



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

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

Por:

Clara Maria Neves de Oliveira de Carvalho

PORTO, Maio de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

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

Por: Clara Maria Neves de Oliveira de Carvalho

Sob orientação de Professora Irene Oliveira

PORTO, Maio de 2011

RESUMO

Este relatório surge como um documento ilustrativo do meu percurso na aquisição de competências de um saber especializado. O estágio referente ao módulo I, realizou-se no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, no período de 04/10/2010 a 27/11/2010 e o módulo II, realizou-se na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, no período de 29/11/2010 a 29/01/2011.

Os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de actuação, compartilham uma série de competências que são designadas por competências comuns. Elas estão agrupadas como: responsabilidade profissional, ética e jurídica, gestão da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens. Para uma melhor compreensão e visibilidade, escrevi este relatório com base nas competências comuns dos enfermeiros especialistas. Como directrizes para as actividades desenvolvidas criei objectivos, encontrei situações-problema, propus soluções, de forma reflexiva com base no apoio bibliográfico.

A qualidade e a gestão dos cuidados são dois domínios que se complementam, neste sentido, centrei a prestação de cuidados usando os recursos disponíveis e as metodologias que visassem a melhoria da qualidade, pelo que desenvolvi um trabalho sobre a relação custo/benefício de kits de uso único. A infecção como consequência da prestação de cuidados, constitui um problema sério no contexto da qualidade dos cuidados, pelo que foi para mim uma prioridade de intervenção a prevenção e controlo da infecção. Ao longo do estágio realizei campanhas de sensibilização e duas acções de formação subordinadas ao tema. A decisão de transportar um doente crítico deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efectivos. Tendo em conta esta problemática realizei a norma do transporte do doente crítico e uma acção de formação subordinada ao tema.

A partilha de experiências e o apoio da equipa de enfermagem, bem como da orientadora foram fulcrais para o encontro do conhecimento e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista. Neste sentido, o estágio assumiu-se como uma experiência dinâmica e muito enriquecedora que promoveu o meu desempenho autónomo na qualidade dos cuidados especializados prestados ao doente.

ABSTRACT

This report is a document that illustrates how my competencies had grown in a specialized kind of knowledge. It was composed of two modules: module I took place in the Emergency Department of Hospital Nossa Senhora da Conceição Valongo in the period of 04/10/2010 to 27/11/2010 and module II took place at Intermediate Care Unit of Medicine of Centro Hospitalar Vila Nova Gaia / Espinho, EPE, in the period from 29/11/2010 to 29/01/2011.

The Specialist Nurses, whatever their field of expertise, share a number of competencies that are designated by common competencies. They are grouped as: professional responsibility, ethical and legal, quality management, care management and development of knowledge. For better understanding and visibility I've written this report based on the common competencies of the Specialist Nurses. As guidelines for the developed activities I've created objectives, found problem situations, gave solutions, in a reflective way based on bibliographic support.

The quality and care management are two areas that complement each other. Improving the quality of care using available resources and methodologies is always the aim. For that, I made a cost-benefit study of single use kits. Hospital infection is a serious problem in the context of care quality. For me it was an intervention priority so during my internship I've taught two training courses on the theme. The decision to transport a critical patient should always consider the potential benefits and risks. I've made the critical patient transport regulation using international guidelines and one training courses on the theme.

The sharing of experience and support from nursing staff, as well as guidance have been central to the gathering of knowledge and competence development of a Specialist Nurse. Therefore, the internship was as a dynamic and enriching experience that promoted autonomy and development of specialized care that I provide to the patient.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, um agradecimento muito especial à minha família pelo carinho, compreensão, incentivo e apoio, que demonstraram sempre no decorrer deste meu percurso.

Agradeço também, à Ex.ma Sr.^a Professora Irene Oliveira (Professora orientadora do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Relatório), pela disponibilidade e competência profissional e humana que demonstrou ao longo do presente trabalho.

Aos Ex.mos Sr.^o Enfermeiros Rui Dias, Isabel Ferreira e Cláudia Silva (Enfermeiros tutores nos módulos de estágio I e II) e todos os enfermeiros com quem tive o prazer de trabalhar, pela sua empatia, disponibilidade e competência profissional.

Gostaria de agradecer também aos meus amigos e colegas de trabalho pela compreensão e incentivo que demonstraram durante a caminhada para o desenvolvimento das múltiplas competências.

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

DEP – Departamento de Educação Permanente

DGS – Direcção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

HNSCV – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

HSJ – Hospital de São João

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITU – Infecção do Trato Urinário

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

MRSA – Methicilin-Resistant Staphylococcus Aureus

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PVC – Pressão Venosa Central

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina

INDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	8
1 – ANÁLISE, REFLEXÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO.....	12
1.1 – MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE E GESTÃO DOS CUIDADOS.....	12
1.2 – RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	25
1.3 – DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	26
2 – CONCLUSÃO.....	39
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

ANEXOS

ANEXO I – Formação sobre Higienização das Mãos

ANEXO II – Custos/Benefícios de Kits de uso único

**ANEXOS III – Indicações para Aplicação de Procedimentos de Isolamento de
Contenção**

ANEXO IV – Posters sobre Precauções de isolamento

ANEXO V – Régua de Bolso sobre Procedimento de Isolamento

ANEXO VI – Norma do Transporte do Doente Crítico

ANEXO VII – Formação sobre Transporte do Doente Crítico

0 - INTRODUÇÃO

As Ciências da Saúde têm, nos últimos anos, vindo a sofrer uma importante evolução e desenvolvimento colocando novos desafios, tanto no domínio da prestação de cuidados de saúde diferenciados, céleres e de elevada qualidade, fundamentais para o bem-estar da população, como no da formação contínua dos seus profissionais. A Enfermagem, área fulcral das Ciências da Saúde tem naturalmente acompanhado a evolução das exigências crescentes do universo hospitalar moderno, e para o qual tem grandemente contribuído a aposta na formação dos enfermeiros, nomeadamente do Enfermeiro Especialista. Segundo o Regulamento nº 122, publicado em Diário da República em 18 de Fevereiro, “ *Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção* (Portugal, Ministério da Saúde:2011:8648).”

O desenvolvimento do presente relatório vem dar cumprimento ao estabelecido no plano de estudos do 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Porto.

Este plano de estudos orienta o aluno para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas definidas pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artigo 7º, ponto 1, (Portugal, Assembleia da República, 2009) e especificamente na assistência à pessoa em situação crítica, (Ordem Enfermeiros, 2009). O exercício da ciência de Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada permitindo crescentes níveis de saúde à população. A excelência do exercício é um caminhar permanente, uma procura constante que potencia a mudança de atitude sustentada na mobilização de conhecimentos. Deste modo, o enfermeiro para desenvolver competências terá necessariamente de mobilizar conhecimentos ou capacidades, face às situações, ganhando ênfase no ensino em contexto clínico.

O estágio foi realizado em serviços e unidades de saúde protocolados com o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que garantiram condições para a sua realização, tendo sido orientado pela Professora e tutorado por Enfermeiros Especialistas na área Médico-Cirúrgica.

O estágio referente ao módulo I, realizou-se no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSCV), no período de 04/10/2010 a 27/11/2010. A escolha deste local de estágio foi influenciada pela proximidade, horário praticado na instituição e pelo facto de representar um Serviço com uma visão e estratégia integradas e, inovadoras, promotores da melhoria contínua dos cuidados prestados aos utentes. O estágio no SU possibilitou, para além da aquisição de várias competências, a integração no atendimento urgente/emergente do doente, uma área que, pela sua natureza, obriga e pressupõe a existência de um sistema organizado de prestação de cuidados, transporte e comunicações eficiente e que possibilite a rentabilização dos recursos disponíveis.

O SU do HNSCV é um Serviço de Urgência Básica, de acordo com a Rede de Referenciação de urgência/emergência, com todos os recursos humanos e de equipamento, previstos no Despacho nº 18459/2006, de 12 de Setembro de 2006. O SU do HNSCV, localiza-se no piso I e presta cuidados de saúde de urgência e com a máxima qualidade, a todos os indivíduos mas considerando a maior proximidade os Concelhos de Valongo e Gondomar.

O módulo II, do presente estágio realizou-se no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG/E), e a escolha deste campo de estágio prendeu-se sobretudo com o facto de ter representado uma excelente oportunidade para a aquisição de conhecimentos e competências numa Unidade de Cuidados Intermédios, mas também porque no início da minha carreira exerci funções num serviço de Medicina. Foi sem dúvida uma escola, tendo sido fundamental para o meu crescimento e desenvolvimento profissional. No entanto, na altura não estava desperta para algumas situações de maior complexidade tendo em conta a minha inexperiência. É incontornável que, decorridos mais de 14 anos de experiência profissional, o campo das Ciências da Saúde, nomeadamente em determinadas áreas clínicas específicas, tenha sofrido importantes alterações, fruto da constante evolução de metodologias, técnicas e

equipamentos. Torna-se, pois, crucial que os profissionais de saúde acompanhem este desenvolvimento, actualizando e incrementando os seus conhecimentos e aptidões de forma a realizarem mais eficientemente as suas funções, no contexto da prática clínica. Assim, a concretização da Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica veio possibilitar a actualização de conhecimentos e aquisição de novas capacidades intrinsecamente associadas ao melhor desempenho profissional.

O CHVNG/E é um hospital central constituído por três unidades, estando duas localizadas em Vila Nova de Gaia e a terceira na cidade de Espinho. A Unidade I, designada por Hospital Santos Silva, situada em Vila Nova de Gaia oferece todas as valências médicas e cirúrgicas, com excepção de Ortopedia, Unidade de Cuidados Continuados, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria.

Os diversos serviços encontram-se organizados em pavilhões distintos. A Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) situa-se no pavilhão satélite, no piso dois, constituindo uma unidade moderna que integra as instalações, equipamentos e infra-estruturas para o bom funcionamento do serviço. A UCIM comporta seis unidades e no mesmo espaço físico encontra-se a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais com outras seis unidades. Os doentes internados na UCIM são essencialmente do foro cardíaco, respiratório, hepático, metabólico, imunológico e esporadicamente do foro cirúrgico.

Relativamente ao módulo III (Opcional), obtive creditação, pelo facto de exercer funções no Bloco Operatório (BO) há 6 anos e ter desenvolvido competências no âmbito da tomada de decisão na resolução de problemas do doente do foro cirúrgico. A diversidade de experiências profissionais e a multidisciplinaridade da equipa de trabalho permitiu-me adquirir aptidões nesta área tão específica que é o BO. Para Ferreira (1999:42), competência significa, “*qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade*”. O enfermeiro do BO é responsável por criar um ambiente seguro e eficiente para que a equipa cirúrgica possa funcionar de forma a proporcionar o melhor resultado a cada doente. Mediante um plano de trabalho rotativo, desempenho funções de enfermeira circulante, instrumentista, anestesia, recobro e esterilização. Todas as actividades são fundamentais para o bem-estar do doente e promovem o meu desenvolvimento

profissional com um elevado nível de adequação dos cuidados prestados, traduzindo-se num processo contínuo e dinâmico.

Este relatório pretende ser um instrumento para a apresentação de todos os aspectos essenciais do trabalho desenvolvido e tem como objectivos:

- . Descrever as actividades relevantes no decorrer do estágio;
- . Descrever situações problema detectadas;
- . Demonstrar espírito crítico/reflexivo sobre as situações problema detectadas;
- . Mencionar as competências adquiridas em função das actividades realizadas;
- . Ilustrar o percurso efectuado ao longo do estágio.

Para melhor compreensão e conferir maior visibilidade ao trabalho desenvolvido ao longo do estágio recorri aos domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (2009) que são a responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Utilizei os objectivos específicos, traçados no estágio, como linhas orientadoras das actividades desenvolvidas. Por último, apresento as considerações finais que incidem sobre os ganhos adquiridos neste processo de aprendizagem. Usarei o método expositivo e descritivo numa sequência lógica e reflexiva, tendo por base a consulta bibliográfica.

1- ANÁLISE, REFLEXÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO

O estágio em contexto hospitalar constitui um marco fundamental na formação e mesmo preparação do profissional que é o enfermeiro. A excelência do exercício é um caminhar permanente, uma procura constante que potencia a mudança de atitude sustentada na actualização dos saberes, nomeadamente do Enfermeiro Especialista. Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Assembleia da República, 2009:6546), *”o título de enfermeiro especialista reconhece competência, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*.

O estágio permitiu-me a aquisição de competências inerentes ao meu desempenho e percurso para concretização da especialidade, tendo sido rico em oportunidades de desenvolvimento do conhecimento, da prática e da reflexão em Enfermagem. Para melhor compreensão utilizarei os domínios das competências comuns de Enfermeiro Especialista de acordo com o Modelo de desenvolvimento Profissional (MDP) (Ordem Enfermeiros, 2009) que são a gestão da qualidade, gestão dos cuidados, responsabilidade profissional, ética e legal e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Deste modo, abordarei os objectivos específicos do estágio do SU e da UCIM, de acordo com os domínios das competências do Enfermeiro Especialista e uma abordagem crítica e reflexiva das actividades/estratégias salientando a sua relevância e adequação.

1.1 – MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE E GESTÃO DOS CUIDADOS

Qualidade e gestão dos cuidados são dois domínios que se complementam, pelo que serão abordados em simultâneo. Abordarei três dos objectivos específicos do meu estágio que me permitiram desenvolver competências nesta área.

PROMOVER A PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO

A infecção como consequência da prestação de cuidados, constitui um problema sério no contexto da qualidade dos cuidados. A cada momento 1,4 milhões de pessoas no mundo têm uma infecção associada aos cuidados de saúde e por ano, morrem milhares de pessoas por infecções adquiridas enquanto recebem cuidados de saúde (Direcção Geral Saúde, 2009). As IACS (Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde) afectam todos os países, dos menos aos mais desenvolvidos. Nos hospitais modernos, 5a10% dos utentes adquirem uma ou mais infecções. Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) as IACS afectam cerca de 30% dos doentes e a mortalidade atribuível ronda os 44%. Para além de constituírem um importante factor de morbilidade, as IACS acarretam importantes consequências como agravamento do estado de saúde do doente, aumento do internamento, sequelas, custos económicos adicionais elevados e custos pessoais para o doente e para os seus familiares (Direcção Geral da Saúde, 2009). Pelo menos 30% das IACS podem ser evitadas pelo que deste modo, constituíram, para mim, preocupação e prioridade a prevenção e controlo da infecção durante o estágio no SU e na UCIM.

Segundo a OE (2009), o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deve maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção em tempo útil e adequadas à situação de estágio permitiu-me adquirir competências porque demonstrei e aprofundei conhecimentos nesta área da higiene hospitalar.

A importância da higiene das mãos na prevenção da infecção não é um conceito novo, sendo uma acção muito simples e a medida mais efectiva na redução das IACS (Direcção Geral da Saúde, 2010-B). Durante o estágio adoptei o modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), denominada – “ Os Cinco Momentos – “para a higienização das mãos e sensibilizei todos os intervenientes a executá-lo, segundo a Circular Normativa de 14/06/2010 da Direcção Geral da Saúde (DGS, 2010-A). No decorrer do estágio do SU pude verificar que os profissionais de saúde não procediam à higienização das mãos de acordo com as recomendações. Após a detecção da situação problema, estabeleci estratégias de intervenção, perguntei se haviam frequentado formação no Departamento de Educação Permanente (DEP) do hospital acerca do assunto em questão e constatei que alguns assistentes operacionais se encontravam a

trabalhar na instituição há pouco tempo e não tinham qualquer formação nesta área. Decidi realizar campanhas de sensibilização ao longo do estágio e realizei também duas acções de formação subordinadas ao tema (Anexo I).

Por outro lado, enfermeiros e outros profissionais de saúde, frequentemente não aplicavam os conhecimentos que possuíam sobre esta prática. Após conversa informal, foram várias as razões que evocaram para não o fazer, como a irritação e secura da pele, uso de luvas, cepticismo e falta de tempo quando têm muitos cuidados e tarefas para executar. Nestes momentos, aproveitei para demonstrar conhecimentos específicos nesta área e reflectir com os profissionais do serviço sobre a importância da sua realização.

Na UCIM, os cinco momentos para a higiene das mãos era, por vezes, desvalorizado e a adesão para a sua prática não era a pretendida. Pude observar que, de uma forma geral, a classe médica procedia de forma menos regular à higienização das mãos, por oposição aos enfermeiros que, de uma maneira mais consistente, cumpriam com esta prática. Persistem ainda alguns procedimentos como a não higienização das mãos antes de calçar luvas, e principalmente após o uso e entre a troca de luvas para executar outra tarefa que assim o exija. Não pude deixar de salientar que o uso inadequado de luvas torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos. A adequada lavagem das mãos e o cumprimento dos tempos médios foram pontos em que foquei a minha actuação. Decidi realizar campanhas de sensibilização ao longo do estágio e sempre que me pareceu oportuno. Com um espírito crítico sobre o meu desempenho pude verificar que também eu própria, podia melhorar a minha prestação relativamente à frequência com que efectuava o procedimento da higiene das mãos.

A infecção do trato urinário (ITU) associada à cateterização vesical é a IACS mais comum e representa cerca de 40% do total das IACS (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). As práticas de algaliação, manutenção e remoção também são importantes para a prevenção e controlo da ITU. A ITU constitui uma causa relevante de bacteriémia podendo contribuir para um aumento da mortalidade (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). Na primeira semana de estágio na UCIM, enquanto me encontrava com uma colega de estágio na prestação directa de cuidados verificamos que a norma do serviço referente à algaliação não estaria conforme as indicações da DGS. Pela norma do serviço o meato urinário é limpo com iodopovidona solução dérmica, o que contraria as orientações da DGS (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge,

2004) que dizem que o meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico. Não havendo vantagem em utilizar soluções antissépticas para limpeza do meato urinário, prévia à inserção da algália. Após detecção de situação problema foi discutido com a enfermeira tutora a desvantagem do uso de iodopovidona solução dérmica e a actualização da norma. No hospital existe uma Comissão de Controlo da Infecção (CCI) e é esta comissão que tem competência para alterar a norma da instituição. Abordamos a enfermeira responsável e elo de ligação do serviço à CCI do hospital, e embora não tendo sido possível alterar a norma, foi seguramente importante a oportunidade para a sensibilização dos enfermeiros para o procedimento mais correcto.

Segundo a DGS, é necessário que sejam cumpridos todos os pressupostos de prevenção. As vias urinárias são a porta de entrada mais frequente de sépsis, causadas por bactérias de Gram negativo, nos doentes internados em unidades hospitalares (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). A infecção pode ocorrer durante ou imediatamente após a inserção da algália ou posteriormente, devido à flora que coloniza o sistema.

Relativamente ao despejo do saco de drenagem este deve ser despejado quando estiver a meio da sua capacidade. Devem ser utilizadas luvas limpas e as estas devem ser mudadas entre doentes. A torneira deve ser limpa com celulose, toalhete ou compressa, após o despejo para evitar o gotejamento para o chão de urina residual (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). Realizei campanhas de sensibilização junto das assistentes operacionais tendo verificado alteração de comportamento.

