



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Carmen Patrícia Teixeira Moreira

Março, 2015



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Carmen Patrícia Teixeira Moreira
Sob orientação de Mestre Lúcia Rocha

Março, 2015

Resumo

Este relatório surge no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica após a realização de estágio no Instituto Nacional de Emergência Médica, no Serviço e Urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, e traduz o desenvolvimento, a aquisição e a integração de conhecimentos para a prestação de cuidados especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa adulta e idosa com doença grave ou em estado crítico.

Está estruturado em quatro Domínios de Competências, utilizando o método descritivo e analítico, através da análise crítica de situações concretas, fundamentada na evidência científica, com sugestões de melhoria e de resolução dos problemas identificados.

No Domínio de uma Prática Profissional, Ética e Legal destacam-se as reflexões críticas decorrentes de situações concretas, nomeadamente sobre o respeito pelo sigilo profissional, o consentimento informado e consentimento presumido, o respeito pela privacidade e a decisão de não reanimar.

No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, salienta-se a identificação das oportunidades de melhoria e as estratégias sugeridas, no âmbito do controlo de infeção e da melhoria dos registos de enfermagem.

No Domínio da Gestão de Cuidados, realça-se a participação em todos os processos de gestão dos vários locais de estágio refletindo sobre a sua exequibilidade e adequação às características do serviço.

No Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais, a capacidade de análise de situações complexas e reflexão sobre situações concretas com fundamentação adequada é uma competência essencial do Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo que foi desenvolvida a capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, assim como o próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional e competências na área da comunicação, no relacionamento com o doente e com a família.

Os estágios, além de permitirem o contacto com situações de urgência e emergência, são momentos privilegiados de contacto com novas realidades, aprofundamento da consciência crítica e desenvolvimento de competências refletindo-se no desempenho da Enfermagem como especialista.

Com a elaboração deste relatório, pretende-se refletir criticamente sobre as principais atividades e competências adquiridas, recorrendo à fundamentação científica. Também se pretende relatar dificuldades sentidas e apresentar, de forma crítica, a contribuição deste estágio para o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.

Abstract

This report comes in the context of the degree of Master of Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing after the stage of completion at the National Institute of Medical Emergency Service and the Emergency and Multipurpose Intensive Care Unit of the Hospital of Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE, and translates the development, acquisition and integration of knowledge to provide specialized care in the Medical-Surgical Nursing area to adult and elderly with severe disease or in critical condition.

Is structured in four Competency Domains using the descriptive and analytical method, through critical analysis of concrete situations, based on scientific evidence, with suggestions for improvement and resolution of identified problems.

In the Domain of Professional Practice, Ethical and Legal stand out criticism arising from concrete situations reflections, particularly on respect for professional secrecy, informed consent and presumed consent, respect for privacy and the decision not to resuscitate.

The Quality of Continuous Improvement Area, highlight the identification of opportunities for improvement and the suggested strategies within the infection control and improvement of nursing records.

In the Care Management Domain, highlights the participation in all management processes of the various stage of local reflecting on their feasibility and suitability to the characteristics of the service.

Development in the Domain of Learning Professionals, the ability to analyze complex situations and reflect on concrete situations with adequate reasoning is an essential responsibility of the Specialist in Medical-Surgical Nursing, which was developed by the ability to react to unexpected and complex situations, and as the very process of self personal and professional development and skills in communication, in relationship with the patient and family.

Internships and would permit contact with urgent and emergency situations, are privileged moments of contact with new realities, deepening critical awareness and skills development reflecting on the performance of Nursing as an expert.

With this report, we intend to critically reflect on the main activities and acquired skills, using the scientific reasons. Also intends to report difficulties felt and present, critically, the contribution of this stage for the development and professional development.

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esta etapa fosse concluída. Não sendo viável nomeá-los a todos, há no entanto alguns a quem não posso deixar de manifestar o meu apreço e agradecimento sincero.

À minha orientadora, Mestre Lúcia Rocha, pelo apoio e disponibilidade manifestada.

Aos meus amigos, pelos momentos de descontração tão importantes para o meu equilíbrio.

Ao meu afilhado Rodrigo, por me trazer tanta alegria.

Ao meu marido, ouvinte atento de algumas inquietações, desânimos e sucessos, pelo apoio, pela confiança e pela valorização sempre tão entusiasta do meu trabalho, dando-me, desta forma, coragem para ultrapassar a culpa pelo tempo que a cada dia lhe subtraía.

Aos meus pais, por sempre me incentivarem perante os desafios, a fazer mais e melhor, quero partilhar convosco a alegria de os conseguir vencer continuamente! Uma palavra de reconhecimento muito especial para eles, pelo amor incondicional e pela forma como ao longo deste período, tão bem, souberam ajudar-me.

À minha filha Francisca, que apesar de ainda estar a caminho, já me inspira com os ares de uma nova vida.

A todos, o meu muito obrigada!

Lista de Abreviaturas e Siglas

AEM - Ambulância de Emergência Médica

AO – Assistente Operacional

APH - Assistência Pré-Hospitalar

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão Controlo de Infecção

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CHVNG/E, EPE - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Entidade Pública Empresarial

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPLEEMC - Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CVCTI – Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

DGS - Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

ECG - Eletrocardiograma

ECMO – Extracorporeal membrane oxygenation

EE - Enfermeiro Especialista

IACS – Infecção Associada a Cuidados de Saúde

ICARE - Integrated Clinical Ambulance Record

ICN - International Council of Nurses

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MS - Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardio Respiratória

PEEP - Pressão Positiva no Final Expiração

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PIC – Pressão Intra-Craniana

PSP - Polícia de Segurança Pública

PVC – Pressão Venosa Central

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIH – Reanimação Intra-Hospitalar
RMDE – Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem
SAV - Suporte Avançado de Vida
SBV - Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SIE – Sistema de Informação em Enfermagem
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV - Suporte Imediato de Vida
STM – Sistema de Triagem de Manchester
SU - Serviço de Urgência
TAE - Técnicos de Ambulância de Emergência
UCP - Universidade Católica Portuguesa
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
VMER - Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação

Índice

Introdução.....	9
1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	15
2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	25
3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	35
4. Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais	43
Conclusão.....	59
Referências Bibliográficas	63
Anexos.....	71
Anexo I – Formação em Serviço – Cateter Venoso Central Totalmente Implantado - SU.....	73
Anexo II – Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar – Proposta de Intervenção....	136
Anexo III - Sistemas de Informação de Enfermagem – UCIP	179

Introdução

O Enfermeiro Especialista (EE), definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) “... é o 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 demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010a, p. 2)

O Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC) integra a Unidade Curricular Relatório, que visa a elaboração prévia de um projeto de estágio, com alusão às competências a desenvolver, bem como às estratégias e atividades que permitam o desenvolvimento das mesmas. No final do estágio, a elaboração do Relatório, surge como resposta ao projeto elaborado, descrevendo as competências desenvolvidas e as experiências vividas, de forma refletida, fundamentada e crítica.

A Unidade Curricular Estágio, visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem Avançada ao doente adulto e idoso com doença grave sendo especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. Para desenvolver estas competências foi necessário adquirir saberes, fazer a ligação entre a teoria e a prática, desenvolver um espírito crítico-reflexivo para me ajudar a mobilizar, aprofundar e adquirir conhecimentos para a adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios de Enfermagem. Esta unidade curricular do CPLEEMC da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde – Porto está dividida em três módulos distintos: Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo Opcional.

O Módulo I – SU decorreu no período de 15 de Setembro a 8 de Novembro de 2014, no SU do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Entidade Pública Empresarial (CHVNG/E, EPE), Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos, que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) no período de 10 de Novembro de 2014 e 17 de Janeiro de 2015 no mesmo hospital e o Módulo III – Opcional, decorreu no âmbito da Assistência Pré-Hospitalar (APH) nos diferentes meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) – Região Norte, no período de 28 de Abril a 28 de Junho de 2014. Os módulos não são precedentes entre si, a ordem pela qual foram realizados foi delineada pela instituição de ensino, assim se justifica o facto de primeiro realizar o módulo III, seguindo-se o módulo I e só no fim o módulo II.

Dado que a Enfermagem em contexto de urgência/emergência é uma área que desde sempre despertou o meu interesse, essencialmente no âmbito da prática avançada de enfermagem, este estágio surgiu como uma oportunidade de privilegiar essa perspetiva. A capacidade de atuação em situações agudas, de acordo com a avaliação rápida e assertiva do doente, de forma refletida, baseada na interligação dos conhecimentos científicos, das capacidades técnicas e relacionais, em contextos tão específicos e repletos de particularidades, como APH, SU e UCIP, e a forma como estes se articulam, tornaram esta experiência muito enriquecedora. O local escolhido para a realização do módulo I e II foi o CHVNG/E, EPE uma vez que se trata de um hospital central, com uma abrangência quase total das várias valências médicas e onde exerço funções há seis anos num serviço de Medicina. O desejo de conhecer o trabalho de enfermagem efetuado nos vários serviços da instituição é também uma justificação para a seleção deste local.

O CHVNG/E, EPE é um hospital central que presta cuidados de saúde a uma área de influência que lhe está atribuída, pelas redes de referência, de 700.000 habitantes, é das poucas estruturas hospitalares a nível nacional com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde: desde o doente agudo, através do seu SU Polivalente, que recebe mais de 500 doentes por dia, passando pelos cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, até aos cuidados continuados e de reabilitação (CHVNG/E, EPE – Instituição, 2014).

O módulo III de estágio opcional na APH foi desenvolvido em vários meios do INEM – Região Norte, como o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) no Porto, as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) do Hospital de São João e do CHVNG/E, EPE, as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Gondomar, Vila do Conde e Fafe e a Ambulância de Emergência Médica (AEM), Gaia 1. Optei por meios com diferentes áreas de atuação geográfica para conhecer realidades de ativações em áreas mais urbanas e mais rurais, tendo em conta também o número médio de acionamentos.

Portugal tem, desde 1981, um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O SIEM trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais e Centros de Saúde (INEM, 2013a).

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde (MS) responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do SIEM. O sistema começa quando alguém liga 112 - o Número Europeu de Emergência. O atendimento das chamadas cabe à PSP, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com saúde, a mesma é encaminhada para os CODU do INEM (INEM, 2013a).

O CODU é responsável pela triagem das situações relacionadas com saúde que são acionados pelo número europeu de socorro, 112, e posterior acionamento dos meios. As AEM têm como objetivo principal a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde. A tripulação é composta por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), permitindo a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida (SBV). As Ambulâncias SIV têm como objetivo garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação. A tripulação é composta por um enfermeiro (o líder da equipa) e um TAE e visa a melhoria dos cuidados prestados à população em ambiente pré-hospitalar. A sua atuação baseia-se na avaliação da situação e na implementação de protocolos. Atualmente as SIV estão a ser

restruturadas e integradas nos SU. A VMER é um veículo de intervenção destinado ao transporte rápido de uma equipa médica até ao local onde se encontra a vítima. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV) , trauma etc. As VMER atuam na dependência direta dos CODU e têm base hospitalar. Têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento diferenciado até ao centro hospitalar mais próximo ou mais adequado à situação. Também as VMER estão a ser reestruturadas e integradas nos SU de Médico-Cirúrgica ou Polivalentes (INEM, 2013a).

Durante a realização do módulo I do estágio, SU, passei por setores como: a área da triagem de manchester, onde são triados os doentes mediante a prioridade e encaminhados para os respetivos setores; área amarela/verde/azul, para onde são encaminhados doentes classificados como urgentes, identificados pela cor amarela e também aqueles de menor gravidade classificados como pouco urgentes ou não urgentes (verde e azul). São observados por um médico de clínica geral que posteriormente, caso necessário pode solicitar observação na área médica ou área cirúrgica; área médica, que dispõe de um espaço amplo para onde são encaminhados os doentes triados com a cor amarelo/laranja da área médica e vias verdes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) sem indicação para trombólise, os doentes permanecem nesta área durante 24 horas e posteriormente ou têm alta para o domicílio ou permanecem neste espaço internados por inexistência de vagas nos serviços; área cirúrgica: a pequena cirurgia é uma área que dá resposta à área amarelo/laranja da área cirúrgica; área ortopedia/pneumologia onde são observados os doentes do foro ortopédico ou pneumológico; Sala Emergência (SE) onde são admitidos os doentes emergentes, em que existe, ou poderá existir, risco de vida ou compromisso de funções vitais e necessitam de tratamento imediato. Estas são áreas muito diferentes entre si mas que se articulam e complementam. Existe ainda a equipa de Reanimação Intra-hospitalar (RIH), constituída por médico e enfermeiro com competências de SAV, cuja extensão é 4444. O enfermeiro que fica alocado à SE é denominado o RIH um, que tem apoio do RIH dois que se encontra alocado normalmente no gabinete de triagem ou na área dos verdes dependendo do plano de trabalho elaborado pelo coordenador de equipa.

No módulo II do estágio, realizou-se na UCIP do CHVNG/E, EPE tal como já referido anteriormente, foi criada em 6 de Julho de 1988, como um serviço orgânico-funcional dotado de autonomia técnica, materiais e recursos humanos próprios, com a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência. Dedicar-se à prestação de cuidados diferenciados a pessoas em situação crítica com risco ou falência de funções vitais, com capacidade de resposta imediata e rigorosa. Nesta unidade são admitidos frequentemente doentes do foro médico, cirúrgico, essencialmente doentes que se encontram no pós-operatório de neurocirurgia e doentes politraumatizados. Segundo o MS (2003, p.5) corresponde a uma unidade de nível III pois *“assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24 horas por dia”*. No que concerne aos recursos humanos, a UCIP é constituída por elementos de vários grupos profissionais, que interagem para a prestação dos melhores cuidados de saúde aos doentes internados.

Este relatório surge como indispensável na documentação deste estágio, já que é uma ferramenta de carácter flexível que promove evolução e desenvolvimento pessoal e profissional através da contínua avaliação e reflexão crítica, tem como objetivos, descrever as oportunidades de melhoria identificadas, comunicar as estratégias de resolução sugeridas e implementadas, demonstrar espírito crítico face às experiências em contexto de estágio e ilustrar o percurso efetuado.

A metodologia utilizada para a realização deste documento é descritiva e analítica através da reflexão e descrição das atividades desenvolvidas no estágio para a consecução dos objetivos definidos, no sentido de aquisição e desenvolvimento de competências como futura EE.

Este documento encontra-se organizado com base nos Domínios de Competências Comuns do EE: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria Contínua da Qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais (OE, 2010a). Esta divisão parece-me a mais adequada para a reflexão sobre o meu percurso neste estágio como futura EE, já

que me permite organizar as atividades desenvolvidas e os objetivos atingidos, no âmbito de cada competência.

1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Como refere a OE (2010a) este domínio, assenta numa prática que sustenta a sua ação, com base num corpo de conhecimentos éticos e deontológicos, através da avaliação sistemática das melhores práticas e no respeito pela vontade e liberdade de escolha do cliente. Simultaneamente, realiza-se na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A prática profissional que respeita os campos, ético e deontológico, é uma competência comum a todos os enfermeiros, pelo que procurei, nos três módulos de estágio, desenvolver este domínio a um nível compatível com o do EE.

No decurso destes três módulos, analisei e refleti, criticamente, sobre a correção da minha prática, e do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, baseadas na legislação existente sobre o assunto.

Com a finalidade de adquirir e aperfeiçoar competências neste domínio, desenvolvi atividades no sentido da consecução dos seguintes objetivos: refletir na e sobre a prática, de forma crítica e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.

As normas de atuação dos enfermeiros no que concerne a uma prática com respeito pelas normas de conduta deontológica estão amplamente consagradas no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Este documento refere que as *“intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da*

liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro.”, tendo como princípio orientador o “*respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes*” e que o enfermeiro ao inscrever-se na Ordem, assume o dever de “*cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão*” assegurando a defesa e proteção da pessoa de práticas contrárias à lei, à ética ou ao bem comum (OE, 2009a, p. 2).

No decorrer deste estágio algumas questões neste domínio, suscitaram reflexão e pesquisa tais como o respeito pelo sigilo profissional, o consentimento informado e presumido, o respeito pela privacidade e a decisão de reanimar.

Uma das situações que me marcou foi um caso em APH em que a equipa da VMER foi ativada para uma agressão, vítima do sexo feminino, com 25 anos de idade. À nossa chegada a vítima encontrava-se consciente e com os sinais vitais estáveis, embora com diversos hematomas em várias regiões na cabeça e feridas superficiais em ambos os punhos provocadas por cortes com faca realizados pela própria vítima. Teria sido agredida pelo companheiro após uma discussão na presença dos dois filhos do casal de 18 meses de idade. A vítima afirmou que já seria uma situação recorrente e apesar de lhe ser explicada a necessidade da realização de exames médicos para conhecimento das lesões que poderiam ter sido provocadas pela agressão, recusou transporte para o hospital. Ao longo do discurso percebemos que não iria apresentar queixa da agressão contra o seu companheiro contudo os vizinhos que já teriam assistido por diversas vezes a esta situação e dado que este casal tinha a seu cargo duas crianças menores e nos termos do Decreto-lei (DL) 45/95, artigo nº152 a) do Código Penal Português estamos perante um crime de violência doméstica. Este tipo de crime é público, o que significa que segundo o DL 78/87, artigo nº 241 do Código de Processo Penal basta que haja notícia do crime para haver procedimento crime. Aliás, de acordo com mesmo DL estando presente uma entidade policial, a denúncia do crime é obrigatória. Nesta situação demonstrei respeito pela individualidade e autonomia da doente preconizada pelo CDE (OE, 2009a). De facto a vítima necessitaria de uma avaliação mais aprofundada que só poderia ser efetuada no hospital, contudo, está expresso na Lei de Bases da Saúde que os utentes têm direito a “*Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta*”

e o direito de serem informados “sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (DL nº 48/90 de 24 de Agosto p. 3454). Após lhe ser explicada as condicionantes do seu estado de saúde, a doente gozou da sua plena autonomia.

Neste contexto está implícito o Consentimento em Saúde que consiste numa manifestação de respeito pelo ser humano, esteja doente ou não. Reflete em particular o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação de uma decisão livre e esclarecida (Direção Geral de Saúde (DGS), Norma nº 015/2013).

Existem situações em que o utente é incapaz de consentir por se apresentar incapaz, como é o caso dos menores e dos adultos com alterações do estado de consciência. Quando a pessoa se encontra impedida de prestar o consentimento livre e esclarecido o profissional de saúde atua tendo em consideração o “benefício direto” no sentido da promoção do benefício do cuidado à pessoa atendendo às circunstâncias desta, o melhor agir ético, conhecimento científico e os deveres deontológicos (Deodato, 2012), tal como referido pelo autor, nesta situação vivenciada não nos poderíamos fazer valer do benefício direto, uma vez que se tratava de uma senhora consciente e orientada, com capacidade de decisão.

É de vital importância que se questione as dimensões éticas e espirituais do ser humano e como este deve ser respeitado no momento da morte, indo de encontro aos princípios éticos do respeito pela individualidade tal como preconizado pelo CDE.

Destaco uma outra situação em APH de uma ativação para vítima inconsciente, de 92 anos de idade, totalmente dependente e sem vida de relação que se encontrava em Paragem Cardio Respiratória (PCR). Às manobras de SBV já a serem efetuadas pelos bombeiros, sucederam-se as manobras de SAV aquando da chegada da equipa de SIV. A situação de PCR não foi possível reverter tendo sido dada indicação pelo CODU, para se proceder à transferência para o hospital

em SAV. Na ausência da equipa da VMER e na ausência de um médico no local, que poderia ser o médico de família para verificar o óbito, as manobras têm que ser mantidas até ao hospital e só foram suspensas com indicação do médico na SE, uma vez que de acordo com a DL nº 141/99 de 28 de Agosto, a verificação da morte é da competência dos médicos.

De facto temos como obrigação moral e profissional utilizar todos os nossos conhecimentos e meios para salvar uma vida, contudo estes casos deveriam estar devidamente referenciados pelos médicos de família ou pela equipas hospitalares em consonância com as famílias para que numa situação limite não se iniciem manobras que apenas prolongam o sofrimento da família e não fazem respeitar o corpo após a morte.

Um momento também marcante e de reflexão, em contexto de SU, prende-se com os doentes em situação de fim de vida, cujo objetivo de atuação deveria ser a redução dos estímulos desagradáveis, o controlo da dor e a diminuição do sofrimento. Apesar de alguns esforços encetados nesse sentido, por diversas vezes, doentes nestas circunstâncias foram sujeitos a procedimentos invasivos e geradores de dor e desconforto. As famílias deixaram de encarar a morte de um ente querido em casa como natural e recorrem ao SU por dificuldade na gestão desta situação. Um doente em estado terminal que se encontra no domicílio com os seus familiares, rodeado das pessoas e das memórias que lhe são queridas, em estado de agonia, é arrancado do seio do seu lar porque os familiares, sem saberem o que fazer para aliviar a dor e o sofrimento de quem está para partir, recorrem ao SU. Tive a oportunidade de vivenciar uma situação destas, em que o doente teria manifestado vontade de morrer em casa, mas a família já não apresentava condições psicológicas para gerir esta situação e desta forma recorreu ao SU manifestando sempre vontade de o levar para casa assim que os sintomas estivessem controlados. É dever do enfermeiro *“respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas”* (OE, 2009a, p. 5). Relativamente a este assunto a OE revela que a *“A formação ética, deontológica e jurídica constitui o suporte adequado para a necessidade de decidir diferente em cada situação, muitas vezes deixando de prestar os cuidados que o conhecimento*

científico determinaria.” sendo que *“A formação nestes domínios é indispensável para, primeiro problematizar as situações que surgem em cada dia e depois, procurar, incluindo a necessária discussão em equipa, as melhores soluções para cada caso concreto.”* (OE, 2010b, p. 7). A justiça na atuação está em prestar os cuidados de acordo com cada situação, adequada a cada circunstância, no sentido de evitar situações de tratamento inúteis e fúteis causadores de sofrimento sem qualquer benefício para o doente ou para a sua família, enfatizando o facto que a formação ética, deontológica e jurídica constituir o alicerce para a necessidade de decidir de forma diferente. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013a), preconiza que todos os países devem desenvolver e implementar uma política nacional de cuidados paliativos, assegurando a formação e dotação dos profissionais de saúde e a sensibilização da população, uma vez que estes cuidados procuram o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida, tanto para o doente terminal como para os seus familiares (OMS, 2013b).

O doente tem o direito de acompanhamento no SU, como exposto no DL n.º33/2009 de 14 de Julho. Neste SU os acompanhantes recebem uma pulseira lilás como identificação de acompanhante onde consta o nome do doente que estão a acompanhar. De facto, de acordo com esta lei, reconhece-se e garante-se aos doentes o direito à presença de um acompanhante por si designado no SU, devendo o doente ser informado acerca deste direito na sua admissão e cabendo aos serviços providenciar as condições para que tal possa acontecer (salvaguardam-se todas as situações em que a presença de acompanhante compromete a prestação dos cuidados). De acordo com esta mesma lei, esse acompanhante tem direito à informação acerca do estado de saúde do doente, salvaguardando-se as situações em que este expressa o desejo em que tal situação não se verifique e a transmissão de dados confidenciais. Apesar do crescente esforço para proporcionar o acompanhamento integral dos doentes, como direito essencial dos mesmos, a elevada afluência de doentes e as condicionantes de espaço, limita este direito, havendo a necessidade de limitação do tempo de permanência dos acompanhantes de acordo com a avaliação dos profissionais de saúde. Efetivamente o acompanhamento integral acaba por ser periódico, apesar do esforço envidado pela equipa de enfermagem, o espaço

físico é uma condicionante quanto a este assunto e quanto à preservação da privacidade.

Face ao elevado número de doentes existentes em cada área no SU, às más condições a nível de infra estruturas, uma vez que não há espaço para as camas dos doentes e estes têm que ficar em macas e nos corredores, apercebi-me que a privacidade dos doentes fica muitas vezes comprometida, nomeadamente para o autocuidado higiene e ou sanitário ou até mesmo para os profissionais executarem determinados procedimentos que exijam despir ou expor o doente. A escassez de cortinas ou biombos é uma realidade, sendo muitas vezes improvisada, promovendo assim alguma privacidade aos doentes, mas que nem sempre era possível devido às estruturas físicas. Garantir o respeito pela intimidade é um dever de qualquer enfermeiro tal como referido no CDE (OE, 2009a, p. 4) “*Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa*”. Durante a prestação de cuidados e em momentos de reflexão com a equipa de enfermagem, é notório como se encontram sensibilizados para estas situações, no entanto, é de reconhecer a dificuldade que por vezes possuem em promover momentos de privacidade, uma vez que a estrutura física do serviço não está adequada para rececionar um número tão elevados de doentes.

O mesmo se verificou na UCIP, que sendo uma unidade aberta, o que significa que apresenta um espaço amplo onde se encontram localizadas várias unidades individuais, não existindo qualquer divisória entre as unidades dos doentes (Alves, 2013), de certo modo, se encontram mais expostos, sendo as unidades separadas apenas por cortinas, para permitir uma vigilância e monitorização constante pela equipa de enfermagem. No entanto, muitos foram os turnos em que as unidades dos doentes não possuíam cortinas pois iam para lavar, aquando da alta do doente, e não regressavam atempadamente da nova admissão. Ora isto levou-me a refletir sobre o dever do respeito pela intimidade do doente, artigo 86º do CDE (OE, 2009a) que nos diz que devemos salvaguardar sempre a privacidade e a intimidade da pessoa. Segundo este artigo “*atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua*

vida privada e na da sua família” (OE, 2009a p.3). Assim, perante esta situação pude observar que a equipa de enfermagem sempre preservou a intimidade e privacidade do doente, solicitando sempre um biombo ou lençol para conferir a maior privacidade possível, de forma a apropriar as práticas dos cuidados garantindo a segurança e privacidade. Posso ainda salientar que nos momentos de visita dos familiares, o responsável de turno esteve sempre disponível para receber os familiares de cada doente e encaminhá-los até a cama do doente. Esta atitude preservava mais uma vez a privacidade impedindo que os familiares percorressem várias unidades até ir ao encontro do seu familiar.

