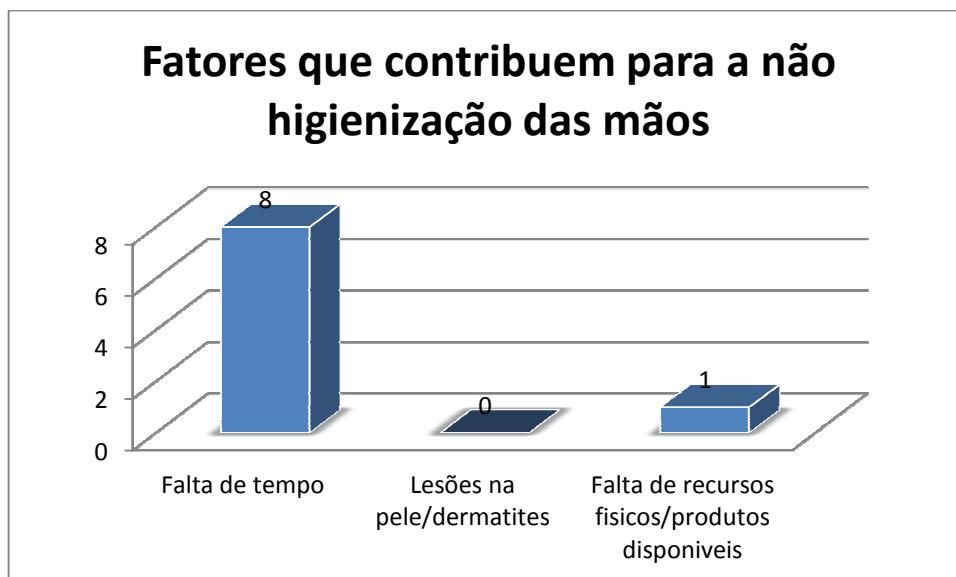


Apêndice XVIII

Questionário – fatores que contribuem para a não higienização das mãos

Questionário – fatores que contribuem para a não higienização das mãos

Fatores que contribuem para a não higienização das mãos	Coluna1
Falta de tempo	8
Lesões na pele/dermatites	0
Falta de recursos físicos/produtos disponíveis	1



Apêndice XIX

Formação “Vamos salvar vidas – higienização das mãos”



VAMOS SALVAR VIDAS

Higienização das mãos
Medidas simples fazem a diferença

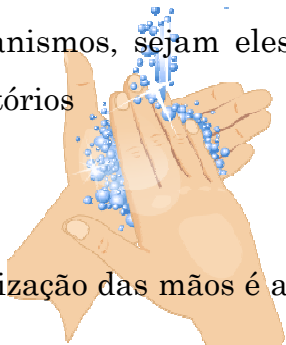
OBJECTIVOS

- ☑ Reforçar a importância da higienização das mãos no controlo de infecção
- ☑ Melhorar a adesão dos assistentes operacionais à higienização das mãos