Na primeira semana de estágio no SU, enquanto me encontrava na sala de pequena cirurgia detectei que todo o material crítico era lavado manualmente para remoção de resíduos biológicos e posteriormente mergulhados numa tina com desinfectante químico. A higienização e desinfecção do material devem obedecer a regras de garantia e segurança e adequada manipulação de equipamentos e materiais. Hoje em dia, a lavagem manual não deve ser utilizada pelos riscos que comporta, pois é efectuada com recurso a utensílios (escovas, escovilhões, toalhetes, esponjas...) que não são seguros para quem os utiliza. Deste modo, existe um risco acrescido de exposição a fluidos orgânicos, risco de salpicos que podem contaminar o profissional e as estruturas adjacentes. Por outro lado a desinfecção manual não garante eficácia na remoção de matéria orgânica uma vez que o material deve ser lavado a uma temperatura de água 50-60°C. Tendo em conta, o referido anteriormente, foi proposto em colaboração com a

colega de estágio ao Enfermeiro Responsável, a aquisição de kits de uso único. Para a realização do estudo sobre os kits irrecuperáveis (Anexo II), consultamos as recomendações da DGS e da CCI do HNSCV.

Para alguns autores, citados por Botelho (1998), um dos indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem é a ausência de infecção e outras complicações que possam resultar dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Deste modo, centrei a prestação de cuidados usando os recursos disponíveis e as metodologias que visassem a melhoria da qualidade.

Outro momento de discussão surgiu com a manutenção dos cateteres venosos centrais (CVC) na UCIM. Em conversa com a enfermeira tutora e por necessidade durante a prestação de cuidados, surgiram algumas dúvidas. O que estava protocolado no serviço seria a realização do penso de dois em dois dias e sempre que necessário. Após conversar com alguns colegas e por observação verifiquei que estariam a ser realizados diariamente por excesso de zelo. A desinfecção do CVC é realizada por alguns colegas com iodopovidona e por outros com soro fisiológico. Confrontada com esta situação senti necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área. Seguindo as recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006), o penso do CVC deve ser realizado a cada dois dias se forem pensos de gaze ou pelo menos a cada sete dias se forem pensos transparentes. Em estudos realizados nos Estados Unidos sobre agentes usados na antissépsia da pele, foi demonstrado que a utilização de Clorhexidina aquosa a 2% tinha uma eficácia superior à Iodopovidona a 10% e ao Álcool a 70% (Comissão de Controlo de Infecção – HSJ, 2004). Segundo Fernandes et al, (2000 – A: 568 – 569) “ *estudos têm demonstrado vantagens da clorexidina sobre os demais, quando aplicada na passagem e manutenção de cateteres centrais...em comparação entre as diferentes soluções alcoólicas, os melhores resultados foram obtidos com a clorexidina a 0,5 %* ”.

Outro aspecto a realçar é o facto de as soluções de iodo serem instáveis e irritantes para os tecidos e células podendo provocar dor e reacções alérgicas em pessoas sensíveis e deteriorar alguns materiais (Fernandes et al, 2000-A). Não pudemos esquecer também, que o penso do CVC deve ser realizado tendo em conta as recomendações do fabricante.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que manipulam quase exclusivamente os CVC pelo que os esforços no reforço das medidas para minimizar o risco de infecção são fundamentais. A lavagem das mãos é uma medida que permite diminuir a transmissão cruzada de infecções por contaminação local do acesso, do canhão ou do líquido perfundido (Fernandes et al, 2000-A). A maioria das infecções associadas a cateteres está relacionada a CVC, especialmente os colocados em doentes internados em UCI (Comissão de Controlo de Infecção Hospital de São João, 2004; Fernandes et al, 2000-A). Durante o estágio tive vários doentes com CVC e cateteres arteriais periféricos, pelo que segui as recomendações da DGS para cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infecção.

No período em que decorreu o estágio assisti um doente com MRSA. As estirpes de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, designados abreviadamente por MRSA, constituem um dos problemas mais graves no âmbito da infecção hospitalar. Em Portugal os valores de MRSA atingiram em 2004 cerca de 57% dos doentes internados em UCI, 45% em Medicina Interna e 54% em Cirurgia. Sendo a sua transmissão rápida e fácil, possuem a capacidade de disseminação provocando por vezes “surto” difíceis de erradicar (Comissão de Controlo de Infecção- CHVNG, 1999; Direcção Geral Saúde, 2007). O Homem é o reservatório natural destes microorganismos, que colonizam principalmente as fossas nasais. Os reservatórios hospitalares do MRSA são geralmente os doentes que, por esse motivo, realizam aquando da sua admissão na UCIM, zaragatoa das fossas nasais para rastreio séptico. Por sua vez a transmissão ocorre geralmente por contacto e menos frequentemente por via aérea. As mãos são a principal via de transmissão cruzada mas o ar é um veículo importante quando na presença de um dispersor. Perante o doente em questão foi realizado isolamento segundo a via de transmissão por contacto (Fernandes et al, 2000-B). Uma vez que surgiram muitas dúvidas nos procedimentos a realizar perante um doente com MRSA foi proposto às enfermeiras tutoras e à enfermeira chefe a realização de um poster com as indicações para aplicação de procedimentos de isolamento segundo as vias de transmissão (Anexo III), posters individuais precauções de isolamento (Anexo IV) e uma régua de bolso de fácil consulta (Anexo V). Face ao exposto, penso ter proporcionado um ambiente terapêutico e seguro, implementando medidas de prevenção e controlo da infecção (Ordem Enfermeiros, 2009).

COLABORAR NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DOS CUIDADOS E DE MATERIAIS

Na área da gestão de recursos humanos, em parceria com o enfermeiro responsável do SU, tive a oportunidade de trabalhar na realização de horários e dos planos diários. O horário e o plano de trabalho eram realizados antecipadamente tendo em conta a especificidade de cada sector e nível de formação dos elementos da equipa. Os enfermeiros são distribuídos pelas diferentes áreas do SU mas em cooperação entre todos os elementos da equipa.

Na UCIM, foi possível observar a forma de organização do pessoal de enfermagem e assistentes operacionais tendo em conta o movimento de doentes do serviço (exames, altas, transferências e transporte de doentes). No turno da manhã encontravam-se quatro enfermeiros e três assistentes operacionais. Tratou-se de uma unidade com uma actividade sempre muito constante e intensa, uma vez que os doentes internados na UCIM se encontravam normalmente muito instáveis e requeriam muitos cuidados de enfermagem, pelo que o número de enfermeiros era muitas vezes insuficiente. Um dos 6 enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é a organização dos cuidados de enfermagem, e um dos elementos importantes para a sua efectivação é o " *número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem*" (Ordem Enfermeiros, 2001:16).

No turno da tarde encontram-se três enfermeiros e duas assistentes operacionais, sendo também insuficiente para gerir da melhor forma os cuidados a prestar ao doente e família. O rácio do pessoal no turno da noite é igual ao da tarde. O serviço tinha muita rotatividade de doentes, muitas vezes estava um doente a ser transferido e a unidade encontrava-se imediatamente em desinfeção para a entrada de outro. Por outro lado, a equipa de enfermagem encontrava-se numa fase de mudanças porque aguardava-se a saída de dois elementos experientes e que iriam ser substituídos por duas colegas sem experiência profissional. A grande mobilidade e rotatividade da equipa de enfermagem dificultavam o eficiente funcionamento do serviço. No decorrer do estágio tive oportunidade de acompanhar as colegas que se encontravam em integração e orientá-las no seu desenvolvimento educacional e profissional de forma a atingir melhoria dos resultados no processo ensino-aprendizagem. Adoptei uma postura de interesse e

disponibilidade para com as colegas recorrendo à minha formação académica e profissional no âmbito das actividades a desenvolver.

Pude constatar que o método de trabalho na UCIM é o individual, são prestados cuidados individuais ao doente mas com inter-ajuda entre os elementos da equipa.

Durante o período de estágio tive a oportunidade de observar o estilo de liderança adoptado pelo enfermeiro responsável do SU e pela enfermeira chefe da UCIM e verifiquei que se baseavam no modelo de liderança situacional. Este modelo vai de encontro com a formação de líderes, sendo que o líder não possui um estilo de liderança fixo. O comportamento de liderança eficaz é aquele que se adapta a uma determinada situação e ao grau de maturidade dos liderados. Segundo Blanchard (1986:187): “...a maturidade é a capacidade e a disposição das pessoas de assumir a responsabilidade de dirigir seu próprio comportamento.”

O enfermeiro responsável pelo SU e a enfermeira chefe da UCIM estavam presentes nas passagens de turno, acompanhando com interesse tudo o que envolvia o serviço e a equipa que lideravam. Ao conhecer as pessoas com quem trabalhavam, as suas motivações e aspirações permitia-lhes liderar com eficácia e eficiência no sentido de as conduzir numa determinada direcção de forma a alcançar os objectivos individuais e os objectivos da organização.

A UCIM caracteriza-se por uma elevada rotatividade de doentes, grande carga de trabalho e a natureza dos doentes aqui internados justifica a contínua necessidade de cuidados técnicos de alta complexidade. Os doentes assistidos na UCIM eram maioritariamente do foro cardíaco, respiratório, metabólico, hepático, imunológico e encontravam-se em situação de grande instabilidade hemodinâmica. A UCIM era particularmente susceptível ao aparecimento de conflitos tendo em conta o contexto e a natureza do trabalho dos profissionais de saúde. Sendo assim, adquirir competências para saber lidar com o conflito tornou-se fulcral para contribuir para o harmonioso funcionamento do serviço, visando a qualidade dos cuidados.

Tive oportunidade de presenciar situações de conflito entre os diferentes profissionais de saúde e entre os profissionais de saúde e a família do utente. Houve necessidade de mediação por parte da enfermeira chefe e do responsável de turno, para resolver o conflito. A resolução de conflitos deve incluir a identificação do problema, escolha do

método de abordagem e se necessário a selecção de um mediador. Este mesmo mediador após a reunião de dados tentará chegar a um acordo (Haynes e Marodin, 1996). A minha postura perante as referidas situações foi de apoio às acções e respostas com o objectivo de diminuir o stress, mas também manter as emoções de acordo com a situação em questão e proporcionar apoio para os intervenientes ultrapassarem as situações da forma mais serena e tranquila possível.

No campo da gestão dos cuidados o enfermeiro deve centrar a sua prestação de cuidados usando os recursos disponíveis e as metodologias que visem a melhoria e garantia da qualidade. Para a alcançar é fundamental a actualização constante e oportuna de conhecimentos e competências de Enfermagem (Leprohon, 2002). Neste âmbito, pude reflectir e procurar novas formas de fazer e fazer melhor aliando à minha experiência prática a melhor evidência recorrendo à pesquisa contínua de bibliografia.

O hospital como uma empresa prestadora de serviços tem na actividade de material um papel de primordial importância. A evolução do mundo coloca grandes desafios às organizações de saúde e procura permanentemente a excelência no exercício profissional.

Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que permitam um exercício profissional de qualidade. Neste âmbito, as instituições devem desenvolver esforços para proporcionar condições de desenvolvimento profissional dos enfermeiros em prol da qualidade. Sendo uma das competências comuns do enfermeiro especialista a gestão da qualidade (Ordem Enfermeiros, 2009:15), “*Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade*”, é indispensável, que os enfermeiros tenham consciência que a escassez de recursos é um facto cada vez mais evidente e que nas tomadas de decisão tenham em conta a avaliação de custos, no sentido de obter ganhos de eficiência sem pôr em causa a qualidade dos serviços prestados.

As instituições devem colocar o cliente em primeiro lugar, melhorar continuamente usando eficazmente os recursos e procurar resultados a curto prazo. Uma correcta gestão de materiais inclui a determinação de objectivos, conhecer os meios disponíveis e controlar a gestão realizada.

Para que a qualidade dos cuidados de saúde prestados seja de Excelência, as instituições devem promover a melhoria contínua tanto na estrutura, nos processos e nos resultados obtidos. Deste modo, torna-se necessário garantir eficácia, eficiência e equidade dos serviços prestados. Segundo a OMS (1986), a componente dos cuidados de saúde de qualidade engloba elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e obtenção de ganhos em saúde.

No SU, em parceria com o enfermeiro responsável foi possível verificar e colaborar no pedido de material e reposição de stocks. Os stocks são geridos com base em níveis pré definidos e o enfermeiro responsável pede mediante as necessidades do serviço aos serviços farmacêuticos e aprovisionamento. O facto de ter realizado em parceria com a minha colega de estágio o trabalho sobre os kits de uso único, contribuiu para a gestão de recursos de materiais e humanos do hospital e assim adquirir competências na área da qualidade e cuidados. O trabalho realizado, após leitura do enfermeiro responsável do serviço, foi entregue no Conselho de Administração para avaliação e decisão sobre a utilização e compra dos kits de uso único.

Na UCIM, na área da gestão de material clínico, tomei conhecimento da forma de registo do material e medicação que é realizado pelo sistema informático. Todas as quintas-feiras, a enfermeira responsável do turno da noite juntamente com a assistente operacional verificam os stocks de material. Tive oportunidade de realizar a revisão do carro de emergência em colaboração com uma das enfermeiras tutoras. A revisão é mensal e existem duas enfermeiras responsáveis pelo seu cumprimento. O carro de emergência encontra-se estandardizado em todos os serviços do hospital para que assim qualquer profissional da instituição esteja familiarizado e não tenha dificuldades na sua utilização.

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS RELACIONAIS E COMUNICACIONAIS COM O DOENTE E FAMÍLIA

O enfermeiro estabelece, no desempenho da sua actividade profissional, uma relação de ajuda com o doente e família. No entanto, muitas das vezes despreza a importância da comunicação na sua globalidade, dando ênfase à parte técnica e não à

relacional, aspecto que influencia a prática dos cuidados. Segundo Inaba et al, (2005), a comunicação é muito importante no atendimento do doente/família e permite obter um melhor cuidado. Neste sentido, a comunicação com o doente/família foi, do decorrer do meu percurso, um aspecto prioritário e de grande preocupação.

O doente que se encontra numa unidade tão singular, como a UCIM, vivencia intensamente uma dualidade entre a doença e a saúde, pelo que o enfermeiro deve gerir o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda (Ordem Enfermeiros, 2009).

Múltiplas foram as situações por mim vivenciadas, mas algumas marcaram o meu percurso de uma forma particular. Uma mãe recorreu ao SU do HNSCV por febre e congestão nasal do seu filho. O filho tinha 18 anos mas tinha antecedentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) desde os 8 meses de vida e tinha várias sequelas nomeadamente afasia e défices motores. Totalmente dependente nas actividades de vida diária, deslocava-se em cadeira de rodas. Apesar do estado físico do filho, esta mãe com um aspecto visivelmente cansado, esboçava sempre um sorriso. O menino já havia ido ao SU de outra unidade de saúde e o médico de serviço da nossa urgência pretendia transferi-lo para lá uma vez que pertencia à sua área de residência. Logo verifiquei o estado de ansiedade daquela mãe perante a situação proposta. Em conversa com a senhora pude aperceber-me que tinha vivenciado uma má experiência com o filho internado naquela unidade de saúde e o que mais temia era um possível internamento. Permiti à senhora expressar os seus sentimentos, demonstrei disponibilidade para a ouvir e comuniquei ao médico. O menino ficou em vigilância por mais algum tempo no SU, foram instituídas medidas terapêuticas e teve alta para casa. Enquanto o menino esteve no SU foi permitida também a permanência do pai, uma vez que o menino foi propositadamente colocado numa sala sozinho para a família ter mais privacidade. Durante o período de tempo que aquela família permaneceu no serviço fui informando-a dos procedimentos que executava e esclarecia dúvidas, pois, uma família esclarecida, junto do doente, ajuda no tratamento (Leske, 2002). Foi criado um ambiente terapêutico e seguro, promovendo a envolvência adequada ao bem-estar daquela família (Ordem Enfermeiros, 2009).

Numa outra situação, encontrava-se uma senhora idosa em OBS, que tinha ficado durante a noite em vigilância e que no turno da manhã teve alta. A senhora encontrava-se muito desanimada com a sua situação, porque estava sozinha no SU. Os filhos

estavam a trabalhar fora do país e o único apoio que tinha era de uma vizinha. Permaneci junto da senhora, partilhamos experiências e transmiti-lhe que nos preocupávamos com o seu bem-estar. Tentei contactar a vizinha para informá-la que a senhora tinha alta e podia ir para casa, mas vim a descobrir que a senhora em questão se encontrava no nosso SU com um problema de saúde. A senhora apresentava uma fístula perianal e encontrava-se bastante queixosa. Foram instituídas medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas e a senhora após algum tempo de permanência no serviço teve alta clínica, levando consigo a senhora idosa.

Pude verificar que o doente internado na UCIM encontra-se muitas vezes ansioso e esta ansiedade surge pela ameaça à sua saúde, alteração no estado de saúde e também pela falta de informação acerca de procedimentos (Haugh e Kelling, 2003). De facto, é frequente o doente encontrar-se apreensivo, agitado, ansioso, face ao tratamento que está a ser implementado, e perante a necessidade de realização de exames de diagnóstico e prognóstico da sua situação (Urden et al, 2008). Por vezes a ansiedade que se gera no doente deve-se a uma falta de conhecimento. No entanto, existem situações em que o doente está esclarecido e mantém as manifestações de ansiedade. Nestes casos particulares, manifestei o meu interesse, ouvi as suas preocupações de forma a transmitir confiança e segurança. Ajudei a pessoa na identificação de situações que lhe provocavam ansiedade, encorajando a verbalizar os seus sentimentos, percepções e medos. Desta forma, possibilitei ao doente a partilha com o enfermeiro que o escutou e ajudou sem qualquer julgamento (Carvalho e Sequeira, 2005). Promovi o suporte emocional, permanecendo com a pessoa nos períodos de maior ansiedade. Na realidade a situação que passo a descrever, testemunha de forma fidedigna essa mesma realidade. Uma jovem traqueostomizada internada na UCIM, há mais de duas semanas e vítima de acidente de viação com múltiplas fracturas e défices motores encontrava-se muito ansiosa porque iriam proceder ao encerramento da traqueostomia. Encontrava-se taquicárdica, polipneica e muito apreensiva. Não era o primeiro dia que a jovem ficava entregue aos meus cuidados e o facto de já termos estabelecido uma relação de confiança permitiu-me ajudar de forma tranquila a resolução deste problema. Permaneci sempre ao seu lado, permiti que expressasse os seus medos e dúvidas, o que promoveu uma diminuição da ansiedade e melhor colaboração durante o procedimento. O encerramento da traqueostomia foi um sucesso e a jovem permaneceu hemodinamicamente estável sem necessidade de oxigenoterapia.

Quando o doente é admitido na UCIM, ou logo que possível, é fornecido um guia de acolhimento ao doente/família. Este guia de acolhimento contém informações úteis sobre a dinâmica do serviço, nomeadamente contactos, informações gerais, horários das visitas. O horário das visitas é repartido ao longo do dia por três períodos de trinta minutos. Na minha opinião o tempo de permanência é muito pequeno e só pode permanecer junto do doente uma pessoa de cada vez. Dada a elevada ansiedade provocada pela alta tecnologia, pelos monitores e pelos procedimentos, em geral, o tempo de permanência das visitas deveria ser menos limitado. No entanto, em alguns casos particulares foi permitida a permanência de dois familiares e o horário de visita foi alargado.

Os familiares do doente devem ser vistos como parte integrante dos cuidados ao doente e o doente como parte integrante de uma família. O facto de um dos membros da família se encontrar hospitalizado funciona como fonte de stress e provoca muitas vezes uma situação de crise. Adoptei uma postura de esclarecimento e apoio mantendo a família informada sobre a situação de doença do seu familiar. Os familiares necessitam de suporte emocional e respeito, bem como de se sentirem envolvidos nos cuidados e tomada de decisões sempre que possível (Urden et al, 2008). Uma família informada sente-se segura e não solicita tanto a presença dos profissionais de saúde. Como enfermeira a cuidar da pessoa em situação crítica fui adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa. Inicialmente senti algumas dificuldades na comunicação com os familiares, procedendo à escolha mais correcta da informação a ser transmitida, no apoio emocional e preparação psicológica.