A humanização dos cuidados foi sempre uma prioridade durante o meu estágio, assim como da restante equipa, conforme pude observar nos cuidados prestados a verifiquei que era uma preocupação sempre presente conforme o artigo 89º do CDE, no qual consta que devemos: “ *dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*” (OE, 2009a p. 4).

Outra situação que despertou a minha atenção durante este estágio foi a passagem de turno em enfermagem, que representa um momento de extrema importância de aprendizagem e transmissão de informação relativa ao doente. Corresponde a um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação (OE, 2001a). Tendo em conta as condicionantes de espaço, no decurso do módulo I e II de estágio apercebi-me que aquando das passagens de turno de enfermagem e médicas, o sigilo profissional ficava comprometido, apesar de ser num tom de voz baixo, os doentes mais próximos também escutavam toda a informação respeitante a cada doente. Esta situação contraria o preconizado pelo CDE, (OE, 2009a, p. 4) que nos diz que o enfermeiro tem o dever de “*Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos*”. A sugestão seria a transmissão da informação num ambiente mais protegido, o que por sua vez dificulta a

identificação dos doentes dado a estrutura física de distribuição dos serviços que não permite a visualização de todos os doentes.

Os locais de passagem de informação, segundo o parecer do Conselho Jurisdicional/20 de 2001, são geridos em cada contexto de trabalho e atendendo às suas necessidades, de forma considerada mais adequada para responder às finalidades de trabalho. Neste sentido, e como acontece no local de estágio, tanto podem ocorrer em espaços de trabalho específicos ou exclusivos dos enfermeiros como no espaço da unidade de cada utente, ou outras, não sendo estas mutuamente exclusivas (OE, 2001a).

Apesar da situação já acima descrita, na UCIP, a passagem de turno de enfermagem é realizada em dois momentos. Um inicial, com uma reunião entre o responsável de turno, do turno anterior, juntamente com os restantes enfermeiros que irão iniciar o turno em questão, sendo transmitidas as informações mais pertinentes sobre cada doente e as ocorrências mais significativas do turno, e outro momento, este já junto ao doente, em que cada enfermeiro responsável pelo doente transmite a informação detalhada do mesmo ao colega que o vem substituir por forma a haver uma continuidade de cuidados.

A questão que se coloca, alvo de reflexão diz respeito à passagem de turno junto dos doentes, neste caso numa unidade de cuidados intensivos mista, que comporta dois quartos de isolamento, sendo que as restantes camas se encontram num espaço aberto. No decorrer do exercício profissional têm de ser salvaguardados os direitos dos utentes, nomeadamente, no que respeita à privacidade e confidencialidade, o dever do sigilo e o privilégio terapêutico. Da observação realizada na UCIP, eram tidos em conta estes conceitos de uma forma geral. No entanto, e visto que a unidade de cuidados é uma unidade mista, na zona aberta a passagem de informação deve ser contida na unidade do doente, num tom de voz calmo e baixo por dois motivos. Por um lado para que a informação relativa ao doente não seja escutada por terceiros (doentes das outras unidades) e por outro lado para que não seja criada ansiedade no doente em causa da passagem de turno. Neste sentido, concordo plenamente com os dois momentos de passagem de turno preconizados pela equipa, uma vez que a OE

(2001a) nos diz que quando a passagem de turno se realiza nestes contextos é necessário ter em consideração alguns aspetos, visto que os conteúdos da informação tenderão a ser diferentes dos que poderão ser transmitidos numa sala de enfermagem, ou num contexto mais privado. Assim, no primeiro momento transmite-se a informação detalhada da situação que o doente se encontra e junto ao doente apenas os cuidados mais específicos.

No decurso destes dois módulos de estágio, várias foram as situações onde foi necessário conduzir a minha atuação salvaguardando o direito do doente à sua intimidade, tanto protegendo-o da exposição excessiva, respeitando o pudor e interioridade inerentes à pessoa, quanto limitando a intervenção na sua vida privada pelos outros doentes, familiares, ou pelos próprios profissionais de saúde. Todos os locais de estágio são contextos específicos e desafiantes, impondo-se aos enfermeiros uma assertiva e adequada postura, com responsabilidade ética, deontológica e jurídica na tomada de decisão, como parte integrante de um processo contínuo, avaliado pela sociedade e pelos pares em situações, cada vez mais complexas e desafiantes.

De acordo com o exposto, as atividades, reflexivamente, desenvolvidas em consonância com os objetivos delineados permitiram-me desenvolver uma prática profissional e ética e promover e respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais conforme as competências do EE.

2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A OE (OE, 2001b) enfatiza a necessidade de reflexão sobre a prática, no sentido de definir objetivos e delinear estratégias para a sua consecução, como indispensável para a qualidade dos cuidados de saúde.

Com a finalidade de adquirir e aperfeiçoar esta competência, desenvolvi atividades para alcançar os seguintes objetivos: promover a formação em serviço, identificar necessidades formativas e zelar pelos cuidados prestados.

Hesbeen (2001), refere que a formação contínua permite a aquisição de conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista enriquecê-la e ajudá-lo a encontrar a liberdade necessária que permita uma prática refletida, mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido.

A formação em serviço é um dos pilares fundamentais na gestão de qualquer instituição que presta cuidados de saúde, pela permanente valorização do saber, saber fazer e saber ser, implicando um desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa. Deve constituir uma “obrigação” partilhada pelos responsáveis das instituições de saúde e pelos profissionais, tendo em vista o objetivo de melhoria do desempenho profissional e consequentemente da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Constitui-se como um instrumento de mudança de comportamentos e atitudes individuais e até das próprias estruturas, numa dinâmica de desenvolvimento de conhecimentos e competências, definidas como *“um conjunto integrado de conhecimentos, [...] próprio de um aspecto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite à enfermeira fazer apelo às*

suas habilidades [...] e manifestar comportamentos sócio-afectivos adequados” (Garrido e Simões, 2007, p.7).

No âmbito da formação dos profissionais procurei conhecer o plano de formação em serviço dos diferentes locais de estágio definidos pelo departamento de formação de cada instituição.

O plano de formação nos meios INEM, AEM e SIV são mensais e tive a oportunidade de assistir a formação de situações de exceção e montagem do Posto Médico Avançado e triagem multi-vítimas. Contudo a SIV de Fafe têm um plano de formação próprio, definido e sugerido pelos próprios elementos dos meios, sendo eles ou convidados a efetuar as formações na própria base. Este método de formação permite a consolidação dos conhecimentos práticos de acordo com as necessidades identificadas pelos elementos de cada meio e assim uniformizar procedimentos e formas de atuação, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Saliento pela minha observação que a população carece de formação e informação de como se processa a ativação do 112, assim dificulta o processo de triagem pelos profissionais do CODU aumentando o tempo da chamada, o que é de extrema importância para o envio dos meios adequados e para o socorro atempado das vítimas. A situação de stress vivenciada por quem liga a pedir ajuda dificulta a comunicação, por diversas vezes não sabiam o local onde se encontravam, davam apenas pontos de referência e o operador teve de explicar por diversas vezes que as chamadas eram atendidas a nível nacional. O sotaque foi outra situação problemática por mim observada, pois é difícil compreender ao telefone algumas palavras pronunciadas características das mais variadas zonas do país, sendo necessário a repetição de algumas palavras, causando na pessoa que pede socorro ainda maior stress.

É de notar a política de proximidade do INEM com a população através de formações e divulgação das suas ações, no sentido de formar e informar a comunidade. A importância do conhecimento das manobras de SBV por parte da população geral e o que se ganharia com o esclarecimento sobre a forma como

funciona a linha 112, é determinante para uma melhor prestação de cuidados de saúde à população. A ampliação do conhecimento da população em geral em relação ao correto acionamento do número 112, e das manobras de SBV facilitará o desempenho do INEM e aumentará a probabilidade de recuperação e sobrevivência das vítimas de PCR, tal como consta nas Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, OE (2012), os enfermeiros no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde.

No meu entender, a promoção da saúde do doente/família é conseguida pela educação fornecida aos mesmos, devendo o investimento na formação ser uma prioridade, tendo como alvo preferencial os alunos que se encontram na escolaridade obrigatória, promovendo desde cedo e de forma sustentada, o conhecimento geral na área dos primeiros socorros. Daí uma das recomendações do European Resuscitation Council é a inclusão do SBV no currículo escolar. Um exemplo disso, são as sessões de Mass Training realizadas pelo INEM, nas quais os profissionais, em regime voluntário, dão formação de técnicas de SBV e da cadeia de sobrevivência numa política de educação para a saúde e de responsabilidade social.

Indo de encontro à possibilidade de integrar projetos do INEM, neste âmbito, participei ativamente no Mass Training efetuado pelo INEM que se realizou na Escola Básica e Secundária de Airões, Felgueiras, com a presença de cerca de cem adolescentes. Foi uma participação interessante, na medida em que possibilitou a interação direta com os adolescentes e a divulgação de uma técnica específica que pode num dado momento, se executada, revelar-se crucial para a sobrevivência de um indivíduo.

No SU, a formação em serviço é da responsabilidade de um dos coordenadores de equipa de enfermagem. Nas diversas conversas informais durante este período percebi que na equipa há membros dinamizadores responsáveis por determinadas áreas de intervenção, como por exemplo, responsáveis pela dinamização da SE, da Comissão de Controlo de Infecção (CCI), entre outras.

Grande parte dos enfermeiros deste serviço investe na formação extra-hospitalar, à sua responsabilidade, nomeadamente SAV, cursos de trauma, entre outros. No serviço, não existe um plano anual de formação. Assim, à medida que os enfermeiros vão referindo necessidades específicas de formação aos coordenadores de equipa (incluindo o enfermeiro responsável pela formação em serviço), estes reúnem-se para analisarem e selecionarem as necessidades formativas. Como SU acolhe regularmente alunos da especialidade e fazendo a formação parte integrante das competências do EE, frequentemente, são os estudantes que realizam as diferentes formações, sugeridas pelo enfermeiro responsável por esta área, de acordo com as necessidades detetadas. Efetivamente, foi desta forma que surgiu a minha formação à equipa deste SU, após uma conversa informal com a enfermeira tutora e com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, constatei que o aparecimento de doentes com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI) é cada vez mais frequente, sendo a manipulação deste tipo de dispositivos uma atual dificuldade da equipa. Apesar de conhecerem a existência de um procedimento de enfermagem já elaborado pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica deste hospital para a manipulação deste tipo de cateteres por si só ainda não tinha esclarecido as dúvidas da equipa, uma vez que grande parte dos enfermeiros nunca tinha manipulado estes cateteres daí a pertinência do tema. Perante esta realidade foi-me proposta a elaboração de uma formação acerca do procedimento de manipulação do CVCTI que foi apresentada em formato PowerPoint, sendo suportada por um vídeo demonstrativo da manipulação do CVCTI, facultado pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica do CHVNG/E, EPE (ANEXO I). Esta formação teve como objetivo geral dar a conhecer o procedimento de enfermagem na manipulação do CVCTI com base no procedimento já elaborado e reconhecido na instituição pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica do CHVNG/E, EPE e como objetivos específicos, sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para uma correta manipulação do CVCTI e uniformizar o procedimento de enfermagem na manipulação do CVCTI. Considero que na realização deste trabalho os objetivos a que me propus foram amplamente atingidos. A equipa ficou bastante satisfeita pela forma como foi demonstrado o procedimento e referiu ter sido uma mais-valia porque apresentavam grandes lacunas de

conhecimento nesta área. Esta experiência foi muito gratificante quer a nível pessoal quer a nível profissional, pelo aprofundamento de conhecimentos nesta temática e partilha de experiências com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica.

A formação na UCIP está a cargo da enfermeira responsável pela formação, que define o plano anual de formação. Este plano é elaborado atendendo às necessidades manifestadas ou demonstradas pelos profissionais através de um questionário entregue a todos os elementos da equipa, tendo por base o diagnóstico de necessidades da equipa de enfermagem e as opções estratégicas do próprio serviço e da instituição, possuindo flexibilidade suficiente para poder ser reformulado, de acordo com as mudanças verificadas.

A equipa é distribuída por grupos de formação, como por exemplo, grupo responsável pela formação em ventilação, controlo de infeção, extracorporeal membrane oxygenation (ECMO), Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), entre outros.

A OE refere que a *“inovação é um fator central para manter e melhorar a qualidade dos cuidados”* (OE, 2009b, p.4), pelo que enfermeiros inovam no que concerne a novas informações e a melhores formas de promover a saúde, prevenir a doença e encontrar melhores e mais adequadas formas de cuidar (OE, 2009b) em todos os contextos de atuação.

O ambiente pré-hospitalar constitui um risco para o doente e para os profissionais sendo fundamental a implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações.

Destaco a temática da prevenção e controlo de infeção como sendo uma competência do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cumprindo como um dos indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem. A taxa de incidência de infeções nosocomiais é também um indicador da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. Deste modo, o Controlo da Infeção Associada a Cuidados de Saúde (IACS) é considerado primordial na prestação de cuidados, não são uma

problemática recente, mas assumem cada vez maior relevo em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que as tecnologias são cada vez mais avançadas e invasivas, e conseqüentemente o número de doentes em terapêutica imunossupressora aumenta, existe um maior risco de infeção. Os estudos internacionais mostram que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (DGS, 2007).

Após ter detetado situações problema nos meios INEM tais como, limpeza desadequada do material após cada acionamento, no uso de desinfetante para as mãos, na limpeza do monitor e plano duro, o incumprimento dos cinco momentos da higienização das mãos, a solução alcoólica não estar de fácil acesso nos locais de prestação de cuidados e o desconhecimento da maioria dos profissionais relativamente aos desinfetantes disponíveis em cada base e à adequação de cada produto de limpeza a cada tipo de material/superfícies. Procurei em conjunto com as colegas em estágio do CPLEEMC intervir sobre a promoção e controlo de infeção em meio-pré-hospitalar, colaborando na concretização do projeto da CCI que tem como objetivo uniformizar procedimentos de higienização da ambulância e materiais. Assim, conforme sugerido pela Enfermeira, membro da CCI do INEM, em conjunto com as restantes colegas do CPLEEMC elaborei um catálogo de produtos, onde constam os produtos usados na higienização de cada tipo de material constituinte da ambulância, as suas indicações e o modo de emprego definido para cada um, assim como uma tabela orientadora dos cuidados individuais de limpeza para cada material constituinte da carga da ambulância (Anexo II).

Ainda sobre a problemática do controlo de infeção, MS contempla que a higiene das mãos deve ser executada no local em que se encontram simultaneamente os três elementos: o doente, o profissional e o procedimento/tratamento. Assim, a entidade acima referida propõe para a higienização das mãos o uso de solução antisséptica com base alcoólica que deve estar facilmente acessível aos profissionais de saúde, estar tão perto quanto possível do local do procedimento para evitar sair do mesmo, permitindo desta forma rápida e fácil, cumprir os cinco momentos da higiene das mãos: *“1º- Antes do contato com o doente, 2º- Antes dos procedimentos assépticos; 3º- Após o risco de exposição a fluídos orgânicos,*

4º- Após contato com o doente, 5º- Após o contato com o ambiente envolvente do doente”. (MS, 2013, p. 19)

No SU foram detetadas situações passíveis de melhoria relacionadas com a higienização das mãos. Identifiquei uma grande adesão ao uso de luvas durante o cuidado ao doente, contudo, a higienização das mãos pela utilização da solução alcoólica, é uma prática quase inexistente neste SU, uma vez que esta apenas se encontra disponível nos lavatórios de lavagem de mãos, não estando estrategicamente colocada pelos setores. Esta é uma área em que a equipa de enfermagem do SU deve investir a curto prazo de forma a sensibilizar os profissionais para a higienização das mãos, apesar de ter conhecimento que a nível interno do hospital são realizadas inúmeras formações de forma a sensibilizar os profissionais para o cumprimento de higienização das mãos, no SU os profissionais não aderem a este tipo de formação. Assim em conversa com o enf. responsável pela formação, sugeri que a formação seja feita no espaço de trabalho, organizando os vários locais e dispondo as soluções alcoólicas de fácil acesso conforme os métodos de trabalho em cada setor.

Contrariamente com o observado no SU, ao longo do estágio constatei que na equipa da UCIP a promoção de segurança e a reflexão sobre as práticas é uma preocupação constante, de modo a que a prevenção das IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais deste serviço, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos utentes. Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das IACS (DGS 2007, p.4), as IACS são designadas como *“uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”*, e que estas infeções contribuem em muito para a comorbidade, aumentando assim, o tempo de internamento dos doentes e por sua vez os custos para a instituição. No entanto, é de considerar que por limitações físicas, uma vez que a UCIP apenas dispõe de dois quartos de isolamento, nem sempre é possível manter todos doentes que se encontram infetados nos referidos quartos. Devo salvaguardar porém que todos os esforços são mantidos na prevenção e transmissão de microrganismos.

Outro ponto encarado como oportunidade de melhoria no SU, neste âmbito, foi a utilização de sistemas de humificação de oxigénio. Constatei a utilização do mesmo sistema de humidificação em vários doentes por longos períodos. Pela pesquisa que efetuei sobre este assunto encontrei dados que revelam a utilização segura destes sistemas, em vários doentes, durante quatro semanas, reduzindo, substancialmente, os custos quando comparados com sistemas reutilizáveis, porém os sistemas humidificadores utilizados neste SU são de uso único, conforme símbolo que consta no folheto de informação do produto e de acordo com o preconizado pelo MS (2013). Para além de ter dado conhecimento desta situação ao coordenador da equipa a que pertencia, de forma a ser transmitido ao enfermeiro chefe, durante os meus turnos fui dando conhecimento desta situação aos vários elementos da equipa, assim como pedia às AO a troca do sistema de doente para doente de forma a incutir esta prática nas rotinas do serviço.

Ainda sobre a temática do controlo de infeção, foi abordada a utilização da iodopovidona na desinfeção do meato urinário aquando da cateterização vesical no SU, não respeitando a recomendação de nível de evidência IA emanada pelo MS (2004) que a refere como desnecessária. Este organismo recomenda a lavagem com água e sabão e posteriormente com SF. Posto isto, falei com dois dos enfermeiros integrantes da CCI no SU que me referiram que o procedimento estava conforme a norma instituída pela CCI. Contudo, decidi falar com os membros da CCI que deram informação que a norma está a ser alvo de reformulação.

Os registos de enfermagem pretendem refletir a prática da enfermagem e mensurar os ganhos em saúde, sendo uma parte integrante na prestação de cuidados de enfermagem. A importância dos registos adquire uma preocupação real para os enfermeiros, pois têm de obedecer a certas regras para que estes se tornem válidos. Para além disso, a questão da elaboração dos registos encontra-se legislada no DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, que no n.º 1 do Artigo 7º que regulamenta a carreira de enfermagem e no DL n.º 104/98 de 21 de Abril.

Durante este estágio percebi que no SU, o coordenador de cada equipa faz auditorias dos registos de enfermagem no programa ALERT®. Estes para além

de serem parte integrante no processo de prestação de cuidados são também um instrumento de grande importância na avaliação dos mesmos, daí serem cada vez mais, alvo de melhoria neste serviço, conforme diz Martins (2008), estes permitem expor à comunidade científica e social uma valorização, visibilidade e evidência da essência da prática de enfermagem. O sistema ALERT® apresenta algumas lacunas que poderiam ser melhoradas e desta forma permitir um registo mais pormenorizado da avaliação inicial, das notas de evolução, dos ensinamentos desenvolvidos e da nota de alta, pois muitas vezes, falta informação que pode não parecer muito pertinente numa situação de atendimento urgente mas poderá ser crucial no caso do doente ser internado ou transferido para outra instituição, para que a continuidade de cuidados seja uma realidade. Quero salientar que em relação aos ensinamentos dos cuidados inerentes ao diagnóstico que trouxe o doente ao SU são realizados no momento da alta, contudo não há nenhuma informação escrita por parte da equipa de enfermagem para ser entregue à família e ao enfermeiro do centro de saúde de forma a manter a continuidade de cuidados nos cuidados de saúde primários. A continuidade de cuidados é considerada um direito de toda a pessoa assistida e um dever dos profissionais e instituições envolvidas, uma vez que está consignado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente emanada da DGS (2005, p. 5) que *“Devem ser proporcionados os conhecimentos e informações essenciais aos prestadores de cuidados no domicílio, de preferência acompanhados de um documento escrito que o doente poderá consultar em sua casa”*. Ressalvo que apesar de os profissionais deste SU terem consciência da importância da carta de alta de enfermagem, justificam a impossibilidade de realizar este tipo de documentos para todos os doentes que recorrem ao SU, pelas limitações do sistema de registos e pela grande afluência de doentes.

Os SIE é uma área que sem dúvida a equipa da UCIP deve investir na formação, uma vez que os registos são muitos precários para o nível de cuidados altamente especializados que prestam ao doente crítico. A equipa que faz parte dos SIE no serviço encontra-se numa fase de otimização da parametrização do sistema para produção de indicadores de qualidade em enfermagem. Após conversa informal com o meu tutor, decidi colaborar neste projeto dando o meu contributo para a escolha dos focos da prática de enfermagem e intervenções associadas, de forma

a produzir indicadores de qualidade no sistema B-ICU com base no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE), que segundo a OE (2007) este corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, orientados para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Este trabalho tem como objetivo, contribuir para o desenvolvimento dos SIE eficientes que permitam a maximização da gestão dos serviços e promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (ANEXO III). Achei pertinente colaborar neste projeto uma vez que tal como preconizado pelo MS (1998) um bom sistema de informação é um instrumento indispensável para que possam ser tomadas de decisões corretas em todos os níveis do sistema de saúde. Recentemente tem-se verificado, por parte desta entidade, um conjunto de iniciativas visando estimular os responsáveis das organizações e os profissionais a promoverem o desenvolvimento de aplicações informáticas de suporte ao subsistema de informação de enfermagem. Assim, torna-se necessário garantir que os sistemas de informação de saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem. Considero que na realização deste trabalho, o objetivo a que me propus foi atingido e que servirá como base para uma formação que será apresentada mais tarde à equipa de enfermagem, para integração da equipa na dinâmica da elaboração do plano de cuidados do doente de forma a produzir automaticamente os indicadores de resultado com base no RMDE (OE, 2007).

A realização destas atividades supra citadas para atingir os objetivos propostos neste domínio permitiram-me desenvolver as competências do EE: colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, criar e manter um ambiente terapêutico e seguro e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

3. Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão de cuidados está descrita como um domínio comum a todos os EE, nas seguintes competências: *“Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”* (OE, 2010a, p. 4).

De forma a desenvolver competências na área da gestão de cuidados, estabeleci como objetivos, realizar a gestão dos cuidados na área e liderar equipas de prestação de cuidados especializados pelo que desenvolvi as atividades que passo descrever.

Aprofundei conhecimentos sobre as competências de gestão do EE, com o objetivo de melhor compreender a metodologia de gestão e a sua adequação ao contexto de atuação dos vários locais, observei e colaborei nos processos de gestão de recursos, refletindo sobre a sua exequibilidade e adequação às características do serviço.

No estágio da APH, observei e colaborei nos processos de gestão de recursos refletindo sobre a sua viabilidade e adequação aos meios. Todos os meios possuem uma lista de material que compõe as malas, a viatura e a arrecadação de materiais. Nos meios AEM e SIV a check-list do material das malas assim como a carga da ambulância era realizada todos turnos. No meio VMER Gaia durante o turno da manhã era realizada a check-list da mala de primeira abordagem, durante o turno da tarde as tarefas são distribuídas conforme um plano previamente elaborado pela Enf. Responsável pela base. Assim tive a oportunidade de participar na check-list das restantes malas que compõe a carga da viatura e a manutenção do veículo. Os esquemas semanais e mensais de

verificação dos materiais e equipamentos, seja da viatura, da medicação e materiais e de toda a logística necessária para um fluxo de cuidados sem entraves, são criteriosamente cumpridos pelos elementos. Estas listas de verificação são pequenas e de fácil cumprimento encontrando-se repartidas pelos dias da semana ou do mês no sentido de não sobrecarregar os elementos e limitar as não conformidades. Tive oportunidade de colaborar por diversas vezes na verificação de todo o material, que me facilitou o conhecimento dos materiais, do seu funcionamento e da sua localização, agilizando a minha atuação aquando das ativações. Quando se fala em APH torna-se fulcral conhecer bem o local do material, bem como ter todo o material disponível para atuar de forma rápida e eficaz. Nos meios AEM e SIV, em cada ativação, o material gasto de cada mala é repostado com o material de reserva existente na carga da ambulância para que, no momento de outra ativação os recursos materiais sejam suficientes. Quando de regresso à base repõe-se o material da ambulância de acordo com os níveis estabelecidos. Assim, consegue-se uma boa gestão dos materiais para que estes sejam suficientes e adequados no contexto da APH. O material gasto em cada saída é debitado através do programa informático de débito de consumo direto procedendo-se posteriormente à sua reposição pelo departamento de logística.