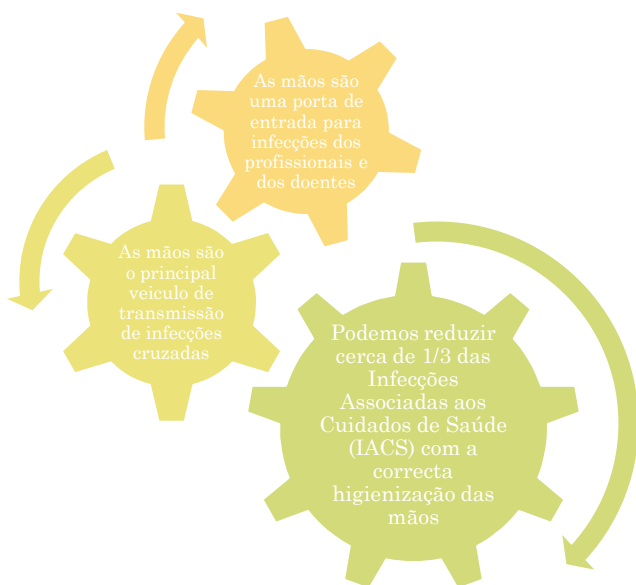


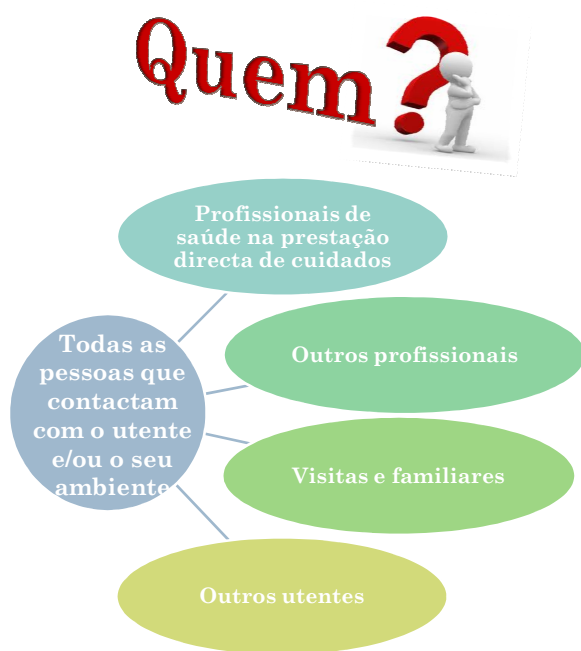
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

As mãos raramente estão livres de microorganismos, sejam eles residentes ou transitórios



Higienização das mãos é a remoção da maior parte da flora transitória das mãos





Porquê?

Para reduzir as infeções cruzadas

Proteger o utente de microorganismos que transportamos nas mãos

Proteger o utente de microorganismos presentes na sua própria pele

Proteger o profissional e visitas de microorganismos presentes nas mãos, no utente e no ambiente



Como?

Fricção das mãos com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA)



Duração do procedimento: 20-30 seg.



Como?

Lavagem das mãos com água e sabão, quando estiverem visivelmente sujas



Duração do procedimento: 40-60 seg.



Quando?

Antes do contacto com o doente



Após qualquer procedimento que envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico
COM OU SEM USO DE LUVAS

Após risco de exposição a fluidos orgânicos

Após contacto com o doente



Após contacto com o ambiente do doente



Antes de procedimentos assépticos

Antes de qualquer procedimento envolvendo contacto directo ou

indirecto com o doente, mesmo sem luvas, pelo contacto com o doente, presença de feridas, tocar em dispositivo médico invasivo, pertences pessoais ou superfícies manuseadas



Quando?

Proceder à higienização das mãos antes e depois do uso de luvas

As luvas protegem o profissional em contacto com fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas e em situações de isolamento específicas

Uso de luvas, sem higienização das mãos



TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS

Troque de luvas e higienize as mãos sempre que:

- Terminar a prestação de cuidados
- Abordar outro doente



Com quê?

SABA

Acção rápida

Elimina flora transitória

Mais acessível no local da prestação de cuidados

Água e sabão

Sempre que as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas de matéria orgânica



PORQUE TEMOS CONSCIÊNCIA QUE...

- ☞ A qualidade de vida dos utentes é fundamental para nós
- ☞ 1,4 milhões de utentes sofrem anualmente de pelo menos uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) e muitas vezes com sequelas irreversíveis
- ☞ As mãos são o principal meio de transmissão da infecção cruzada
- ☞ Podemos reduzir cerca de 1/3 das IACS com a higienização correcta das mãos

E DISPOMOS DE...

- ☞ Produto adequado para a higienização das mãos nos locais adequados
- ☞ Formação e informação



ESTÁ NAS NOSSAS MÃOS...



OBRIGADO!