Deste modo, penso ter adaptado a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e desenvolvido competências relacionais e comunicacionais com o doente e família.

1.2 – RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Neste domínio abordarei as competências alcançadas através da promoção de uma prática de cuidados, tendo por base o respeito do doente como um ser multidimensional.

SALVAGUARDAR OS ENUNCIADOS PARA UMA PRÁTICA PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O enfermeiro deve procurar na sua actividade a excelência do exercício. Numa perspectiva ética, a relação entre o enfermeiro e o doente/família deve centrar-se em valores e princípios, sendo a dignidade humana o verdadeiro pilar das decisões e intervenções de enfermagem. *“A dignidade é um conceito ético porque enquanto qualidade, ela qualifica o ser humano como portador de respeito “ (Renaud, 1999:141). Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 78 no ponto 1: “- As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro (Portugal, Assembleia da República 2009:6548).”*

Os cuidados devem ser cada vez mais humanizados, respeitando costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico.

No contexto de um Serviço de Urgência e de uma Unidade de Cuidados Intermédios, onde o carácter urgente e emergente das situações clínicas condicionam muitas vezes o profissional de saúde, cabe ao enfermeiro cuidar da pessoa em situação crítica de uma forma holística.

De forma a promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, informei o doente antes de cada procedimento, do que ia fazer, como e porquê. Após o consentimento do doente procedia à técnica. O consentimento para os cuidados de saúde, decorre do respeito, da promoção e da autonomia da pessoa, estando ligado à auto-determinação, à liberdade individual, à escolha pessoal e vontade esclarecida.

A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina enuncia no Cap.II- artigo 5º (Portugal, Presidente da República, 2001), os fundamentos para o consentimento para os cuidados de saúde. Para tal, qualquer intervenção de um profissional de saúde só

deverá realizar-se, se a pessoa em causa o permitir, após ter sido esclarecido. O consentimento de saúde é prestado única e exclusivamente pela pessoa, sendo livre e esclarecido, logo do próprio.

Informe a pessoa de acordo com as suas necessidades e circunstâncias, nomeadamente às suas necessidades religiosas, étnicas e culturais, bem como às capacidades linguísticas e níveis de alfabetização de saúde. A informação foi fornecida numa relação de verdadeira confiança e que permitisse o esclarecimento de dúvidas.

O consentimento é um aspecto muito importante na relação entre o enfermeiro e a pessoa, porque salvaguarda o respeito pelo direito à auto-determinação. Artigo 84º – alínea a) a d) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Assembleia da República, 2009).

Surgiram algumas situações, em que não foi possível obter o consentimento informado do doente pela sua condição clínica. Nestes casos e segundo o Artigo 6º, nº1, da Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina: quando a pessoa carece de capacidade para prestar o seu consentimento, são os profissionais de saúde em benefício directo da pessoa que o fazem (Portugal, Presidente da República, 2001), quem decide são os profissionais de saúde, segundo o Artigo 79º – alínea b) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Assembleia da República, 2009).

1.3- DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O enfermeiro para desenvolver competências neste domínio deve basear a sua prática clínica especializada em padrões de conhecimento e desenvolver o auto conhecimento e a assertividade, Ordem dos Enfermeiros (2009). Deste modo, abordarei os objectivos específicos e as actividades mais relevantes.

PARTICIPAR NA TRIAGEM E PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS UTENTES NAS DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS DO SU

Quando recorre ao SU do HNSCV, o doente tem o primeiro contacto com o enfermeiro no processo de triagem. O facto de serem atendidos pelo enfermeiro, à chegada, tem-se manifestado um factor tranquilizador para as pessoas. A Triagem de

Manchester é o sistema utilizado no SU, sendo que este método de triagem permite fornecer uma prioridade clínica e não um diagnóstico médico. A Triagem de Manchester foi criada pelo Manchester Triage Group, no Reino Unido e determinou como seus mandatários no nosso país os autores da versão portuguesa – O Grupo Português de Triagem (Ministério da Saúde, 2006). Os doentes não são observados por ordem de inscrição mas por avaliação dos sintomas e queixas. A avaliação é efectuada por um enfermeiro com formação e experiência em urgência. Seguindo um algoritmo de decisão, é-lhe atribuída uma cor que determina um tempo máximo de espera admissível. Cada uma destas cores representa um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para observação médica. Este método de triagem permite determinar quais os casos que podem esperar mais tempo para serem atendidos. No entanto, pude constatar que o sistema tem lacunas e alguns doentes utilizam por exemplo o critério da dor para obter a cor amarela e não ficar tanto tempo à espera. Em virtude desta e de outras falhas, torna-se inevitável que o sistema vá sofrer uma actualização.

Frequentemente, o doente apresenta alguma dificuldade em exprimir as suas queixas, pelo que a escolha do fluxograma mais indicado torna-se uma tarefa complexa. Aliada à sua complexidade, está inerente o elevado grau de responsabilidade, pois é o enfermeiro que estabelece quanto tempo o doente espera em segurança, tendo sempre em conta o carácter agudo ou gravidade da sua situação. A sala de triagem tem duas entradas laterais e uma das dificuldades com que me deparei foi na promoção da privacidade do doente.

No SU do HNSCV, a informação clínica é registada digitalmente e fica acessível aos diferentes intervenientes no processo. É um sistema que permite a cada instante, obter uma visão global sobre os doentes que se encontram em espera, os que estão a ser observados, os meios de diagnóstico realizados, entre outras informações úteis. O sistema ALERT possibilita o controlo do acesso à informação clínica através da identificação biométrica dos utilizadores por níveis de permissão de acesso. Este sistema inclui uma série de alertas de uma lista de tarefas por realizar ou de eventos que necessitem de intervenção de determinado utilizador. Deste modo, possibilitou-me atender com mais segurança e maior vigilância os doentes, permitindo um leque mais diversificado de experiências porque podia observar quais as áreas do SU que necessitavam de colaboração. O sistema funciona eficientemente quando existe

coordenação e cooperação entre a equipa multidisciplinar, o que nem sempre se verificou. Alguns elementos da equipa multidisciplinar não realizavam os registos em tempo útil, ou procediam à efectivação da alta do doente mesmo antes do enfermeiro terminar os registos.

No decorrer do estágio pude atender os doentes nas diferentes áreas do SU. Desde a sala de tratamentos, a OBS teve oportunidade de desenvolver aprendizagens e demonstrar conhecimentos adquiridos pela experiência prática e pela evidência científica.

No decurso da sua actividade profissional, o enfermeiro toma variadas decisões no sentido de dar uma resposta célere e eficaz às necessidades da pessoa, nomeadamente quando realiza um electrocardiograma, na sala de emergência, executa uma sutura ou realiza uma tala gessada. Será que o pode e deve fazer? Esta dúvida perseguiu-me todo o estágio e proporcionou momentos de reflexão. Tive necessidade de pesquisar e debater o assunto com vários colegas. De acordo com um parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros sobre suturas, não existe nenhuma definição que permita objectivamente decidir se as intervenções em análise são ou não intervenções da competência da área de enfermagem. Por outro lado afirma que a preparação do enfermeiro não pode circunscrever-se à sua formação inicial. Reforça ainda, que “ *os profissionais de enfermagem são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos actos que praticam*” (Ordem dos Enfermeiros, 2000:24).

Neste contexto, o enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar, tem direito a partilhar dos objectivos terapêuticos a alcançar, assumindo-se que as intervenções devem ser executadas pelo técnico da equipa de saúde, que no contexto e em tempo útil melhor esteja preparado para as realizar (Ordem dos Enfermeiros, 2000). O enfermeiro se toma a decisão de o fazer, deve fazê-lo em consciência. Reflectindo sobre os valores, as condutas que tem, as atitudes que valoriza e a pessoa em que se quer tornar (Nunes, 2006).

Desta forma o enfermeiro deve, segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros no artigo 91, alínea b) e c)...” *trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde e integrar a equipa de saúde...colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a*

prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços(Portugal, Assembleia da República, 2009: 6548). ”

Os enfermeiros do SU tomam a decisão de o fazer, também, porque são orientados pela cultura da organização.

ADQUIRIR COMPETÊNCIAS NA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA INFORMÁTICO, ELABORANDO REGISTOS OBJECTIVOS E RIGOROSOS RECORRENDO À CIPE.

O exercício dos enfermeiros insere-se num contexto multiprofissional onde pratica intervenções interdependentes, iniciadas por outro profissional de saúde e intervenções independentes, iniciadas pelo próprio enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim, é fundamental desenvolver a capacidade de tomada de decisão devidamente fundamentada e actualizada. É através do processo de enfermagem que o enfermeiro consegue personalizar o pensamento de enfermagem, clarificar e planear as intervenções, dirigidas essencialmente ao doente. Ao utilizar o processo de enfermagem estamos a caminhar para cuidados de qualidade. De acordo com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001:15),” *a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente,* ”é um elemento necessário à organização dos cuidados, sendo um dos 6 enunciados descritivos.

Uma vez que nunca tinha tido oportunidade de efectuar registos no SAPE (Sistema de apoio à Prática de Enfermagem), senti inicialmente dificuldades em integrar a classificação utilizada que é a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Com o decorrer do estágio, as dificuldades foram-se dissipando e em parceria com as minhas tutoras, fui efectuando registos que suscitaram momentos de discussão e reflexão na concepção dos cuidados após consulta de bibliografia (International Council of Nurses, 2003).

Os registos não são muitas vezes incluídos no SAPE, pelo que podem proporcionar um afastamento das dimensões do ser humano. Tentei integrar estes aspectos na minha prestação de cuidados, reforçando-os através da transmissão verbal da informação.

Identifiquei problemas de saúde pertinentes, de forma a planear os cuidados de saúde, tendo em conta a condição do doente.

ADQUIRIR CONHECIMENTOS E HABILIDADES PERANTE O DOENTE EM FALÊNCIA MULTIORGÂNICA, CONTEXTUALIZANDO NA PRÁTICA PROFISSIONAL E NA ÁREA MÉDICO CIRÚRGICA

A UCIM recebe doentes críticos que permanentemente necessitam de cuidados técnicos de alta complexidade (OE, 2009) pelo que a unidade dispõe de meios tecnológicos muito sofisticados.

Os doentes internados na UCIM são do foro médico, esporadicamente do foro cirúrgico e pela sua gravidade e instabilidade hemodinâmica necessitam de monitorização contínua e observação constante. Deparei-me com monitorização de Tensão arterial invasiva, PVC (Pressão Venosa Central) que eram novas para mim pelo que tive necessidade de colmatar dúvidas com as minhas tutoras e pesquisa bibliográfica.

A monitorização da pressão arterial directa dá-nos valores mais fidedignos que os valores da monitorização não invasiva. A monitorização contínua da sístole, diástole e pressão arterial média permite o despiste de respostas hemodinâmicas adversas, possibilitando a prevenção de complicações. Outra das vantagens do doente com cateter arterial é a possibilidade de colher amostras de sangue sempre que necessário. A PVC permite o despiste de hemorragia, situações de vasodilatação, controlo de terapêutica diurética e está indicada sempre que um doente apresenta alterações no volume de líquidos. O valor numérico representa a pressão da aurícula direita e reflecte o balanço entre o retorno venoso e o débito cardíaco direito.

Todos os turnos, procedia à calibragem do equipamento quanto à pressão atmosférica e quanto ao eixo flebostático das linhas para obter medições exactas e para o realizar posicionava o doente em decúbito dorsal.

Na UCIM uma actividade que era realizada com muita frequência era a gasimetria arterial. A gasimetria arterial possibilita a medição das concentrações de oxigénio, a ventilação e o estado ácido-base do doente (Parsons e Heffner, 2000). Este exame invasivo é muito importante porque permite a monitorização dos valores dos gases arteriais e assim otimizar o doente hemodinamicamente. Com o apoio das enfermeiras

tutoras e recorrendo à pesquisa bibliográfica, as dificuldades nesta técnica foram-se gradualmente dissipando.

Ao longo do estágio pude prestar cuidados a doentes com BiPAP (Bilevel Positive Airway Pressure). Este tipo de ventilação não invasiva é frequente usar-se em doentes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) com hipoxémia de repouso e doentes com disfunção crónica dos músculos respiratórios (Emmerich, 2002). Com a colaboração da enfermeira tutora escolhi a máscara facial de acordo com o tamanho do rosto e nariz do doente, evitando assim fugas, desconforto e lesões faciais. Tranquilei o doente e expliquei-lhe o procedimento de forma a sincronizar a respiração com os parâmetros introduzidos na máquina.

IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS COM O SONO, REPOUSO E PRIVAÇÃO DO EQUILÍBRIO SENSORIAL NA UCIM

O doente na UCIM está constantemente a receber estímulos externos que são perturbadores do sono e repouso (Urden et al, 2008). Logo nos primeiros dias em que me encontrava no serviço pude constatar que o doente na UCIM apresentava alterações no sono/repouso. O ruído é o factor mais perturbador do sono e provoca alterações na concentração e percepção auditiva. A principal fonte de ruído numa UCIM são os alarmes dos equipamentos e as conversas entre os profissionais de saúde (Lampreia e Santos, 2005).

O nível de ruído de um monitor é de 69,6 Db, de um telefone de 74 Db, uma seringa infusora de 72,5 Db e de uma conversa normal de cerca de 50 Db. O nível de ruído máximo numa UCI deveria de ser de 45 Db durante o dia e de 35 Db durante a noite (Pereira, 2003). Sendo assim, encontramos-nos um pouco distantes do aconselhável para permitir um descanso adequado ao nosso doente. Confrontada com este problema, questionei-me sobre o que realmente poderia eu fazer de forma a minimizar a situação detectada. Mobilizei os conhecimentos apreendidos anteriormente e consultei bibliografia para sustentar as minhas intervenções. Comecei por implementar medidas para reduzir o ruído, tais como falar baixo, desligar equipamentos que não estivessem a ser utilizados e baixar os alarmes dos monitores e equipamentos sempre que possível. Por outro lado, monitorizei o tempo de perfusão das máquinas e seringas infusoras para

evitar o ruído do alarme e nas horas em que as actividades produziam menos ruído, reduzia as luzes.

De forma a favorecer o sono e repouso na UCIM, no turno em que fiz noite organizei as minhas actividades no sentido de proporcionar ao doente pelo menos duas horas de sono sem interrupções. Estipulei duas horas porque cada ciclo de sono convencional, compreende quatro estádios que demoram em média uma hora e trinta minutos a duas horas. Apenas quando se completa um ciclo de sono, é possível afirmar que o sono foi reparador. Um adulto, normalmente, experimenta quatro a cinco ciclos de sono completo, num período de oito horas (Urden et al, 2008). Sendo assim, é fundamental proporcionar ao doente um período de descanso, sem interrupções pois sempre que o sono é interrompido, fragmentado, é iniciado pelo estádio inicial. A privação do sono interfere na recuperação do doente uma vez que aumenta a libertação de cortisol e, como consequência, diminuem as defesas do organismo.

O doente internado na UCIM encontra-se vulnerável e tem dificuldade em manter o seu equilíbrio sensorial. Para manter o fluxo sensorial, é produzida na hipófise, uma hormona designada melatonina que só é segregada na presença de luz natural. Na UCIM os doentes têm acesso a luz natural mas para além da luz necessitam também de estímulos conhecidos, como sons familiares, valores pessoais porque a ausência de sons significativos cria estados de ansiedade (Silva, 2006). Com o intuito de ajudar o doente orientei-o para a realidade do momento, encorajei-o a usar o mais possível as suas funções cognitivas e ajudei-o na interpretação dos estímulos a que está constantemente a ser submetido.

Face ao exposto, estou certa de ter adquirido competências na resolução de problemas do doente com alterações do sono/repouso/privação do equilíbrio sensorial.

DEMONSTRAR CONHECIMENTOS E HABILIDADES NA ABORDAGEM DO DOENTE CRÍTICO NA SALA DE EMERGÊNCIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Com a aplicação do processo de triagem de Manchester é atribuída ao doente uma cor de acordo com o grau de gravidade, sendo que alguns doentes com a cor laranja e todos os com cor vermelha são encaminhados para a sala de emergência. Seguindo as recomendações do Conselho Português de Ressuscitação (2006) procedi à avaliação e

tratamento do doente crítico pela metodologia ABCDE – A (Airway), B (Breathing), C (Circulation), D (Disability), E (Exposure).

Desta forma, consegui demonstrar conhecimentos e habilidades de forma a implementar respostas de Enfermagem aprofundadas às complicações.

Na sala de emergência fui confrontada com experiências variadas. Num dos turnos da tarde, numa sexta-feira, a afluência de doentes foi muito elevada. Deparei-me com a entrada quase simultânea de três casos distintos. A sala está preparada para receber dois doentes, pelo que a rápida execução de cuidados e implementação de respostas foi determinante para a estabilização dos doentes.

O primeiro doente, uma senhora idosa foi admitido com bradicardia severa e hipotensão. O segundo doente era, um homem com cerca de 60 anos com antecedentes de EAM e cirurgia cardíaca com queixas de dor torácica com irradiação para o membro superior esquerdo. Uma terceira doente, uma senhora com cerca de 65 anos, com antecedentes de HTA (Hipertensão arterial), apresentava alteração do estado de consciência, hemiplegia esquerda e convulsões. A senhora idosa e a senhora com suspeita de AVC foram transferidas para hospitais centrais. O transporte do doente crítico engloba a decisão, planeamento e efectivação.

A decisão de transportar um doente deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efectivos. Pude constatar que não existia nenhuma norma do transporte do doente crítico, o que suscitava indecisões e dúvidas dos colegas e médicos. Consequentemente, foi proposta e aceite a adaptação da norma do transporte do doente crítico (Anexo VI), segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Os doentes incorrem em riscos aumentados de morbilidade e mortalidade durante o transporte. Estes riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado. Colaborei na decisão, planeamento e efectivação do transporte do doente crítico.

Após a avaliação clínica do doente foi determinada a equipa que acompanhava o doente e a vigilância recomendada. A comunicação dos dados clínicos deve ser rigorosa,

baseada na folha de registos e relevante para a continuidade dos cuidados. Quando se procede à efectivação do transporte é necessário ter a mala de transporte organizada com o material e medicação de emergência. Verifiquei que o ressuscitador manual não possuía reservatório enriquecedor de oxigénio e discuti com os enfermeiros do serviço as vantagens da sua utilização e todos foram unânimes quanto à sua utilização. Numa situação de paragem cardiorespiratória é essencial manter altas concentrações de oxigénio para prevenir a hipóxia. O insuflador manual com adição de oxigénio de 5-6 litros por minuto, permite obter concentrações de 45% de oxigénio no ar inspirado mas quando se conecta um reservatório de oxigénio, com um débito de 10 litros por minuto, é possível obter uma concentração próxima dos 85% de oxigénio no ar inspirado (Conselho Português de Ressuscitação, 2006).

Neste momento o SU encontra-se em fase de remodelação de forma a implementar as Vias Verdes de AVC e Coronária, pois esta é uma lacuna do serviço.