Nos meios INEM, os registos são efetuados no sistema informático *Integrated Clinical Ambulance REcord* (ICare). O ICare permitiu uma maior qualidade no atendimento da vítima e melhoria dos tempos de resposta. Os tripulantes das ambulâncias recebem automaticamente dos CODU as informações dos eventos, sem tempo consumido ao telefone e enviam a informação em tempo real para as unidades de saúde (INEM, 2013b).

Os registos nas AEM incidem na avaliação da vítima, estado neurológico, história atual, antecedentes patológicos, medicação habitual assim como registo de parâmetros vitais da vítima. Nas ambulâncias SIV, para além destes registos, também têm a possibilidade de indicar os protocolos SIV ativados, medicação administrada e realização de Eletrocardiograma (ECG) que permite transmitir por telemetria ao médico do CODU. A nível do meio VMER, os registos são efetuados através do verbete, apesar de o computador com o programa informático ICare já se encontrar disponível nas bases. Neste meio os registos são efetuados pela parte médica, onde fica registada a avaliação primária e secundária da vítima,

estado neurológico, a medicação administrada, as intervenções efetuadas e os resultados obtidos. Após este registo é contactado o CODU e são passados os dados sobre o estado clínico da vítima. Do CODU, parte a indicação para os meios AEM, SIV, VMER, do hospital de destino, e em casos mais graves contacta os hospitais, de modo a que a equipa receptora esteja preparada e alerta para a chegada da vítima em causa.

A questão da motivação dos elementos como agente da gestão de cuidados foi também discutida com os tutores e alvo de reflexão. No clima de incerteza do encerramento e realocização dos meios a desmotivação é um problema. Ao longo do estágio com a reestruturação dos recursos e integração dos meios INEM nos SU. O despacho nº 14898/2011, de 25 de Outubro de 2011 publicado no Diário da República nº 211, 2ª série de 3 de Novembro de 2011, determina a integração dos meios de emergência pré-hospitalar (VMER e SIV) na rede de SU do Sistema Nacional de Saúde. Contudo, este despacho não define as funções dos profissionais dos meios pré-hospitalares nos SU. Os enfermeiros que fazem parte da equipa SIV, prestam cuidados no SU, estando durante os turnos a assegurar os doentes. A adoção destas medidas interfere na satisfação dos profissionais (tanto da SIV como do SU) e promove a ocorrência de erro colocando em causa a segurança dos doentes. De acordo com a DGS (2011, p.15), um *“erro é a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução”*. Assim, o enfermeiro SIV não pode assumir a responsabilidade sobre nenhum doente sob o risco de ocorrência de erro, uma vez que pode ser ativado para uma emergência pré-hospitalar a qualquer momento.

Durante o estágio no SU, tive a oportunidade de realizar dois turnos junto do enfermeiro chefe e das enfermeiras que são suas colaboradoras, a fim de compreender o tipo de liderança em curso no serviço, o modelo de gestão dos recursos humanos e materiais, os critérios de elaboração do horário de trabalho dos enfermeiros bem como a organização e constituição das equipas. As funções de gestão dos enfermeiros de um serviço estão enquadradas na categoria de

Enfermeiro Chefe, documentadas nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (DL nº 248/2009 de 22 de Setembro e DL nº 188/2003 de 20 de Agosto), centrando-se na gestão: de cuidados, de recursos humanos e materiais; de projetos; da formação de enfermeiros; organizacional; investigação e divulgação científica. As suas competências mais emergentes relacionam-se com a liderança, gestão de conflitos, negociação, assertividade e tomada de decisão. Destaco o facto de o modelo instituído ser muito organizado e tecnicamente evoluído na medida em que existe uma aplicação informática, com o nome GESDOC que permite o registo das atividades dos enfermeiros e assistentes operacionais (AO), permitindo que o enfermeiro chefe tenha um conhecimento rigoroso das diversas situações. Neste sistema os enfermeiros registam a recepção de doentes na SE, a recepção dos estupefacientes, a informação sobre transfusões de sangue, o relatório de turno elaborado pelo coordenador de equipa, entre outras situações, assim como, respondem a questionários elaborados pelo enfermeiro chefe, sendo através da análise de todos os documentos do GESDOC que no gabinete de chefia se tomam atitudes em prol da resolução dos problemas referidos. A equipa de enfermagem é constituída por 5 equipas com 15 elementos cada, sendo que um desses elementos é o coordenador e outro subcoordenador, responsáveis pela gestão dos cuidados e elaboração do plano de trabalho, assegurando o correto funcionamento do serviço, nomeadamente, na gestão de materiais de consumo clínico, equipamentos e medicamentos. O coordenador de turno que fica apenas com funções de gestão e coordenação, nos períodos da sua ausência pode ser substituído pelo subcoordenador que habitualmente fica alocado a área da pneumologia e ortopedia e assume toda a responsabilidade prevista ao enfermeiro coordenador. Além da coordenação, estes elementos têm uma área de trabalho atribuída e mobilizam elementos de acordo com o fluxo de doentes, o tempo de espera ou a necessidade de transporte extra hospitalar. O plano de trabalho elaborado pelos coordenadores de equipa é dividido por setores de acordo com as competências dos elementos, no que respeita a SAV, experiência profissional, capacidade de liderança e de antecipação e resolução de problemas.

Relativamente a gestão dos recursos materiais, verifica-se o modelo de gestão com reposição de materiais e fármacos por níveis, tendo em vista a precisão, provisão, organização e controlo, de acordo com a teoria abordada na unidade

curricular de gestão (Araújo, 2013). Limita-se, desta forma, o desperdício e os períodos de falta de material. O armazém do hospital abastece os dois armazéns do SU (de materiais e medicação) que por sua vez abastecem os vários armazéns em cada setor do SU. No turno da noite, um enfermeiro de cada área elabora uma lista de medicação que está em falta e de manhã o coordenador de equipa recolhe todas as folhas e dirige-se para o armazém de medicação do serviço para colocar essa medicação em cada contentor do respetivo setor para posteriormente o AO os distribuir.

Durante a minha passagem pelo SU tive a possibilidade de contactar com o sistema de registos ALERT® pela primeira vez, e após alguma utilização e em conversa com a minha tutora, apercebi-me dos pontos fortes mas também das fragilidades e falhas deste sistema. Uma das grandes vantagens deste software é a interligação que cria entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao doente, médico, enfermeiro, AO, técnicos de meios complementares de diagnósticos, todos têm acesso ao processo do doente, ficando em sistema todas as prescrições, seja de medicação ou de exames diagnósticos, que são validados quando executados, e onde depois são também integrados os resultados. Assim consegue-se um trabalho em equipa mais eficiente, mais rápido e personalizado, sem ser necessário um contacto direto frequente entre os diferentes profissionais do SU. Também o facto de o médico e o enfermeiro poderem ver os registos um do outro, permite ter uma visão mais global do estado de saúde do doente, do resultado das intervenções desenvolvidas e do plano estabelecido para ele. Em contrapartida, as limitações surgem quando verificamos que é um sistema que ainda não tem interligação com todos os serviços do hospital, sendo os de maior relevo, a farmácia, a cozinha e principalmente com os outros sistemas de registos utilizados nos internamentos, não permitindo a continuidade da informação, quando o doente é internado. O enfermeiro do SU vê-se obrigado a imprimir todo o processo criado no ALERT®, para que este acompanhe o doente. Outro ponto menos positivo, é a repetição de informação, ao consultar o processo do doente, é perceptível que lemos a mesma história em diferentes locais da aplicação, seja na área da admissão, seja nas notas médicas ou de enfermagem, podendo tornar-se confuso e extenso desnecessariamente.

Nesta área de intervenção do EE, durante o estágio na UCIP, tive a oportunidade de perceber as várias áreas de gestão no serviço nos turnos realizados com a enfermeira chefe e com o meu enfermeiro tutor aquando das funções de responsável de turno. Dado o facto de a enfermeira chefe acumular funções como enfermeira supervisora faz com que fique mais ausente da unidade e desta forma em todos os turnos fica destacado um enfermeiro responsável que assume funções de chefia. No desenvolvimento do estágio, tive a oportunidade de perceber as funções de responsável de turno quando o meu enfermeiro tutor desempenhava função de gestão dos cuidados e recursos humanos e materiais. A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende atingir a máxima eficiência, sem por em causa a qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne à gestão de recursos humanos tive a oportunidade de participar na execução do plano de trabalho de Enfermagem e de AO escalados para o turno de modo a assegurar os cuidados necessários, tendo em conta o método de trabalho individual com um rácio máximo de 1 enfermeiro para 2 doentes internados, grau de dependência do doente, competência técnica e experiência profissional de cada elemento da equipa.

Na gestão de cuidados e recursos materiais, colaborei na reposição de stock de material terapêutico e fármacos atendendo aos gastos previsíveis dos próximos dias. Para além disso, colaborei também nos pedidos de material para todo o serviço, nomeadamente pedidos de fármacos para a farmácia, na verificação dos estupefacientes existentes no cofre, bem como supervisionar e garantir o registo dos mesmos, pedidos de material cirúrgico esterilizado, material de penso e todo o restante material inerente à prestação de cuidados. Verifiquei, no desenvolvimento do estágio, os cuidados aplicados na manutenção de um stock de segurança, de forma a evitar a sua rutura e os cuidados aplicados no sentido de não haver desperdício, nomeadamente na gestão dos prazos de validade, na supervisão da execução dos cuidados prestados de forma a prevenir eventuais desvios da qualidade na execução dos mesmos, na promoção de uma adequada utilização dos diversos equipamentos, no acolhimento das visitas, no registo de

todas as ocorrências que foram consideradas importantes em livro próprio e comunicar ao responsável do turno seguinte e enfermeira chefe.

Durante a minha passagem pela UCIP tive a possibilidade de contactar com o sistema informático utilizado B-Simple, mais especificamente B-ICU Care foi concebido para integrar métodos e rotinas das unidades de cuidados intensivos, de forma a facilitar os registos de enfermagem e assim permitir que o enfermeiro tivesse mais tempo para o doente. Trata-se de uma ferramenta fácil de integrar que assegura a operacionalização e transmissão de dados com outros sistemas já implementados nos hospitais (B-Simple, 2013). Este sistema funciona como um integrador de sistemas e reúne as informações provenientes da monitorização do doente. Ao longo do estágio tive a oportunidade de efetuar registos neste sistema e a principal vantagem observada, é que facilita muito o trabalho na unidade, pois contempla numa só aplicação informação como: monitorização dos sinais vitais, acesso direto aos valores de gasometria, exames complementares de diagnóstico entre outros, contribuindo para a diminuição do tempo utilizado para os registos e aumentando o tempo disponível para o doente.

Sendo os registos de enfermagem de extrema importância tal como refere DGS (2012) os registos não servem apenas como instrumento de continuidade de cuidados, mas também para dar visibilidade às intervenções realizadas e permitir a avaliação dos cuidados prestados e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma procurei sempre realizá-los de forma clara e concisa e considero que a possibilidade de elaborar planos de cuidados e a documentação de outras informações nesta aplicação foi muito enriquecedor embora pouco aproveitada pelos profissionais da unidade tal como já referi no ponto anterior, daí estar em reformulação o SIE.

Hesbeen (2000, p.136), na sua obra Cuidar no Hospital, refere que acolher é receber em casa, portanto receber estagiários é recebê-los com vista a participar na sua formação. Para este autor ser acolhido é: *“...ser esperado com vista a realizar alguma coisa; beneficiar de um sorriso; captar calor humano; beneficiar de uma ação personalizada em que o nome das pessoas acolhidas é utilizado; ser apresentado aos outros membros da equipa; perceber a disponibilidade em*

termos de momento, de lugar, de pessoas; ser ajudado a identificar o seu lugar no grupo e perceber que todos conhecem esse lugar; recorrer a uma pessoa que é referência; ter oportunidade de exprimir as suas expectativas, as da sua escola, bem como os seus eventuais receios ou as suas dificuldades “ (Hesbeen, 2000, p.137).

A integração numa equipa multidisciplinar é de extrema importância, visto ser um requisito essencial para a prestação de cuidados de qualidade. Durante este tempo de estágio, foi possível observar o ótimo trabalho de equipa que se verifica em todos os locais, graças em grande parte à boa relação que é estabelecida entre todos os elementos da equipa multidisciplinar. Estas características tornaram a integração facilitada, fazendo-me sentir motivada e rapidamente integrada na mesma. Essa integração permitiu o acesso à partilha de informação entre os vários profissionais de saúde, possibilitando intervir com um maior fundamento, tendo por base uma avaliação coletiva da situação do doente. A relação estabelecida com os profissionais foi baseada em produtividade, iniciativa, comunicação, competência, humildade, responsabilidade e qualidade.

Pela consecução dos objetivos propostos através das atividades descritas desenvolvi competências do EE: demonstrar capacidade de supervisionar o exercício profissional, demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, demonstrar uma relação eficaz com a equipa multidisciplinar, garantindo a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados.

4. Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais

Segundo a OE (2010c, p. 1) *“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”*

No que concerne aos cuidados de enfermagem a OE (2010c, p. 1) refere que: *“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.*

Durante o período de estágio, com a finalidade de adquirir e aperfeiçoar competências neste âmbito de atuação desenvolvi atividades no sentido de atingir os seguintes objetivos: desenvolver capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz, manter de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional assim como desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com o doente e com a família.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no seu artigo 9º as intervenções podem ser autónomas ou interdependentes. No contexto pré-hospitalar, as intervenções interdependentes requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar e executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções (OE, 2012). É evidente o carácter autónomo das

intervenções na manutenção ou recuperação das funções vitais, no sentido da autonomia da decisão de agir e da responsabilidade do enfermeiro. Quando em contexto de emergência os enfermeiros “*procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo nestas situações, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*”. (REPE, artigo 9º, nº4)

Nas ambulâncias SIV, a intervenção ocorre mediante o uso de protocolos, o estudo e análise dos diferentes protocolos facilitaram a minha abordagem à vítima. Os protocolos existentes na SIV estão direcionados à APH e têm como objetivo promover uma atuação autónoma e segura por parte do enfermeiro, que na equipe de SIV, desempenha um papel de liderança. Oliveira e Martins (2013) reafirmam que a autonomia dos enfermeiros em contexto de ambulâncias SIV está intimamente ligado com o facto de o enfermeiro trabalhar em equipa apenas com um TAE, recaindo sobre si a responsabilidade da avaliação e decisão no momento de cada ocorrência nomeadamente as intervenções a realizar, uma vez que é o elemento mais diferenciado.

A avaliação da vítima e a rápida intervenção por vezes é realizada com a aplicação de diversos protocolos mediante a situação. Desta forma tive oportunidade de aplicar os protocolos de: abordagem da vítima, analgesia, abordagem do traumatizado, trauma das extremidades e tecidos moles, alteração do estado de consciência, convulsões, défice motor/sensitivo, dispneia, dor torácica, PCR no adulto.

Em algumas ativações, tomei a liderança da avaliação, com supervisão do enfermeiro tutor, recebi a transmissão dos dados pelo CODU, à implementação e avaliação das intervenções e à transmissão de dados no sentido de proceder ao encaminhamento da vítima para o centro hospitalar. Estas situações, permitiram-se desenvolver a capacidade de avaliação e atuação em situações novas e complexas exigindo alguma criatividade essencialmente na colheita de dados que permitem a adequada atuação e a elaboração da história clínica o mais rápido possível. Ressalvo uma ativação de uma vítima de 78 anos de idade com

prostração e alteração do estado de consciência na via pública, cuja colheita de dados da situação não estava a ser muito proveitosa, pelo que me exigiu alguma criatividade para conseguir determinar quais os antecedentes e a medicação habitual. Nesta ativação tive a oportunidade de aplicar o protocolo SIV Défice Motor e Sensitivo uma vez que à nossa chegada doente apresentava disartria de novo, segundo conhecidos que se encontravam no local. Para facilitar a identificação da situação recorreu-se à Escala Pré-Hospitalar para AVC de Cincinnati, que avalia 3 funções, sendo elas alteração da mímica facial (Redução ou ausência do movimento de um lado da face), dificuldade na elevação de um dos membros superiores e alterações da fala (fala arrastada ou incapacidade em pronunciar palavras). O aparecimento de alterações súbitas em qualquer destes 3 componentes, caracteriza o evento como um potencial AVC, implicando o acionamento da Via Verde AVC e deslocação imediata da vítima ao hospital recomendado. Este procedimento não se verificou uma vez que após reunir informação de toda a história clínica verificou-se que o senhor já tinha sido vítima de AVC há cerca de 2 anos com sequelas ligeiras. Por indicação do médico do CODU, a Via Verde AVC não foi ativada.

A dor torácica é um dos motivos mais frequentes de ativação dos meios INEM, sendo desta forma frequente a realização de ECG's. Devido à minha inexperiência na análise e interpretação destes, consultei vários manuais de forma a analisar os mesmos. As diferentes técnicas de imobilização e extração das vítimas de trauma e/ou acidentes de viação assim como o material de trauma foram outras temáticas na qual aprofundei conhecimentos.

A rápida e a correta abordagem e estabilização do doente são primordiais. Os meus procedimentos passaram pela avaliação do estado de consciência, abordagem à via aérea, monitorização dos parâmetros vitais, técnica de imobilização e suporte farmacológico. A exigência destes doentes implica que seja garantida a segurança dos procedimentos e zelo pelos cuidados prestados pelos outros elementos, sejam eles enfermeiros ou técnicos de emergência, tendo sempre presente a segurança como primeiro elo da cadeia, assim como respeito pela privacidade do doente e sua família, conforme referido pela OE (2009a).

A área que mais destaque é a do trauma que é sem dúvida uma das áreas de excelência onde temos por base a hora de ouro, em que 50% das mortes ocorre de imediato após o acidente, daí as medidas instituídas se revelarem da maior importância (Bigdeli et al , 2010).

A situação de PCR, é uma das situações mais graves, na qual devemos preservar as lesões cerebrais tendo em conta os cuidados pós reanimação. Destaco o caso de um acidente de viação com uma vítima do sexo masculino de 21 anos, a informação da ativação seria perda de consciência após acidente de viação, mas no momento da chegada da equipa de reanimação, vítima em PCR já a receber manobras de SBV pela corporação de bombeiros. Esta experiência tornou-se única e merecedora de destaque pois como profissional de saúde, tive a oportunidade de participar em todos os procedimentos de SAV, colocação de pacing transcutâneo, assim como alinhamento e estabilização cervical, entre outros. Com esta experiência tive a percepção da necessidade da máxima interligação entre os diversos membros da equipa interdisciplinar, onde pude refletir sobre as ações autónomas e interdependentes de Enfermagem e onde o processo de tomada de decisão assume carácter primordial, pois decidir implica ser crítico e autónomo na sua decisão. De acordo com Nunes (2006), a autonomia e a responsabilidade são conceitos centrais na tomada de decisão, que implica ao enfermeiro agir com racionalidade, consciência e competência de forma a responder às necessidades das pessoas. Neste caso tive a possibilidade de verificar a interligação entre o médico do CODU e a comunicação com o hospital para estar à espera da vítima na nossa chegada ao hospital com todos os elementos destacados para a sala de reanimação, assim como proceder à triagem e estabelecimento de prioridades quer no atendimento, quer na devida imobilização da vítima. Ressalvo o facto da dificuldade com que me deparei, para que em situações emergentes e imprevisíveis poder adequar as intervenções de enfermagem às necessidades detetadas, salientando falta de espaço dentro da ambulância para executar alguns procedimentos, o calor sentido após manter as manobras de SAV durante 45 minutos no mesmo espaço e a presença de familiares e amigos da vítima que se encontravam junto à ambulância. Estes aspetos que no início me pareceram dificuldades, foram ultrapassados e pude perceber a importância da família/amigos no socorro à vítima, havendo por

parte destes o reconhecimento e a gratificação pelo nosso trabalho o que transmitiu um sentimento de satisfação e realização.

Todos os familiares que esperavam ansiosamente fora da ambulância precisavam de uma palavra de conforto dada a gravidade da situação e na qual tinham esse conhecimento, mas em nenhum momento a equipa teve a oportunidade de o fazer dada a rapidez com que iniciamos a transferência e transporte da vítima em estado crítico até ao hospital. Pelo carácter de atuação em emergência, algumas das situações não são fáceis de resolver ou de gerir, pelo que é essencial desenvolver mecanismos de adaptação às situações .

A assistência à família no meio APH foi uma das minhas principais dificuldades, considero que estas se prendem essencialmente com o ambiente desconhecido e por vezes descontrolado, bem como, com a gestão de emoções que resultam da própria situação.

Tanto as situações de doença súbita como as de trauma são geradoras de nervosismo e ansiedade, o que tende a prejudicar a comunicação. Segundo a OE (2009a), o enfermeiro assume o dever de, no que concerne aos cuidados de enfermagem, informar o indivíduo e a sua família procedendo às explicações ou fornecendo as informações que forem solicitadas. Mas nem sempre este é um dever fácil de cumprir. Em contexto de APH foram algumas as dificuldades encontradas no que concerne ao desenvolvimento de uma comunicação eficaz e tal como defendem Tigulini e Melo (2002) sobretudo nas situações de emergência, a comunicação fica extremamente afetada tendo em conta todos os envolvidos, os profissionais de saúde que “correm contra o tempo”, o doente que se encontra em situação de risco de vida, e a família que enfrenta o medo das consequências.

Os profissionais de saúde, no âmbito APH devem estar preparados para todas estas situações sendo dotados não apenas de competências técnicas mas também humanas e relacionais.

A comunicação de más notícias em saúde continua a ser uma área de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. São situações que geram perturbações quer na pessoa que recebe a notícia quer na que transmite pelo que a comunicação deste tipo de notícia é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e/ou família, mas também pela dificuldade de gerir a situação (Pereira, 2004).

As situações de óbitos no local da ocorrência exigem muitas diligências a serem tomadas nomeadamente a solicitação das autoridades ao local e, no caso do médico assistente não certificar o óbito é necessário o encaminhamento para o Instituto de Medicina Legal, o que para as famílias se torna uma espera ainda mais penosa.

A gestão das emoções dos próprios elementos foi conversada. Foram abordados os mecanismos de adaptação que cada profissional utilizava na gestão das situações mais problemáticas, do ponto de vista emocional e profissional partilhando experiências de forma a tornar o acontecimento menos traumático.

Durante o período de estágio no SU, tive a oportunidade de realizar turnos em todos os setores e dada essa oportunidade apercebi-me que as patologias, técnicas e fármacos mais frequentes no SU eram bastante semelhantes aos que encontro diariamente na minha prática. Por este motivo, procurei desenvolver conhecimentos em áreas que não me eram tão familiares e que considerei pertinentes para o meu desenvolvimento enquanto especialista, como as vias verdes (coronária, sépsis e AVC), o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e SE, uma vez que é neste campo que se evidencia a função do EE no SU. Grande parte dos enfermeiros que ficam alocados a estas áreas, mesmo não sendo EE são peritos na área de urgência e emergência, tal como nos diz Benner (2005), no domínio do cuidar podemos considerar vários níveis de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, evidenciando que o enfermeiro perito, na articulação da compreensão da situação à realização do ato assertivo, não necessita de se apoiar em princípios analíticos. Estes têm uma

grande capacidade de adaptabilidade, adequando os conhecimentos de experiências concretas do seu passado profissional em situações atuais similares.

No sentido promover o auto desenvolvimento pessoal e profissional, ao longo deste estágio pesquisei e refleti sobre conhecimentos disponíveis nos protocolos de atuação do SU (nomeadamente nos protocolos de atuação nas vias verdes de Trauma, Sépsis, Coronária e AVC), nos algoritmos de SBV e SAV do Conselho Europeu de Ressuscitação, no Manual de Trauma do Trauma Nursing Core Course, Plano Nacional de Controlo de Infeção, artigos científicos, apontamentos e bibliografia sugerida nas aulas do primeiro e segundo semestres. Aprofundei e relembrei conhecimentos sobre abordagem do doente vítima de trauma, mecanismos de lesão e classificação das mesmas, conteúdos relacionados com eletrocardiografia e despiste de arritmias, classificação dos traumatismos crânio-encefálico e AVC, síndrome coronário agudo, avaliação neurológica, classificação de crises convulsivas, ventilação mecânica não invasiva, síndrome de compartimento abdominal, classificação e tratamento de feridas e prevenção e controlo de infeção hospitalar. Os resultados desta e outras pesquisas permitiram-me não só adquirir conhecimento, como também divulgá-lo e discuti-lo com os profissionais com quem contactei, com contributos a nível da formação informal e incentivo à pesquisa, através da benéfica e enriquecedora troca de experiências.

Tive a oportunidade de participar no STM em alguns turnos que permaneci no SU. Trata-se de um sistema que pretende estabelecer prioridades no atendimento dos doentes através da identificação clara de critérios de gravidade, por um protocolo clínico, acreditado pelo MS e Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros. O principal objetivo do STM é priorizar os doentes de acordo com a gravidade da situação através de fluxogramas com categorias definidas por cor e que têm pré-definido um tempo alvo recomendado para observação clínica. Assim, segundo o Grupo Português de Triagem (1997), a cor vermelha é conferida aos doentes categorizados como emergentes, a laranja aos muito urgentes, a amarela aos urgentes, a verde aos pouco urgentes e a azul aos não urgentes, sendo o tempo alvo correspondente, 0, 10, 60, 120, 240 minutos, respectivamente. É fundamental que o enfermeiro demonstre que o procedimento que está a efetuar é apenas e somente uma ferramenta operacional que o ajuda a triar

corretamente, a ser isento, e que a atribuição de uma cor é pura e simplesmente uma orientação, uma ajuda para lhes resolver os problemas, para que estes sejam observados por ordem da necessidade clínica e não por ordem de chegada ao serviço. Uma outra observação que considero pertinente realizar é importância atribuída à valorização da dor no protocolo de STM o que vem reforçar a responsabilidade crescente atribuída ao registo de enfermagem do 5º sinal vital. A DGS (2008) refere que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados.