Apêndice XX

Avaliação da formação “Vamos salvar vidas - higienização das mãos”

Avaliação da Formação: Vamos salvar vidas – Higienização das mãos

Vamos salvar vidas - Higienização das mãos	Insuficiente	A melhorar	Bom	Muito Bom	Excelente
Objetivos da formação			2	6	14
Interesse dos conteúdos			1	12	9
Utilidade da ação				11	11
Utilidade do curso em relação às expetativas iniciais			2	10	10
Tempo de duração	2	1	6	8	5
Opinião global sobre a ação de formação			2	8	12
Recomendação do curso a outros			2	12	8
Capacidades didáticas do formador			1	9	12
Conhecimento da matéria do formador			2	8	12
Capacidade do formador criar um ambiente participativo			2	7	13



Apêndice XXI

Formação “Eletrocardiografia para Enfermeiros”

Hospital Dr. José Almeida
Estágio de Serviço de Urgência

Electrocardiografia



Discente: Jorge Fernandes
Orientadora: Enf^a Olinda Ourique
Docente orientadora: Professora Manuela Madureira

UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

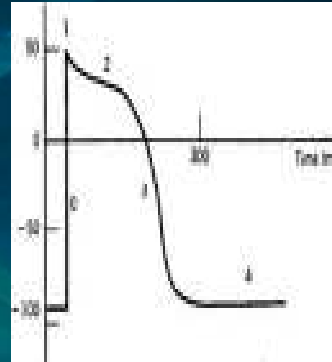
Cascais | Novembro de 2011

Objectivos

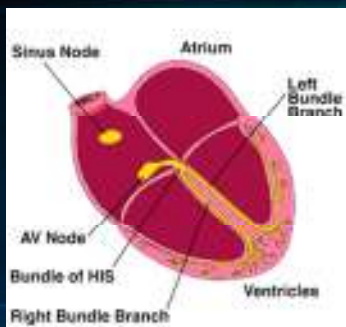
- Identificação do traçado electrocardiográfico normal;
- Identificação das principais alterações do electrocardiograma (ECG) e seu significado.

Electrofisiologia cardíaca

- **Fase 0 (despolarização)** – Existe a abertura dos canais rápidos de Na^+ , promovendo a entrada rápida de Na^+ na célula
- **Fase 1** – encerramento dos canais rápidos de Na^+ , aumento da saída de K^+ , e abertura dos canais lentos de Ca^{++}
- **Fase 2** – (plateau) – a entrada de Ca^{++} é equilibrada pela saída de K^+
- **Fase 3** – Encerramento dos canais de Ca^{++} , mas o K^+ continua a sair da célula
- **Fase 4** – Fase de repouso da célula.



Electrofisiologia cardíaca



NSA

NAV

FEIXE DE HIS

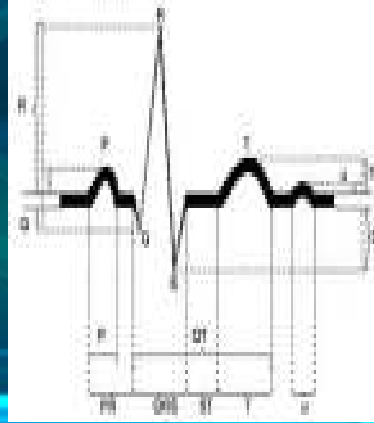
RAMO DTO

RAMO ESQD

FIBRAS DE
PURKINJE

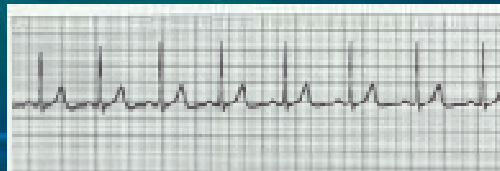
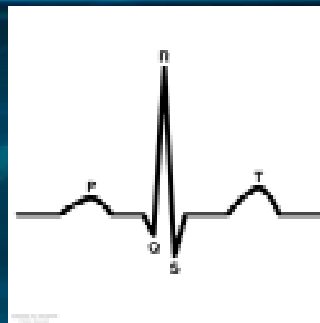
Ondas do ECG