DEMONSTRAR E ADQUIRIR COMPETÊNCIAS NA GESTÃO DA DOR

A dor define-se por uma experiência multidimensional desagradável que acompanha a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (Direcção Geral Saúde, 2003). Pode estar associada a traumatismos, fracturas, derrames, imobilização prolongada, infecções ocultas (otites, sinusites, abscessos, entre outros), doenças osteoarticulares crónicas factores psicossociais e muitas mais. Um doente com dor não controlada pode desencadear muitas vezes ansiedade, delírio, distúrbios do sono, imunossupressão, catabolismo aumentado (Urden et al, 2008). Num doente com dor não controlada, o SNC (Sistema Nervoso Central) é activado, apresenta normalmente taquicardia, há uma maior resistência vascular periférica e um maior consumo miocárdico. Deste modo, é muito importante registar a dor tal como os outros sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca, respiração e pressão arterial. Sendo a dor uma sensação subjectiva, pessoal e complexa, a sua avaliação e quantificação apresenta dificuldades relacionadas quer com o doente quer com o avaliador. Desta forma, promovi a intervenção da pessoa que tem dor, cuidador principal e família para colaborar na efectiva avaliação e quantificação da dor e proporcionar ao doente qualidade de cuidados. Os doentes apresentam uma grande variabilidade individual na manifestação da dor que depende da sensibilidade pessoal, da verbalização e atitude. A

prevenção da dor é mais eficaz do que o tratamento da dor já estabelecida. Como enfermeira, identifiquei de forma pronta e antecipatória a dor no doente e implementei respostas de enfermagem apropriadas. A avaliação do profissional de saúde depende também de factores subjectivos, como a sensibilidade, perspicácia e a experiência profissional. Associada à minha experiência profissional e formação académica, de forma a colmatar lacunas nesta área recorri à pesquisa bibliográfica.

Foram desenvolvidos vários métodos para mensuração da intensidade da dor, segundo escalas validadas internacionalmente, como a Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces (Direcção Geral da Saúde, 2003), na UCIM é utilizada a escala numérica. É o método mais validado e depende da colaboração activa do doente. Durante todos os turnos procedi à monitorização da dor como 5º sinal vital (Direcção Geral da Saúde, 2003) e implementei as atitudes terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas de acordo com o contexto. As medidas farmacológicas são intervenções de enfermagem interdependentes e de complementaridade, pelo que assumi a sua execução e monitorizei os seus efeitos de forma responsável. Por outro lado selecionei as intervenções não farmacológicas em complementaridade com as intervenções farmacológicas, nas suas múltiplas vertentes, cognitivo-comportamentais, físicas e suporte emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Não pudemos esquecer que o nível de dor referido pelo doente constitui o método ideal para avaliação da dor e da resposta à analgesia.

Um grande número de doentes que recorre ao SU do HNSCV tem como queixa principal a dor. No campo de estágio em questão pude constatar que muitos doentes recorrem ao SU para tratar apenas o sintoma e não o problema de base. Um dos muitos exemplos, foi o de uma senhora com cerca de 60 anos que apresentava um abscesso dentário mas como não possuía recursos financeiros para uma consulta de especialidade, recorreu ao SU para tratar a dor. O que pude oferecer à senhora foi o tratamento da dor, criando uma relação de ajuda e disposição para a ouvir. O tratamento da dor é importante não só por razões humanitárias, mas também por ser um indicador de qualidade de cuidados. Segundo a Circular Normativa da Direcção Geral Saúde (2008), o profissional de saúde tem uma obrigatoriedade e esforço para detectar esta situação e obter ganhos na qualidade de vida da população. Tendo em conta o descrito, penso ter adquirido competências na gestão da dor, porque valorizei, diagnostiquei, avaliei e

registei a dor que o doente sente, contribuindo para uma norma de boa prática, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008).

PARTICIPAR EM ENSINOS DE CARACTER FORMAL E INFORMAL AO UTENTE/FAMÍLIA/EQUIPA

O enfermeiro especialista deve responsabilizar-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2009). De forma a cumprir este objectivo, actuei como formador oportuno mediante as necessidades detectadas.

No SU, na área da prevenção e controlo da infecção, conforme referido anteriormente, realizei 2 acções de formação versando a temática “Higienização das Mãos” tendo resultado como avaliação imediata (final da acção) que era adequada e de grande interesse. Como avaliação do impacto da formação pude verificar alteração comportamental, porque observei que a higienização das mãos era realizada com mais frequência e nos momentos correctos.

Para verificar as necessidades do serviço de urgência relativamente ao nº de pensos/algalias efectuadas, consultamos a base de dados do sistema informático (SONHO). Após análise dos dados relativos ao ano de 2009 pudemos verificar que foi utilizado material cirúrgico para tratamentos diversos e que o número total de pensos realizados foi de 5175 e de algalias 158. Por outro lado comparamos preços e produtos de duas empresas que comercializam kits de uso único segundo a lista do IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde) para obter informação adequada sobre os kits pretendidos. Procedemos à comparação de custos entre os kits reutilizáveis e os kits descartáveis e facilmente chegamos à conclusão que se tornava mais rentável a utilização dos kits descartáveis. Os custos dos kits recuperáveis não contemplam os gastos em água, electricidade, material de teste do auto clave, material de lavagem, recursos humanos, entre outros de difícil contabilização. Ao realizarmos este trabalho pudemos constatar que os kits descartáveis são mais vantajosos em termos de qualidade dos cuidados prestados, qualidade de gestão de recursos de materiais, financeiros e humanos.

Na sala de emergência houve necessidade de realizar o transporte do doente crítico para outra instituição de saúde. Embora a decisão de transportar o doente seja um acto médico, a avaliação das necessidades para o acompanhamento são discutidas pela equipa multidisciplinar. Com a realização da norma e a formação sobre o transporte do doente crítico contribuimos para a melhoria contínua dos cuidados prestados aos nossos doentes.

No SU, foi proposto ao enfermeiro responsável a aquisição do reservatório enriquecedor de oxigénio que mostrou muito interesse e procedeu às diligências necessárias.

Ao verificar a lista de fármacos da sala de emergência foi detectado que o curarizante que se encontrava descrito já não se usava no hospital. Procedi então à sua actualização depois de comunicar ao enfermeiro tutor.

Tive oportunidade de frequentar uma formação no departamento de educação permanente do hospital, com o meu tutor e a minha colega de estágio subordinada ao tema “Planeamento e controlo da gestão de resultados.” A acção de formação foi muito interessante e pertinente porque abordou uma das áreas em que foquei a minha intervenção no estágio e permitiu a aquisição de novos conhecimentos e cimentar outros previamente adquiridos na minha formação académica e profissional.

Na UCIM, relativamente à manutenção do CVC transmiti a informação mais actualizada aos colegas que se mostraram receptivos à mudança, nomeadamente sobre a periodicidade da realização dos cuidados ao doente com CVC e o uso do desinfectante mais apropriado.

Tive oportunidade de assistir a uma formação no serviço apresentada por dois enfermeiros e uma médica da UCIM, subordinada ao tema “Cetoacidose Diabética” e outra formação apresentada por duas médicas do serviço de patologia clínica sobre “Procedimentos correctos na colheita de espécimes”. Ambas as formações contribuíram para actualizar e adquirir conhecimentos no âmbito da especialidade.

Ao longo do estágio pude efectuar inúmeros ensinamentos ao doente e família, demonstrando conhecimentos e esclarecendo dúvidas sobre diversos temas. Desde a medicação,

alimentação, despiste de sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia nos diabéticos, até aos cuidados de higiene e conforto e posicionamentos do doente dependente.

Uma análise crítica e reflexiva pessoal permite-me concluir que as formações tanto de carácter formal, como informal, contribuíram para o conhecimento novo e para o desenvolvimento de todos os intervenientes.

3 – CONCLUSÃO

Com a evolução da sociedade, o exercício da profissão de Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada de forma a satisfazer crescentes níveis de saúde da população. A Enfermagem como Ciência da Saúde procura a excelência do exercício tanto no domínio da prestação de cuidados como na gestão e formação dos seus profissionais. Deste modo, a concretização do estágio permitiu-me a mobilização de conhecimentos e capacidades em todas as áreas e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas definidas pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artigo 7º, ponto 1, (Portugal, Assembleia da República, 2009) e em particular, na assistência à pessoa em situação crítica (OE, 2009).

O desenvolvimento de competências do enfermeiro passa pela construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzam à mudança na prática. O relatório foi desenvolvido com base nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, respeitando os princípios Éticos e Deontológicos que se encontram inerentes ao Código Deontológico do Enfermeiro. Para o aperfeiçoamento profissional e o desenvolvimento de competências estiveram sempre presentes valores como os da solidariedade e da integridade.

O SU do HNSCV, por se tratar de uma urgência básica é o primeiro nível de acolhimento do doente/família em situações de urgência, pelo que permite o atendimento das situações urgentes com maior proximidade dos cidadãos. Neste contexto, o enfermeiro do SU tem que proceder à identificação das necessidades do doente e implementar intervenções de forma eficiente, para resolução dos seus problemas de saúde, em tempo útil. Deste modo, o sistema de Triagem de Manchester tornou-se um instrumento precioso para a sua concretização. Pude constatar que o enfermeiro é o profissional com mais capacidades para a realização do processo de triagem, porque no seu desempenho tem em conta as respostas humanas aos problemas de saúde, logo mais vocacionado para os sinais e sintomas, e não para os diagnósticos clínicos. Por outro lado, foi fundamental, fomentar uma visão holística do doente, sensibilidade e capacidade de comunicação que permitiu ao doente/família exprimir os seus pontos de vista, preocupações e expectativas. Na sala de emergência, no acolhimento do doente crítico, realizei a avaliação primária e secundária para a rápida estabilização do doente, procurando sempre obter as informações possíveis por parte de

familiares, bombeiros e técnicos para assim, implementar as respostas de enfermagem apropriadas às complicações com segurança e responsabilidade. A realização da norma e a formação sobre o transporte do doente crítico, permitiram aplicar os conhecimentos aprendidos nas aulas teóricas leccionadas e complementar com estudo e pesquisa bibliográfica.

Na UCIM, os doentes encontram-se em situação de grande instabilidade hemodinâmica, pelo que exigem cuidados técnicos de alta complexidade. Neste sentido, foi fundamental uma pesquisa bibliográfica contínua na área da monitorização invasiva, ventilação mecânica não invasiva, patologias essencialmente do foro médico, entre outros. Por sua vez, a existência de um sistema de registos de enfermagem permitiu-me prestar cuidados de qualidade, apoiados num referencial metodológico e científico.

A infecção hospitalar constitui um problema sério no contexto da qualidade dos cuidados, sendo assim é muito importante que os profissionais de saúde reflectam sobre a prática, e que esta mesma reflexão, os conduza para a mudança de comportamento. Face ao exposto, entrevi activamente na prevenção e controlo da infecção através de campanhas de sensibilização e formação formal que promoveram a mudança de comportamento.

Este estágio representou, com toda a certeza, a possibilidade de reunião de um conjunto de experiências que contribuíram para o amadurecimento da minha personalidade, bem como para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos fundamentais ao exercício profissional de Excelência.

Numa perspectiva futura e considerando o caminho percorrido, vou com toda a convicção intervir com um conhecimento aprofundado no domínio da pessoa em situação crítica na resolução dos seus problemas de saúde, traduzidos nas competências especializadas adquiridas.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. (2008). **ALERTedis Manual de formação-enfermeiro**. Porto. Alert Life Sciences Computing,S.A.

BLANCHARD, K (1986). **Liderança e o Gerente Minuto**.Rio de Janeiro.Editora Record.

BOTELHO, José Rodrigues (1998). Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. **Revista Servir**. Vol. 46, Nº5, Set/Out.P. 262-266.

CARVALHO, José Carlos; SEQUEIRA, Carlos (2005). Ansiedade: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. **Nursing**. P. 13-15.

COMISSÃO CONTROLO DE INFECCÃO, CHVNG (1999). **Medidas de Prevenção e Controlo do MRSA**. Vila Nova de Gaia: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

COMISSÃO CONTROLO DE INFECCÃO, HSJ, (2004). **Manutenção de Cateter Vascular Central** – Procedimento. Porto: Hospital de São João.

CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2006) – **Manual do Curso de Suporte Imediato de vida**. 2ª Ed. Portugal: Conselho Português de Ressuscitação.

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2003). **A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor**. Circular Normativa Nº09/DGCG. Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2007). **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2008). **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Circular Normativa Nº11/DGCS/DPCD. Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2009). **Guia de Implementação da Estratégia Multimodal da Organização Mundial da Saúde para a Melhoria da Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2010-A). **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**. Circular Normativa nº 13/DQS/DSD. Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2010-B). **Recomendações para a Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

EMMERICH, João C.(2002). **Suporte Ventilatório Contemporâneo**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter.

FERNANDES, A. et al. (2000-A). **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. 2º vol, Brasil: Atheneu, P.954.

FERNANDES, A. et al. (2000-B). **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. 2º vol, Brasil: Atheneu, P.955-1721.

FERREIRA, A.B.H. (1999). **Novo Aurélio Século XXI**. 3ª Ed.Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

HAYNES, Jonh; MARODIN, Marilene (1996). **Fundamentos da mediação familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas.

HAUGH, Kathy Henley; KEELING, Arlene (2003). **Intervenção em Pessoas com Doença das Artérias Coronárias e Disrritmias**. In PHIPPS, Wilma, J. SANDS, Judith K.MAREK, Jane. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**.6ª Ed. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.Loures. Vol.II, Cap. 25, P.719-782.

INABA, L. et. al (2005). Paciente Crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. 39(4). P. 423-9.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2003). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)** – Versão Beta 2. Lisboa: Edição Associação Portuguesa de Enfermeiras.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, DGS (2004). **Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário. Algaliação de curta duração**. Lisboa: Ministério da Saúde.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, DGS (2006). **Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares**. Lisboa: Ministério da Saúde.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, DGS (2008). **Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital- Guia Prático**. 2ª Ed. Ministério da Saúde.

LAMPREIA, C; Santos, D (2005). Impacto no sono e conforto do doente. **Nursing**. Janeiro. Lisboa, P.37-40.

LEPROHON, Judith (2002). A qualidade dos cuidados de Enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Nº 5, Janeiro.P. 26.

LESKE, Jane (2002). Interventions to Decrease Family Anxiety. **Critical Care Nurse**. Vol.22 P.61-65.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.(2006). Circular informativa-**Informatização do Sistema de Triagem de Manchester**.Nº1 de 12/01/2006. Available <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/CircularInformativa012006.pdf> [date visited: 2010-10-18].

NUNES, Lucília (2006). **Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem**. II Congresso da OE. http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/Autonomia&Responsabilidade_IICongressoO E.pdf [19/06/2010]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). **Glossário preparado para o European Traininig Curse on Quality Assurance**.

ORDEM ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem (2000). Dos pareceres emitidos pelo Conselho de Enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**.Nº.0, Julho.P24-25.

ORDEM ENFERMEIROS (2001). **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.Enquadramento Conceptual.Enunciados Descritivos**.Conselho de Enfermagem.Lisboa:Ordem dos Enfermeiros. Dezembro. P 1-18

ORDEM ENFERMEIROS (2008). **Dor - Guia Orientador de Boa Prática-** Cadernos OE.Série 1, Nº1.

ORDEM ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE).** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PARSONS, P.E.; HEFFNER, J.E. (2000). **Segredos em Pneumologia:respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos.** Editora Artmed: Porto Alegre.

PEREIRA, Raquel et al (2003). **Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.** Vol.69, Nº.6, P. 766-771
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992003000600007&script=sci_arttext&tlng=es [05/03/2011]

PHIPPS, Wilma et al. (2003). **Enfermagem Médico-Cirúrgica- Conceitos e Prática Clínica.** 6ªEd. Lisboa: Lusodidacta.

PORTUGAL, ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2009) – Lei 111/2009. **Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.** DR: 1ª Série, Nº 180 de 16 de Setembro de 2009. P. 6546 - 6548

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011) – Regulamento Nº. 122/2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** DR: 2ª Série Nº35 de 18 de Fevereiro de 2011.P.8648.

PORTUGAL, PRESIDENTE DA REPÚBLICA (2001) – Decreto – Lei Nº 1/2001 artigo 5º. **Ratificação da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano face às Aplicações da Biologia e da medicina: Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.** DR: I Série A nº 2 de 03/01/2001. P. 27

RENAUD, Michel (1999) – **A dignidade do ser humano como fundamentação ética dos Direitos do Homem.** Brotérica 148.P. 135-154.

SILVA, Rosanna Rita (2006). **Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Salus-Guarapuava – PR. P.39-41 <http://www.unicentro.br/editora/revistas/salus/v1n1/8-p39-41.pdf> [20/12/2010]

URDEN, Linda et al. (2008). **Enfermagem de Cuidados Intensivos- diagnóstico e intervenção**. 5ª Ed.Loures: Lusodidacta. P.59-93.

ANEXOS

ANEXO I – Higienização das Mãos

- **Plano de Formação sobre Higienização das Mãos**
- **Questionário de Avaliação sobre Higienização das Mãos**
- **PowerPoint**

PLANO DE FORMAÇÃO

TEMA – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Formadora – Clara Carvalho

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

Destinatários – Assistentes Operacionais

Local – Serviço de Urgência – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Data – 23/11/2010 e 26/11/2010

Hora – 14h

Duração – 30 mins.

Métodos – Expositivo, descritivo e demonstrativo

Recursos – Computador e apresentação de um filme com a duração de 3mins58s. sobre Contaminação das Mãos.

Objectivos:

- Consciencializar acerca dos riscos e meios de transmissão da infecção;
- Transmitir conhecimentos sobre a importância da Higienização das Mãos;
- Uniformizar procedimentos;
- Executar as 6 etapas da Higienização das Mãos;
- Identificar os 5 momentos;
- Avaliar o procedimento de Higienização das Mãos após demonstração prática com SABA (Solução antisséptica de base alcoólica).

Avaliação da acção de formação – Questionário de avaliação.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

APRECIÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

➤ TEMA

Nada interessante	Pouco interessante	Interessante	Muito interessante

➤ EXPOSIÇÃO

Não satisfaz	Satisfaz	Boa	Muito boa

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Não adequados	Pouco adequados	Adequados	Muito adequados

Em termos globais, como classificaria esta acção de formação?

1	2	3	4
Não satisfaz	Satisfaz	Boa	Muito Boa

Sugestões / Observações:

Obrigada, Clara Carvalho

Higienização das Mãos



Higienização das Mãos

- Evitar a propagação de germes
- Diminuir o número de infecções (IACS)
- Consciencializar dos riscos e meios de transmissão da infecção
- Uniformizar os procedimentos utilizados

PROTEGERMOS OS DOENTES, NÓS E AS NOSSAS
FAMILIAS

Higienização das Mãos

- A cada momento, as infecções associadas aos cuidados de saúde afectam cerca de 1.4 milhões de pessoas no mundo. (DGS,2009:11)



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

- Sabão: detergente. O apropriado para as mãos deve conter emoliente
- Agente antisséptico: substância antimicrobiana que aplicada à pele e mucosas reduz a flora
- Solução antisséptica alcoólica: fórmula antisséptica incolor (mãos) ou com cor (desinfecção cirúrgica) com ou sem emolientes.