Particpei na ativação das chamadas vias verdes, Coronária, Sépsis, Trauma e AVC e nos cuidados aos doentes de acordo com os protocolos definidos. As vias verdes surgem como uma estratégia organizada que preconiza a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda da doença aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica mais eficaz (Barbosa, 2008). Segundo este autor, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, surgindo as vias verdes com o objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade e de melhorar a recuperação funcional.

A SE foi a área de atuação que considerei mais estimulante e onde apliquei com mais profundidade os conhecimentos teórico-práticos leccionados na UCP. Cabe à enfermeira que se encontra alocada à SE a verificação da conformidade dos seus equipamentos e materiais, no início de cada turno da manhã e após a sua utilização, a qualquer hora do dia. Pude, então, durante o estágio proceder à aquisição de competências na manipulação de equipamentos que eram até à altura desconhecidos. Adquiri competências na utilização destes equipamentos que se revelaram úteis no desenvolvimento do estágio, nomeadamente na prática de SBV e SAV, na SE ou em situações de RIH.

Colaborei com a equipa de Enfermagem na identificação de diagnósticos de enfermagem, implementação e avaliação dos cuidados prestados em situações de trauma, doença súbita e agudização de doenças crónicas. As situações de trauma englobaram situações de acidentes de viação, de trabalho e quedas. As situações de doença súbita e agudização de doença crónica englobaram

situações de hipoglicemias, crises convulsivas, dor torácica, insuficiência respiratória, alterações do estado de consciência, hemorragia, dor abdominal. Tive oportunidade de colaborar em situações de PCR durante as manobras de SAV e abordagem a doentes politraumatizados, de acordo com a abordagem Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure, como guias orientadores da definição de prioridades, tal como preconizado pelo Conselho Português de Ressuscitação (2010), tratamento de feridas, de várias etiologias, proporcionando momentos reflexão e partilha da importância da identificação das características da ferida para definir o tratamento a implementar de acordo com os produtos disponíveis no serviço, ativação da equipa de RIH, em situações de peri paragem. Estas foram experiências enriquecedoras, já que, me permitiram constatar a forma minuciosa e articulada como atuam com a equipa dos serviços que fazem a ativação e participar, ativamente, na avaliação e abordagem ao doente de acordo com toda a teoria leccionada no segundo semestre das aulas.

Nas unidades de cuidados intensivos e devido às grandes exigências técnicas que a prestação de cuidados de enfermagem a um doente crítico implicam, os enfermeiros têm que possuir e mobilizar um vasto conjunto de conhecimentos que promovam a qualidade dos cuidados prestados. Alguns dos focos de atenção na atuação dos enfermeiros têm a ver com a prevenção de complicações e a otimização de dispositivos invasivos. A prestação de cuidados ao doente crítico exige uma constante vigilância de parâmetro vitais e outros fatores de interesse em cada caso em particular. Em cuidados intensivos a grande parte da atenção do enfermeiro centra-se no despiste precoce de alterações que possam causar instabilidade do doente.

O contacto com o doente crítico permitiu-me, não só, desenvolver e aprofundar conhecimentos adquiridos na fase teórica (monitorização invasiva e não invasiva, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, avaliação da Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Intra-abdominal (PIA), monitorização electrocardiográfica, monitorização arterial, técnicas dialíticas, drenagens torácicas, terapias nutricionais, entre outros.), mas também obter novos conhecimentos e experiências que em muito contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Na UCIP são admitidos frequentemente doente do pós operatório de neurocirurgia ou vítimas de traumatismo crânio encefálico. Este tipo de doentes apresentam disfunção neurológica e os cuidados de enfermagem que devem ser prestados incluem uma variedade grande de diagnósticos, orientando-se para as avaliações neurológica e hemodinâmica frequentes e para o despiste de complicações. Um aumento da Pressão Intracraniana (PIC) até ao ponto em que a capacidade de ajuste do cérebro alcançou os seus limites, leva a que a função neurológica seja comprometida, com manifestações de alterações de consciência, respostas respiratórias e vasomotoras anormais, sendo a alteração do nível de consciência o sinal mais precoce, bem como a lentificação da fala. O aumento da PIC pode ser observado detectado, também, através de alterações da reação pupilar, da resposta motora, dos sinais vitais e dos padrões respiratórios, cabendo ao Enfermeiro a sua vigilância apertada (Urden et al, 2008).

A monitorização da PIC contribui para detetar lesões da massa intracraniana, restringir o uso de terapias auxiliares para a controlar, manter a PIC normal, ajudar a estabelecer o prognóstico e melhorar o resultado. Assim sendo, a sua monitorização tem por finalidade otimizar a perfusão cerebral e, simultaneamente, impedir lesão cerebral secundária, podendo ser efectuada através de um catéter intraventricular (mecanismo mais eficaz), de um pino subaracnóide, catéter epidural ou subdural ou de um catéter com transdutor fibrótico na extremidade, inserido no tecido cerebral ou no ventrículo (Urden et al, 2008). Durante o desenvolvimento do estágio, considero que desenvolvi as intervenções de enfermagem mais adequadas a esta condição, aplicando os conhecimentos adquiridos nas situações mais complexas de prestação de cuidados, através de uma complementaridade entre os conhecimentos teóricos que possuía anteriormente e a pesquisa bibliográfica efetuada, de forma a tornar-me cada vez mais um profissional prestador de cuidados baseados num conhecimento aprofundado do indivíduo em situação de risco.

A ventilação é o *“processo do Sistema Respiratório com as características específicas: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados, profundidade inspiratória e força expiratória”* (International Council of Nurses (ICN), 2013, p. 80).

A ventilação mecânica ocorre com a insuflação de ar através das traqueias, o que provoca uma pressão positiva, sendo este limite estipulado pelo ventilador. A expiração ocorre de uma forma passiva até ~~o~~ Pressão Positiva no Final Expiração (PEEP) programado. Os objetivos clínicos da ventilação mecânica incluem a reversão da hipoxémia e da acidose respiratória aguda, alívio da angústia respiratória, prevenção ou reversão de atelectasias e fadiga dos músculos respiratórios, permitir uma sedação e/ou bloqueio neuromuscular, diminuir o consumo de oxigénio, reduzir a PIC e estabilizar a parede torácica (Alves, 2013).

A maioria dos doentes internados em cuidados intensivos estão ventilados, de acordo com esta realidade delineeii durante o estágio como objetivo a exploração acerca do mecanismo de funcionamento dos parâmetros ventilatórios, bem como dos sinais que os enfermeiros têm de estar atentos e que nos indicam a adaptação do doente ao modo ventilatório. Fiz alguma pesquisa acerca desta temática e o meu enfermeiro tutor também me forneceu algum material de forma a aprofundar conhecimentos nesta temática, contudo considero de extrema importância o contacto direto com esta realidade para o desenvolvimento de competências acerca da ventilação mecânica.

Adquirit capacidades de interpretação da resposta ventilatória do doente e sempre que esta não se encontrava dentro dos parâmetros normais, tentava solucionar o problema. A escolha da modalidade ventilatória é um ato médico mas a avaliação das alterações do estado geral do doente inerentes à modalidade selecionada fazem parte das funções de enfermagem. Procedi aos posicionamentos para melhorar a ventilação do doente e colaborei no desmame ventilatório, através da colocação do doente em ventilação espontânea, com apoio de peça em T e em seguida à sua extubação.

Tive a oportunidade de monitorizar a PIA cujo valor varia com a respiração e a sua avaliação pode ser direta ou indireta, sempre em posição dorsal, no final da expiração. O método direto é realizado com a inserção de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal, conectado a um manómetro de pressão. O método indireto é o mais utilizado e é realizado através da pressão intravesical, por sonda

vesical. A avaliação da PIA está indicada nos traumas abdominais, distensões abdominais, dificuldade respiratória, hipercapnia, oligúria, redução do débito cardíaco e hipóxia (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010).

Urden et al., (2008) refere que a monitorização da PVC está indicada sempre que um doente tenha uma alteração significativa do volume dos líquidos e traduz a pressão criada pelo volume existente no coração direito. A PVC é usada na clínica para avaliar o balanço hídrico (volume de sangue circulante e função de bombeamento do lado direito).

Duas outras competências que durante o estágio também tive oportunidade de desenvolver foi a prestação de cuidados a um doente em ECMO e a realizar hemofiltração. Além da familiarização com os equipamentos, também me foi explicado pela equipa o funcionamento de cada uma delas e quais os cuidados a ter durante a sua manipulação. A técnica de ECMO foi iniciada, no indivíduo com diagnóstico clínico de Pneumonia por Legionella adquirida na comunidade, com rápida evolução e agravamento do estado clínico. O ECMO é uma técnica que permite a realização da oxigenação sanguínea extra-corporalmente, através de uma membrana, em casos de insuficiência respiratória grave, nos quais as técnicas de ventilação mecânica não conseguem dar resposta às necessidades do cliente. Em casos de insuficiência cardíaca grave, esta técnica também pode ser utilizada, dispondo de uma bomba que permite a circulação do sangue. Devido ao seu carácter transitório, esta só pode ser utilizada em doentes com previsão de doença cardíaca ou pulmonar reversível ou em indivíduos que aguardem transplante pulmonar ou cardíaco. Segundo parecer emitido pela OE (2013), acerca das competências dos enfermeiros para a utilização de equipamento de oxigenação extracorporal, conclui-se que a técnica de ECMO deve ser realizada em serviços de cuidados intensivos com grande diferenciação técnica. Deve haver um diretor responsável médico, que assegura a formação especializada adequada, de forma a manter a qualidade e um coordenador para a técnica de ECMO com a responsabilidade de formação e treino da equipa, mantendo a operacionalidade do equipamento. É também esclarecido neste parecer que um enfermeiro com experiência em cuidados intensivos pode operar com o equipamento de ECMO, no entanto, deve frequentar uma formação com

componente teórica de 24 a 26 horas, sessões práticas de manuseamento de ECMO e estágio em local com experiência comprovada nesta técnica. Um indivíduo que realize este tipo de técnica, normalmente encontra-se sedado e analgesiado (evitar agitação e dor), com antibioterapia prescrita (prevenção da infeção) e com perfusão heparina (redução do risco de trombose). Assim sendo, há maioritariamente duas complicações associadas à técnica de ECMO, risco de infeção e risco de hemorragia. O risco de infeção está associado aos locais de inserção das cânulas do equipamento, ao procedimento de inserção das cânulas e ao próprio mecanismo bombagem de sangue para um sistema extracorporal. Cabe aos enfermeiros, grande parte da responsabilidade da prevenção da infeção através do local de inserção das cânulas. Apesar de medidas, como uma correta higienização das mãos serem essenciais na prestação de cuidados a qualquer doente, neste tipo de pacientes têm uma importância acrescida. Além disso a realização do tratamento das feridas no local de inserção da cânula deve ser realizado com técnica asséptica e caráter diário. Em relação ao risco de hemorragia, é da responsabilidade do enfermeiro, a vigilância do local de inserção e posicionamento das cânulas, bem como a pesquisa de hemorragias ativas. Para um maior controlo do risco de hemorragia, o médico deve pedir (6/6 horas) estudos analíticos que lhe permitam analisar os valores da taxa de protrombina e taxa de tromboplastina parcial ativada e assim realizar uma correta gestão da perfusão de heparina.

Segundo Briga (2010), o hospital é um lugar onde o doente se vê, habitualmente, confrontado com relações diferentes das familiares e sociais às quais está habituado, surgindo como um enredo de interações, constituindo um lugar privilegiado de comunicação pela riqueza das relações que se conseguem estabelecer. Segundo a mesma autora, a comunicação na relação enfermeiro/doente adquire valor fundamental e é um dos objetivos mais relevantes na gestão dos problemas de enfermagem, pela importância central na relação de cuidar e como indicador da qualidade dos cuidados. Enfatizando que a comunicação constitui um instrumento básico da profissão, já que é o suporte de todas as ações. É através dela que compreendemos a pessoa como um todo, recolhendo informações que nos permitem identificar os problemas.

A comunicação é uma peça fundamental do cuidar em enfermagem, é mais do que informar e é a base de sustentação de uma relação terapêutica eficaz, permite ao doente participar no processo de tomada de decisão, no respeito pelo princípio ético da autonomia, favorecendo um clima de participação no projeto terapêutico, reduzindo a ambiguidade, geradora de angústia para o doente.

Hesbeen afirma que *“Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem inscrevem-se assim numa ação interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas.”* Hesbeen (2000, p.67).

O doente em estado crítico constitui uma situação particular, na qual a comunicação e interação com o meio se encontram comprometidos, seja por dificuldade ou incapacidade na expressão oral, incapacidade de exprimir as necessidades de forma verbal ou não verbal por exemplo em situações de alteração de estados de consciência (Saraiva e Martinho, 2011). Os autores referem ainda que estes doentes diariamente são submetidos a diversos tipos de intervenção que condicionam a possibilidade de comunicação pela fala. Ficam impedidos de se expressar com clareza devido a dispositivos de ventilação artificial (entubação traqueal, traqueostomia), sedação, coma, entre outros aspetos perdendo o poder de controlar o próprio corpo. Neste contexto, compreendi a importância do olhar, do toque, do momento em silêncio partilhado, da certeza que não é necessário obter uma resposta para comunicar e que, apesar de mergulhado na sedação e na curarização, me encontro diante de alguém em relação a quem me sinto compelida a ter atitudes tão simples como pedir licença para um dado procedimento ou preservar a sua privacidade e intimidade. A comunicação com o doente é desde sempre a essência de todas as intervenções de enfermagem sendo que quando se cuida de doentes incapacitados de comunicar se torna um desafio às habilidades profissionais e humanas dos enfermeiros (Saraiva e Martinho, 2011).

A integração da família na prestação de cuidados foi também por mim desenvolvida ao estimular a sua permanência junto do doente, ao fornecer o esclarecimento possível sobre as intervenções de enfermagem por mim praticadas, ao solicitar o fornecimento de informações acerca da condição prévia e atual do doente quando a sua colaboração não era possível, ao solicitar a sua participação no delineamento de um plano de cuidados após a alta ou ao pedir informações acerca dos recursos disponíveis para cuidar do doente.

Martins (2000) refere que os familiares, perante uma situação de hospitalização sentem-se perdidos, desprotegidos e envolvidos num ambiente desconhecido, regido por muitas regras distintas do seu contexto familiar. Por vezes, sentem-se mesmo invisíveis porque são desencorajados a participar ativamente nos cuidados ao doente (perdendo o seu papel assistencial) e porque não são informados do tipo de assistência que o doente recebe. No período de estágio da UCIP, pude observar com a equipa acompanha os momentos de visita, e desta forma proporciona aos familiares uma relação mais próxima e na qual se sentem mais à vontade para questionar sobre a situação do seu familiar. A equipa tinha o cuidado de conversar com a família antes de chegar junto do doente de forma a dar-lhes uma ideia geral do que os espera e explicar-lhes para que servem os vários monitores, alarmes, tubos e cateteres. Ao dar aos familiares uma ideia básica do equipamento e do seu funcionamento, a unidade de cuidados intensivos é desmistificada e reduz o sentimento de medo.

Considero que o desenvolvimento de competências a nível da comunicação foi gradual, procurei dar atenção à linguagem não verbal, como a expressão facial, a distância, o contacto olhos nos olhos, postura corporal, ao tom e à velocidade da voz e ao tacto tendo no final atingido os objetivos mediante as estratégias de comunicação utilizadas que me permitiram estabelecer com o doente relações de profundo significado humano e terapêutico.

Uma das limitações que eu considero na UCIP é o facto de não ser detentora de um espaço que permita um contacto mais íntimo com os familiares e onde se possa prestar o apoio necessário em algumas situações delicadas.

A realização destas atividades supra citadas para atingir os objetivos propostos neste domínio permitiram-me desenvolver as competências do EE: desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade, demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos, cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o doente e família.

Conclusão

Ao Enfermeiro Especialista cabe o aprofundamento de conhecimentos e a aquisição de competências num domínio específico da enfermagem resultando numa profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença, devendo reger-se por intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando ganhos em saúde.

Os estágios têm um papel crucial no desenvolvimento de competências, dado que a componente prática assumiu um papel importante na mobilização de conhecimentos adquiridos durante a parte teórica. Os estágios contribuíram para dar-nos visibilidade como enfermeiros especialistas.

A elaboração deste relatório de estágio permitiu-me ilustrar o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas, profissionais, sociais, relacionais e éticas, mas também competências no âmbito da autonomia, iniciativa, criatividade, inovação, reflexão crítica e tomada de decisão tendo em conta os domínios de atuação do EE: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que concerne ao Domínio da Responsabilidade Ética e Legal, no decurso do estágio, analisei e refleti, criticamente, sobre a adequação da minha prática e daquilo que observava quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas tendo por base a legislação existente sobre o assunto. O respeito pelo sigilo profissional, o consentimento informado e presumido, o respeito pela privacidade e a decisão de reanimar foram temas alvos da minha atenção neste estágio.

No desenvolvimento de competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, na busca da promoção e garantia de cuidados de qualidade, desenvolvi atividades de formação e identifiquei situações passíveis de serem objeto de intervenção e melhoria, tendo discutido as mesmas com os tutores, numa atitude potenciadora da reflexão. No estágio em APH participei ativamente numa sessão de Mass Training, nas quais os profissionais, em regime voluntário, dão formação de técnicas de SBV e da cadeia de sobrevivência numa política de educação para a saúde e de responsabilidade social e elaborei um catálogo de produtos, onde constam os produtos usados na higienização de cada tipo de material constituinte da ambulância, as suas indicações e o modo de emprego definido para cada um, assim como uma tabela orientadora dos cuidados individuais de limpeza para cada material constituinte da carga da ambulância colaborando desta forma com a CCI do INEM e dando assim ênfase ao Controlo da Infeção Associada a Cuidados de Saúde. No SU, elaborei uma formação acerca do procedimento de manipulação do CVCTI. Esta formação teve como objetivo geral dar a conhecer o procedimento de enfermagem na manipulação do CVCTI com base no procedimento já elaborado e reconhecido na instituição pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica do CHVNG/E, EPE. Na UCIP, colaborei num projeto já existente no serviço que consistiu na escolha dos focos da prática de enfermagem e intervenções associadas, de forma a produzir indicadores de qualidade no sistema B-ICU com base no RMDE.

Quanto às competências adquiridas no que respeita ao domínio da Gestão de Cuidados, aprofundei a temática pela pesquisa em literatura pertinente, pela colaboração com os enfermeiros em funções de coordenação e gestão de cuidados. Desenvolvi capacidade de trabalhar, de forma adequada com a equipa multidisciplinar reconhecendo a função e papel de cada elemento destacando o papel do enfermeiro especialista.

No Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurei a consecução dos objetivos através da colaboração com os profissionais em práticas de planeamento e prestação de cuidados diferenciados, baseando em decisões fundamentadas e refletidas a minha atuação. Durante este período de estágio desenvolvi a capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas,

metodologia de trabalho eficaz, manter de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional assim como desenvolvi competências na área da comunicação, no relacionamento com o doente e com a família. Revi e aprofundei conhecimentos, neste âmbito, discutindo-os com os profissionais e analisando a sua adequação no contexto prático.

Finda a realização do relatório de estágio considero que de uma forma geral, os objetivos foram alcançados na medida em que consegui manter sempre presente a preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, rigor, eficiência e eficácia das intervenções de enfermagem, assim como a formação e desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que são estas componentes de maior preocupação que pautam o meu desempenho profissional. Realizei uma análise crítico reflexiva dos objetivos/competências adquiridas e atividades desenvolvidas de modo a expressar os resultados alcançados bem como descrever o contributo das diversas situações para o desenvolvimento e aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista.

Durante os módulos de estágio foram diversas as dificuldades que senti, desde a necessidade de uma correta e adequada gestão do tempo na consecução das tarefas a que me propus, ao desempenho profissional em contextos nos quais não tinha experiência adotando uma postura adequada ao nível do EE.

A realização dos módulos de estágio permitiram-me conhecer as realidades da atuação de enfermagem em contextos diferentes da minha realidade profissional. Sem dúvida que as experiências que vivi durante os módulos de estágio, as pessoas que conheci e as intervenções que desempenhei me alargaram os horizontes. Amadureci uma noção mais global e elevada da enfermagem, consciente da responsabilidade que isso acarreta.

Refletir, criticamente sobre a minha prática, é um imperativo e um prazer que desenvolvi muito durante este percurso. A reflexão crítica sobre algo é valorizar a aprendizagem no contexto real, é permitir que a experiência acarrete conhecimento e amadurecimento.

Referências Bibliográficas

Alves, Paulo (2013) - Aulas do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Cuidados Intensivos. Porto: Universidade Católica, 2º Semestre.

Araújo, Beatriz (2013) - Aulas do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Gestão. Porto: Universidade Católica, 1º Semestre de 2013.

B-Simple (2013) - Disponível em Dezembro de 2014 em: <http://www.bsimple.pt/#!uci-adultos/c1j8w>.

Barbosa, Alcindo (2008) - Implementação das Vias Verdes Coronária e de AVC na Região Norte. Administração Regional de Saúde do Norte. Disponível Junho de 2014 em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/Vias_Verdes.pdf

Benner, P. (2005) - De Iniciado a Perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Lisboa: Quarteto.

Bigdeli et al (2010) - Pre-hospital care time intervals among victims of road traffic injuries in Iran. A cross-sectional study - BMC Public Health. Disponível em Junho de 2014 em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=704b8e46-bc11-45a1-9d9c-ee7d73a4cbc%40sessionmgr198&hid=122>.

Briga, Sónia (2010) - A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: Perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (2014) – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE – Missão Valores e Objetivos – Disponível em Junho de 2014: <http://www.chvng.pt/index.php/chvng/missao-valores-e-objetivos>.

Conselho Português de Ressuscitação (2010) – Guidelines do Conselho Português de Ressuscitação. Disponível em Novembro de 2014 em: <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>

Deodato, Sérgio (2012) – Direito da Saúde. Coimbra: Edições Almedina S.A, 2012. ISBN 978-972-40- 4750-8.

Direção Geral de Saúde (2005) – Carta dos Direitos do Doente Internado. Disponível em Outubro de 2014: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-dos-direitos-do-doente-internado-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2007) – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Disponível em Novembro de 2014 em: http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_control_o_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf

Direção Geral de Saúde (2008) - Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD. Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa. Disponível em Outubro de 2014 em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

Direção Geral de Saúde (2011) – Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente. Disponível em Outubro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/?cr=20271>

Direção Geral de Saúde (2012) – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Disponível em Novembro de 2014 em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Direção Geral de Saúde (2013) - Norma N° 015/2013 - Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. Disponível em Maio de 2014 em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circularesnormativas%2Fnorma-n-0152013-de-03102013pdf.aspx&ei=lwCyU9uHBYe80QW7moHAAg&usg=AFQjCNHyU7cGh6GFOV9Sz1Kz0eNJBGHHTw&sig2=ryKyit__49iEdFewyODMrg&bvm=bv.69837884,d.bGQ

Garrido, António Fernando da Silva; Simões, João Filipe Fernandes Lindo (2007) - Supervisão de alunos em ensino clínico - Uma reflexão [em linha]. Lisboa: Forum Enfermagem.

Grupo Português de Triagem (1997) - Triagem no Serviço de Urgência – Grupo de Triagem de Manchester: Publishing group.

Hesbeen, Walter – Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000.

Hesbeen, Walter – Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 2001.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2013a) - Sistema Integrado de Emergência Médica – versão 2.0, 1ª Edição. Disponível em Maio de 2014 em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108162916460041.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2013b) - Relatório de uma Comissão de Serviço - Disponível em Maio de 2014 em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20131011155938479967.pdf>

International Council of Nurses (2013) - CIPE® Versão 2011 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em Dezembro de 2014 em: www.ordemenfermeiros.pt

Martins, Catarina (2000) – A família e a hospitalização/participação da família no cuidar. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871 2370. Vol. 48, nº 3.

Martins (2008) - (Vol.12. 2º Semestre de 2008) - Qual o lugar da escrita sensível nos registos de Enfermagem? *Pensar em Enfermagem*, p. 52-61.

Ministério da Saúde (1998) – Saúde em Portugal – uma estratégia para virar o século 1998-2002, Lisboa.

Ministério da Saúde (2003) - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Ministério da Saúde, Lisboa.

Ministério da Saúde (2004) - Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário. Programa Nacional de Controlo de Infeção. Disponível em Outubro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/ms/3/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12426>

Ministério da Saúde (2013) – Manual do Controlo de Infeção. Disponível em Outubro de 2014 em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Manuais/Manual_Controlo_Infecao.pdf

Nunes, Lucília (2006) – *Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem*. Disponível em Junho de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II_Cong_ComLN.pdf

Oliveira, Amélia do Sameiro da Silva e Martins, José Carlos Amado (2013) - Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Rev. Enf.*

Ref. vol.serIII, n.9, pp. 115-124. ISSN 0874-0283. Disponível em Maio de 2014 em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1287>.