- **Onda P** – Despolarização auricular
- **Intervalo P-R** – Intervalo de tempo entre o começo da despolarização auricular até começo da despolarização ventricular
- **Complexo Ventricular QRS** – despolarização dos Ventrículos
- **Onda T** – Repolarização dos ventrículos
- **Segmento S-T** – Período de inatividade eléctrica após despolarização do miocárdio.
- **Onda U** – Segue a onda T originada pelos potenciais tardios do início da diástole



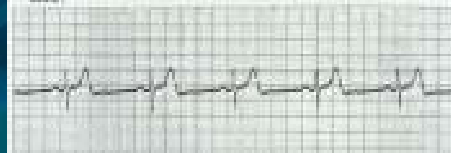
Ritmo Sinusal

- Ritmo regular
- Presença de onda P; complexo QRS; onda T
- Frequência de 60 – 100 bpm
- Intervalo PR inferior a 0,2 seg
- QRS < 0,12 segs



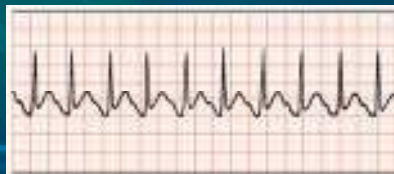
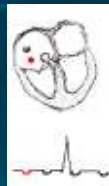
Bradicardia Sinusal

- Ritmo regular;
- FC compreendida entre 40 e 59 bpm;
- Causas:
 - Hipotireoidismo
 - Hipotermia
 - Reacções vagais
 - Consequência do treino físico (fase repouso)
 - Envelhecimento



Taquicardia Sinusal

- Ritmo regular
- FC compreendida entre 101 e 150 bpm
- Causas:
 - Exercício físico (no momento)
 - Dor, ansiedade
 - Hipertermia
 - Hemorragia
 - Hipertireoidismo
 - Desidratação

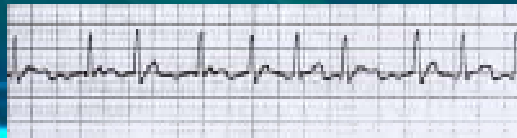


Disritmias

Supraventriculares

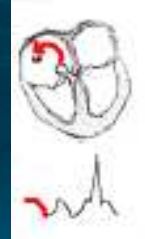
Fibrilhação Auricular

- Caracteriza-se por múltiplos focos ectópicos auriculares descoordenados e por uma frequência ventricular irregular
- Ondas fibrilatórias que distorcem a linha isoelétrica
- Ausência de sístole auricular



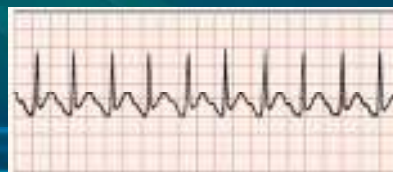
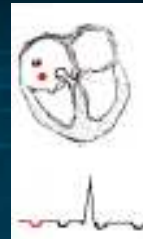
Flutter Auricular

- Caracteriza-se pela presença de ondas Flutter – em forma de dentes de serra
- Um único ponto ectópico
- Freq. Auricular entre 250 350 bpm
 - Resposta Ventricular depende da triagem do NAV



Taquicardia Supraventricular

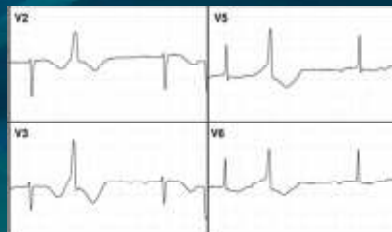
- Frequência auricular superior a 100 bpm
- Complexos QRS e ondas T apresentam a mesma morfologia (estreitos) em relação aos batimentos sinusais
- Ondas P podem ser vistas sobre ou incluídas nas ondas T dos batimentos precedentes
- A condução dá-se através de um circuito de reentrada ou via de condução circular