COMO DEVEMOS LAVAR AS MÃOS

- Retirar jóias das mãos antes do processo
- Manter as unhas curtas, limpas e sem verniz
- Em ambos os casos é aconselhável também lavar os punhos

DGS(2010:9)



COMO DEVEMOS LAVAR AS MÃOS

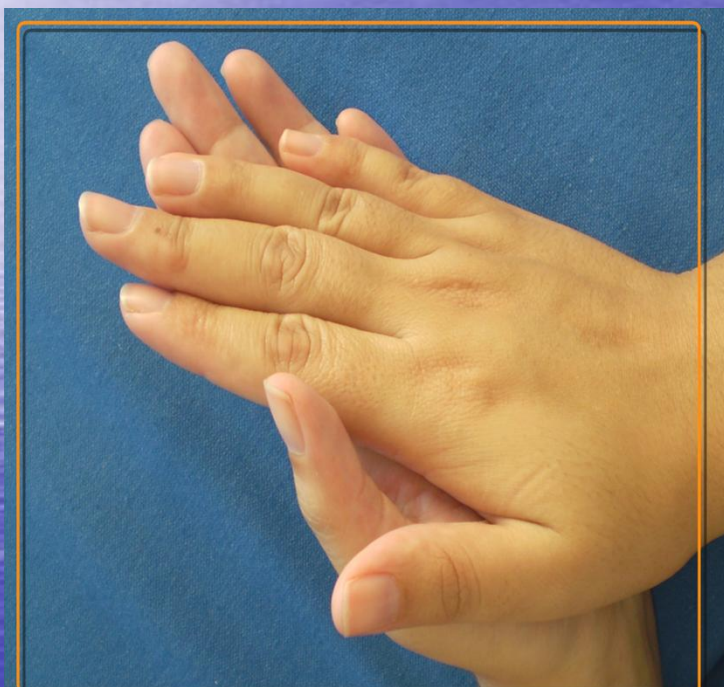
- Colocar quantidade suficiente de sabão ou solução alcoólica, 3 ml. pelo menos (aproximadamente a palma da mão cheia)

Repetir o procedimento **três vezes**, para a **desinfecção ser completa**.DGS(2010:9)

- Evitar a re-contaminação; se forem contaminadas repetir o processo desde o início

COMO DEVEMOS LAVAR AS MÃOS – TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO

- **COLOCAR SABA EM QUANTIDADE SUFICIENTE**



**ESFREGAR PALMA COM
PALMA**



**ESFREGAR OS DORSOS DAS
MÃOS COM AS PALMAS
DAS MÃOS**

COMO DEVEMOS LAVAR AS MÃOS – TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO



**ENTRELAÇAR DEDOS E
ESFREGAR ZONA
INTERDIGITAL**

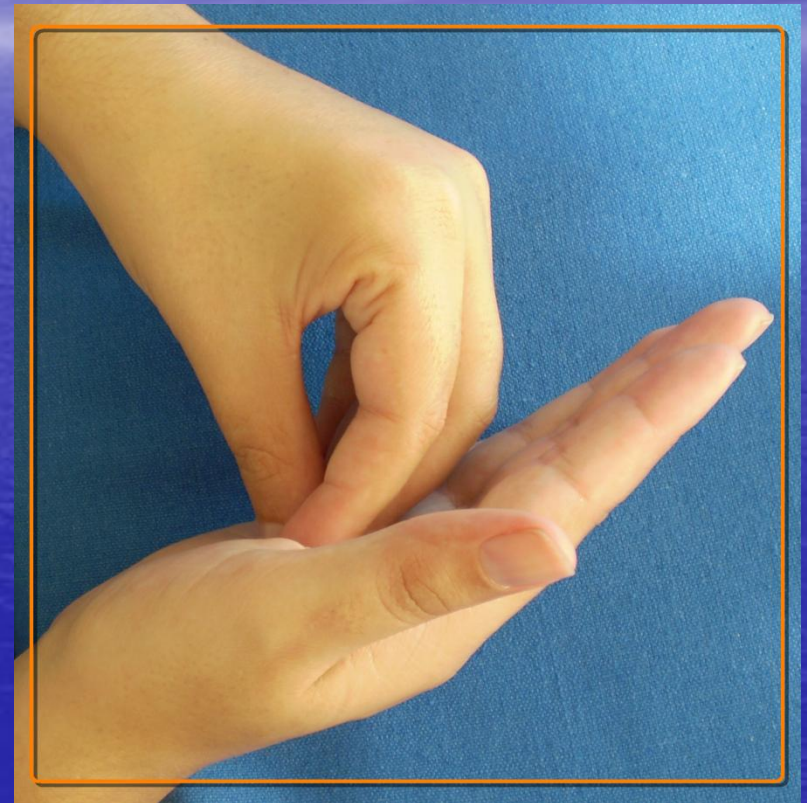


**ESFREGAR OS DORSOS DOS
DEDOS COM AS PALMAS DAS
MÃOS**

COMO DEVEMOS LAVAR AS MÃOS – TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO



**ESFREGAR POLEGAR E O SEU
ESPAÇO INTERDIGITAL
RODANDO A MÃO**



**FRICCIONAR AS PONTAS DOS
DEDOS CONTRA AS PALMAS
DAS MÃOS PARA LIMPAR AS
UNHAS**

HIGIENE DAS MÃOS

- Durante a prestação de cuidados, existem 5 momentos em que é essencial proceder à higiene das mãos.
- Deve ser efectuada no local onde se encontra a prestar os cuidados.

HIGIENE DAS MÃOS

- Para a higiene das mãos deve preferir a fricção com SABA(Solução antisséptica de base alcoólica), porque:

É mais acessível no local de prestação de cuidados;

É mais eficaz e mais eficiente;

É melhor tolerada.



HIGIENE DAS MÃOS

- Deve lavar as suas mãos com água e sabão, apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica.(DGS,2009:89)

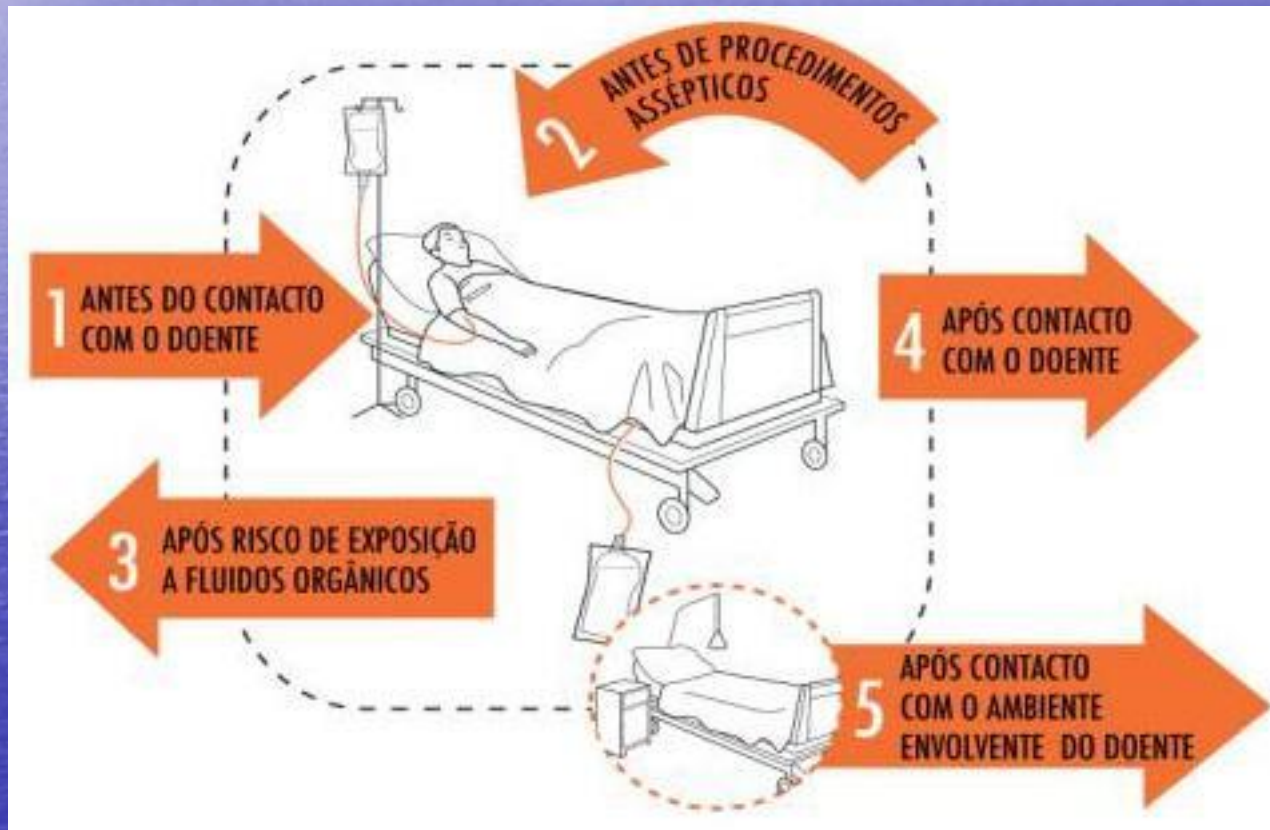


HIGIENE DAS MÃOS

- Deve seguir a técnica adequada e respeitar a duração indicada.
- Lavagem – 40 a 60 segundos
- Fricção com SABA – 20 a 30 segundos



Os 5 Momentos para a higiene das mãos



USO DE LUVAS

- O uso de luvas não substitui a necessidade de higienizar as mãos por fricção antisséptica ou lavagem;
- Após o uso e entre a troca de luvas, higienizar sempre as mãos;
- O seu uso inadequado torna-se um risco acrescido de transmissão de microorganismos.

CUIDAR AS MÃOS

- A utilização crónica de produtos de higiene e limpeza é uma agressão contínua
- Dermatite alérgica
- A pele danificada aumenta a flora microbiana das mãos
- Devemos cuidar a pele com cremes dermoprotectores ou hidratantes

BIBLIOGRAFIA

- DGS(2009)- **Guia de Implementação da Estratégia Multimodal da Organização Mundial da Saúde para a Melhoria da Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.** Ministério da Saúde.
- DGS(14/06/2010)- **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.** Circular Normativa nº 13/DQS/DSD. Ministério da Saúde.
- DGS(2010)-**Recomendações para a Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde.** Ministério da Saúde. P. 1-11.

ANEXO II- Custos/Benefícios de Kits de Uso Único



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

**3º CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO
CIRÚRGICA**

CUSTOS/BENEFÍCIOS DE KITS DE USO ÚNICO

**Alunas: Clara Carvalho
Elsa Azevedo**

Orientador: Professora Irene Oliveira

Porto, Outubro de 2010

ABREVIATURAS

- ❖ Ed. – edição
- ❖ N° – número
- ❖ P. – Página
- ❖ Vol. – Volume

SIGLAS

- ❖ BO – Bloco Operatório
- ❖ EEMC – Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica
- ❖ HNSCV – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo
- ❖ IGIF -Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
- ❖ OE – Ordem dos Enfermeiros
- ❖ OMS – Organização Mundial de Saúde
- ❖ SU – Serviço de Urgência

INDÍCE

O-INTRODUÇÃO.....	4
I-SITUAÇÃO PROBLEMA DETECTADO/ABORDAGEM CONCEPTUAL.....	6
2-PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DE SITUAÇÃO PROBLEMA.....	8
2.1-TABELA 1 – MATERIAL CIRÚRGICO.....	8
2.2-TABELA 2 – KIT DE ALGALIAÇÃO RECUPERÁVEIS.....	9
2.3-TABELA 3 – KIT DE PENSO SIMPLES RECUPERÁVEL.....	9
3-CONCLUSÃO.....	11
4-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12
ANEXOS.....	13
ANEXO I – QUANTIDADE DE PENSOS/ALGALIAÇÕES EFECTUADAS	
ANEXO II – INFORMAÇÃO DAS EMPRESAS SOBRE OS KITS DESCARTÁVEIS	

0- INTRODUÇÃO

A evolução do mundo coloca grandes desafios às organizações de saúde e procura permanentemente a excelência no exercício profissional.

Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que permitam um exercício profissional de qualidade. Neste âmbito, as instituições devem desenvolver esforços para proporcionar condições de desenvolvimento profissional dos enfermeiros em prol da qualidade.

As instituições devem colocar o cliente em primeiro lugar, melhorar continuamente usando eficazmente os recursos e procurar resultados a curto prazo.

Deste modo, é indispensável, que os enfermeiros tenham consciência que a escassez de recursos é um facto cada vez mais evidente e que nas tomadas de decisão tenham em conta a avaliação de custos, no sentido de obter ganhos de eficiência sem por em causa a qualidade dos serviços prestados.

Segundo a OE, uma das competências comuns do enfermeiro especialista é a gestão da qualidade (2009:13).”*Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.*”

Uma das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (2009:43)” *é a intervenção na prevenção e controlo da infecção... face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.*”

No decorrer do estágio no serviço de urgência verificamos que na sala de pequena cirurgia são usados kits de pequena cirurgia e kits de algaliação. Constatamos que são usados com muita frequência e que o material é lavado manualmente no serviço e esterilizado posteriormente na Central de Esterilização do hospital.

O material é manipulado por várias pessoas, aumentando o risco de contaminação. Por outro lado, muitas vezes os kits não estão completos por perda ou extravio de material metálico (pinças ou tesouras).

Tendo em conta o referido anteriormente, propusemos ao Enfermeiro Tutor, desenvolvimento de um trabalho sobre os custos/benefícios da utilização de kits de uso único e a sua substituição pelos kits preparados na Central de Esterilização.

Como refere Mezomo, (2001:201): “ *O hospital já não pode continuar produzindo serviços caros e pobres em qualidade. Ele pode e deve melhorar a relação*

custo – benefício de seus serviços e deve produzir serviços de melhor qualidade.”

Com a realização deste trabalho pretendemos atingir os seguintes objectivos:

☞ Adquirir competências de enfermeiro especialista na área da gestão da qualidade e gestão de cuidados;

☞ Contribuir para a qualidade dos serviços prestados pela equipa multidisciplinar à população;

☞ Contribuir para a gestão de recursos financeiros e recursos humanos do hospital;

☞ Contribuir de forma eficaz para a prevenção e controlo da infecção.

Este documento será elaborado utilizando uma metodologia descritiva/reflexiva com apoio a pesquisa bibliográfica.

1- SITUAÇÃO PROBLEMA DETECTADO/ ABORDAGEM CONCEPTUAL

O modelo de gestão hospitalar foi evoluindo de forma dinâmica e contínua e para se manterem competitivas as empresas devem “... *mudar os seus modelos de gestão para atender aos desafios que vivenciam em seu desenvolvimento*” (Pereira Santos, 2001, citado por Pereira, 2005:63).

O hospital como uma empresa prestadora de serviços tem na actividade de material um papel de primordial importância. Uma correcta gestão de materiais inclui a determinação de objectivos, conhecer os meios disponíveis e controlar a gestão realizada.

Para a qualidade dos cuidados de saúde as instituições devem sempre melhorar tanto na estrutura, nos processos e nos resultados. Deste modo, é preciso garantir eficácia, eficiência e equidade dos serviços prestados.

Segundo a OMS (1986), a componente dos cuidados de saúde de qualidade engloba elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e obtenção de ganhos em saúde.

A melhoria contínua da qualidade do exercício só é conseguida através da actualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de Enfermagem. (Leprohon, 2002: 26).

Para alguns autores, citados por Botelho (1998), um dos indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem é a ausência de infecção e outras complicações que possam resultar dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Sendo assim, o enfermeiro deve centrar a prestação de cuidados usando os recursos disponíveis e as metodologias que visem a melhoria da qualidade.

A higienização e desinfecção do material deve obedecer a regras de garantia e segurança e adequada manipulação de equipamentos e materiais. No SU do HNSCV todo o material crítico é lavado manualmente para remoção de resíduos biológicos e posteriormente mergulhados numa tina com desinfectante químico.

Hoje em dia, a lavagem manual não deve ser utilizada pelos riscos que comporta, pois é efectuada com recurso a utensílios (escovas, escovilhões, toalhetes,

esponjas...) que não são seguros para quem os utiliza. Pela exposição a sangue e outros produtos orgânicos bem como pelo risco de salpicos que pode contaminar directamente o profissional que o manipula ou indirectamente através da contaminação das estruturas (torneiras, lavatórios, balcões de trabalho...).

Por outro lado a desinfeção manual não garante eficácia na remoção de matéria orgânica uma vez que o material deve ser lavado a uma temperatura de água 50-60°C.

Segundo Fernandes (2000: 1044) a limpeza manual “ *É aquela usada com auxílio de escova e detergente enzimático ou desengrudente. A limpeza manual deve ser evitada quando possível, pois aumenta o contacto directo do profissional com superfícies contaminadas e envolve um cuidado maior com materiais perfuro-cortantes.*”

Podemos concluir que a lavagem manual está contra-indicada, não promovendo a qualidade e segurança dos cuidados.

2- PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DE SITUAÇÃO PROBLEMA

Com base no que vem referido anteriormente propusemos ao Enfermeiro Tutor a elaboração de uma proposta de avaliação de custos/benefícios de kits de uso único.

Para verificar as necessidades do serviço de urgência, consultamos a base de dados do sistema informático (SONHO), para verificar a quantidade de pensos/algaliações efectuadas. (anexo 1)

Após análise dos dados relativos ao ano de 2009 podemos verificar que foi utilizado material cirúrgico para tratamentos diversos, como podemos observar pela tabela seguinte:

Tabela 1 – Material Cirúrgico

PROCEDIMENTOS	TOTAL
Algaliação	158
Extracção de grafos, incluindo penso simples	1
Extracção de pontos, incluindo penso simples	5
Penso lesão aberta – sem infecção	72
Penso simples	2890
Remoção de corpo estranho	229
Sutura – até 6 pontos	1795
Sutura – cada 6 pontos adicionais	174
Tratamento cirúrgico de unhas encravadas	9

Por outro lado comparamos preços e produtos de duas empresas que comercializam kits de uso único segundo a lista do IGIF para obter informação adequada sobre os kits pretendidos. A informação fornecida inclui descrição detalhada dos produtos e respectivo preço. (anexo 2) Pudemos constatar que os kits da firma Bastos e Viegas em comparação com os kits da Hartmann são mais caros.

Nas tabelas que se seguem pudemos verificar a lista de material e respectivos custos dos kits recuperáveis mais usados no SU.

Tabela 2 – Kit de Algaliação Recuperável

MATERIAL	CUSTO UNITÁRIO (em Euros)	CUSTO TOTAL
2 Campos 30x30 cm	0.20	0.40
1 Gel lubrificante e anestésico	2.89	2.89
1 Par luvas	0.18	0.18
5 Compressas 5x5 cm	0.01	0.05
5 Compressas 7.5x7.5 cm	0.01	0.05
1 Seringa 20 ml	0.06	0.06
1 Ampola água bidestilada	0.28	0.28
TOTAL DO KIT		4.01

Tabela 3 – Kit de Penso Simples Recuperável

MATERIAL	CUSTO UNITÁRIO	CUSTO TOTAL
2 Campos 30x30 cm	0.20	0.40
10 Compressas 7.5x7.5	0.01	0.10
Manga de 25 cm de largura	19.46	0.01
Manga de 15 cm de largura	19.38	0.01
TOTAL DO KIT		0.52

Procedemos à comparação de custos entre os kits reutilizáveis e os kits descartáveis e facilmente chegamos à conclusão que se torna mais rentável a utilização dos kits descartáveis. O kit de uso único de algaliação obtém-se pelo preço de 1.92 e o kit de penso simples por 0.48. Os custos dos kits recuperáveis não contemplam os gastos em água, electricidade, material de teste do autoclave, material de lavagem,

recursos humanos, entre outros de difícil contabilização.

Na fase seguinte esta proposta seguirá para o Conselho de Administração para avaliação e decisão da substituição dos Kits.

3-CONCLUSÃO

A gestão em Enfermagem direcciona-se para os cuidados de Enfermagem, os recursos humanos, os recursos de materiais e a informação.

A gestão de recursos de materiais tem em vista a previsão, provisão, organização e controlo. Recursos materiais são “ *recursos necessários para as operações básicas da empresa, seja prestar serviços especializados, seja produzir bens ou produtos. Os recursos materiais constituem o próprio espaço físico, os prédios, edifícios e terrenos próprio processo produtivo, a tecnologia que o orienta, os métodos e processos de trabalho voltados para a produção dos bens e dos serviços produzidos pela empresa.*” (Chiavenato, 1994:65, citado por Frederico, 1999:89).