Ordem dos Enfermeiros (2001a) - Parecer Conselho Jurisdicional nº20. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Disponível em Outubro de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2001b) - Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem. Disponível em Junho de 2014 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007) – Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Disponível em Dezembro de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009a) – Código Deontológico dos Enfermeiros – Disponível em Maio de 2014 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009b) - Servir a comunidade e garantir qualidade. Disponível em Maio de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em Maio de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b) - Vontade anteriormente manifestada para decisões de fim de vida. Tomada de Posição. Disponível em Maio de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisooesFimVida.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010c) - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica - Disponível em Maio de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012) - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Disponível em Maio de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013) - Competências do Enfermeiro para a utilização do equipamento de oxigenação por membrana extracorporeal – ECMO em cuidados intensivos. Disponível em Dezembro de 2014 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20sobre%20as%20Compet%C3%Aancias%20do%20Enfermeiro%20para%20Utiliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Equipamento%20de%20Oxigena%C3%A7%C3%A3o%20por%20Membrana%20Extracorporeal.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2013a) - Palliative definition - Disponível em Outubro de 2014 em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Organização Mundial de Saúde (2013b) - Palliative care – Disponível em Outubro de 2014 em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

Pereira, Maria Aurora Gonçalves (2004) - Má Notícia em Saúde: Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. Texto & Contexto Enfermagem 2005 Jan-Mar; pp.33-37. Disponível em Maio de 2014: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – Ordem dos Enfermeiros (2012) – Disponível em Maio de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

Saraiva, Dora Maria Ricardo Fonseca e Martinho, Teresa Maria da Cruz (2011) – Comunicar com o doente em estado crítico Revista Nursing. Nursing suplemento, nº 270. - Lisboa : Serra Pinto. Ano 23, pp.8-14

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2010) - Doente Crítico. Disponível em Dezembro de 2014 em: <http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>.

Tigulini, Regianne de Souza e Melo, Marcia Regina Antonietto da Costa (2002) - A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. Brasil: simpósio brasileiro de comunicação em enfermagem - Disponível em Maio de 2014 em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a>

Urden, Linda D.; Stacy, Kathleen M.; Lough, Mary E. (2008) - Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-08-6.

Legislação consultada

Portugal – Ministério da Saúde (1991) - Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro.

Portugal – Ministério da Justiça (1995) - Decreto-Lei n.º 45/95, de 15 de Março.

Portugal – Ministério da Justiça (1987) - Decreto-Lei n.º 78/87 de 17 de Fevereiro.

Portugal – Ministério da Saúde (1990) - Decreto-Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto.

Portugal – Ministério da Saúde (1998) - Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril.

Portugal – Ministério da Saúde (1999) - Decreto-Lei nº 141/99 de 28 de Agosto.

Portugal – Ministério da Saúde (2003) - Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto.

Portugal – Ministério da Saúde (2009) - Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro.

Portugal – Ministério da Saúde (2009) - Decreto-Lei n.º33/2009 de 14 de Julho.

Portugal – Ministério da Saúde (2011) - Decreto-Lei nº 14898/2011 25 de Outubro.

Anexos

*Anexo I – Formação em Serviço – Cateter Venoso Central
Totalmente Implantado - SU*



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Carmen Patrícia Teixeira Moreira

Novembro de 2014



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Procedimento de Enfermagem

Por Carmen Patrícia Teixeira Moreira
Sob orientação de Mestre Lúcia Rocha

Novembro de 2014

Lista de Abreviaturas e Siglas

CHVNG/E, EPE - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho – Entidade Pública Empresarial

CVC – Cateter Venoso Central

CVCTI – Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

ml – mililitros

SF – Soro Fisiológico

SU – Serviço de Urgência

TVP – Trombose Venosa Profunda

U.I. - Unidades

Índice

Introdução.....	9
1. Cateter Venoso Central Totalmente Implantado	11
1.1 Procedimento de Enfermagem – Hospital de Dia	16
Conclusão.....	21
Referências Bibliográficas	23
Anexos.....	27
Anexo a – Procedimento de Enfermagem – CVCTI	29
Anexo b – Plano de sessão da formação	37
Anexo c – Apresentação do Procedimento de Enfermagem – CVCTI	41
Anexo d – Modelo de Avaliação da sessão de formação	57

Índice de Tabelas

Tabela 1- Procedimento de manipulação de CVCTI.....	17
--	----

Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio incluído no Módulo I – Serviço de Urgência do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica do Curso de Mestrado de Natureza Profissional da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto. Surge na sequência de uma proposta de intervenção com interesse prático para o local de estágio, neste caso, para a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Entidade Pública Empresarial (CHVNG /E, EPE).

O Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI) é um dispositivo cada vez mais utilizado nas mais variadas situações constituindo-se como um recurso indispensável na prestação de cuidados ao doente crítico/oncológico, distinguindo-se como um acesso vascular seguro e confiável (Campos et al, 2009). A sua utilização na abordagem terapêutica ao doente, é cada vez mais uma realidade nos serviços, tal como refere Alminhas et al (2012), de acordo com os estudos da União Europeia e da Organização Mundial de Saúde dentro de 15 anos, 50% da população será vítima de cancro, no entanto, os tratamentos para esta doença têm sofrido um considerável avanço.

Além da correta colocação do cateter, não é menos importante a segurança e eficiência na sua utilização e manipulação, desempenhando a Enfermagem um papel fundamental. O enfermeiro tem a função preponderante na vigilância da segurança do doente e do CVCTI, assim como a avaliação da eficiência do seu funcionamento. Assim, exige-se que o enfermeiro possua conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitam assegurar a vigilância do doente com CVCTI, a sua otimização, manipulação e avaliação do seu funcionamento e assim prestar cuidados de qualidade ao doente com CVCTI e despistar possíveis

complicações que possam ocorrer (Carvalho et al, 2009; Encarnação et al, 2013; Registered Nurses' Association of Ontario, 2008).

Neste sentido, após conversa informal com o enfermeiro responsável pela formação no SU constatei que o aparecimento de doentes com CVCTI é cada vez mais frequente, sendo a manipulação deste tipo de dispositivos uma atual dificuldade para a equipa. Perante esta realidade foi-me proposto a elaboração de uma formação acerca da manipulação do CVCTI que será apresentada em formato PowerPoint sendo suportada pela utilização de um vídeo demonstrativo da manipulação do CVCTI, facultado pela Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica do CHVNG/E, EPE.

Esta formação tem como objetivo geral dar a conhecer o procedimento de enfermagem na manipulação do CVCTI com base no procedimento já elaborado e reconhecido na instituição pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica do CHVNG/E, EPE (Anexo a) e como objetivos específicos, sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para uma correta manipulação do CVCTI e uniformizar o procedimento de enfermagem na manipulação do CVCTI.

Para que este trabalho fosse exequível, adotei uma metodologia crítico-reflexiva e descritiva, recorri a pesquisa bibliográfica na biblioteca da faculdade e na Internet em que explorei as ideias ou excertos dos autores sob a forma de citações. Visitei, ainda, o Hospital de Dia da Oncologia Médica para partilha de experiências.

O presente trabalho encontra-se organizado num único capítulo onde farei uma breve fundamentação teórica sobre a temática em estudo. Encontram-se ainda em anexo o plano de sessão da formação (Anexo b), a apresentação do Procedimento de Enfermagem do CVCTI em PowerPoint (Anexo c) e o modelo de avaliação da sessão de formação (Anexo d).

1. Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Os cateteres com reservatório subcutâneo, também conhecidos como totalmente implantáveis, são inseridos cirurgicamente na parede torácica, ficando totalmente introduzidos sob a pele (Banha et al, 2009;Sheehy, 2001).

O sistema é composto por uma câmara e por um cateter. A câmara contém um septo de silicone onde são efetuadas as punções e está colocada sob a pele, no tecido subcutâneo, geralmente no hemitórax superior. O cateter é um tubo flexível em que uma extremidade está colocada na veia cava superior e a outra está conectada à câmara (Elias et al, 2009; Sheehy,2001).

O acesso ao dispositivo é feito por meio de punção na pele sobre a câmara com uma agulha específica, agulha Huber (Almeida et al, 2011; Carvalho et al, 2009). Esta é formada em aço cirúrgico, com prolongador e clampe, possuem uma ponta curva não perfurante que penetra no septo sem cortá-lo, estando este assim preparado para 2000 punções (Elias et al, 2009).

Indicações

A colocação de um CVCTI deve-se a dois fatores importantes: maus acessos venosos periféricos e perfusão de citostáticos extremamente vesicantes. Estes dispositivos são utilizados para infusões contínuas, sangue e derivados, antibioterapia, colheitas de sangue, nutrição parentérica e quimioterapia de curta ou de longa duração, realizada em regime ambulatorio durante 24 a 48 horas, 5 ou 7 dias, consoante os protocolos e pressupõem a conexão de um infusor diretamente à punção do CVC (Campos et al, 2009; Elias et al, 2009).

Vantagens

Como os CVCTI se encontram totalmente implantados no tecido subcutâneo, o risco de infecção e de trombose é menor. Este dispositivo é de fácil punção, radiopaco, estético, permite o tratamento de ambulatório, preserva o sistema venoso periférico do doente, não interfere nas suas atividades de vida diária e diminui o seu sofrimento e stress por serem muitas vezes submetidos a repetidas punções venosas sem sucesso (Campos et al, 2009).

Vias de acesso

Existem várias vias de acesso passíveis de serem utilizadas para a colocação de CVCTI, nomeadamente, veia subclávia, veia jugular, veia femoral e veia cefálica (Cavalcante et al, 2008; Centre for Healthcare Related Infection Surveillance and Prevention e Tuberculosis Control, 2013).

Os acessos subclávios fazem parte das técnicas proximais infraclaviculares, e por vários aspetos são considerados como uma primeira opção. Podemos enumerá-los: a rápida execução, túnel subcutâneo mais curto e tem um melhor resultado estético (Albuquerque, 2005).

Heparinização

A heparinização do CVCTI é um procedimento muito discutido, verificando-se uma divergência de informação bibliográfica, resultando como consequência, diferentes protocolos consoante o serviço (Banha et al, 2009).

Amarelo et al (2012) e Banha et al (2009), propõem a seguinte solução para heparinização: Administrar 3 mililitros (ml) de uma solução obtida a partir de 5000 UI (unidades) de Heparina em 100 ml de soro fisiológico (SF), concentração final de 50 UI/ml.

Por sua vez, Almeida et al (2011), sugerem a utilização de solução de heparinização cuja concentração final de 100UI/ml e administrar 3 ml dessa mesma solução.

Colheitas de sangue

Segundo Amarelo et al (2012), para se realizar uma colheita de sangue, deve-se desclampar o prolongador da agulha e aspirar cerca de 5 ml de sangue para assim confirmar a permeabilidade do cateter. De seguida procede-se à colheita e por fim realizar a heparinização conforme o preconizado no serviço.

Complicações

Os CVCTI podem permanecer dentro do organismo alguns anos. Esta utilização prolongada facilita também a ocorrência de complicações como: infeção, obstrução, trombose e extravasamento tal como referem Campos et al (2009) e Carvalho et al (2009).

Infeção

A infeção é a complicação mais frequente relacionada com o uso do CVCTI. A melhor forma de prevenir este tipo de complicações é a utilização de técnica asséptica durante a manipulação do cateter assim como respeitar os prazos estabelecidos de troca de agulha e conexões (Carvalho et al, 2009).

Em relação ao tempo de troca da agulha, a maioria dos estudos recomenda que a permanência máxima da agulha seja de sete dias (Centre for Healthcare Related Infection Surveillance and Prevention e Tuberculosis Control, 2013; Pires et al, 2014).

Amarelo et al (2012), afirmam que se deve despistar precocemente sinais e sintomas locais e sistémicos, comunicar ao médico, realizar registos dos mesmos e descrever as medidas tomadas.

O tratamento para as infeções deste tipo de dispositivos consiste em confirmar a infeção utilizando a comparação entre uma hemocultura colhida pelo cateter e

outra por via periférica. Após a identificação da infecção e do microorganismo é que se deve instituir a antibioterapia adequada, pelo médico responsável. Nos casos em que o doente não responde à terapêutica, pode ser indicada a remoção (Carvalho et al, 2009; Pires et al, 2014).

Obstrução

A obstrução destes dispositivos decorre da formação de trombos ou precipitação de drogas (Carvalho et al, 2009). Ao identificar a causa da obstrução, deve-se tentar o refluxo sanguíneo e em seguida tentar infundir SF. Deve-se ainda avaliar possíveis oclusões mecânicas como: mau posicionamento do cateter, dobras e, até mesmo, mau posicionamento da agulha (Pires et al, 2014).

Se for verificada ausência de refluxo sanguíneo mas permeável ao SF deve-se confirmar posicionamento correto na agulha na câmara, solicitar ao doente para elevar o braço do mesmo lado da inserção do cateter, colocá-lo debaixo da cabeça, pedir para tossir e posicioná-lo em decúbito dorsal ou ligeiro trendelenburg. Se após este procedimento se mantiver a ausência de refluxo, usar SF e tentar injetar, sem exercer demasiada pressão. Se continuar sem refluir, usar solução heparinizada, aguardar 5 minutos. Se se mantiver, comunicar ao médico (Amarelo et al, 2012).

Na ausência de refluxo sanguíneo e não permeável ao SF, comunicar ao médico (Amarelo et al, 2012).

Nos casos em que a obstrução está confirmada, destaca-se a terapia fibrinolítica como único tratamento possível, cabendo a cada instituição determinar o fibrinolítico mais adequado, a dose terapêutica bem como a técnica de desobstrução (Carvalho et al, 2009). De salientar, que a sua administração necessita de acompanhamento médico, pois há risco de complicações com o uso destas drogas (Pires et al, 2014).

Assim, o principal procedimento para prevenir a obstrução do cateter é a lavagem

com 20ml de SF entre a administração de dois ou mais medicamentos e após o uso do dispositivo, seguida da heparinização preconizada no serviço (Carvalho et al, 2009).

Trombose

Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma complicação grave e relativamente frequente (Albuquerque, 2005).

A TVP pode ocorrer de forma aguda e insidiosa. Quando aguda, ela surge abruptamente, provocando dor, algumas vezes febre, circulação colateral e edema do pescoço ou do braço. Quando insidiosa, é caracterizada por uma queda progressiva no rendimento do cateter, reduzindo inicialmente o refluxo e posteriormente, de forma gradativa, também o seu fluxo até à obstrução completa (Albuquerque, 2005).

Segundo Amarelo et al (2012), os enfermeiros devem estar atentos ao despiste de possíveis sinais e sintomas desta eventual complicação, dor e possível edema, comunicar ao médico e realizar os respetivos registos de enfermagem.

Extravasamento

Carvalho et al (2009), referem como causas mais frequentes de extravasamento a formação de fibrina ou trombo na ponta do cateter e rutura do dispositivo. Outras possíveis causas, podem estar relacionadas com a inserção incompleta da agulha na câmara, deslocamento da agulha decorrente de mudanças no posicionamento e manipulações frequentes, bem como desconexão entre cateter e reservatório.

Uma vez que a causa do extravasamento é multifatorial, os mesmos autores descrevem as medidas de prevenção desses fatores. Assim, relativamente à incompleta inserção da agulha na câmara recomendam, evidentemente, uma punção em que a agulha fique totalmente inserida no dispositivo e o uso do tamanho adequado da mesma. Quanto ao deslocamento da agulha, este pode ser

evitado com a realização de um penso que proteja inteiramente a agulha, evitando a tração dos equipamentos conectados ao cateter. Em relação ao extravasamento provocado pela rutura do cateter, não se deve utilizar a forte pressão exercida pelas seringas de pequeno calibre (1ml e 3ml). Portanto, durante o manuseio de CVCTI utilizam-se seringas com calibre superior a 5ml (Carvalho et al, 2009).

Amarelo et al (2012), afirmam que em caso de extravasamento a perfusão deve ser suspensa, antes de retirar a agulha deve-se tentar aspirar o que perfundiu e comunicar ao médico. Se houver indicação para retirar a agulha, heparinizar previamente o cateter conforme protocolo de heparinização e aplicar calor ou frio, consoante o tipo de fármaco. Efetuar todos os registos de enfermagem.

1.1 Procedimento de Enfermagem – Hospital de Dia

Neste ponto irei apresentar o procedimento de enfermagem utilizado pela Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica do CHVNG/E, EPE que irá ser a base da minha formação com o objetivo de uniformizar os procedimentos entre a equipa de enfermagem do SU e a equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica.

Material necessário

- 1 máscara;
- 1 par de luvas esterilizadas;
- campo cirúrgico (n.º 31);
- campo cirúrgico com óculo (n.º 16);
- compressas esterilizadas 5x5 cm;
- 1 agulha de punção tipo Huber;
- 1 seringa de 5 ml;
- SF;
- antisséptico (spray);

- adesivo;
- recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares.

Procedimento

Para uma melhor compreensão e visualização optei por apresentar o procedimento em formato de tabela.

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Identificar a pessoa e conferir a prescrição;	Prevenir erros
Explicar procedimento ao doente, obtendo o seu consentimento;	Obter a colaboração da pessoa; promover o bem-estar e reduzir ansiedade
Providenciar os recursos para junto da pessoa;	Gerir o tempo
Lavar as mãos com água e sabão;	Prevenir a contaminação
Preparar a solução a ser infundida e colocar no suporte de soro;	Permitir a execução do tratamento
Assegurar a privacidade do doente;	Proteger o direito à intimidade da pessoa
Posicionar o doente em decúbito dorsal, com a cabeça voltada para o lado contrário ao da punção;	Facilitar a execução do procedimento

Realizar lavagem higiénica das mãos;	Prevenir a contaminação
<p>Dispor o material no campo cirúrgico :</p> <p>Abrir campo cirúrgico n.º 31;</p> <p>Abrir campo n.º 16 (para o campo);</p> <p>Abrir o pacote das compressas (para o campo);</p> <p>Abrir a seringa de 5 ml (para o campo);</p> <p>Colocar a agulha tipo <i>huber</i> (no campo).</p>	Permitir a execução do procedimento
Realizar antissepsia do local (câmara puncionável) com antisséptico para pele íntegra;	Prevenir infeção e assegurar técnica asséptica
Colocar máscara cirúrgica e as luvas esterilizadas;	Garantir o cumprimento da norma asséptica
Aspirar cerca de 2 ml de Soro Fisiológico para a seringa e conectá-la ao prolongador da agulha tipo <i>huber</i> , preenche-lo e clampar o prolongador;	Garantir que o prolongador está preenchido de soro
Colocar campo com óculo (n.º 16) sobre o local a puncionar;	Assegurar a norma asséptica para aceder à câmara puncionável
Realizar palpação do local e fixar com polegar e indicador da mão não dominante a câmara para punção;	Certificar e estabilizar o local a puncionar
Pedir ao doente que realize inspiração profunda e que sustente a respiração;	Facilitar o procedimento com a colaboração da pessoa

Puncionar a câmara com a agulha tipo <i>huber</i> em ângulo reto até sentir resistência (na base, o contacto metálico é evidente, de seguida aliviar ligeiramente a agulha);	Realizar a técnica de punção adequada
<p>Desclampar o prolongador da agulha e aspirar cerca de 5 ml de sangue para assim confirmar a permeabilidade do cateter;</p> <p>No caso de tratamento, dar início às perfusões prescritas, fixar a agulha (colocando compressa esterilizada de proteção e adesivo);</p> <p>Se se tratar de colheita de sangue, aplicar o <i>holder</i> na extremidade do prolongador e adaptar o(s) tubo(s) de colheita indicado(s) e proceder à heparinização.</p> <p>Nas situações de manipulação procede-se à heparinização.</p>	Remover resíduos do lúmen do cateter, confirmar a funcionalidade do mesmo
<p>No final do procedimento, administrar cerca de 10 ml de soro fisiológico e proceder à heparinização do cateter;</p> <p>Administrar 3 ml de uma solução obtida a partir de 5000 UI de heparina em 100 ml de SF (concentração final de 50 UI/ml).</p>	Manter a permeabilidade do cateter
Remover a agulha;	Concluir o procedimento
Realizar compressão e colocar penso.	Promover hemostase

Tabela 1- Procedimento de manipulação de CVCTI (Amarelo et al, 2012)

Conclusão

Os CVC de longa duração, especialmente os implantados com reservatório subcutâneo, revolucionaram a forma de tratamento prestado a doentes crónicos, sem os habituais constrangimentos que limitam a utilização prolongada dos cateteres periféricos, como a dificuldade de punção, o problema dos extravasamentos e a esclerose venosa. A utilização dos CVCTI, manipulados por profissionais de saúde detentores de conhecimento técnico e científico, com a manutenção adequada, facilita o acesso ao sistema venoso, reduzindo substancialmente o sofrimento do doente, aumentando exponencialmente a sua qualidade de vida.

A principal dificuldade na realização deste trabalho incidiu na divergência de informação bibliográfica, tendo optado por utilizar o procedimento elaborado pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia Médica do CHVNG/E, E.P.E, que me serviu como linha orientadora, pois é o que se encontra atualmente instituído no hospital.

Contudo, considero que apesar das dificuldades sentidas na realização deste trabalho os objetivos a que me propus foram amplamente atingidos. Esta experiência foi muito gratificante quer a nível pessoal quer a nível profissional, pelo aprofundamento de conhecimentos nesta temática e partilha de experiências com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica.

É bastante enriquecedor perceber que a nossa intervenção e atuação cria mudanças de comportamentos positivos em benefício da profissão de enfermagem e principalmente em benefício do doente.

Referências Bibliográficas

Albuquerque, Marcos Pires (2005) – Cirurgia dos cateteres de longa permanência nos centros de transplante de medula óssea. *Revista Medicina, Ribeirão Preto*. (Jun. 2005), p. 125-142. Disponível em Outubro de 2014 em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/511/511>;

Almeida, Paulo César de; Caetano, Joselany Áfio; Honório, Rita Paiva Pereira - Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de doentes com cateter totalmente implantado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 64, nº 5 (Set.- Out. 2011) p. 882-889. Disponível em Outubro de 2014: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a13v64n5.pdf>;

Alminhas, Sílvia Manuela Pação; Nunes, Paula Cristina Martins. Cateter venoso central: que práticas na procura da excelência. *Revista Onco.News - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa*. nº 20 (Mar. - Jun. 2012), p. 11-19. Disponível em Outubro de 2014 em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8172/1/Artigo%20Cateter%20Central%20final.pdf>;

Amarelo, Anabela; Reis, Carla – *Procedimento de enfermagem: manutenção de cateter venoso central totalmente implantado* (2012) – Acessível no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia /Espinho, EPE;

Banha, Filipa, Pires, Rosália, Vivas, Pedro - Heparinização de Cateteres. *Nursing*. Ano 21, nº 245 (Mai. 2009) 39-44;

Campos, Rosângela Galindo; Silva, Fernando Salomão – Complicações com o uso do cateter totalmente implantável em doentes oncológicos: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 14, nº 1 (Jan. – Mar. 2009), p. 159 -164.

Disponível em Outubro de 2014 em:
<http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2009/vol14/no1/21.pdf>;

Carvalho, Emília Campos; Reis, Paula Elaine Diniz; Vasques, Christiane Inocência - Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em doentes oncológicos: revisão integrative. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 22, nº 5 (2009). p. 696-701. Disponível em Outubro de 2014 em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-2100200900050001;

Cavalcante, Rafael Noronha; Kafejian, Ohannes; Lopes, Jocefábia Reika Alves; MIRANDA, Robson Barbosa de (2008) – Perviedade e complicações no seguimento de cateteres venosos totalmente implantáveis para quimioterapia. *Jornal Vascular Brasileiro*. Vol. 7, nº 4 (Out. 2008), p. 316-320. Disponível em Outubro de 2014 em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v7n4/v7n4a05>;

Centre for Healthcare Related Infection Surveillance and Prevention e Tuberculosis Control - *Totally Implantable central venous access ports: guideline*. 2013. Disponível em Outubro de 2014 em: <http://www.health.qld.gov.au/qhpolicy/docs/gdl/qh-gdl-321-6-6.pdf>;

Elias, Marta; Carvalho, Sofia; Almeida, Arménia; Jesus, Maria de; Miranda, Madalena – Manuseamento de cateteres totalmente implantados. *Revista Sinais Vitais*. Nº83 (Mar. 2009), p.53-57;

Encarnação, Rúben Miguel Câmara, Marques, Paulo – Permeabilidade do cateter venoso central: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III, nº9 (Mar. 2013), p. 161-169. Disponível em 2014 em:
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832013000100017&script=sci_arttext&tlng=pt;

Pires, Nayara Nárley; Vasques, Christiane Inocência - Conhecimento de enfermeiros acerca do manuseio de cateter totalmente implantado. *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 23, nº 2 (Abr. - Jun. 2014), p. 443-450. Disponível em

2014 em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00443.pdf;

Registered Nurses Association Of Ontario - *Care and maintenance to reduce vascular access complications: nursing best practice guideline*. Toronto: RNAO, 2005. Disponível em 2014 em: http://rno.ca/sites/rno-ca/files/Care_and_Maintenance_to_Reduce_Vascular_Access_Complications.pdf;

Sheehy, Susan – *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4ªed. Loures: Lusociência 2001.

Anexos

Anexo a – Procedimento de Enfermagem – CVCTI

	PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	Código: _____	
		Edição N.º: _____	Data: _____
		Revisão N.º: _____	Data: _____

MANUTENÇÃO DO CATÉTER VENOSO CENTRAL (TOTALMENTE) IMPLANTADO

I – DEFINIÇÕES

Os cateteres com reservatório subcutâneo, também conhecidos como totalmente implantáveis, são inseridos cirurgicamente na parede torácica, ficando totalmente introduzidos no organismo.