Disritmias Ventriculares

Extrassístoles Ventriculares

- Uma ESV é um impulso ectópico prematuro situado no ventrículo, abaixo do feixe de His
- Complexos QRS largos ou bizarros
- Duração superior a 0,12seg, sem onda P precedente
- Pode surgir onda P invertida após o QRS
- Podem ser:
 - Monomórficas; Polimórficas
 - Pares; Tripletos; Salvas
 - Bigeminismo; Trigemínismo



Ritmo Idio-ventricular

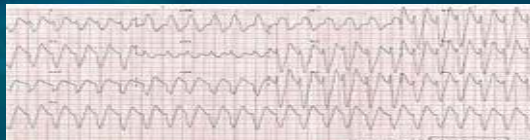
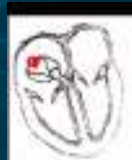
- Acontece principalmente em caso de falência do NSA e da junção AV. Os ventrículos irão despolarizar com a sua própria frequência
- Um foco ectópico ventricular torna-se o pacemaker dominante do coração
- Surge um ritmo de escape muito lento, com origem nos ventrículos



- FC entre 15 a 40 bpm
- Ondas P podem ou não estar presentes
- Complexos largos e semelhantes

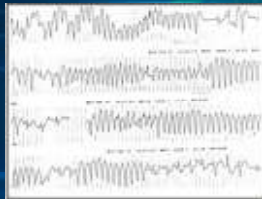
Taquicardia Ventricular

- A TV é uma disritmia ventricular rápida – FC > 100 bpm
- Série de quatro ou mais ESV
- Inicia-se e termina de forma abrupta
- Onda P por vezes visível
- Complexos QRS alargados e com discreta variação da sua morfologia;
- Requer tratamento imediato (cardioversão eléctrica; impregnação de amiodarona ou lidocaína)



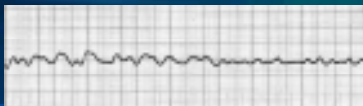
Torsade de Pointes

- É uma variante da TV, na qual os complexos QRS parecem enrolar-se em torno da linha isoelétrica
- Frequência ventricular extremamente rápida
- Requer tratamento imediato (cardioversão eléctrica ou sulfato de magnésio)



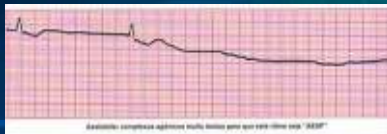
Fibrilhação Ventricular

- Desorganização total da actividade eléctrica do coração
- A linha isolétrica é acidentada e ondulada
- É composta por ondas que variam em amplitude e morfologia.
- Requer tratamento imediato com desfibrilhação



Assistolia Ventricular

- Caracteriza-se pela total ausência de actividade eléctrica no coração (linha isoelectrica)
- Causas:
 - Falência dos pacemaker cardíacos intrínsecos
 - Episódio prolongado de FV



Bloqueios

- Qualquer obstrução nas vias de condução eléctrica
- Existem 3 tipos de bloqueio:
 - Bloqueio do nóculo sinusal – Bloqueio NSA
 - Bloqueio aurículo-ventricular – BAV
 - Bloqueio de ramo – direito e esquerdo

BAV

BAV de 1º Grau

BAV de 2º Grau

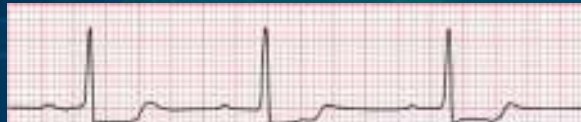
BAV de 3º Grau ou
Completo

Mobitz tipo I

Mobitz tipo II

BAV de 1º grau

- Atraso na condução do NAV ou do feixe de His
- Intervalo PR > 0,20 seg
- Todos os complexos QRS são precedidos de onda P