Ao realizarmos este trabalho pudemos constatar que os Kits descartáveis são mais vantajosos em termos de qualidade dos cuidados prestados, qualidade de gestão de recursos de materiais, financeiros e humanos.

Segundo Fernandes (2000:1042), “ *É fundamental que cada hospital tenha à disposição dos funcionários equipamentos de protecção individual (EPI), além de outras que proporcionem um trabalho seguro, diminuindo os riscos biológicos e ambientais.*”

Com a realização deste trabalho esperamos alcançar os objectivos inicialmente propostos.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHANES, Marcelo; GALVÃO C.R; Pereira, L.L. (2005) – **Administração Hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Edições Loyola.

FREDERICO, Manuela; Leitão, M.Anjos. (1999) – **Princípios de Administração para Enfermeiros**. 1ª ed.Coimbra: Formasu- Formação e Saúde Lda.

LEPROHON, Judith – **Revista da Ordem dos Enfermeiros**, nº 5, Janeiro 2002, p. 26.

MEZOMO, João Catarin (2001) – **Gestão da qualidade na Saúde: princípios básicos**. 1º ed.Barueri-SP- Brasil.Editora Manole Ltda.

ORDEM ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**

FERNANDES, António Tadeu Fernandes, Maria Olívia Vaz; Filho, Nelson Ribeiro (2000) – **Infecção Hospitalar e suas interfaces na Área da Saúde**. São Paulo:Atheneu.

ANEXOS

ANEXO I –
Quantidade de Pensos/Algaliações efectuadas

Elaborado em 03/11/10 as 12:12

Pag. 3/4

**MEIOS COMPLEMENTARES DIAGNOSTICO
CONTAGEM DE EXAMES PELA URGENCIA**

Periodo de 01/01/2009 a 31/12/2009

IMAGIOLOGIA**EXAMES RADIOLOGICOS S/ CONTRASTE**

M10855 Tornozelo, Duas Incidencias		1181	1181
	Total Grupo	20937	20937
	Total Grande Grupo	20937	20937

MEDICINA FISICA E REABILITACAO

	Quant.	C.Est.
TRATAMENTOS		
Z99100 Administracao De Soros (Inclui Vigilancia)	6415	6415
Z99220 Avaliacao De Sinais Vitais (Temperatura, Pulso, Tensao Arterial) (B)	58801	58801
Z99230 Avaliacao De Tensao Arterial	9610	9610
B79271 Braco E Antebraco	42	42
Z99240 Determinacao Glicemia Capilar	2829	2829
Z79420 Drenagem De Abscessos E Hematomas	200	200
→ Z99170 Extracao De Grafes, Incluindo Penso Simples	1	1
→ Z99160 Extracao De Pontos, Incluindo Penso Simples	5	5
B79260 Imobilizacao Com Cruzado Posterior	4	4
B79240 Imobilizacao Com Ligadura Elastica	997	997
B79270 Imobilizacao Com Velpeau/Gerdy	7	7
B79245 Imobilizacao Robert-Jones	5	5
Z99090 Injecao Por Via Iv (A)	27360	27360
Z99070 Injecao Por Via Subcutanea (A)	5	5
Z99080 Injecoes Por Via Im (A)	14398	14398
Q82500 Intervencao Social	7	7
Z99030 Oxigenoterapia	781	781
→ Z99140 Penso Lesao Aberta (Perda Epiderme) Sem Infecao	72	72
→ Z99150 Penso Simples	2890	2890
B79140 Perna E Pe	109	109
I81987 Remocao De Corpo Estranho	229	229
B79200 Remocao De Imobilizacoes Gessadas	7	7
→ Z99180 Sutura (Ate Seis Pontos)	1795	1795
→ Z99190 Sutura (Cada Seis Pontos Adicionais)	174	174
Z99250 Teste Rapido De Cetonuria E Glicosuria	1982	1982
→ B79620 Tratamento Cirurgico De Unhas Encravadas	9	9
	Total Grupo	128734
	Total Grande Grupo	128734

Elaborado em 03/11/10 as 12:12

Pag. 4/4

**MEIOS COMPLEMENTARES DIAGNOSTICO
CONTAGEM DE EXAMES PELA URGENCIA**

Periodo de 01/01/2009 a 31/12/2009

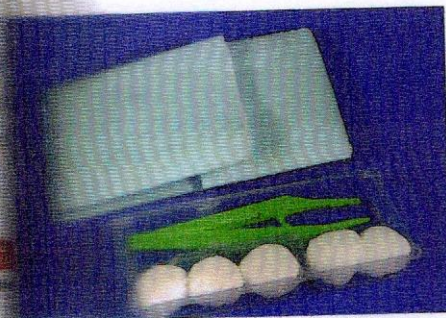
OUTROS EXAMES/TRATAMENTOS

	Quant.	C.Est.
CARDIOLOGIA		
C40301 Ecg Simples De 12 Derivacoes Com Interpretacao E Relatorio	118	118
Total Grupo	118	118
GASTRENTEROLOGIA		
Z99320 Colocacao De Sonda Nasogastrica	84	84
Total Grupo	84	84
OFTALMOLOGIA		
O70607 Extracao De Corpo Estranho Ocular	32	32
Total Grupo	32	32
OTORRINOLARINGOLOGIA		
H00590 Tamponamento Nasal Anterior	70	70
H00591 Tamponamento Nasal Posterir	5	5
Total Grupo	75	75
OUTROS EXAMES/TRATAMENTOS		
Z00466 Imobilizacao Com Ligadura	1	1
Total Grupo	1	1
PNEUMOLOGIA		
I80280 Saturacao Arterial Em O2, Metodos Nao Invasivos (Oximetro De Pulso/Outros)	12528	12528
Total Grupo	12528	12528
UROLOGIA		
J90273 Algaliacao	158	158
Z99340 Colheita Urina Asseptica Em Saco Colector	452	452
Total Grupo	610	610
Total Grande Grupo	13448	13448
TOTAL FINAL	163195	163195

**ANEXO 2 –
Informação das empresas sobre os Kits Descartáveis**

penso

50 x 5
x 9,5 x 2
7,5
7,5 x 7
50 mm



Set de penso

490

- 1 Campo envolvente 40 x 40 cm
- 1 Tabuleiro 15 x 7,5 x 1,7 cm
- 5 Bolas em não tecido ø 30 mm aprox
- 1 Pinça verde

Cód.	Descri.	Empac.	Preço
490-009	Set de penso	Cx. c/ 60 sets	€ 34,50

I.V.A. 20% incluído

Preço unitário = 0,58

2 SETS/KITS
2.2

Kit/Set de cateterização

destinado para um procedimento de cateterização mais simples e correcto. O seu principal objectivo é a redução da incidência de infecções inerentes à inserção asséptica do catéter, permitindo uma inserção asséptica do catéter. Os componentes são de uso único, esterilizados e colocados de forma sequencial para evitar a contaminação cruzada de outros pacientes, pessoal do hospital ou de

Kit de cateterização vesical

4901

Este kit contém todos os componentes de suporte ao procedimento, embalados e esterilizados. Inclui uma seringa com água destilada + 10% de glicerina e uma embalagem de gel. A seringa pré-cheia com água e glicerina está indicada para o enchimento do balão, permitindo o endurecimento das paredes do balão e facilitando a operação de desinflatão, o que permite a lubrificação durante a inserção do catéter. O kit vem numa caixa cartão com 12 sets esterilizados e com uma caixa com 12 seringas pré-cheias com água destilada e 10% de glicerina e 12 unidades de gel lubrificante.



- 1 Campo envolvente 50 x 70 cm
- 1 Tabuleiro reniforme
- 4 Bolas de gaze ø 50 mm aprox.
- 1 Pinça verde
- 2 Luvas latex Tamanho médio
- 1 Copo graduado 250 ml
- 1 Saco para lixo

Cód.	Empac.	Preço
4901-052	Cx. c/ 12 sets + 12 seringas + 12 geles	€ 61,00

I.V.A. 20% incluído

Preço unitário = 5,08 €





HARTMANN
Portugal

PROPOSTA PARA

Hospital de São João, E.P.E. - Hospital Nossa Sra. Conceição Valongo

A/C Enf. Clara

Pedido de Preços

POSIÇÃO:	1	DESCRIÇÃO		
Cód.Hartmann:	475284		Preço Unitário:	0,4750 €
		Mediset Penso N° 24	IVA:	20%
Embalagem:	1 Kit			
POSIÇÃO:	2	DESCRIÇÃO		
Cód.Hartmann:	470222		Preço Unitário:	1,9200 €
		Mediset Cat.Vesical/Algalição N° 5594	IVA:	20%
Embalagem:	1 Kit			

NOTAS ADICIONAIS

Mínimo de Encomenda: 1 Embalagem

Origem dos Produtos: Alemanha

Distribuidor: Paul Hartmann, Lda

Prazo de Entrega: 3 Dias

Condições de Pagamento: a 15 Dias: 4% Desconto, a 30 Dias: 2% Desconto, a 45 Dias: 1% Desconto.

Validade da Proposta: 66 Dias

22 de Outubro de 2010





FICHA TÉCNICA DE PRODUTO

Kit de cateterização vesical

Mediset®

Ref : 5594

Código: 470845

Produto:

Mediset® kit de cateterização vesical é um conjunto de dispositivos destinados à realização de uma algaliação.

Indicações

Set de tratamentos descartável recomendado para o procedimento de cateterização vesical.

Especificação

Composição :

Embalagem com:

- 1 campo impermeável 60x60cm
- 1 gel lubrificante
- 1 par de luvas n°7 c/embalagem protectora
- 1 campo impermeável com orifício 75x90cm
- 4 tampões de tecido não tecido
- 1 seringa de 20ml-3pc
- 1 ampola de água estéril
- 1 pinça anatómica azul

Especificações do material:

- Pinça anatómica: polipropileno reforçado com fibra de vidro - cor azul - 13 cm
- Campo impermeável: tecido não tecido duplo (celulose e polietileno) – 50 g/m² – 60 x 60 cm – cor azul.

Apresentação / Dados logísticos

Número de embalagens por caixa : 45

Número de caixas por palete: 1215



FICHA TÉCNICA DE PRODUTO

Set de Tratamento de feridas

Mediset® Tratamento de feridas N° 24

Ref : 475284/1

Produto:

Set de cuidados destinado à preparação do tratamento de feridas.
A embalagem contém uma etiqueta recolável que pode ser agregada a ficha do doente permitindo rastreabilidade através do código de barras.
Mediset® Set de tratamento de feridas N° 24 um dispositivo médico de classe I estéril (TÜV - 0123).

Indicações

Set de cuidados para preparação da pele antes do tratamento de feridas.

Especificação

1 campo impermeável 45x38cm
5 tampões em falso tecido
1 pinça anatómica verde
1 pinça anatómica azul
5 compressas de falso tecido 7,5x7,5cm

Apresentação / acondicionamento

Embalagem flexível:
- Filme PA / PE 110 µ m de espessura
- Papel 60 g/m²

Indicação da composição do set, número de lote, data de produção e instruções de abertura. Inclui instruções de utilização.

Etiqueta de rastreabilidade representa a referência do artigo, número de lote, data de produção, logo Hartmann, código de barras EAN 128, código EAN 13 de artigo e número de lote.

Esterilização

Esterilização com Óxido de Etileno.
Prazo de validade : 3 anos.

Este documento é propriedade da PAUL HARTMANN LDA. Não é permitida a transmissão a terceiros ou cópias não autorizadas.

**ANEXO III – Indicações para Aplicação de Procedimentos
de Isolamento de Contenção**

■ ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO - TRANSMISSÃO POR CONTACTO: Cor Vermelha

- MRSA
- Acinetobacter
- Pseudomonas aeruginosa MR
- VRE (Enterococcus Resistente à Vancomicina)

■ ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO - TRANSMISSÃO POR GOTÍCULA: Cor Amarela

- Adenovírus + precauções contacto
- Bordetella tussis
- Haemophilus influenza
- Mycoplasma pneumoniae
- Neisseria meningitides
- Parvovírus B19
- Rubéola
- Streptococcus A

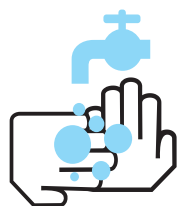
■ ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO - TRANSMISSÃO AÉREA: Cor Verde

- Tuberculose pulmonar ou laríngea (suspeita ou diagnosticada)
- Varicela + precauções contacto
- Zooster disseminado + precauções contacto
- Sarampo

ANEXO IV – Pósters Individuais de Isolamento

ÁREA RESTRITA

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:



LAVAR AS MÃOS



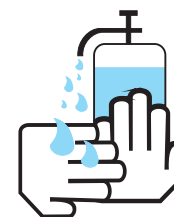
COLOCAR TOUCA



COLOCAR MÁSCARA



COLOCAR BATA



DESINFECTAR AS MÃOS

AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



RETIRAR BATA

+



RETIRAR MÁSCARA

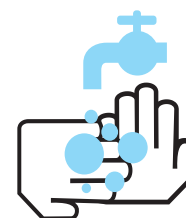
+



RETIRAR TOUCA



CONTENTOR



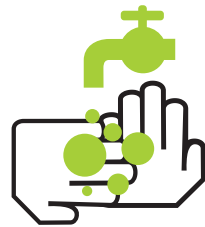
LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR AS MÃOS

ÁREA RESTRITA

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR RESPIRADOR



DESINFECTAR AS MÃOS

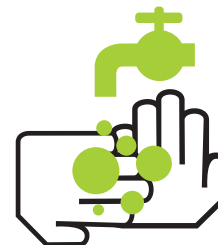
AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



RETIRAR RESPIRADOR



CONTENTOR



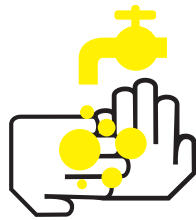
LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR AS MÃOS

ÁREA RESTRITA

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:



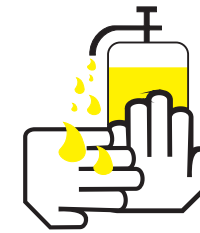
LAVAR AS MÃOS



COLOCAR MÁSCARA



COLOCAR BATA



DESINFECTAR
AS MÃOS

AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



RETIRAR BATA

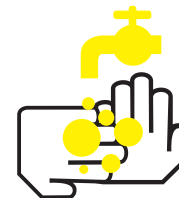
+



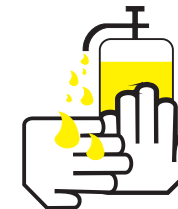
RETIRAR MÁSCARA



CONTENTOR



LAVAR AS MÃOS



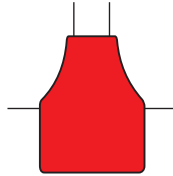
DESINFECTAR
AS MÃOS

ÁREA RESTRITA

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:



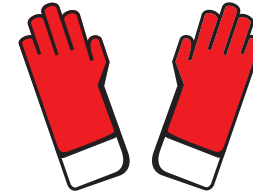
LAVAR AS MÃOS



COLOCAR AVENTAL DE PLÁSTICO

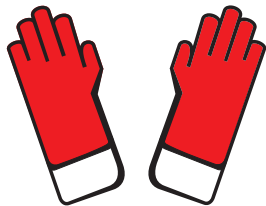


DESINFECTAR AS MÃOS

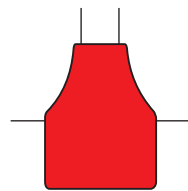


COLOCAR LUVAS

AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



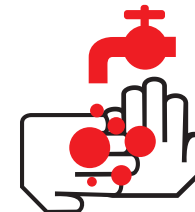
RETIRAR LUVAS



RETIRAR AVENTAL DE PLÁSTICO



CONTENTOR



LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR AS MÃOS

ANEXO V – Régua de Bolso

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:

TRANSMISSÃO
POR
CONTACTO



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR AVENTAL
DE PLÁSTICO



DESINFECTAR
AS MÃOS



COLOCAR LUVAS

TRANSMISSÃO
POR
GOTÍCULA



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR MÁSCARA



COLOCAR BATA



DESINFECTAR
AS MÃOS

TRANSMISSÃO
POR
VIA AÉREA



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR RESPIRADOR



DESINFECTAR
AS MÃOS

ISOLAMENTO
DE
PROTECÇÃO



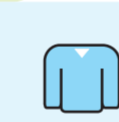
LAVAR AS MÃOS



COLOCAR TOUCA



COLOCAR MÁSCARA



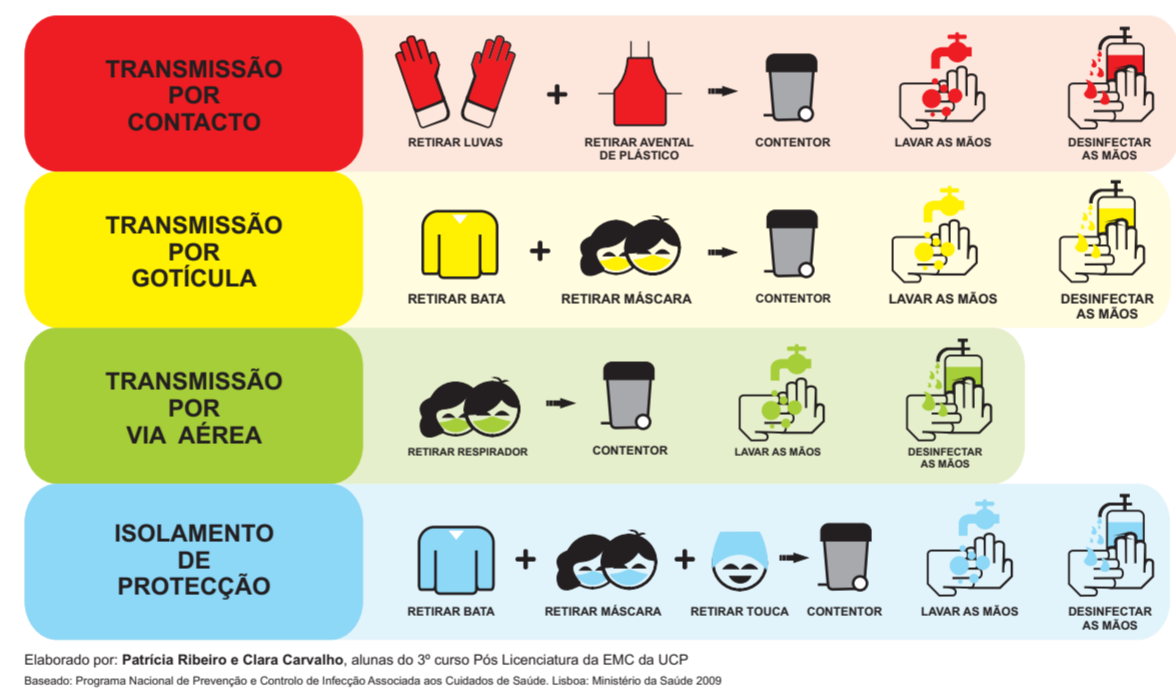
COLOCAR BATA



DESINFECTAR
AS MÃOS

Elaborado por: Patrícia Ribeiro e Clara Carvalho, alunas do 3º curso Pós Licenciatura da EMC da UCP
Baseado: Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde 2009

AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



Elaborado por: Patrícia Ribeiro e Clara Carvalho, alunas do 3º curso Pós Licenciatura da EMC da UCP
Baseado: Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde 2009

ANEXO VI -Norma do Transporte do Doente Crítico

 Ministério da Saúde			IDENTIFICAÇÃO 0	
	PROCESSO	<i>Revisão</i>		<i>Pág.</i>
	Norma	Nº		1/12
	Transporte do Doente Crítico	Mês/Ano		

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

SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
8. ANEXOS

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 Ministério da Saúde			IDENTIFICAÇÃO 0
PROCESSO	<i>Revisão</i>		<i>Pág.</i>
Norma	Nº		2/12
Transporte do Doente Crítico	Mês/Ano		

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

1. OBJECTIVO

Elaborar um documento com vista à implementação de procedimentos de boas práticas para o transporte de doentes críticos intra e inter hospitalar, no sentido de promover a segurança do doente e dos profissionais.