O Cateter Venoso Central Implantado (CVCI) é colocado pela equipe médica (no Bloco Operatório).


A sua manipulação e/ou deteção precoce de complicações é da responsabilidade da equipa de Enfermagem que cuida do doente.

Sendo este um tipo de cateter com uma vida útil indefinida, são normalmente aplicados em doentes com dificuldade de acesso venoso periférico, com necessidade de acesso venoso por um período longo e em casos de quimioterapia em que se prevejam múltiplos ciclos, quando se faz uso de drogas vesicantes ou que implique tratamento no domicílio (infusor portátil).

II – OBJECTIVOS

- a. Identificar e descrever os cuidados inerentes à punção, manutenção do cateter central implantado (CVCI);
- b. Assegurar a permeabilidade do CVCI;
- c. Prevenir complicações;
- d. Uniformizar procedimentos ao nível da Instituição;
- e. Facilitar a integração de novos elementos no serviço de Oncologia.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
Enf.ª Anabela Amarelo e Enf.ª Carla Reis			1

	PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	Código: _____	
		Edição N.º: _____	Data: _____
		Revisão N.º: _____	Data: _____

MANUTENÇÃO DO CATÉTER VENOSO CENTRAL (TOTALMENTE) IMPLANTADO

III – INFORMAÇÕES GERAIS

a- Âmbito

Aplica-se a todos os cuidados que impliquem o manuseamento do CVCI, pelos enfermeiros que prestam cuidados ao doente com CVCI.

O cateter pode ser manipulado para:

- manutenção da sua funcionalidade,
- colheitas de sangue,
- perfusão de fármacos,
- transfusão de componentes sanguíneos,
- alimentação parentérica.


b- Frequência

A manutenção da funcionalidade do CVCI deve ser assegurada de 3/3 meses.

IV – RECURSOS

- 1 máscara,
- 1 par de luvas esterilizadas,
- campo cirúrgico (n.º 31),
- campo cirúrgico com óculo (n.º 16)
- compressas esterilizadas 5x5 cm,
- 1 agulha de punção tipo *huber*,
- 1 seringa de 5 ml,
- soro fisiológico,
- antisséptico (spray),
- adesivo,
- recipiente para sujus de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
Enf.ª Anabela Amarelo e Enf.ª Carla Reis			2


	PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	Código: _____	
		Edição N°: _____	Data: _____
		Revisão N° _____	Data: _____

MANUTENÇÃO DO CATÉTER VENOSO CENTRAL (TOTALMENTE) IMPLANTADO

V – PROCEDIMENTO

Ações de Enfermagem	Justificação
1. Identificar a pessoa e conferir a prescrição;	1. Prevenir erros
2. Explicar procedimento ao doente, obtendo o seu consentimento;	2. Obter a colaboração da pessoa; promover o bem-estar e reduzir ansiedade
3. Providenciar os recursos para junto da pessoa;	3. Gerir o tempo
4. Lavar as mãos com água e sabão;	4. Prevenir a contaminação
5. Preparar a solução a ser infundida e colocar no suporte de soro;	5. Permitir a execução do tratamento
6. Assegurar a privacidade do doente;	6. Proteger o direito à intimidade da pessoa
7. Posicionar o doente em decúbito dorsal, com a cabeça voltada para o lado contrário ao da punção;	7. Facilitar a execução do procedimento
8. Realizar lavagem higiénica das mãos;	8. Prevenir a contaminação
9. Dispor o material no campo cirúrgico:	9. Permitir a execução do procedimento
9.1. Abrir campo cirúrgico n.º 31,	
9.2. Abrir campo n.º 16 (para o campo),	
9.3. Abrir o pacote das compressas (para o campo),	
9.4. Abrir a seringa de 5 ml (para o campo),	
9.5. Colocar a agulha tipo <i>huber</i> (no campo),	
9.6. Colocar o soro numa das cuvetes,	
10. Realizar antisepsia do local (câmara punção) com antiséptico para pele íntegra;	10. Prevenir infeção e assegurar técnica assética
11. Colocar máscara cirúrgica e as luvas esterilizadas;	11. Garantir o cumprimento da norma assética
12. Aspirar cerca de 2 ml de Soro Fisiológico para a seringa e conectá-la ao prolongador da agulha tipo <i>huber</i> , preenche-lo e clampar o prolongador;	12. Garantir que o prolongador está preenchido de soro
13. Colocar campo com óculo (n.º 16) sobre o local a punccionar;	13. Assegurar norma assética para aceder à câmara punção


ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
Enf.ª Anabela Amarelo e Enf.ª Carla Reis			3

 CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO	PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	Código: _____	
		Edição N°: _____	Data: _____
		Revisão N° _____	Data: _____

MANUTENÇÃO DO CATÉTER VENOSO CENTRAL (TOTALMENTE) IMPLANTADO

Ações de Enfermagem	Justificação
14. Realizar palpação do local e fixar com polegar e indicador da mão não dominante a câmara para punção;	14. Certificar e estabilizar o local a punccionar
15. Pedir ao doente que realize inspiração profunda e que sustente a respiração;	15. Facilitar o procedimento com a colaboração da pessoa
16. Puncionar a câmara com a agulha tipo <i>huber</i> em ângulo reto até sentir resistência (na base, o contacto metálico é evidente, de seguida aliviar ligeiramente a agulha);	16. Realizar a técnica de punção adequada
17. Desclampar o prolongador da agulha e aspirar cerca de 5 ml de sangue para assim confirmar a permeabilidade do cateter;	17. Remover resíduos do lúmen do cateter, confirmar a funcionalidade do mesmo
17.1. No caso de tratamento, dar início às perfusões prescritas, fixar a agulha (colocando compressa esterilizada de proteção e adesivo);	
17.2. Se se tratar de colheita de sangue, aplicar o <i>holder</i> na extremidade do prolongador e adaptar o(s) tubo(s) de colheita indicado(s) e proceder como descrito no ponto 18 e seguintes;	
17.3. Nas situações de manipulação proceder como no ponto 18 e seguintes	
18. No final do procedimento, administrar cerca de 10 ml de soro fisiológico e proceder à heparinização do cateter: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar 3 ml de uma solução obtida a partir de 5000 UI de Heparina em 100 ml de SF (concentração final de 50 UI/ml. Note-se que a solução de heparina deve estar entre os 10 a 100 UI/ml); 	18. Manter a permeabilidade do cateter
19. Remover a agulha;	19. Concluir o procedimento
20. Realizar compressão e colocar penso	20. Promover hemostase

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
Enf.ª Anabela Amarelo e Enf.ª Carla Reis			4

 <p>CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO</p>	PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	Código: _____	
		Edição N.º: _____	Data: _____
		Revisão N.º: _____	Data: _____

MANUTENÇÃO DO CATÉTER VENOSO CENTRAL (TOTALMENTE) IMPLANTADO

VI – COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO CVCI

a- Ausência de Refluxo sanguíneo mas permeável ao Soro

1. Confirmar posicionamento correto na agulha na camara;
2. Solicitar ao doente para elevar o braço do mesmo lado da inserção do cateter, colocar o braço debaixo da cabeça, pedir para tossir e posicioná-lo em decúbito dorsal ou ligeiro trendlenbourg;
3. Após a confirmação da ausência de refluxo, usar SF e tentar, sem exercer demasiada pressão, injetar. Se continuar sem refluir, usar solução heparinizada (obtida a partir de 5000 UI de Heparina em 100 ml de SF), aguardar 5 minutos e se se mantiver comunicar ao médico;

b- Ausência de Refluxo sanguíneo e não permeável ao Soro

1. Comunicar ao médico.

c- Extravasamento de Fármacos

1. Suspender perfusão;
2. Não retirar agulha de punção;
3. Tentar aspirar o perfundido;
4. Comunicar ao médico. Se houver indicação para retirar a agulha, heparinizar previamente o cateter (segundo solução referida);
5. Aplicar calor ou frio, consoante o tipo de fármaco;
6. Realizar registos dos sinais e sintomas apresentados e das medidas tomadas.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
Enf.ª Anabela Amarelo e Enf.ª Carla Reis			5

 CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO	PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	Código: _____	
		Edição N.º: _____	Data: _____
		Revisão N.º: _____	Data: _____

MANUTENÇÃO DO CATÉTER VENOSO CENTRAL (TOTALMENTE) IMPLANTADO

d- Infeção

1. Despiste precoce de sinais e sintomas locais e sistémicos;
2. Comunicar ao médico;
3. Realizar registos dos sinais e sintomas apresentados e das medidas tomadas.

e- Trombose Venosa

1. Atender para o despiste de possíveis sinais e sintomas desta eventual complicação – hipertermia, dor e possível tumefação;
2. Comunicar ao médico;
3. Realizar registos dos sinais e sintomas apresentados e das medidas tomadas.

VII – REFERÊNCIAS

- URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnósticos e Intervenções*. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6.
- BANHA, F., VIVAS, P., PIRES, R. *Heparinização de Cateteres*. Nursing n.245, Nov. 1999, [Consult. 25 Jan. 2013]. Disponível na Internet<URL: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3512:heparinizacao-de-cateteresn&catid=206:junho-2009
- [Consult. 25 Jan. 2013]. Disponível na Internet<URL: http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/bitstream/123456789/2070/1/2009_dis_rpphon%C3%B3rio.pdf
- [Consult. 25 Jan. 2013]. Disponível na Internet<URL: <http://www.clinicaonco.com.br/conteudo/noticias/pdf/000068.pdf>
- [Consult. 25 Jan. 2013]. Disponível na Internet<URL: <http://www.croc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/41CBCE4A-1350-48DC-B7D9-4F1EB9BA7136/21792/Cat%C3%A9terImplant%C3%A1velcomC%C3%A2mara.pdf>

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
Enf.ª Anabela Amarelo e Enf.ª Carla Reis			6

Anexo b – Plano de sessão da formação

PLANO DE SESSÃO

TEMA	Cateter Venoso Central Totalmente Implantado – Procedimento de Enfermagem			
DATA	5 de Novembro de 2014	HORA	15:30h	
LOCAL	Pavilhão Satélite – Piso 5	FORMADOR	Patrícia Moreira	
DESTINATÁRIOS	Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE			
OBJETIVO GERAL	Dar a conhecer o procedimento de enfermagem de manipulação de CVCTI elaborado pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica.			
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para uma correta manipulação do CVCTI; Uniformizar o procedimento de manipulação do CVCTI na equipa de enfermagem do SU.			
	CONTEÚDOS	TEMPO	METODOLOGIA	RECURSOS MATERIAIS
INTRODUÇÃO	Apresentação da pertinência/objetivos da formação.	5 min	Método Expositivo	Computador Videoprojector PowerPoint
DESENVOLVIMENTO	Abordagem do Cateter Venoso Central Totalmente Implantado: <ul style="list-style-type: none"> - Indicações - Vantagens - Vias de acesso - Procedimento de Enfermagem - Complicações 	15 min	Método Expositivo e ativo Projeção de vídeo do procedimento de enfermagem	
CONCLUSÃO	Avaliação da Sessão de formação	5 min	Método interrogativo	Documento de avaliação da formação

Anexo c – Apresentação do Procedimento de Enfermagem – CVCTI



CATÓLICA PORTO

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Procedimento de Enfermagem



CATÓLICA PORTO

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI)

- Aluna: Patrícia Moreira
- Tutora: Enf^a Margarida Leal
- Sob orientação: Professora Lúcia Rocha

Objetivo Geral

- Dar a conhecer o procedimento de manipulação do CVCTI elaborado pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica.

Objetivos Específicos

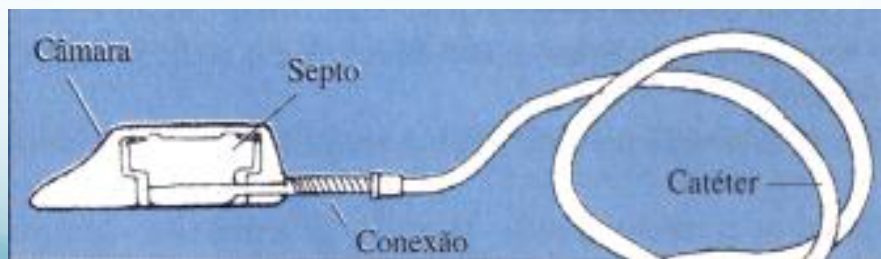
- Sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de urgência para uma correta manipulação do CVCTI;
- Uniformizar o procedimento de manipulação do CVCTI na equipa de enfermagem do serviço de urgência.

CVCTI

- Os cateteres com reservatório subcutâneo, também conhecidos como totalmente implantáveis, são inseridos cirurgicamente na parede torácica, ficando totalmente introduzidos sob a pele (Banha et al, 2009; Sheehy, 2001).
- A sua manipulação e deteção precoce de complicações é da responsabilidade da equipa de enfermagem que cuida do utente.

CVCTI

- O sistema é composto por uma câmara e por um cateter. A câmara contém um septo de silicone onde são efetuadas as punções e está colocada sob a pele. O cateter é um tubo flexível em que uma extremidade está colocada dentro da veia e a outra está conectada à câmara (Elias et al, 2009; Sheehy,2001).



CVCTI

- O acesso ao dispositivo é feito por meio de punção na pele sobre a câmara com uma agulha específica, agulha Huber (Elias et al, 2009).



Indicações

- Infusões contínuas, sangue e derivados;
- Antibioterapia;
- Colheitas de sangue;
- Nutrição parentérica;
- Quimioterapia de curta/longa duração.

Indicações

- Maus acessos venosos periféricos;
- Perfusão de citostáticos extremamente vesicantes.

Vantagens

- Dispositivo totalmente subcutâneo, reduzindo o risco de infecção;
- Permite tratamento de ambulatório;
- Menor interferência nas atividades de vida diárias do utente;
- Menor distúrbio da auto-imagem corporal;
- Diminui o sofrimento e stress dos utentes que muitas vezes são submetidos a repetidas punções venosas sem sucesso.

Vias de acesso

- Os acessos subclávios são considerados como uma primeira opção:
 - Rápida execução;
 - Túnel subcutâneo mais curto;
 - Melhor resultado estético.

(Albuquerque, 2005)

Procedimento de Enfermagem - CVCTI

Material Necessário

- 1 máscara;
- 1 par de luvas esterilizadas;
- campo cirúrgico (n.º 31);
- campo cirúrgico com óculo (n.º 16);
- compressas esterilizadas 5x5 cm;
- 1 agulha de punção tipo huber;
- 1 seringa de 5 ml;
- soro fisiológico;
- antisséptico (spray);
- adesivo;
- recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares.

Procedimento de Enfermagem - CVCTI



Colheitas de sangue

- Desclampar o prolongador da agulha;
- Aspirar cerca de 5 ml de sangue para assim confirmar a permeabilidade do cateter;
- Proceder à colheita;
- Lavagem com 20 ml de soro fisiológico;
- Heparinização conforme preconizado no serviço.

Heparinização

- **Solução para Heparinização:** Administrar 3 ml de uma solução obtida a partir de 5000 UI de Heparina em 100 ml de soro fisiológico.

(Conforme procedimento instituído pela Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia da Oncologia Médica).

Complicações

- Infeção;
- Obstrução;
- Trombose;
- Extravasamento.

Campos et al (2009) e Carvalho et al (2009)

Infeção

- A infeção é a complicação mais frequente.
- Prevenção: utilização de técnica asséptica.
- O enfermeiro deve:
 - Despistar sinais e sintomas locais e sistémicos;
 - Comunicar ao médico;
 - Realizar registos de enfermagem.

Obstrução

- A obstrução deste tipo de dispositivos decorre da formação de trombos ou precipitação de drogas.
- Prevenção: Lavagem com 20ml de soro fisiológico, seguida da heparinização preconizada no serviço.
(Carvalho et al, 2009)

Obstrução

- Oclusões mecânicas,
- Mau posicionamento do cateter;
- Dobras no sistema;
- Mau posicionamento da agulha.

(Pires et al, 2014)

Obstrução

- **Ausência de refluxo sanguíneo**
 - Confirmar posicionamento da agulha;
 - Elevar o braço do utente do mesmo lado da inserção do cateter;
 - Colocar o braço debaixo da cabeça;
 - Pedir para tossir;
 - Posicioná-lo em decúbito dorsal ou ligeiro trendelenburg.

Amarelo et al (2012)

Obstrução

- **Ausência de refluxo sanguíneo**
 - Sem exercer demasiada pressão, tentar injetar soro fisiológico.
Não utilizar seringas com calibre inferior a 5 ml.
 - Usar solução heparinizada, aguardar 5 minutos.
 - Comunicar ao médico.

Amarelo et al (2012)

Obstrução

- **Na ausência de refluxo sanguíneo e não permeável ao soro.**
- Comunicar ao médico.

Amarelo et al (2012)

Trombose

- **A Trombose Venosa Profunda**
 - **Aguda**, ela surge abruptamente, provocando dor, algumas vezes febre e edema do pescoço ou do braço.
 - **Insidiosa**, é caracterizada por uma queda progressiva no rendimento do cateter até a obstrução completa.

(Albuquerque, 2005)

Trombose

- Despistar possíveis sinais e sintomas desta eventual complicação – dor e possível edema;
- Comunicar ao médico;
- Realizar registos de enfermagem.

Extravasamento

- Formação de trombos na ponta do cateter;
- Rutura do dispositivo;
- Inserção incompleta da agulha na câmara;
- Deslocamento da agulha decorrente de mudanças no posicionamento e manipulações frequentes.

Carvalho et al (2009)

Extravasamento

- Suspender a perfusão;
- Tentar aspirar o que perfundi e comunicar ao médico;
- Se houver indicação para retirar a agulha, heparinizar antes.
- Realizar registos de enfermagem.

Amarelo et al (2012)

Bibliografia

- AMARELO, Anabela e REIS, Carla – Procedimento de Enfermagem – Manutenção de cateter venoso central totalmente implantado (2012) – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia /Espinho EPE
- BANHA, F., VIVAS, P., PIRES, R. Heparinização de Cateteres. Nursing n.245, Maio de 2009, [Disponível em Outubro de 2014:
<http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3512-heparinizacao-de-cateteres#.VEAtqCldV58>
- ELIAS, Marta; CARVALHO, Sofia; ALMEDIA, Arménia; JESUS, Maria de; MIRANDA, Madalena – Manuseamento de cateteres totalmente implantados. *Revista Sinais Vitais*. N°83 (Mar. 2009), p.53-57;
- PIRES, Nayara Nárley; VASQUES, Christiane Inocêncio (2014) - Conhecimento de enfermeiros acerca do manuseio de cateter totalmente implantado. Disponível em Outubro de 2014 em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00443.pdf
- CAMPOS, Rosângela Galindo; SILVA, Fernando Salomão – Complicações com o uso do cateter totalmente implantável em pacientes oncológicos: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 14, nº 1 (Jan. – Mar. 2009), p. 159 -164. [Consult. 12 Out. 2014].Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2009/vol14/no1/21.pdf>;
- CARVALHO, Emília Campos; REIS, Paula Elaine Diniz; VASQUES, Christiane Inocêncio - Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 22, nº 5 (2009). p. 696-701 [Consult. 12 Out. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-210020090050001;
- SHEEHY, Susan – *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4ªed. Loures: Lusociência 2001.

Anexo d – Modelo de Avaliação da sessão de formação

Ficha de avaliação da ação de formação

Esta folha de avaliação tem como objectivo servir como instrumento de avaliação da formação por parte dos formandos e no final efetuar um relatório final de formação. **Assinale com um X a sua opinião.**

Obrigado pela sua colaboração.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1.A ação de formação que frequentei foi do meu interesse					
2.Os formadores demonstraram competências científicas para a elaboração da ação de formação					
3.Os formadores demonstraram competências pedagógicas na apresentação da ação					
4.O método utilizado na apresentação da ação de formação foi adequado					
5.Achou a ação de formação elucidativa em relação ao conteúdo					
6.Relativamente ao tempo utilizado na apresentação da ação de formação achou adequado					

Anexo II – Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar – Proposta de Intervenção



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar

Proposta de Intervenção

Carmen Patrícia Teixeira Moreira

Julho de 2014



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar

Proposta de Intervenção

Por Ana Karina Rocha
Carla Pires
Carmen Patrícia Moreira
Sara Oliveira

Sob orientação de Mestre Lúcia Rocha

Julho de 2014

***“It cannot be necessary to tell a nurse that she should be clean,
or that she should keep her patient clean”***

Florence Nightingale, 1969

Lista de Abreviaturas e Siglas

CDC - Centers for Diseases Control and Prevention

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

SIV – Suporte Imediato de Vida

Índice

Introdução.....	9
1. Prevenção e Controlo de Infecção no Pré-Hospitalar	11
2. Norma de Procedimento de Limpeza e Desinfecção	15
Conclusão.....	25
Referências Bibliográficas	27
Anexos.....	29
Anexo A - Catálogo de produtos de higienização	31
Anexo B - Guia de Limpeza e Desinfecção do equipamento	35

Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica incluído no modulo de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica III, e surge na sequencia de uma proposta de intervenção com interesse prático para o local de estágio, neste caso, para as bases da Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A Emergência Pré-Hospitalar é o meio de atendimento que exige uma tomada de decisões rápida de forma precisa e objetiva, pois corre-se constantemente contra o tempo, os profissionais estão expostos a diversos riscos como infeções, contaminações e acidentes, principalmente, por manusearem materiais orgânicos de vítimas com antecedentes desconhecidos, podendo ocorrer infeção cruzada de microrganismos entre os profissionais e outras vítimas. Cientes de que o ambiente pré-hospitalar constitui um risco para o doente e para os profissionais, consideramos fundamental a implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações. Esta necessidade surgiu após observação do trabalho dos profissionais nos mais diversos meios de assistência, concluímos que existia necessidade de melhoria nos procedimentos de limpeza e de desinfeção do material constituinte da carga das viaturas, o que quanto a nós constitui um défice de segurança e qualidade de cuidados,

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (Ministério da Saúde, 2007).

As IACS, não são uma problemática recente, mas assumem cada vez maior relevo em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e

que as tecnologias são cada vez mais avançadas e invasivas, e consequentemente o número de doentes em terapêutica imunossupressora aumenta, existe um maior risco de infeção. Os estudos internacionais mostram que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (Ministério da Saúde, 2007).

O controlo de infeção é um aspeto importante na prestação de cuidados para os profissionais de saúde a nível da emergência pré-hospitalar. O objetivo principal das organizações de saúde deve ser o contínuo aperfeiçoamento e prestação de cuidados de saúde de qualidade com recurso a estratégias eficazes de controlo da infeção, baseadas na prevenção da transmissão da infeção (McDonnel, 2008).

A capacidade de evitar as infeções pode e deve ser um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo de infeção é evitar as infeções evitáveis e fazê-lo com custo-efetivo, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infeção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível (Comissão de Controlo de Infeção, 2007).

A metodologia adotada para constituir este projeto consiste em organizá-lo por capítulos, com recurso a uma estratégia descritiva e reflexiva. O primeiro capítulo é referente à introdução aonde se define o projeto, faz-se referência à pertinência do tema durante o módulo de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No segundo capítulo faz-se a exposição da proposta de norma onde serão descritos os procedimentos referentes à limpeza e desinfeção do ambiente pré-hospitalar. E finalizar-se-á com a conclusão seguindo-se das referências bibliográficas. Por último a apresentação dos anexos, sendo o Anexo A o catálogo de produtos disponíveis nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e o Anexo B Guia de Limpeza e Desinfeção individualizada do equipamento da ambulância SIV.

1. Prevenção e Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar

A Prevenção e Controlo das IACS são importantes na medida em que evitam a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde, incluindo na assistência pré-hospitalar. Assim, assume-se a prevenção e o controlo da infeção como fundamental para melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde.

A implementação das precauções básicas constitui a medida de primeira linha para o controlo das IACS entre doentes e profissionais. Tais medidas incluem a higienização das mãos, o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), controlo ambiental, saúde e segurança dos profissionais, higiene / etiqueta respiratória e práticas de injeção seguras Centers for Diseases Control and Prevention (CDC, 2007).

Estas devem ser usadas quando se prevê o contacto com sangue e fluídos orgânicos, secreções e excreções (exceto suor) e soluções de continuidade da pele e membranas mucosas (Lino, 2014).

Na prestação de cuidados a doentes em contexto pré-hospitalar é importante a equipa garantir a segurança dos procedimentos efetuados, para tal é necessário que durante todos os cuidados prestados seja criado e mantido um ambiente seguro, utilizando estratégias de forma a garantir a qualidade e minimizar o risco, para segurança do doente e da equipa.

Durante a abordagem e estabilização do doente crítico são efetuados procedimentos e terapêuticas invasivas que aumentam os riscos associados de infeção, pois estes procedimentos provocam uma quebra nos mecanismos de

proteção e defesas naturais do indivíduo podendo ficar seriamente comprometidas.

Como a abordagem e estabilização da vítima no pré-hospitalar é efetuada no local da ocorrência, é praticamente impossível fazê-lo sem recorrer a procedimentos que aumentem o risco de infecção, que continua mesmo durante a fase de transporte dentro da ambulância.

Numa situação de emergência, por vezes é difícil controlar de forma rigorosa a manutenção de práticas assépticas durante as intervenções realizadas por parte da equipa.

As IACS na assistência pré-hospitalar estão, geralmente, associadas a procedimentos invasivos envolvendo técnica asséptica, com a gravidade da vítima e com a necessidade de realizar procedimentos emergentes.