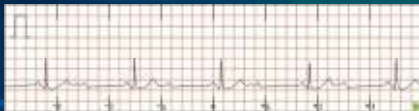
BAV 2º grau Mobitz I

- Cada impulso auricular sofre um atraso progressivamente maior no NAV até haver um impulso não conduzido
- Características:
 - Bloqueio no NAV
 - Transitório e benigno
 - Raramente evolui para BAVC



BAV 2º grau Mobitz II

- A condução do estímulo auricular é um fenômeno do tudo ou nada
- O ratio das ondas P/QRS pode variar 2:1, 3:1, etc
- Bloqueio abaixo do NAV no feixe de His
- Mais grave, podendo evoluir para BAVC



BAV completo

- Nenhum impulso eléctrico é conduzido para os ventrículos
- Os ventrículos e as aurículas continuam a contrair, mas cada um com as suas próprias frequências
- Os ventrículos respondem com ritmo de escape baixo



Third Degree (complete) AV Block

P Wave	PR Interval (in seconds)	QRS (in seconds)	Characteristics
Normal but not related to QRS	None	N/A	No relationship between P&QRS

Bloqueios de ramo



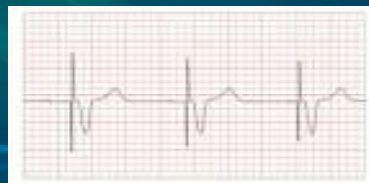
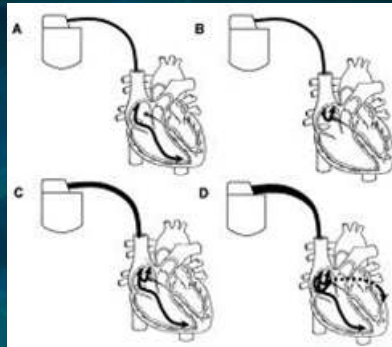
- Esquerdo
 - Configuração R-R' nas derivações V5, V6, DI e aVL
 - Reflecte quase sempre a existência de doença degenerativa do sistema de condução ou cardiopatia isquémica

- Direito
 - Configuração R-R' nas derivações V1 e V2



Pacemaker artificial

- Equipamento electrónico utilizado para iniciar o batimento cardíaco
- Eléctrodos podem estar colocados na AD, VD ou VE
- TC com artefacto (spike) correspondente ao estímulo enviado pelo PM



Exercício 1

- Doente de 65 anos, admitida no SU por quadro súbito de dispneia e palpitações
- O ECG revela:



Exercício 2

- Doente de 56 anos, admitida no SU por quadro súbito de tonturas e palpitações
- Pulso rápido e regular
- O ECG revela:



Exercício 3

- Doente em Flutter auricular é cardiovertido com 50J;
- O ECG revela:



Exercício 4

- Doente de 49 anos perde a consciência no local de trabalho.
- Quando a VMER chega ao local e monitoriza o traçado é o seguinte:



Exercício 5

- Doente de 68 anos trazido ao SU por quadro de síncope.
- Na reanimação foi monitorizado e apresenta o seguinte traçado:



Exercício 6

- Doente de 85 anos internada em SO por BAV 2º grau Mobitz II;
- Monitorizada, subitamente fica com o seguinte traçado:



Apêndice XXII

Avaliação da formação “Eletrocardiografia para Enfermeiros”

Avaliação da Formação: Eletrocardiografia para enfermeiros

Eletrocardiografia para enfermeiros	Insuficiente	A melhorar	Bom	Muito Bom	Excelente
Objetivos da formação				13	16
Interesse dos conteúdos				9	20
Utilidade da ação				10	19
Utilidade do curso em relação às expetativas iniciais				11	18
Tempo de duração			5	15	9
Opinião global sobre a ação de formação				16	13
Recomendação do curso a outros				12	17
Capacidades didáticas do formador				14	15
Conhecimento da matéria do formador				13	16
Capacidade do formador criar um ambiente participativo			2	14	13