2. APLICAÇÃO

Esta norma aplica-se às equipas de Enfermagem e Médica do SU do HNSCV.

3. REFERÊNCIAS

AJCC AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, January 2009, Volume 18, N. 1

Silva SC (2003). Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orlovsky C. Nursing news. Critical care patients at risk for medical errors. c2005. [citado 2009 Maio]

Chaboyer W, Thalib L, Foster M, Ball C, Richards B. Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. Am J Crit Care. 2008;17(3): 255-63; quis 264.

ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) -Transporte de Doentes Críticos Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 Ministério da Saúde			IDENTIFICAÇÃO 0
PROCESSO		<i>Revisão</i>	
Norma		Nº	<i>Pág.</i>
Transporte do Doente Crítico		Mês/Ano	3/12

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

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

4.1. Definições

4.1.1. Doente Crítico – Doente em que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

4.1.2. Transporte secundário – Transporte **realizado entre duas unidades de saúde ou entre departamentos dentro da própria unidade de saúde.**

4.1.3. Transporte inter hospitalar – Transporte do doente entre duas unidades de saúde.

4.2. Abreviaturas

4.2.1. HNSCV – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

4.2.2. SU – Serviço de Urgência

4.2.3. ABCDE – A (Via aérea), B (Ventilação), C (circulação), D (avaliação neurológica), E (exposição).

5. REQUISITOS

O transporte do doente crítico deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efectivos.

O transporte deverá ser considerado em função da necessidade de transferir um doente por:

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 Ministério da Saúde			IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	<i>Revisão</i>	
	Norma	Nº	<i>Pág.</i>
	Transporte do Doente Crítico	Mês/Ano	4/12

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

- falta da valência médico cirúrgica;
- necessidade de recursos técnicos indispensáveis à continuidade dos cuidados;
- avaliação diagnóstica e terapêutica diferenciada;
- gravidade clínica do doente.

Os doentes incorrem em riscos aumentados de morbilidade e mortalidade durante o transporte. Estes riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado:

- Seleccionada uma equipa adequadamente preparada
- Meios de transporte adequados
- Existem disponíveis os meios de monitorização e eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte a utilizar.
- O nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem tem de ser sempre considerada e é obrigatória.
- Distância, pelo que em primeira instância o transporte é efectuado para a unidade próxima e não a mais apropriada.

O doente crítico deve ser transportado por uma equipa qualificada, diferenciada, experiente, com conhecimento do equipamento e treinado para trabalhar em equipa. As fases para o transporte do doente crítico são: Decisão, Planeamento e Decisão. Em nenhuma fase do transporte a segurança do doente e dos profissionais que o acompanham pode ser descurada.

5.1.- Equipamento

- ✓ Monitor de transporte com alarmes e desfibrilhador;
- ✓ Fonte de O2 (capacidade previsível e reserva de 30 minutos);
- ✓ Ventilador portátil;
- ✓ Bombas e seringas perfusoras (se necessário);
- ✓ Equipamento de comunicação (contacto entre hospital de origem e de destino);

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 Ministério da Saúde			IDENTIFICAÇÃO 0
	PROCESSO	<i>Revisão</i>	
	Norma	Nº	<i>Pág.</i>
	Transporte do Doente Crítico	Mês/Ano	5/12

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

- ✓ Mala de transporte equipada com medicação de emergência e outra que possa ser necessária para o transporte, material de entubação endotraqueal e insuflador manual (com reservatório de O₂).

6. RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade da equipa médica proporcionar todas as condições inerentes a um transporte adequado e zelar pela gestão do ambiente físico e condições de segurança para que o doente beneficie de um acompanhamento adequado à situação clínica.

A equipa que efectua o transporte deve estar preparada a implementar todos os procedimentos para que o doente chegue ao seu destino em condições no mínimo iguais às que apresentava antes do início do transporte.

6.1 Decisão

A decisão do transporte do doente crítico é da responsabilidade médica, não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do director do serviço.

6.2 Planeamento

O planeamento é da responsabilidade da equipa médica e de enfermagem.

6.3 Efectivação

A efectivação é da responsabilidade da equipa de transporte.

7- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1.- Decisão

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 Ministério da Saúde			IDENTIFICAÇÃO 0	
	PROCESSO	<i>Revisão</i>		<i>Pág.</i>
	Norma	Nº		6/12
	Transporte do Doente Crítico	Mês/Ano		

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

7.1.1- Identificação e Estabilização do doente crítico, segundo a metodologia ABCDE no sentido de:

- Identificação e resolução de problemas que ameaçam directamente a vida;
- Estratificação de problemas;
- Orientar a colaboração de especialidades e exames;
- Identificar o doente crítico.

7.1.2.- Identificar limitações/capacidades da Unidade de Saúde (recursos humanos e materiais).

7.1.3.- Ponderar riscos/benefícios da Transferência, este última tem de ser superior.

7.1.4.- Consentimento informado.

7.1.5.- Preencher documentos para avaliação de transporte secundário (Anexo 1)

7.2.- Planeamento

7.2.1.- Determinação do Hospital Receptor.

7.2.2.- Coordenação e Comunicação Pré Transporte.

7.2.3.- Escolha do meio de transporte, equipamento e monitorização.

Preenchimento de documento (realizado pelo médico) para avaliação do risco de transporte inter hospitalar (ANEXO 1- Avaliação para o Transporte Secundário)

7.2.4.- Comunicação pré transporte.

Informar o hospital receptor que se vai iniciar o transporte e informar hora prevista de chegada.

7.3 – Efectivação

7.3.1- Reavaliação do estado clínico para transporte imediato

7.3.2- Fixação da maca de transporte

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 Ministério da Saúde			IDENTIFICAÇÃO 0	
	PROCESSO	<i>Revisão</i>		<i>Pág.</i>
	Norma	Nº		7/12
	Transporte do Doente Crítico	Mês/Ano		

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

7.3.3- Avaliação do doente segundo a metodologia ABCDE

7.3.4- Início do transporte

7.3.5- Chegada ao hospital de destino

7.3.6- Avaliação do doente segundo a metodologia ABCDE

7.3.7- Passagem do doente à equipa receptora

8.- ANEXO

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
	Direcção técnica	Conselho de Administração
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

Avaliação para o transporte secundário

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 25 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Mansol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15ml/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL ...	

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

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

Avaliação para o transporte secundário

Lista de verificação para o transporte

I	CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação do doente
	<input type="checkbox"/> Os familiares foram informados da transferência e destino final
	<input type="checkbox"/> N° telefone directo do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
	<input type="checkbox"/> N° de telefone directo Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte

II	AVALIAÇÃO DO DOENTE
	<input type="checkbox"/> Motivo e data de admissão no hospital de origem
	<input type="checkbox"/> História clínica
	<input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Nota de transferência
	<input type="checkbox"/> Verificação dos exames complementares relevantes
	<input type="checkbox"/> Registrar pontos relevantes do exame físico

III	OBSERVAÇÃO DO DOENTE
A	VIA AÉREA
	<input type="checkbox"/> Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
	<input type="checkbox"/> Necessidade de adjuvantes da via aérea
	<input type="checkbox"/> Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós-entubação
	<input type="checkbox"/> Excluída causa que indique entubação traqueal
B	VENTILAÇÃO
	<input type="checkbox"/> O2 suplementar
	<input type="checkbox"/> Óculos nasais ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Máscara: Fio2 ____ %
	<input type="checkbox"/> Entubação traqueal ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Ventilação artificial
	<input type="checkbox"/> Modo ventilatório _____ Vol/min _____ Fresp _____ /min Fio2 _____ % Peep _____
	<input type="checkbox"/> Gasimetria (h min) pH _____ PaO2 _____ PaCo2 _____ FIO2 _____ % Bicarbonato _____

Avaliação para o transporte secundário

Lista de verificação para o transporte (cont.)

C	HEMODINÂMICA
	<input type="checkbox"/> FC ____ TA ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Hemorragia activa na última hora
	<input type="checkbox"/> Suporte transfusional
	<input type="checkbox"/> Acesso vascular – 2 Acessos periféricos ____ g / ____ g Cateter central (lúmen) ____ – Linha arterial ____
	<input type="checkbox"/> Débito urinário/ h (última hora) ____
	<input type="checkbox"/> Aminas vasoactivas: Dopamina ____ Dobutamina ____ Noradrenalina ____
D	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
	<input type="checkbox"/> Convulsão na última hora
	<input type="checkbox"/> G.C.S. ____ O ____ V ____ M ____
	<input type="checkbox"/> Sinais de hipertensão intra-craniana
	<input type="checkbox"/> Pupilas anormais _____
	<input type="checkbox"/> Sedação – Fármaco _____ RAMSAY _____
	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
E	TRAUMA
	<input type="checkbox"/> Coluna cervical imobilizada
	<input type="checkbox"/> Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	<input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	<input type="checkbox"/> Imobilização ossos longos / bacia
F	AVALIAÇÃO LABORATORIAL (data/ hora) ____ / ____ h ____ min
	<input type="checkbox"/> Hgb / Hct
	<input type="checkbox"/> Na +
	<input type="checkbox"/> K +
	<input type="checkbox"/> Glicemia
G	MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM (registar últimos valores antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> ECG
	<input type="checkbox"/> TA ____ / ____ mmHg
	<input type="checkbox"/> SaO2 ____ %
	<input type="checkbox"/> ET CO2
	<input type="checkbox"/> Temperatura ____ C°
	<input type="checkbox"/> Outros:
H	VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE (antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> Reserva de O2 (O2 necessário = [(20 + Vmin) x FiO2 x tempo de transporte em minutos] + 50%)
	<input type="checkbox"/> Monitor/desfibrilhador com “pacemaker”
	<input type="checkbox"/> Material de via aérea
	<input type="checkbox"/> Fármacos

Avaliação para o transporte secundário

Lista de verificação para o transporte (cont.)

IV	INÍCIO DE TRANSPORTE
	<input type="checkbox"/> Mudança para a maca de transporte
	<input type="checkbox"/> Mudança de prótese ventilatória
	<input type="checkbox"/> Mudança equipamento de perfusão
	<input type="checkbox"/> Mudança de monitorização
	<input type="checkbox"/> Fixação redundante de tubos e linhas
	<input type="checkbox"/> Tapar o doente
	<input type="checkbox"/> Fixação correcta do doente e do equipamento
	<input type="checkbox"/> Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
	<input type="checkbox"/> Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
	<input type="checkbox"/> Registos à saída do serviço
V	NA AMBULÂNCIA
	<input type="checkbox"/> Fixação da maca
	<input type="checkbox"/> Fixação e conexão do equipamento
	<input type="checkbox"/> Observação do doente
	<input type="checkbox"/> Registos, antes do início da marcha
	<input type="checkbox"/> Verificação final do equipamento da ambulância
VI	TRAJECTO
	<input type="checkbox"/> Registrar parâmetros
	<input type="checkbox"/> Registrar terapêutica/intervenções efectuadas e hora
	<input type="checkbox"/> Registrar hora de início e fim de marcha
VII	ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO
	<input type="checkbox"/> História clínica e antecedentes
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajecto
	<input type="checkbox"/> Passagem dos exames complementares e dados administrativos
	<input type="checkbox"/> Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
	<input type="checkbox"/> Complicações durante o transporte
VIII	REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM
	<input type="checkbox"/> Informar serviço de origem do resultado do transporte
	<input type="checkbox"/> Preencher hora de regresso
	<input type="checkbox"/> Devolver equipamento e reportar qualquer falha
	<input type="checkbox"/> Arquivar em local próprio as folhas de registo

Avaliação para o transporte secundário

ANEXO 6

Formulário para o transporte hospitalar

NOME: _____	DIAGNÓSTICO 1: _____
IDADE: _____	DIAGNÓSTICO 2: _____
HOSPITAL ORIGEM: _____	DIAGNÓSTICO 3: _____
HOSPITAL DESTINO: _____	
MÉDICO QUE RECEBE O DOENTE: _____	
MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE: _____	

A - VIA AÉREA

Origário ventrílark _____	Fi O2 (%) _____	Tube Oro-traqueal _____	Tube Naso-lingual _____	Outra via aérea _____
Dreno Torácico _____	Onde: _____			

B - VENTILAÇÃO

Spontânea _____	Controlada _____
-----------------	------------------

C - CIRCULAÇÃO

Accessos venosos _____	Onde: _____	Fluidos (> 2000 ml) _____	SIM _____	Qual: _____
Linha arterial _____	Onde: _____		NÃO _____	
Cateter central _____	Onde: _____	Amínia/Inotrópicos _____	SIM _____	Qual: _____
Duress (ml) _____			NÃO _____	

D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo vírtbro-medular _____	SIM _____	Lesões neurológicas _____	SIM _____	Nível _____
	NÃO _____		NÃO _____	

Score Coma Glasgow (entrada hospital origem) _____	Abertura olhos _____	Resposta motora _____	Resposta verbal _____	TOTAL _____
Score Coma Glasgow (saída hospital origem) _____	Abertura olhos _____	Resposta motora _____	Resposta verbal _____	TOTAL _____

E - EXPOSIÇÃO

Queimado _____	% atingida _____	Envolvimento de: _____	FACE _____	MÃOS _____	PÉS _____	PERNEO _____
		Tipo de queimadura: _____	FOGO _____	ÁGUA _____	QUÍMICO _____	EXPLOSAO _____
Feridas _____	Tipo: _____	Local: _____				

INFORMAÇÕES GERAIS

Quirurgia no Hospital de origem: _____	SIM _____	Qual: _____
	NÃO _____	

Quirurgias: _____	Drenos: _____	Locais: _____
Anestésicas: _____	SIM _____	
	NÃO _____	

Imagiologia: _____	Fracturas: _____	Locais: _____
TAC: _____	SIM _____	
Escofita: _____	NÃO _____	
RX cervical (face-perfil): _____		
RX tórax: _____		
RX bacia: _____		

Sinais vitais (saída hospital de origem) TA _____ FR _____ FC _____ Sat.O2 _____ Temp. _____

OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)

Sinais vitais (chegada hospital de destino) TA _____ FR _____ FC _____ Sat.O2 _____ Temp. _____

TERAPÉUTICA EM CURSO	DOSE
SEDACAO	
RELAXANTES MUSCULARES	
AMINAS	
INOTRÓPICOS	
MANUTOS	
OUTROS	

O Médico do Transporte

O Médico do Hospital destino

ANEXO VII – Formação sobre Transporte do Doente Crítico

- Plano de formação sobre Transporte do Doente Crítico**
- Questionário de Avaliação sobre Transporte do Doente Crítico**
- PowerPoint**

PLANO DE FORMAÇÃO

TEMA – TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

Formadoras – Clara Carvalho
Elsa Azevedo

Alunas do 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto

Destinatários – Enfermeiros

Local – Serviço de Urgência – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Data – 25/11/2010

Hora –14h

Duração – 45 mins.

Métodos – Expositivo e descritivo.

Recursos – Computador.

Objectivos:

Reflexão e partilha de experiências sobre o acompanhamento e o transporte do doente crítico.

Abordar alguns conceitos relativos ao transporte do doente;

Caracterizar sumariamente o transporte do doente crítico;

Abordar a importância do reservatório no ressuscitador manual;

Enfatizar a importância da comunicação;

Reflectir sobre os aspectos legais e deontológicos;

Avaliação da acção de formação – Questionário de avaliação.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

APRECIÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

➤ TEMA

Nada interessante	Pouco interessante	Interessante	Muito interessante

➤ EXPOSIÇÃO

Não satisfaz	Satisfaz	Boa	Muito boa

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Não adequados	Pouco adequados	Adequados	Muito adequados

Em termos globais, como classificaria esta acção de formação?

1	2	3	4
Não satisfaz	Satisfaz	Boa	Muito Boa

Sugestões / Observações:

Obrigada,
Clara Carvalho e Elsa Azevedo



Transporte do doente crítico

Clara Carvalho

Elsa Azevedo

Alunas 3ºCurso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

TRANSPORTE **do** **doente critico**

Reflexão e partilha de experiências sobre o acompanhamento e o transporte do doente critico.

- ✓ Abordar alguns conceitos relativos ao transporte do doente;
- ✓ Caracterizar sumariamente o transporte do doente critico;
- ✓ Enfatizar a importância da comunicação;
- ✓ Reflectir sobre os aspectos legais e deontológicos;

TRANSPORTE do doente crítico

Transporte Primário:



TRANSPORTE do doente crítico

Transporte Secundário:



TRANSPORTE do doente crítico

TRÊS FASES

- x Decisão
- x Planeamento
- x Efectivação

1. Decisão

- ▣ deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efectivos;
- ▣ o transporte deverá ser considerado em função da necessidade de transferir um doente por:
 1. falta da *valência* médico-cirúrgica;
 2. necessidade de *recursos* técnicos indispensáveis à continuidade dos cuidados;
 3. definição *diagnóstico e terapêutica*
 4. *gravidade* clínica do doente;

Riscos da Decisão de Transporte

Os doentes incorrem em riscos aumentados de morbidade e mortalidade durante o transporte.

“Auditorias efectuadas no Reino Unido sugerem que cerca de 15 por cento dos doentes transferidos foram vítimas de problemas evitáveis, nomeadamente de hipotensão e hipoxia”

2. Planeamento

Estes riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado

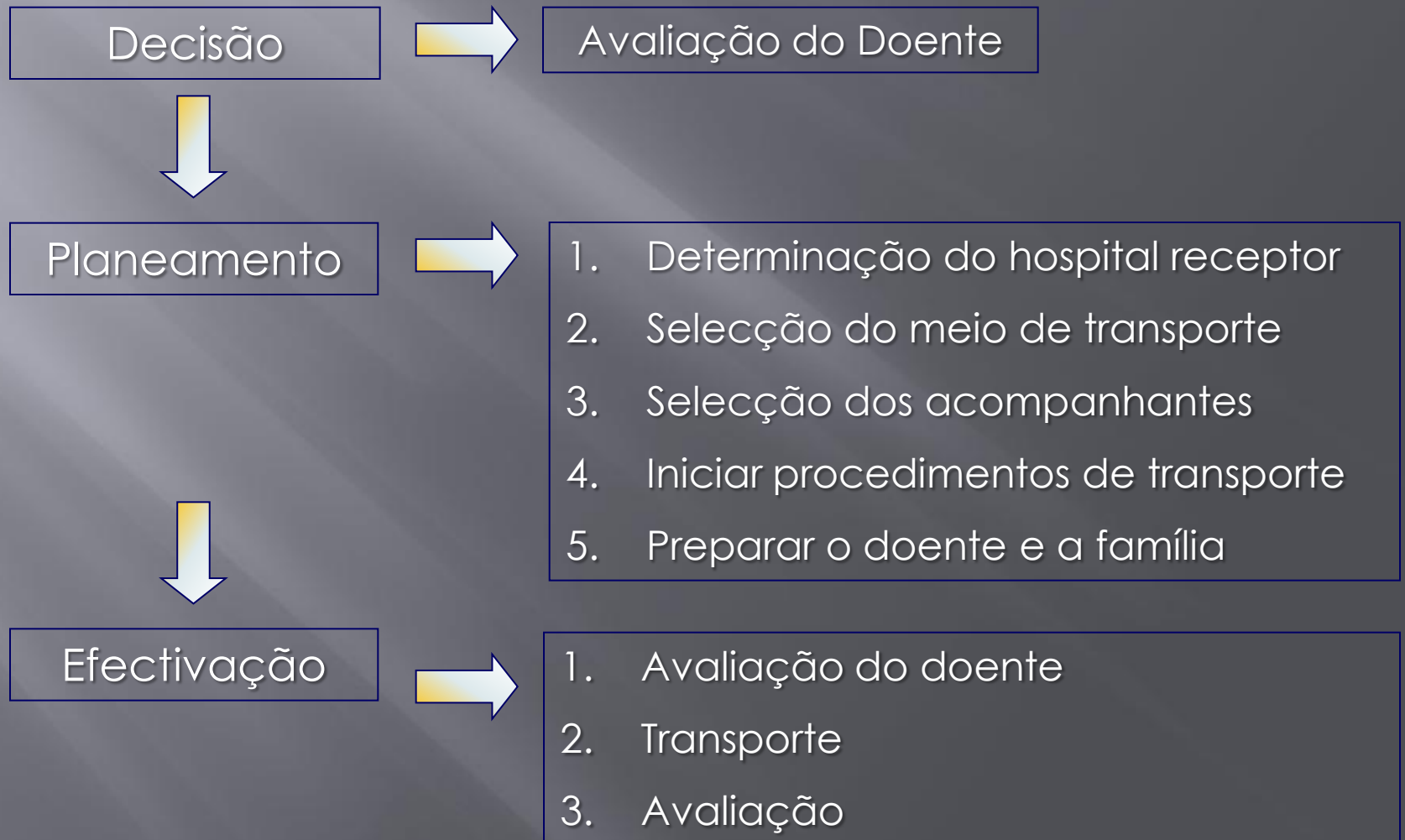
1. seleccionada uma **equipa** adequadamente preparada
2. **meios de transporte** adequados
3. existem disponíveis os **meios de monitorização** e eventuais **procedimentos de emergência** necessários no meio de transporte a utilizar.
4. o **nível e a qualidade dos cuidados prestados** durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem tem de ser sempre considerada e é obrigatória.
5. **distância**, pelo que em primeira instância o transporte é efectuado para a unidade próxima e não a mais apropriada.