No entanto é importante manter o equilíbrio entre a necessidade de procedimentos assépticos e de realizar técnicas de “*life saving*”, pois a execução de procedimentos assépticos em meio hospitalar é completamente diferente do pré-hospitalar no que concerne à manutenção da assepsia consequentemente o aumento do risco de infecção.

A evidência científica que garante a qualidade dos programas de controlo de infecção foi estabelecida pelo projeto SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) orientado pelo CDC entre 1974 e 1983, demonstrando que 32% das infeções nosocomiais (atualmente designadas de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde) podiam ser evitadas (CUNHA, 2000).

O surgir de associações dedicadas ao controlo de infecção contribuiu para a elaboração de recomendações e *guidelines*, das quais se destacam a *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC), *Infectious Disease Society of America* (IDSA), *Society for Healthcare Epidemiology of America* (SHEA), o CDC, *Hospital Infection Program* (HIP) e *Healthcare Infection Control*

Practices Advisory Committee (HICPAC), como tal, denota-se a importância da utilização de medidas de controlo de infeção, sendo referências imprescindíveis na prestação de cuidados.

Mediante a importância de manter um ambiente seguro e com reduzido risco de infeção nas ambulâncias SIV, o grupo elaborou uma norma de procedimentos de atuação referente à limpeza e desinfeção do ambiente pré-hospitalar, que passa a ser descrita no próximo capítulo.

2. Norma de Procedimento de Limpeza e Desinfecção

A limpeza e manutenção dos compartimentos e equipamentos constituintes das ambulâncias SIV, são medidas fundamentais para a prevenção de transmissão de infeção e para o controlo da qualidade em ambiente pré hospitalar.

A limpeza consiste no processo de remoção da sujidade o que inclui a remoção de microrganismos nela contidos e da matéria orgânica que favorece a sobrevivência e proliferação dos mesmos.

Um ambiente limpo e seco reduz os riscos de infeção para os doentes e profissionais, na medida em que a limpeza reduz significativamente o número e o tipo de microrganismos presentes (vertente microbiológica).

No decorrer deste capítulo expomos a nossa proposta de intervenção.

Procedimentos / Instrução

Limpeza e Desinfecção do Ambiente Pré-Hospitalar.

a) **Objetivo**

- Informar acerca da necessidade de controlo de infeção em pré hospitalar;
- Uniformizar procedimentos no domínio do Controlo de Infeção;
- Servir como instrumento de apoio às atividades diárias, nomeadamente aquelas que são, pela sua importância, suscetíveis de risco para as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.

b) **Âmbito ou campo de aplicação**

Os procedimentos de limpeza e desinfecção destinam-se às ambulância SIV e a todo o seu material constituinte.

c) **Modo de Proceder / Descrição das atividades**

As atividades assentam nos seguintes pontos: limpeza, detergentes, desinfecção, limpeza e desinfecção dos equipamentos, material e erros graves.

➤ **Limpeza**

A limpeza é um processo, fundamentalmente físico, cujo objetivo é a separação ou o desprendimento de todo o tipo de sujidade agarrada às superfícies, objetos e utensílios e a posterior eliminação da solução detergente durante a fase de enxaguamento final.

A sua ação pode ser desempenhada através de meios químicos, mecânicos ou térmicos com a função de verificação e manutenção da aparência das superfícies e ação de redução de contaminação de microrganismos transitórios:

- *Meio químico*: ação de produtos com propriedades de dissolução, dispersão e suspensão de sujidade;
- *Meio mecânico*: ação obtida pelo meio de esfregar manualmente ou pela pressão de uma máquina de lavar, permitindo a remoção da sujidade;
- *Meio térmico*: ação pelo calor, o qual reduz a viscosidade da gordura, tornando-a mais fácil de remover. Sempre que a temperatura for alta e aplicada em tempo suficiente, ela também poderá ter (por si só) uma ação desinfetante ou esterilizante.

Aquando do processo de limpeza, há que ter em atenção o tipo de sujidade que se pretende remover, considerando cada superfície, a sua utilização e assim a seleção do produto adequado.

Ao considerar os procedimentos de limpeza devemos definir os seguintes aspetos

relativamente à sua frequência:

- **Limpeza diária (d)** refere-se à higienização básica do ambiente, feitas com pano, água e sabão (húmida ou seca). Este procedimento é usado para limpar chão e estruturas laterais da ambulância e para esvaziamento ou troca de recipientes;
- **Limpeza semanal (s)** envolve uma higienização mais completa que a diária, em todos os ambientes e materiais, nos lados internos e externos. Deve ser realizada pelo menos uma vez por semana;
- **Limpeza imediata (i)**, é feita em ambientes críticos, com grande risco de contaminação. Essa limpeza deve ser feita logo que o ambiente for sujo, para evitar que os resíduos sequem ou se espalhem, e, assim, as bactérias comecem a se proliferar. Aplica-se logo que ocorram salpicos ou derramamento de produtos biológicos (sangue ou matéria orgânica) em qualquer altura do dia.

Técnicas de Limpeza

A limpeza é feita apenas com água e detergente usando-se, inicialmente, um pano húmido para recolha de resíduos, seguindo-se de limpeza com água e detergente, retirando toda a sujidade. A limpeza responde a vários princípios técnicos:

- **Orientação horizontal** - da zona mais afastada para a mais próxima da saída;
- **Orientação Vertical** - de cima para baixo, das superfícies que se encontram mais afastadas do chão para as que se encontram mais próximas;
- **Orientação Limpo-Sujo** - limpar primeiro as zonas que se encontram mais limpas e progredir para as mais sujas;
- **Não levantar pó** - fazer limpeza por meios húmidos, não utilizar materiais ou técnicas de limpeza que levantem ou dispersem o pó;
- **Secar adequadamente** - depois da limpeza as superfícies devem ficar o mais secas possível. Nunca deixar uma superfície/equipamento ou pavimento molhados ou húmidos, uma vez que o meio líquido

favorece o desenvolvimento de microrganismos;

- *Uso de dois Baldes* - a técnica de limpeza utilizando dois baldes tem por objetivo estender o tempo de vida útil do detergente, diminuindo o custo e a carga de trabalho.

Procedimento

- Preparar dois baldes, um com água e detergente e outro apenas com água;
- Mergulhar o pano no balde com água e detergente, torcendo-o bem para retirar o máximo possível de água (substitui a operação de remover o pó seco, e ao mesmo tempo promover a limpeza);
- Abrir o pano humedecido, dobrando-o em 2 ou 4;
- Limpar as superfícies, desdobrando o pano para utilizar todas as dobras limpas;
- Limpar em paralelo, com movimentos ritmados, longos e retos;
- Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras;
- Voltar a mergulhar o pano no balde com água e detergente, para se necessário, reiniciar o procedimento de limpeza;
- Repetir a operação quantas vezes se considerar necessário para promover a limpeza;
- Trocar o conteúdo dos baldes sempre que visivelmente sujo, quantas vezes forem necessárias;
- Despejar conteúdo dos baldes;
- Limpar e guardar todo o material após o uso;
- Lavar as mãos.

Detergentes

O detergente é um produto utilizado para limpeza, contendo tensoativos destinados a favorecer a eliminação da sujidade visível através da água (emulsionam gorduras e mantêm resíduos em suspensão).

O detergente não destrói os microrganismos por ação direta, mas por desagregação da sujidade das superfícies em suspensão na solução de lavagem. Após a utilização de um detergente as superfícies ficam visivelmente limpas mas não desinfetadas.

O catálogo de produtos presente em cada ambulância SIV encontra-se no Anexo A.

➤ **Desinfecção**

A desinfecção consiste na operação de eliminar, reduzir ou inativar microrganismos indesejáveis em meios inertes. Os resultados são limitados aos microrganismos presentes no momento da operação (momentâneo).

A desinfecção deve ser sempre precedida pela limpeza, garantindo o cumprimento as suas três etapas: limpeza, enxaguamento e secagem.

A desinfecção utiliza-se a diferentes níveis:

- Desinfecção de superfícies;
- Desinfecção de material e instrumentos;
- Desinfecção mecânica de material termo sensível.

Desinfetantes

Condições de utilização dos desinfetantes:

- Conhecer a ficha técnica do produto;
- Respeitar as indicações de utilização (procedimento);
- Respeitar as dosagens e diluições recomendadas (sobredosagem é ineficaz e pode danificar o material e prejudicar gravemente a saúde de quem o manipula);
- Respeitar tempos de contacto e temperatura da água de diluição;
- Respeitar datas de validade e conservação do produto após a abertura (datar abertura nos frascos é muito importante);
- Utilizar embalagens de origem.

Não devem ser utilizados dispersores ou borrifadores com a solução diluída de desinfetante por risco de produção de aerossóis (recomendação do fabricante).

O desperdício da solução diluída de desinfetante deve ser feito para a canalização comum em simultâneo com água corrente (de forma a aumentar a diluição) e nunca na sua forma pura ou apenas com a primeira diluição.

Álcool a 70%

O álcool a 70% é utilizado na Desinfecção Imediata e deverá ser usado após limpeza. Este está indicado para a desinfecção de equipamentos, bancadas, macas, superfícies metálicas e etc.

Procedimento:

- Retirar o excesso da carga contaminante (matéria orgânica) se houver, com papéis absorventes, utilizando sempre luvas;
- Proceder à limpeza com água e detergente em toda superfície, usando a técnica de pano húmido;
- Embeber o pano no álcool e fazer 3 fricções locais por 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente;
- Manter o frasco rotulado com nome da solução, validade, data da abertura e assinatura;
- O prazo máximo para uso da solução, após a abertura do frasco, é de 7 dias.

➤ **Limpeza e Desinfecção de Equipamentos**

As ambulâncias SIV possuem uma grande diversidade de equipamentos, sendo a sua limpeza e desinfecção condicionada pelas suas características físicas e materiais, assim como pelas indicações do fabricante.

É obrigatório conhecer as indicações do fabricante antes de aplicar um produto ou executar a limpeza/desinfecção de um equipamento.

O uso incorreto/desadequado dos produtos de limpeza poderá resultar em dano/má função ou mesmo inutilização do equipamento.

Procede-se à discriminação dos produtos de limpeza e desinfecção adequados aos equipamentos mais comuns da carga da SIV no Anexo B.

Procedimento Limpeza Célula Sanitária da ambulância SIV

- Recolher todo o material constituinte da carga da ambulância e colocá-lo no exterior;
- Preparar dois baldes, um com água e detergente, outro apenas com água;
- Limpar a célula humedecendo um pano com água e detergente;
- Começar pelo teto e partes laterais do interior da célula sanitária;
- Passar pano húmido embebido em água pura duas vezes, ou mais se necessário, para retirar todo o detergente;
- Não misturar os panos de limpeza de bancadas com os de limpeza do chão;
- Retirar as luvas de limpeza de bancadas e lavar as mãos;
- Colocar as luvas destinadas à limpeza do chão;
- Proceder à limpeza do chão com água e detergente começando pela parte mais distal da ambulância (junto à célula do condutor) e ir limpando com movimentos paralelos até à porta de saída exterior;
- Lavar o pano no balde com água pura;
- Passar o pano húmido com água pura para retirar todo o detergente quantas vezes forem necessárias;
- Deixar secar;
- Calçar novas luvas;
- Substituir a água do balde;
- Limpar individualmente a carga constituinte da ambulância,

respeitando a técnica de limpeza de cada equipamento;

- Arrumar a carga, alocando-a no seu respectivo local.

d) **Material e Equipamento**

Considera-se material necessário para a realização da limpeza e desinfecção do ambiente:

- Toalhetes secos descartáveis;
- Toalhetes impregnados com detergente;
- Medidor de soluções líquidas pequeno (50ml);
- Medidor de soluções líquidas grandes (balde volumétrico);
- Recipientes para colocar a solução diluída;
- Caneta para identificar recipiente;
- Aventais de plástico descartáveis;
- Luvas descartáveis;
- Catálogo explicativo de diluições de detergentes e desinfetantes.

Cada equipa deve garantir a disponibilidade e preservação do material necessário, a utilização de materiais não recomendados ou a sua não disponibilidade poderá levar a incumprimentos no processo de limpeza e desinfecção.

e) **Responsabilidades**

São responsabilidades conjuntas dos Enfermeiros e Técnicos de Ambulância de Emergência das SIV:

- Executar procedimentos de limpeza de acordo com A Política de Limpeza e Desinfecção do Ambiente Pré- Hospitalar;
- Assegurar um ambiente limpo dentro da ambulância e na base SIV;
- Respeitar as condições de utilização de detergentes e desinfetantes;
- Utilizar EPI's de acordo com o regulamentado;
- Alertar a sede INEM sobre material/equipamento danificado (ou que não cumpra a sua função);

- Executar a Triagem correta de Resíduos Hospitalares de acordo com os Procedimentos N°1 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos I e II), N°3 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos III e IV) e N°7 (Resíduos Líquidos com Risco Biológico).

Conclusão

As atividades ligadas à prevenção e controlo de infeção têm sido uma área do conhecimento em constante evolução nos últimos 30 anos. Os esforços para reduzir o risco da IACS, baseados na vigilância epidemiológica, na pesquisa e na formação profissional, têm balanceado com um número crescente de doentes imunodeprimidos, com o surgimento das resistências aos antibióticos, com as infeções multi-resistentes e com a necessidade de proceder a técnicas invasivas.

O facto de 25 a 50% das IACS estarem associadas a um efeito combinado entre procedimentos invasivos e a flora endógena, realça a importância da filosofia da prevenção (Cunha, 2000). Neste contexto, as Comissões de Controlo de Infeção têm desempenhado um papel importante, ao determinar as políticas e ao elaborar programas efetivos de luta contra as infeções baseadas na evidência.

A limpeza, desinfeção são essenciais para proteger os doentes e a equipa de microrganismos patogénicos. Com este trabalho pretendemos salientar que para conseguir prevenir e controlar a infeção no cenário pré-hospitalar, é necessário desenvolver estratégias para gerir eficazmente os riscos.

O avanço na área do controlo de infeção requer o desenvolvimento de um conjunto de partilha de valores organizacionais, de diretrizes de conduta e princípios de qualidade que apoiem a estratégia do serviço de controlo de infeção. Cuidadosa atenção a este processo irá fornecer a segurança que é necessária ao cuidar de doentes (McDonell, 2008).

O processo de mudança de comportamentos é um desafio que significa conhecer a situação real do problema e implantar medidas que as solucionem. Assim, esperamos que o esforço deste trabalho seja reconhecido, e que a prevenção e

controlo da infeção seja uma realidade em crescendo entre os profissionais integrantes dos meios de socorro pré hospitalar.

Todo o material que apresentamos em anexo foi pensado no sentido de ser de fácil acesso e consulta, pelo que consideramos pertinente a sua alocação junto das folhas de check list das ambulâncias SIV. Cientes de que as medidas futuras dependerão somente dos intervenientes da instituição INEM, pensamos ter dado um contributo com vista à melhoria da qualidade dos cuidados cumprindo com um dos objetivos para este estágio.

Em suma, enquanto futuras enfermeiras especialistas pensamos ter adquirido competência capaz de nos fazer equacionar os problemas e dar - lhes um caminho seguro atuando de forma técnica e científica, conforme pretendido com a realização deste trabalho.

Referências Bibliográficas

ARSLVT (2009) - Manual de Procedimentos: Higienização das Instalações dos Centros de Saúde. Fevereiro.

ARS Norte (2013) - *Manual de Controlo de Infeção*.

Centers of Disease Control and Prevention (2007) - *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf> acedido em 7 de Junho de 2014.

Comissão de Controlo de Infeção (2007) - *Manual da CCI*. Porto: Centro Hospitalar do Porto.

Cunha, J. M. A. (2000) - *Prevenção e Controlo da Infeção na Emergência Pré-Hospitalar: Projeto de Intervenção na VMER do Pedro Hispano*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Tese de Investigação do Curso de Enfermagem em Controlo de Infeção.

Lino, A. (2014) - *Precauções Padrão, Básicas ou Universais*. Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo III – Infeção Hospitalar. Aulas do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Ciências da Saúde – Universidade Católica do Porto.

Ministério da Saúde (2007) - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa

Mcdonell, A. (2008) - *Issues of infection control in prehospital settings*. Journal of Emergency Primary Health Care. Vol. 6. No 4. p. 1-10. ISSN: 1447-4999

Anexos

Anexo A - Catálogo de produtos de higienização



Instituto Nacional de Emergência Médica

SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS DE EMERGÊNCIA

Folha de instruções de higienização da ambulância e materiais

Nome Comercial do Produto	Categoria	Indicações	Modo de Emprego
	Detergente; Desinfetante de superfícies	Limpeza e Desinfecção de Superfícies Horizontais acima do solo: - Maca - Célula Sanitária Interior - Monitores e cabos	<ul style="list-style-type: none"> - Pulverizar o produto em diferentes pontos da superfícies - Espalhar a solução com ajuda de um pano seco, sem secar; - Não Enxaguar - Deixar secar
	Sabão Líquido Hipoalergénico para mãos e pele sã	Desinfetante para mãos quando estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com <i>Clostridium difficile</i> , antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias	<ul style="list-style-type: none"> - Molhar as Mãos - Colocar 3ml de solução nas mãos - 5 passos - 1 minuto - Secar com folha de papel
	Desinfetante de Uso Geral à Base de Cloro	Limpeza geral e desinfecção de louça sanitária e fardamento	<p>Para manchas de fardamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deixar a roupa inteiramente molhada em água, adicionar 100 mL de produto para cada 0,5 Litros de água. Deixar de molho por 15 minutos e enxaguar. <p>Para limpeza de louça sanitários e ralos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na remoção de manchas usar puro e enxaguar. <p>Para limpeza e desinfecção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diluir 30 mL do produto em 0,1 Litro de água, deixar agir por alguns minutos e enxaguar
	Desinfetante para mãos e pele sã	Desinfecção de mãos tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar o anti-séptico de base alcoólica para fricção das mãos - Não necessita de água nem toalhetes. - 5 passos da desinfecção das mãos durante 15-30 segundos.
	Detergente; Desinfetante de superfícies	Limpeza e desinfecção de pisos e superfícies, paredes e materiais médicos - Chão da ambulância	<ul style="list-style-type: none"> - Calçar luvas - Selecionar 2 baldes com 8 litros de água, cada. - Deitar 20 ml de Surfianos num dos baldes - Após varrer a superfície, humedece-la com uma esfregona só com água - Passar a esfregona envolvida na diluição de Surfianos em movimentos tipo S. - Não enxaguar - Deixar secar
	Absorvente Rápido de Líquidos Orgânicos	Absorve rapidamente fluidos como sangue e urina presentes nas superfícies.	<ul style="list-style-type: none"> - Calçar Luvas - Espalhar uma camada fina sobre os fluidos - Esperar alguns instantes até solidificar - Recolher com a ajuda de uma pá e vassoura

Anexo B - Guia de Limpeza e Desinfecção do equipamento



Instituto Nacional de Emergência Médica

SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS DE EMERGÊNCIA

Folha de instruções de higienização da ambulância e materiais

Equipamento	Frequência	Produto		Comentário
		Limpeza	Desinfecção	
Seringa Infusora	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Braçadeiras de Pressão Arterial (Automáticas ou Esfigmomanômetros)	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Quando macroscopicamente suja, e se possível, a braçadeira deverá ser trocada.
Cadeira de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Maca de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Deverá usar-se sempre que possível um lençol descartável entre a maca e o utente.
Plano Duro	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Macas de Extração	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Monitor	Imediata, diária e semanal	Anios	Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Aspirador de Secreções	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Rádio e Computador	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante. Ecrã deve ser higienizado com produto próprio*.
Ventilador de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Sacos de abordagem	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Interior e exterior. Sem esquecer fechos, alças...
Célula Sanitária	Imediata, diária e semanal	Anios	Saniclean, Álcool 70° ou Anios e Surfanios	

Anexo III - Sistemas de Informação de Enfermagem – UCIP



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sistemas de Informação em Enfermagem

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Carmen Patrícia Teixeira Moreira

Janeiro de 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sistemas de Informação em Enfermagem

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Por Carmen Patrícia Teixeira Moreira
Sob orientação de Mestre Lúcia Rocha

Janeiro de 2015

Lista de Abreviaturas/ Siglas

BPS - Behavioral Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

ICN - International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

SIE - Sistema de Informação em Enfermagem

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Índice

Introdução.....	7
1. Sistemas de Informação em Enfermagem	9
1.1 Conteúdo e estrutura do SIE.....	11
1.2 Indicadores de qualidade em enfermagem.....	16
2. UCIP – SIE	19
Conclusão.....	31
Referências Bibliográficas	33

Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio incluído no Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica do Curso de Mestrado de Natureza Profissional da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto. Surge na sequência de uma proposta de intervenção para melhoria da utilização do Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) pela Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Entidade Pública Empresarial tendo por base os indicadores de qualidade descritos no resumo mínimo de dados da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Desde Florence Nightingale que os enfermeiros se preocupam com a problemática da documentação da assistência de forma que os registos efetuados representem, de forma fiel, a prática clínica para garantir a continuidade e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Simões e Simões, 2007).

Com a crescente preocupação com a qualidade dos cuidados, as organizações de saúde apostam na implementação de sistemas de informação para otimizar os seus processos e, assim, maximizar resultados (Pereira, 2009).

Em 2007, a OE elaborou um documento, Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem, tendo por base um trabalho de investigação elaborado por uma Escola Superior de Enfermagem utilizando a versão Beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), com o objetivo de definir linhas gerais do modelo, dos conteúdos e dos requisitos de comparabilidade para o Resumo Mínimo de Dado de Enfermagem (RMDE) portugueses, que viabilizem a produção automática de um conjunto de

indicadores de enfermagem, para diferentes níveis e utilizadores.

Assim, uma vez que na UCIP a equipa se encontra numa fase de otimização da parametrização do SIE, após conversa informal com o enfermeiro responsável pelos sistemas de informação, decidi colaborar neste projeto dando o meu contributo para a escolha dos focos e intervenções associadas, de forma a produzir indicadores de qualidade no sistema B-ICU, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento dos SIE eficientes que permitam a maximização da gestão dos serviços e promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Para que este trabalho fosse exequível, adotei uma metodologia crítico-reflexiva e descritiva, recorri a pesquisa bibliográfica na biblioteca da faculdade e na Internet em que explorei as ideias ou excertos dos autores sob a forma de citações.

O presente trabalho em dois capítulos. No primeiro capítulo farei uma abordagem da temática em estudo e no segundo capítulo serão apresentados os focos escolhidos para a parametrização do SIE na UCIP com vista à produção de indicadores de qualidade.

1. Sistemas de Informação em Enfermagem

Sousa (2006) refere que no contexto das sociedades atuais, a informação assume uma grande importância pelo que, no âmbito da saúde, não é de estranhar uma preocupação crescente com o desenvolvimento de sistemas de informação eficientes que permitam a maximização da gestão dos serviços e promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Contudo, para que se possa promover e partilhar as boas práticas nas diferentes áreas, torna-se necessário que se proceda à gestão e organização deste recurso definindo com clareza que tipo de informação deverá ser documentada, de forma a consolidar um SIE adequado.

O Ministério da Saúde (1998) assume que um bom sistema de informação é um instrumento indispensável para que possam ser tomadas de decisões corretas em todos os níveis do sistema de saúde. Recentemente tem-se verificado, por parte desta entidade, um conjunto de iniciativas visando estimular os responsáveis das organizações e os profissionais a promoverem o desenvolvimento de aplicações informáticas de suporte ao SIE.

Por tudo isto, torna-se necessário garantir que os sistemas de informação de saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem. Desta forma, a OE em conjunto com o International Council of Nurses (ICN) definiram um conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento dos SIE que se apresentam de seguida:

- Pela crescente importância e emergência da informatização dos serviços de saúde e pela verificação da relevância da informação para o SIE, integrado no Sistema nacional de Informação de Saúde, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, tal sistema deverá

possibilitar a gestão de informação em qualquer ponto do contínuo “máximo/mínimo” de dados e a produção de conhecimento. As aplicações informáticas de suporte ou outros dispositivos complementares deverão funcionar de modo integrado/interoperável com os módulos existentes ou a desenvolver e deverão estar em conformidade com as normas internacionais de referência e o estado da arte no momento da sua criação;

- Tendo em vista maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e, ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência, o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da CIPE®;
- As aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação e cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados) e, além disto, devem contemplar a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de enfermagem, por forma a garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática;
- Dada a importância e o potencial que atualmente se reconhecem no Resumo Mínimo de Dados de saúde, em geral, e nos de enfermagem, em particular, a diferentes níveis e para diferentes propósitos e utilizadores – designadamente, a qualidade e a continuidade de cuidados, produção automática de diversos indicadores, a tomada de decisão, a formação e a investigação - , os registos eletrónicos de enfermagem devem possibilitar a otimização de tais potenciais, incluindo a determinação da intensidade

de cuidados através da incorporação integrada de sistemas de classificação de utentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem, ou outros. (OE, 2007a)

1.1 Conteúdo e estrutura do SIE

Para a operacionalidade do referido anteriormente, a definição das categorias de conteúdos e dos principais requisitos técnicos-funcionais do SIE são regidas por algumas regras definidas pela OE (2007a). Salientam-se os seis aspetos principais associados ao conteúdo e à estruturação do modelo do SIE:

1. A CIPE® como referencial de linguagem no SIE

O SIE deve utilizar a CIPE® como referencial para o vocabulário a implementar na produção dos conteúdos. A justificação da opção assenta nas quatro premissas indicadas de seguida:

- a) A linguagem utilizada para descrever a Enfermagem é uma aspeto importante para a formalização do conhecimento próprio da disciplina e para o respetivo desenvolvimento;
- b) Considera-se importante a linguagem utilizada na prática pelos enfermeiros para proceder à descrição dos cuidados de enfermagem prestados;
- c) Há um amplo consenso teórico no âmbito dos investigadores na área dos SIE, relativamente à necessidade de uma linguagem comum que suporte os conteúdos nos SIE informatizados, estando claro o risco de deixar invisível a tomada de decisão dos enfermeiros nos SIE do futuro, por falta de uma linguagem comum;
- d) Utilização de classificações formais que abranjam os três domínios específicos de conteúdos de enfermagem (ICN, 1999 – diagnósticos, intervenções e resultados).