3. Efectivação

- ▣ Equipa de acordo com a avaliação clínica do doente
- ▣ Vigilância recomendada



TRANSPORTE INTER HOSPITALAR



Quem procede ao transporte?

- ✓ “É fortemente recomendável que o enfermeiro que acompanha o doente tenha formação em suporte avançado de vida e trauma (...).”

(Massada 2002, p.65)

- ✓ “O principal factor determinante na qualidade dos cuidados prestados durante o transporte é o treino e eficiência da equipa que procede ao transporte.”

(Júnior, Nunes e Basile-Filho 2001)

Comunicação

- ✓ Diagnóstico médico
- ✓ Diagnósticos de Enfermagem
- ✓ História clínica
- ✓ Antecedentes
- ✓ Procedimentos diagnósticos
- ✓ Decisões terapêuticas
- ✓ Intercorrências no internamento
- ✓ Reacções às medidas terapêuticas instituídas
- ✓ Evolução clínica

Comunicação

- ✓ rigorosa
- ✓ baseado na folha de registos
- ✓ comunicação oral orientada pelos registos escritos
- ✓ Informação relevante para a continuidade dos cuidados

“Qualquer transporte de doentes deve terminar com a avaliação de todo o processo de transporte, sendo um momento impar no processo de maturidade de qualquer equipa, devendo ser abordados os momentos positivos e os momentos a melhorar. Este procedimento leva à retroalimentação do processo de transporte de doentes críticos, conduzindo ao percurso da melhoria contínua.”

(INEM 2002)

Mala de transporte

- x Número de transportes efectuados
- x Tipo de doentes
- x Risco a que o doente e equipa estão expostos



Mala de transporte



Mala de transporte

- ▣ Mala SU (do conhecimento de todos)
- ▣ Organizada (com material e medicação de emergência)



- ▣ Ressuscitador manual com reservatório enriquecedor de oxigênio.

Documentos Pré - transporte

São preenchidos pelo médico responsável os anexos do “Transporte do Doente Crítico – recomendações”, SPCI 2008

ANEXO 4 - Avaliação para o transporte secundário

ANEXO 5 – Lista de verificação para o transporte secundário

ANEXO 6 - Formulário para o transporte hospitalar

Processo individual de transporte de doente

ANEXO 4 - Avaliação para o transporte secundário

ANEXO 5 – Lista de verificação para o transporte secundário

ANEXO 6 - Formulário para o transporte hospitalar

(SPCI, 2008)

ANEXO 4

Avaliação para o transporte secundário

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		8. PACEMAKER	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Guedel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	2	Sim, provisório (externo ou endocavitário)	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA		9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	
FR entre 10 e 14 / min	0	Escala de Glasgow = 15	0
FR entre 15 e 35 / min	1	Escala de Glasgow >8 e <14	1
Apneia ou FR <10 / min ou FR >35 / min ou respiração irregular	2	Escala de Glasgow <8	2
3. SUPORTE RESPIRATORIO		10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I:	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Acesso periférico	1	Analgésicos	
Acesso central em doente instável	2	Grupo II:	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (requer < 15mL/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos ou sangue)	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíticos	
Não	0	Anticonvulsivante	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno torácico	
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48 h)	1		
Sim, alto risco* (e EAM < 48 h)	2		
			TOTAL —

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

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

ANEXO 4

Avaliação para o transporte secundário

Continuação do Anexo 4

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

ANEXO 5

Lista de verificação para o transporte secundário

(continuação do anexo 5)

I	CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação do doente
	<input type="checkbox"/> Os familiares foram informados da transferência e destino final
	<input type="checkbox"/> N° telefone directo do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
	<input type="checkbox"/> N° de telefone directo Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte
II	AVALIAÇÃO DO DOENTE
	<input type="checkbox"/> Motivo e data de admissão no hospital de origem
	<input type="checkbox"/> História clínica
	<input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Nota de transferência
	<input type="checkbox"/> Verificação dos exames complementares relevantes
	<input type="checkbox"/> Registrar pontos relevantes do exame físico

ANEXO 5

Lista de verificação para o transporte secundário

(continuação do anexo 5)

III	OBSERVAÇÃO DO DOENTE
A	VIA AÉREA
	<input type="checkbox"/> Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
	<input type="checkbox"/> Necessidade de adjuvantes da via aérea
	<input type="checkbox"/> Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós-entubação
	<input type="checkbox"/> Excluída causa que indique entubação traqueal
B	VENTILAÇÃO
	<input type="checkbox"/> O2 suplementar
	<input type="checkbox"/> Óculos nasais _____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Máscara: Fio2 _____ %
	<input type="checkbox"/> Entubação traqueal _____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Ventilação artificial
	<input type="checkbox"/> Modo ventilatório _____ Vol/min _____ Fresp _____ /min Fio2 _____ % Peep _____
	<input type="checkbox"/> Gasimetria (h min) pH _____ PaO2 _____ PaCo2 _____ FiO2 _____ % Bicarbonato _____

ANEXO 5

Lista de verificação para o transporte secundário

(continuação do anexo 5)

C	HEMODYNÂMICA
	<input type="checkbox"/> FC ____ TA ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Hemorragia activa na última hora
	<input type="checkbox"/> Suporte transfusional
	<input type="checkbox"/> Acesso vascular – 2 Acessos periféricos ____g / ____g Cateter central (lúmen) ____ – Linha arterial ____
	<input type="checkbox"/> Débito urinário/ h (última hora) ____
	<input type="checkbox"/> Aminas vasoactivas: Dopamina ____ Dobutamina ____ Noradrenalina ____
D	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
	<input type="checkbox"/> Convulsão na última hora
	<input type="checkbox"/> G.C.S. ____ O ____ V ____ M ____
	<input type="checkbox"/> Sinais de hipertensão intra-craniana
	<input type="checkbox"/> Pupilas anormais _____
	<input type="checkbox"/> Sedação – Fármaco _____ RAMSAY _____
	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

ANEXO 5

Lista de verificação para o transporte secundário

(continuação do anexo 5)

E	TRAUMA
	<input type="checkbox"/> Coluna cervical imobilizada
	<input type="checkbox"/> Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	<input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	<input type="checkbox"/> Imobilização ossos longos / bacia
F	AVALIAÇÃO LABORATORIAL (data/ hora) ___ / ___ ___ h ___ min
	<input type="checkbox"/> Hgb / Hct
	<input type="checkbox"/> Na +
	<input type="checkbox"/> K +
	<input type="checkbox"/> Glicemia

ANEXO 5

Lista de verificação para o transporte secundário

Continuação do anexo 5

G	MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM (registar últimos valores antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> ECG
	<input type="checkbox"/> TA ____ / ____ mmHg
	<input type="checkbox"/> SaO2 ____ %
	<input type="checkbox"/> ET CO2
	<input type="checkbox"/> Temperatura ____ C°
	<input type="checkbox"/> Outros:
H	VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE (antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> Reserva de O2 (O2 necessário = $[(20 + V_{min}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}] + 50\%$)
	<input type="checkbox"/> Monitor/desfibrilhador com "pacemaker"
	<input type="checkbox"/> Material de via aérea
	<input type="checkbox"/> Fármacos

ANEXO 5

Lista de verificação para o transporte secundário

(Continuação do anexo 5)

IV	INÍCIO DE TRANSPORTE
	<input type="checkbox"/> Mudança para a maca de transporte
	<input type="checkbox"/> Mudança de prótese ventilatória
	<input type="checkbox"/> Mudança equipamento de perfusão
	<input type="checkbox"/> Mudança de monitorização
	<input type="checkbox"/> Fixação redundante de tubos e linhas
	<input type="checkbox"/> Tapar o doente
	<input type="checkbox"/> Fixação correcta do doente e do equipamento
	<input type="checkbox"/> Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
	<input type="checkbox"/> Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
	<input type="checkbox"/> Registos à saída do serviço
V	NA AMBULÂNCIA
	<input type="checkbox"/> Fixação da maca
	<input type="checkbox"/> Fixação e conexão do equipamento
	<input type="checkbox"/> Observação do doente
	<input type="checkbox"/> Registos, antes do início da marcha
	<input type="checkbox"/> Verificação final do equipamento da ambulância
VI	TRAJECTO
	<input type="checkbox"/> Registrar parâmetros
	<input type="checkbox"/> Registrar terapêutica/intervenções efectuadas e hora
	<input type="checkbox"/> Registrar hora de início e fim de marcha

ANEXO 5

Lista de verificação para o transporte secundário

(Continuação do anexo 5)

VII	ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO
	<input type="checkbox"/> História clínica e antecedentes
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajecto
	<input type="checkbox"/> Passagem dos exames complementares e dados administrativos
	<input type="checkbox"/> Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
	<input type="checkbox"/> Complicações durante o transporte
VIII	REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM
	<input type="checkbox"/> Informar serviço de origem do resultado do transporte
	<input type="checkbox"/> Preencher hora de regresso
	<input type="checkbox"/> Devolver equipamento e reportar qualquer falha
	<input type="checkbox"/> Arquivar em local próprio as folhas de registo

ANEXO 6

Formulário para o transporte hospitalar

NOME:	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 1:	<input type="text"/>
IDADE:	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 2:	<input type="text"/>
HOSPITAL ORIGEM:	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 3:	<input type="text"/>
HOSPITAL DESTINO:	<input type="text"/>		
MÉDICO QUE RECEBE O DOENTE:	<input type="text"/>		
MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE:	<input type="text"/>		

A - VIA AÉREA

Origem ventrílca	<input type="text"/>	Fl O2 (%)	<input type="text"/>	Tubo Oro-traqueal	<input type="text"/>	Tubo Naso-traqueal	<input type="text"/>	Outra via aérea	<input type="text"/>
Dreno Torácico	<input type="text"/>	Onde:	<input type="text"/>						

B - VENTILAÇÃO

Espontânea	<input type="text"/>	Controlada	<input type="text"/>
------------	----------------------	------------	----------------------

C - CIRCULAÇÃO

Accessos venosos	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>	Fluidos (> 2000 ml)	<input type="text"/>	SIM	Qual:	<input type="text"/>
Linha arterial	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>		<input type="text"/>	NÃO		
Cateter central	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>	Amínia/Inotrópicos	<input type="text"/>	SIM	Qual:	<input type="text"/>
Dilúse (ml)	<input type="text"/>				<input type="text"/>	NÃO		

D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo vítreo-medular	<input type="text"/>	SIM	Lesões neurológicas	<input type="text"/>	SIM	Nível	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	NÃO		<input type="text"/>	NÃO		
Score Coma Glasgow (entrada hospital origem)	<input type="text"/>	Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>	Resposta verbal	<input type="text"/>
Score Coma Glasgow (saída hospital origem)	<input type="text"/>	Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>	Resposta verbal	<input type="text"/>

E - EXPOSIÇÃO

Queimado	<input type="text"/>	% atingida	<input type="text"/>	Envolvimento de:	FACE	<input type="text"/>	MÃOS	<input type="text"/>	PÉS	<input type="text"/>	PERÍNEO	<input type="text"/>
	<input type="text"/>			Tipo de queimadura:	FOGO	<input type="text"/>	ÁGUA	<input type="text"/>	QUÍMICO	<input type="text"/>	EXPLOÇÃO	<input type="text"/>
Feridas	<input type="text"/>	Tipo:	<input type="text"/>	Local:	<input type="text"/>							
	<input type="text"/>											

INFORMAÇÕES GERAIS

Cirurgia no Hospital de origem:	<input type="text"/>	SIM	Qual	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>	NÃO										
Chirurgião:	<input type="text"/>											
Anestesiata:	<input type="text"/>											
Imagiologia	TAC	<input type="text"/>	Drenos	<input type="text"/>	Locais	<input type="text"/>						
	Esq/Dir	<input type="text"/>		<input type="text"/>								
RX cervical (face+perfil)	<input type="text"/>	SIM	Fracturas	<input type="text"/>	Locais	<input type="text"/>						
RX tórax	<input type="text"/>	SIM		<input type="text"/>								
RX bacilo	<input type="text"/>	SIM		<input type="text"/>								
Sinais vitais (saída hospital de origem)	TA	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>	Sat.O2	<input type="text"/>	Temp.	<input type="text"/>		

OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)

Sinais vitais (chegada hospital de destino)	TA	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>	Sat.O2	<input type="text"/>	Temp.	<input type="text"/>
---	----	----------------------	----	----------------------	----	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

TERAPÉUTICA EM CURSO	DOSIS
SEDAÇÃO RELAXANTES MUSCULARES AMINAS INOTRÓPICOS MANITOL OUTROS	<input type="text"/>

O Médico do Transporte

O Médico do Hospital destino

An illustration of a diverse group of people and animals. In the center, a man with a mustache and a woman are looking towards the right. To their right, a woman is holding a yellow cat. In the foreground, a young boy is sitting on the ground, looking up. To his left, a woman is holding a black stick figure. In the background, there are several other people, including a woman with a pipe. The scene is set against a light blue background with a green ground area at the bottom.

FAMILIA/ PESSOA SIGNIFICATIVA

- Incluir a família e ou pessoa ou pessoas significativas do doente neste contexto.
- Abordagem directa, honesta e clara evitando mal entendidos, adequando a linguagem ao interlocutor.

An illustration of a diverse group of people and animals. In the center, a man and a woman are holding a baby. To the left, a woman holds a young girl. To the right, a man sits on the ground. Various animals, including a yellow dog, a yellow cat, and a black cat, are interspersed among the people. The background is a light blue sky and green ground. The title 'FAMILIA/ PESSOA SIGNIFICATIVA' is written in large, bold, yellow letters with a black outline across the top of the illustration.

FAMILIA/ PESSOA SIGNIFICATIVA

- Doente crítico exige dos profissionais de saúde uma preparação técnica diferenciada.
- Preparação desses profissionais nas áreas do comportamento e das relações humanas.
- Animosidade dos doentes, seus familiares e amigos para com o hospital.
- Posturas defensivas assumidas pelos profissionais de saúde nas situações de emergência.



FAMILIA/ PESSOA SIGNIFICATIVA

- A decisão de transferir um doente crítico para outro hospital.
- O doente ou seu representante legal deve ser informado do facto:
 - Explicar a situação clínica.
 - A necessidade de transporte.
 - O nome do hospital de destino.
 - Obter o consentimento expresso (quando praticável).



FAMILIA/ PESSOA SIGNIFICATIVA

- Uma reacção e apresentação cordial e amigável da equipa:
 - Ajuda a estabelecer uma boa relação.
 - Facilita a comunicação com a família.

ASPECTOS LEGAIS



ASPECTOS LEGAIS

“Ao contrário do que acontece na maioria dos países anglo- saxónicos e do centro da Europa, em que vigoram normas específicas para o transporte do doente crítico, em Portugal **não existe nenhuma legislação que o regulamente**”.

“A falta de legislação que responsabilize as instituições e os profissionais pelos efeitos de um transporte mal efectuado, **é seguramente um dos principais factores para que este seja encarado por alguns profissionais com alguma ligeireza**”.

(Lafuente, 2004)

ASPECTOS LEGAIS

“Um dos marcos importantes para o despertar de consciências em relação à problemática do transporte do doente crítico, foi a publicação do **Guia para o Transporte de Doente Críticos** da responsabilidade da **SPCI** (...) passou a ser um dos documentos base para quem pretenda encarar este transporte com responsabilidade”.

“Na ARSN durante o ano de 2001 foi avançado um programa que nos seus objectivos pretendia elaborar o conjunto de regras que viria a constituir “Normas para o Transporte Inter- -hospitalar dos Hospitais da Região Norte” que vinculassem as suas instituições”.

(Lafuente, 2004)

ASPECTOS DEONTOLÓGICOS

QUADRO DE REFERÊNCIA DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE);
- Código Deontológico do Enfermeiro (CDE);
- Padrões de Qualidade: enquadramento conceptual e enunciados descritivos;
- Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

ASPECTOS DEONTOLÓGICOS

O enfermeiro assume o dever de:

“Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”.

(Deveres deontológicos em geral alínea b) art.79 do CDE)

“(Deve) Adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses protegidos dos cidadãos”.

(n.º1 do artigo 8º, do REPE)

ASPECTOS DEONTOLÓGICOS

“Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais da saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e de autonomia no exercício profissional”.

(n.º 3 do Artigo 8º do REPE)

CONCLUSÕES

- Existem alguns documentos que emanam normas orientadoras para o transporte do doente.
- A decisão de transportar um doente deve ser baseada na avaliação e ponderação dos riscos e dos benefícios.
- O transporte deve acrescentar benefício ao tratamento do doente.

CONCLUSÕES

- Estabelecimento do score de risco do doente.

Bibliografia

AJCC AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, January 2009, Volume 18, N. 1

Silva SC(2003). Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orlovsky C. Nursing news. Critical care patients at risk for medical errors. c2005. .[citado 2009 Maio

Chaboyer W, Thalib L, Foster M, Ball C, Richards B. Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. Am J Crit Care. 2008;17(3):255-63; quiz 264.

Prolife. Ressuscitadores Manuais Reusáveis. Acedido em 18/10/2010. Disponível em http://www.prolife.com.br/prod_sub.aspx?numero=15

Ressuscitador Manual. Acedido em 18/10/2010; Disponível em <http://www.newmed.com.br/index.php?page=produtoprint&cat=27&idde=105>

Ressuscitation council (UK) April 2006 – Advanced Life Support. 5th Edition.

SaúdeBusinessweb. Reservatório para Ambú. Acedido em 18/10/2010. Disponível em <http://catalogohospitalar.com.br/reservatorio-para-ambu.html>

**Obrigado
pela vossa
Atenção**