2. A possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidades de cuidados

Dada a natureza multiaxial da CIPE®, há necessidade de um trabalho de parametrização por unidade dos sistema, que facilite a utilização do SIE no momento real da documentação. A parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados refere o processo de adequação dos itens de informação mais importantes ou com uma utilização frequente na unidade, visto que as necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem, os objetivos dos cuidados, as intervenções, os dados da apreciação inicial e os dados de observação/vigilância contínua do doente variam de unidade para unidade. Assim, torna-se necessária a adopção de medidas para manter atualizados os conteúdos parametrizados. Isto pode constituir-se num interessante instrumento face à melhoria continua da qualidade – baseada na reflexão sobre a ação – bem como face à identificação de oportunidade de aprendizagem através da formação contínua.

3. A articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada

O SIE deverá ter uma estrutura que permita introduzir dados relativos à apreciação inicial a partir do modelo parametrizado na unidade de cuidados, cabendo sempre lugar à adição de texto livre que impeça circunscrever a documentação ao que esta parametrizado. Deverá permitir inserir os diagnósticos de enfermagem identificados:

- a) definindo o foco envolvido (usando a CIPE®);
- b) definindo o status do diagnóstico/dos objetivos/dos resultados esperados;
- c) prescrevendo as intervenções de enfermagem (utilizando os conteúdos parametrizados e/ou adicionando novas intervenções);
- d) permitindo, a cada intervenção prescrita, adição de texto livre que clarifique os aspetos que o enfermeiro entender adequados.

O modelo de SIE deverá adoptar os processos inerentes ao conceito de “Processo de Enfermagem”, entendido como um processo que, embora

dinâmico, interativo e holístico, é sistemático e inclui seis subprocessos ou estádios: a avaliação inicial, diagnóstico, identificação de resultados, planeamento de cuidados, implementação e avaliação.

Em qualquer momento, os enfermeiros devem poder documentar diagnósticos de enfermagem, inserindo o foco de atenção envolvido no enunciado, e depois inserir os dados que descrevem as características do diagnóstico de enfermagem, os fatores relacionados e os objetivos. A documentação de diagnósticos pode ser feita através da seleção das opções visualizadas e que se reportam ao que foi parametrizado, da inserção de texto livre ou da utilização destas duas opções simultaneamente. Depois de documentados os diagnósticos de enfermagem ativos, definidos os objetivos e os critérios de resultado, prescreve as intervenções de enfermagem, selecionando as opções visualizadas, e que se reportam ao que foi parametrizado face aos focos envolvidos no conjunto dos diagnósticos documentados; selecionando outras intervenções; ou inserindo novas intervenções. A cada intervenção de enfermagem deve poder adicionar texto livre, especificando aspetos que entenda relevantes.

Face a cada intervenção de enfermagem prescrita, o enfermeiro deve poder definir momentos planeados para a respetiva implementação. A qualquer momento deve colocar a data de termo em qualquer diagnóstico ou intervenção de enfermagem ativos. Igualmente, deve poder também ser alterado o status do diagnóstico de enfermagem/objetivo/resultado esperado, mantendo ativo o mesmo foco em “Plano de Cuidados”.

O SIE deve assumir que cada intervenção é prescrita face à situação global enunciada pelo conjunto dos diagnósticos de enfermagem ativos e não face a um diagnóstico particular, independente dos restantes diagnósticos de enfermagem ativos. Previne-se, desta forma, a duplicação das intervenções de enfermagem que se relacionam com mais de um dos diagnósticos ativos. Por outro lado, há situações onde a documentação do diagnóstico de enfermagem é importante pelo que traduz da vivência do processo de transição do doente, independentemente de haver intervenções a prescrever por parte do enfermeiro.

4. A organização das intervenções de enfermagem a implementar

As intervenções iniciadas pela prescrição do médico e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro são organizadas num plano de trabalho, permitindo documentar, no caso das intervenções relacionadas com a observação do cliente, os dados numéricos ou de texto que correspondem aos valores obtidos e às características observadas.

O modelo de SIE deve permitir a impressão de informação, obviando que no processo clínico, eventualmente, se pretenda manter a documentação de enfermagem habitual.

Para além desta forma de visualização de enfermagem, o sistema deve ser construído de forma a dar resposta às necessidades de visualização da informação e a respeitar o princípio: introdução do dado uma vez e visualização do mesmo em diferentes contextos (“dado único”).

Após a prescrição das intervenções de enfermagem, deverá ser possível organizá-las para que o enfermeiro possa visualizar o que está planeado para o seu turno relativamente a cada um dos doentes. Nessa apresentação, devem ser incluídas as intervenções iniciadas pela prescrição médica, constituindo-se um auxiliar útil à organização dos cuidados pelo enfermeiro.

5. A integridade referencial entre: diagnósticos, status, intervenções e dados da observação/vigilância do cliente

No modelo de SIE, diagnósticos, status/objetivos/resultados esperados, intervenções de enfermagem e dados de vigilância e monitorização devem estar internamente relacionados, sendo possível obter:

- a) os diferentes diagnósticos de enfermagem ativos ao longo do tempo de duração de uma episódio de internamento de um doente ou, no caso de ambulatório, ao longo dos contactos havidos;
- b) os diferentes status/objetivos/resultados esperados documentados face a

- um diagnóstico de enfermagem, ao longo do tempo;
- c) as diferentes intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico, ao longo do tempo;
- d) os diferentes registos relativos às intervenções do tipo “observar” (na CIPE®) associadas à intervenção e, portanto, ao diagnóstico de enfermagem/objetivo/resultado esperado.

Assim, o SIE deve permitir inferir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e visualizar a informação que se reporta a um domínio particular. Esta característica refere um aspeto importante relativamente ao acesso à informação pelos enfermeiros, uma vez que permite conhecer todos os dados referentes a um domínio específico da informação. Contudo, pode aceder-se à informação utilizando como critério a orientação cronológica e visualizar os dados associados à informação inserida durante um turno, dia ou período de tempo definido.

6 – A capacidade de resposta a RMDE

A partir do momento em que se incorpora a documentação sistemática do status dos diagnósticos de enfermagem, utilizando uma linguagem comum, viabiliza-se a produção automática de indicadores de resultado. De forma semelhante, a utilização de intervenções de enfermagem permite-nos também a produção de uma quantidade significativa de indicadores de processo. A informação armazenada nas bases de dados poder-se-ão, assim, colocar um conjunto enorme de questões, promovendo a investigação a partir dos dados produzidos pela documentação dos cuidados de enfermagem.

O SIE deverá permitir a extração de resumos mínimos, de forma a se obter três tipos de benefícios:

- a) descrever as necessidades em cuidados de enfermagem em diferentes contextos, populações, área geográficas e momentos; identificar diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem que estão a ser implementadas; observar os resultados sensíveis aos cuidados de

- enfermagem; e avaliar os recursos que estão a ser utilizados;
- b) comparar dados sobre as práticas de enfermagem em diferentes níveis; oferecer um testemunho sobre os aspetos críticos da enfermagem e da saúde; desenvolver bases de dados necessárias para conduzir a investigação clínica; avaliar o custo/a eficácia das intervenções de enfermagem face a diferentes diagnósticos de enfermagem; e avaliar o custo dos recursos, fornecendo dados que influenciem as políticas de saúde;
- c) através de ligações entre bases de dados de enfermagem e de outras áreas da saúde, pode partilhar-se informação com vários prestadores de cuidados e investigadores e, ao mesmo tempo, avaliar a informação que está a ser produzida a partir da documentação de enfermagem.

Os RMDE deverão, assim, integrar, entre outros, os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem:

- diagnósticos de enfermagem;
- intervenções de enfermagem;
- resultados de enfermagem;
- intensidade dos cuidados de enfermagem.

1.2 Indicadores de qualidade em enfermagem

Braga (2013) refere que os indicadores são medidas utilizadas para identificar uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período e a avaliar a qualidade e a quantidade das ações de saúde. Para a autora, o ato de avaliar consiste em julgar o valor de uma intervenção, empregando ferramentas que forneçam informações cientificamente válidas e socialmente legítimas.

A estruturação que aqui se apresenta está subdividida em quatro partes. As três primeiras partes correspondem aos indicadores das componentes da avaliação da qualidade propostas por A. Donabedian (2003) e citado por Braga (2013) – estrutura, processo e resultado. A quarta parte corresponde aos do tipo epidemiológico.

a) Estrutura

Este tipo de indicadores representam horas de cuidados de enfermagem prestados por dia, outros indicadores do sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem hospitalar e a satisfação dos enfermeiros.

b) Processo

Este indicador baseia-se na relação estabelecida entre as entidades – diagnóstico potencial (risco) e diagnóstico real. Consiste na relação entre o número total de casos que desenvolveram um determinado problema ou complicação, com risco previamente documentado, e o universo de casos que desenvolveram esta mesma ocorrência, num certo período de tempo.

c) Resultado

Consideram-se os seguintes tipos de indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem:

Taxa de efetividade na prevenção de complicações que consiste na relação entre o número total de casos com risco documentado de um determinado problema ou complicação – que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem implementada – e o universo dos casos que tiveram previamente documentado o risco deste mesmo problema ou complicação, num determinado período de tempo.

Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais) consiste na relação entre o número total de casos que resolveram um determinado fenómeno / diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas, e o universo dos que apresentaram este fenómeno / diagnóstico, num certo período de tempo.

Taxas de ganhos possíveis / esperados de efetividade consiste na relação entre o número total de casos em que o resultado esperado de um determinado fenómeno (diagnóstico), com intervenções de enfermagem

implementadas, foi realmente conseguido, e o universo dos que apresentaram este fenómeno/ diagnóstico, num certo período de tempo.

Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem

d) Indicadores epidemiológicos

Taxas de incidência consiste na relação entre o número total de novos de casos de um determinado foco / diagnóstico de enfermagem surgidos durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.

Taxas de prevalência consiste na relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco / diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.

Taxas de frequência relativa consiste na relação entre o número de casos de ocorrência de um determinado foco / diagnóstico de enfermagem e o total de casos (episódios de internamentos ou utentes com contactos com o centro de saúde) ocorridos num determinado período de tempo.

2. UCIP – SIE

Os RMDE deverão ser alimentados a partir da documentação diária, regular e sistemática dos cuidados de enfermagem, o que obriga à sua incorporação nos conteúdos em uso nos SIE.

A UCIP já há vários anos que utiliza SIE, inicialmente com a utilização do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem mas uma vez que este programa obrigava ao registo de dados clínicos em suporte de papel foi introduzido no serviço o programa PICIS. Este programa permitia a gestão de dados clínicos e de enfermagem, no entanto, não tinha incorporada a linguagem classificada, CIPE®, conforme preconizado pela OE. No sentido de evolução nesta área, em 2012, foi introduzido o SIE em utilização atualmente no serviço baseado na CIPE® que permite o registo de enfermagem e a gestão de todos os dados clínicos do doente. Desde essa altura que tem vindo a ser parametrizado de acordo com o Grupo SIE do hospital.

Segundo a OE (2007b) os focos que estão indicados para o meio hospitalar para a assistência a adultos são aceitação do estado de saúde, adesão ao regime medicamentoso / dietético, aspiração, autocuidado, cair, desidratação, dor, excesso de peso, incontinência urinária, insónia, limpeza das vias aéreas, malnutrição, medo, rigidez articular, tomar conta e úlcera de pressão. Em concordância com a equipa de enfermagem, foram escolhidos alguns dos focos mais utilizados no serviço. Esta escolha foi baseada nos focos que os doentes internados no serviço têm em comum, uma vez que se trata de uma UCIP, recebem doentes de várias áreas, neurocirurgia, politraumatizados, foro médico, etc.

O processo de enfermagem é o método utilizado pelos enfermeiros para

a promoção do pensamento preciso e disciplinado. Trata-se de um método que possui cinco fases, que permitem a tomada de decisão clínica e resolução de problemas através do planeamento dos cuidados a prestar. As fases são: (Urden et al, 2008)

- Colheita de dados – colheita da história clínica de enfermagem, realizada através de entrevista, observação e medição;
- Apreciação – identificação dos problemas reais e potenciais do doente, realizada através da revisão de dados, atribuição de um significado a estes dados, com base na teoria e investigação conhecidas e emissão de juízos;
- Planeamento – identificação de prioridades, objectivos a atingir e intervenções de enfermagem a implementar, através da análise das diferentes alternativas;
- Implementação – aplicação do que foi anteriormente planeado, através do uso de competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados, incluindo também a própria organização dos cuidados de enfermagem;
- Avaliação – comparação entre resultados obtidos e esperado e eventual reformulação do plano de cuidados, efectuada através de uma apreciação e reapreciação contínua dos resultados alcançados e das alterações verificadas, comparando-o com os objectivos inicialmente propostos.

De seguida apresento a escolha dos focos, com a devida justificação pelo facto de serem tão frequentes no serviço, assim como os diagnósticos de enfermagem levantados e as intervenções associadas conforme o ICN (2013) de forma a produzirem automaticamente os respetivos indicadores de qualidade.

Aspiração

Segundo ICN (2013) a aspiração é um processo do sistema respiratório comprometido: inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões.

A ventilação mecânica por si só é um critério de admissão do doente numa unidade de cuidados intensivos (UCI). Os doentes que se encontram nesta

situação apresentam compromisso das vias aéreas inferior uma vez que se a sua proteção natural fica prejudicada no momento da colocação das vias aéreas artificiais. Os pontos críticos de contaminação das vias aéreas inferiores ocorrem devido a uma acumulação de secreções com origem na orofaringe, das cavidades sinusais e trato digestivo, entre outras situações que favorecem o aparecimento de pneumonias associadas aos cuidados de saúde (Viana, 2012).

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Risco de aspiração	Taxa de efetividade na prevenção	Resultado
Aspiração (atual)	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Aspirar secreções;
- Inspeccionar a cavidade oral;
- Lavar a boca;
- Elevar a cabeceira da cama;
- Evitar da aspiração através da técnica de posicionamento;
- Monitorizar conteúdo gástrico;
- Monitorizar/Vigiar a pressão do cuff.

Autocuidado

Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária ICN (2013).

Para Viana (2012) para qualquer ser humano, a higiene corporal é uma necessidade básica essencial. Os doentes internados em UCI, habitualmente apresentam uma debilidade que os restringe ao leito, levando a uma diminuição da resistência sistémica, que os deixa mais susceptíveis a infeções pelo facto de

estar em ambiente hospitalar e cuja a presença de bactérias patogénicas são comuns. Devemos considerar que o autocuidado contribui para a prevenção de infeção cruzada e para a manutenção do conforto e auto-estima do doente.

Alimentar-se

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Autocuidado alimentar-se: dependente em grau elevado/moderado	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções

- Alimentar a pessoa;
- Alimentar a pessoa através de ostomia;
- Alimentar a pessoa através de SNG;
- Optimizar SNG;
- Assistir a pessoa a alimentar-se;
- Dar água;
- Assistir a pessoa no autocuidado beber;
- Dar água por SNG;
- Vigiar refeição;
- Vigiar conteúdo gástrico;
- Monitorizar conteúdo gástrico.

Cuidar da higiene pessoal

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Autocuidado cuidar da higiene pessoal: dependente em grau elevado/moderado	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Dar banho na cama;
- Lavar a boca;
- Lavar o períneo;
- Colocar fralda;
- Cortas unhas;
- Lavar o cabelo;
- Assistir no autocuidado de higiene;
- Vigiar pele.

Vestir-se e despir-se

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Autocuidado vestir-se e despir-se: dependente em grau elevado/moderado	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Vestir a pessoa;
- Assistir no autocuidado vestuário.

Transferir-se

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Autocuidado transferir-se: dependente em grau elevado/moderado	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Transferir a pessoa para o cadeirão;
- Transferir a pessoa para a cama;
- Assistir a pessoa a transferir-se.

Uso do sanitário

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Autocuidado uso do sanitário: dependente em grau elevado/moderado	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Trocar fralda;
- Lavar o períneo;
- Providenciar urinol/aparadeira;
- Assistir no autocuidado sanitário.

Cair

Descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical ICN (2013).

A queda em ambiente hospitalar é um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, que pode ser recorrente no mesmo doente e, conseqüentemente, causar-lhe danos e demais conseqüências. Os fatores de risco para queda podem ser intrínsecos, relacionados ao próprio paciente, ou extrínsecos, relacionados à falta de segurança no ambiente. A avaliação do risco de queda é um dos indicadores de avaliação da qualidade hospitalar, no que se refere à segurança do doente, sobretudo aos doentes com 65 ou mais anos. Torna-se necessário que as organizações de saúde identifiquem quais os instrumentos disponíveis, e devidamente estudados, que permitam uma correta avaliação do risco de queda, como primeira etapa de desenvolvimento de um programa de prevenção de quedas em contexto hospitalar (Dias e Ferreira, 2014).

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Risco de cair	Taxa de efetividade na prevenção	Resultado
Cair (atual)	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Elevar grades da cama;
- Vigiar ação do doente;
- Monitorizar risco de queda através da Escala de Morse;
- Monitorizar quedas.

Dor

Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite ICN (2013).

Do mesmo modo, e pela definição da dor como 5º sinal vital pela Circular Normativa nº 09/DGCG de 2003, passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatória, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. No entanto, devo acrescentar que a mesma circular, apesar de indicar as escalas que poderão ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor a mesma não contempla escalas para avaliação da dor em UCI, em doentes sedados e por vezes impossibilitados de comunicar.

Fortunato et al (2013) refere que existem alguns fatores que comumente causam dor ao doente crítico sendo eles: aspiração de secreções, posicionamentos, tratamento de feridas, ventilação mecânica, lesões cirúrgicas, queimaduras, colocação de dispositivos médicos como cateteres arteriais, venosos e centrais, sondas vesicais, sondas nasogástricas entre outras.

Após um estudo desenvolvido pelo Grupo de Avaliação da dor, o principal objetivo foi designar uma escala comportamental para avaliar a dor no doente adulto, submetido a ventilação mecânica, sedado e que não comunicasse de forma verbal e motora por forma a promover o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde na área da avaliação da dor. Deste estudo surgiu o Plano Nacional de Avaliação da Dor (2011).

Neste sentido as escalas recomendadas a usar na avaliação da dor do doente crítico são:

- Escala visual numérica: recomendada para avaliar a dor em doentes que

comunicam

- Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP): recomendada para avaliar a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados.

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Dor	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Monitorizar a dor através da escala analógica da dor/BPS;
- Gerir analgesia;
- Vigiar a dor.

Limpeza das vias aéreas

Processo de manter aberta ao fluxo de ar uma passagem tubular desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões; capacidade de limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório, de modo a manter a livre passagem nas vias aéreas ICN (2013).

Martins et al (2008) refere que a presença do tubo endotraqueal, muito frequente em UCI, impede o fechamento da glote. Em consequência, o doente perde o mecanismo normal de limpeza das vias aéreas, ficando impedido de tossir. Além disso, a presença do tubo aumenta a produção de secreções. O procedimento de aspiração é amplamente realizado em UCI em doentes entubados, estando ou não em ventilação artificial, e visa manter a troca gasosa efetiva, repercutindo na melhora da oxigenação arterial e da função pulmonar. A manutenção de vias aéreas permeáveis tem sido o maior desafio e o principal objetivo da assistência de enfermagem a estes doentes.

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Limpeza das vias aéreas comprometida	Taxa de prevalência	Epidemiológico
Capacidade de expetorar	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Aspirar secreções;
- Vigiar secreções;
- Executar inaloterapia através de nebulizador;
- Vigiar reflexo de tosse;
- Vigiar tosse;
- Incentivar a pessoa a tossir.

Malnutrição

Condição de nutrição deficiente devido a um suprimento desequilibrado ou de deficiente qualidade de nutrientes associado a uma dieta pobre; compromisso de absorção associado a doenças que afetam a utilização de alimentos e nutrientes ICN (2013).

Viana (2012) refere que nos últimos anos, várias publicações científicas em todo o mundo apontam para a malnutrição como responsável direta pelos maiores índices de mortalidade, cicatrização lenta de feridas, elevação da taxa de infeção, prolongamento do período de internamento hospitalar, etc. O doente crítico, enquadra-se num contexto de stress por situações de politrauma, sépsis, insuficiências orgânicas e cirúrgicas entre outras que estão diretamente ligadas à malnutrição, daí ser um foco que o enfermeiro deve dar especial importância.

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Risco de malnutrição	Taxa de efetividade na prevenção	Resultado
Malnutrição	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Planear dieta;
- Vigiar refeição;
- Monitorizar peso.

Úlcera de pressão

Úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada ICN (2013).

Viana (2012) refere que o doente crítico tem risco aumentado de formação de úlceras de pressão, devido a fatores internos relacionados com as condições clínicas do doente, tais como perda sensitiva e motora, desnutrição, desidratação, obesidade, imunossupressão, alterações cardiopulmonares e vasculares. Os fatores externos estão associados ao mecanismo da lesão e ao próprio ambiente em que o doente se encontra, como a incontinência urinária e fecal, os cuidados de higiene deficientes, as condições de humidade e temperatura do ambiente, as superfícies de apoio e os dispositivos inadequados e a impossibilidade de mudança de decúbito. Este tipo de lesões causam desconforto, dor, aumento de tempo de permanência hospitalar além de expor o doente a risco de infeções e até mesmo ao risco de sépsis, que resultará em agravamento da qualidade de vida e do quadro clínico.

Diagnóstico	Indicadores	Tipo
Risco de úlcera de pressão	Taxa de efetividade diagnóstica	Processo
Úlcera de pressão	Taxa de prevalência	Epidemiológico

Intervenções:

- Monitorizar risco de úlcera de pressão segundo Escala de Braden;
- Aplicar creme hidratante;
- Posicionar a pessoa;
- Vigiar sinais de úlcera de pressão;
- Vigiar zona de pressão;
- Massajar partes do corpo;
- Colocar almofada sob zona de pressão;
- Providenciar equipamento para alívio de pressão;
- Executar tratamento à úlcera de pressão;
- Vigiar úlcera de pressão;
- Monitorizar úlcera de pressão;
- Vigiar penso da úlcera de pressão.

Conclusão

Os SIE desempenham um papel fundamental em assegurar a informação necessária à organização que suporta. No setor da saúde, é fundamental que os sistemas de informação assegurem a informação útil e necessárias às diversas funções dos profissionais de saúde e aos diferentes níveis da instituição. Assim, é necessário que os sistemas de informação sejam estruturas sólidas, capazes de reunir, guardar, processar e facultar a informação relevante, de modo a torná-la acessível e útil para que se possa utilizar. É neste sentido, que otimizar o fluxo de informação precisa de ser encarado como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de cuidados prestados.

Considero que os objetivos a que me propus foram amplamente atingidos. Esta experiência foi muito gratificante quer a nível pessoal quer a nível profissional, pelo aprofundamento de conhecimentos nesta temática e partilha de experiências. Este trabalho será a base de uma formação a realizar num futuro próximo à equipa de enfermagem da UCIP.

É bastante enriquecedor perceber que a nossa intervenção e atuação cria mudanças de comportamentos positivos em benefício da profissão de enfermagem e principalmente em benefício do doente.

Referências Bibliográficas

Dias, Maria José; Ferreira, Pedro (2014) - Escalas de avaliação de risco de quedas - Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 2.

Braga, Maria Clara (2013) - Aulas do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Gestão em Saúde. Porto: Universidade Católica, 1º Semestre.

International Council of Nurses (ICN) (2013) - CIPE® Versão 2011 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em Dezembro de 2014 em: www.ordemenfermeiros.pt

Circular Normativa nº 09/DGCG. 2003, A dor como 5º sinal vital. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Fortunato, Juliana; Furtado, Monique; Hirabae, Leni; Oliveira, Josiana (2013) – Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto [Em linha]. Vol. 12, nº 3. Disponível em Dezembro de 2014 em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426#citar

Grupo de Avaliação da Dor (2011) – Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor.

Martins, Josiane; Maestri, Eleine; Dogenski, Daiane; Nascimento, Eliane; Silva, Rosemeri (2008) – Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: critérios utilizados por um equipa de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva - Cienc Cuid Saude.

Ministério da Saúde (1998) – Saúde em Portugal – uma estratégia para virar o século 1998-2002, Lisboa, MS.

Ordem dos Enfermeiros (2007a) – Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais.

Ordem dos Enfermeiros (2007b) – Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.

Pereira, F. (2009) - Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra, Portugal: Formasau.

Simões, C. M. A. R., & Simões, J. F. F. L. (2007) - Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. Revista de Enfermagem Referência, II.ª Série - nº 4.

Sousa, Paulino Artur Ferreira (2006) – Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde - um modelo explicativo. Formasau.

Urden, Linda D.; Stacy, Kathleen M.; Lough, Mary E. (2008) - Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-08-6.

Viana, R. A. P. P. (2012) – Enfermagem em terapia intensiva – Práticas baseadas em evidências. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte.