



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **O Enfermeiro Especialista como promotor de práticas seguras**

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

Enfermagem Médico-cirúrgica

Por: Maria Arlete Amador Fonseca Procópio

LISBOA, abril de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **O Enfermeiro Especialista como promotor de práticas seguras**

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

Por: Maria Arlete Amador Fonseca Procópio

Sob orientação de Prof. Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, abril de 2013

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.*

*Todos nós sabemos alguma coisa.*

*Todos nós ignoramos alguma coisa.*

*Por isso aprendemos sempre”.*

*Paulo Freire*

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Helena José e ao Professor Sérgio Deodato,  
pelo seu apoio, disponibilidade, preocupação, incentivo,  
crítica e persistência na orientação inicial desta jornada;

À Professora Patrícia Pontífice de Sousa agradeço a disponibilidade  
científica e pessoal no decurso da realização final desta etapa,  
o estímulo contínuo e as indicações sempre rigorosas;

À Enf.<sup>a</sup> Supervisora do Hospital Distrital de Faro  
o meu muito obrigado pela permissão dos respetivos estágios;

Aos Enfermeiros Chefes  
da Comissão de Controlo de Infeção, da Unidade de Cuidados Intensivos  
Polivalente e do Serviço de Urgência Geral o meu agradecimento  
pela forma carinhosa como me acolheram;

Àos Enf.º orientadores,  
o meu profundo obrigado;

À *minha família*,  
agradeço a paciência, o apoio incondicional  
e toda a ajuda prestada durante esta etapa, que foi sentida por todos.

## RESUMO

A elaboração deste relatório afigura-se com o terminar de uma evolução no desenvolvimento de competências direcionadas para a área de controlo de infeção especificamente na promoção de práticas seguras como nos refere o próprio título “ **O Enfermeiro Especialista como promotor de práticas seguras**”. Realizado no âmbito do Curso de Mestrado Em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto da Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, de Lisboa. Pretende evidenciar a evolução ocorrida ao longo desta jornada de três estágios, ambos com contornos diferentes, mas na globalidade dirigidos ao cliente/família adulto e idoso com doença grave, especialmente a uma assistência de enfermagem avançada ao cliente em estado crítico. A linha condutora nos três módulos foi, sem dúvida, a promoção e prevenção da infeção de forma a promover comportamentos seguros.

Este percurso iniciou-se na Comissão de Controlo de Infeção – Modulo opcional, sendo precedido pela Unidade de Cuidados Intensivos, finalizando com o Serviço de Urgência adultos. Todo o desenrolar dos estágios decorreu no Hospital Faro, EPE. Em todo o caminho houve oportunidade para o desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados diferenciados ao cliente/família em estado crítico, na área do controlo de infeção, da formação e da comunicação com o cliente/família e seus pares, que foram, sem dúvida, transversais aos três Módulos de Estágio.

A metodologia de trabalho utilizada visa a pesquisa bibliográfica e a reflexão das diversas situações vivenciadas, tendo por base a evolução, isto é, o desenvolvimento de competências. Desenvolveram-se atividades no sentido de contribuírem para a melhoria dos cuidados prestados ao cliente/família em estado crítico, identificando situações problema.

A reflexão da prática visa a excelência do cuidar e surge de forma sistemática e atualizada permitindo fundamentar as nossas decisões.

## **ABSTRACT**

The preparation of this report appears to be the end of an evolution in the development of skills targeted to the infection control area specifically in safe practices promotion like the title refers: The Specialist nurse as a safe practices promoter. Held under the Professional Nature Nursing Master Course, in the Medical-Surgical Nursing Specialization area of the Lisbon's Portuguese Catholic University's Health Sciences Institute. Aims to highlight the development that occurred along this three stages journey, each with different contours, but overall directed to the adult and elderly with severe disease client/family, especially an advanced nursing care to the client in critical condition. In all three modules the guiding principle was, undoubtedly, the infection prevention and promotion in order to trigger safe behaviors.

This journey began in the Infection Control Committee - optional Module was preceded by the Intensive Care Unit and ended with the adults Emergency Service. All stages of the course were held in Faro Hospital, EPE. Throughout this journey there was skills development opportunity in customer/family providing differentiated care in the critical condition area, client/family and peers communication training which were, undoubtedly, transverse to the three Stage Modules.

The used methodology to compile this literature aims to reflect the different experienced situations points to literature research and aims to reflect the experienced various situations, based on the evolution, that is, skills development. Developed activities that contributed to the care improvement of the client/family in critical condition by identifying problematic situations.

The practice reflection aims to excellence of care and arises systematically and updated allowing support to our decisions.

## **CHAVE DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

### **ABREVIATURAS:**

Enf<sup>ª</sup>(s) – Enfermeira(s)

Enf<sup>º</sup>(s) – Enfermeiro(s)

Esp. – Especialista

### **CHAVE DE SIGLAS**

CCI – Comissão de Controlo Infeção

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS- Direção Geral de Saúde

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

HF – Hospital de Faro

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

IGRA- Testes de deteção de Interferão-gama, acrónimo do inglês Interferon-Gamma Release Assays

ME – Módulo(s) de Estágio(s)

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada á Ventilação

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

TP – Tuberculose Pulmonar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VE – Vigilância Epidemiológica

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1-REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA – ATUAR NA DOENÇA E PREVENIR A TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE PULMONAR.....</b>	<b>15</b>
<b>2-PERCURSO CURRICULAR PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA....</b>	<b>25</b>
2.1-MÓDULO III – CCI.....	27
2.2-MÓDULO II – UCI.....	37
2.3-MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	48
<b>3 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>62</b>
<b>APENDICES.....</b>	<b>67</b>
<b>APENDICE I - Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento, ação formação realizada no Serviço de Medicina 3.....</b>	<b>68</b>
<b>APENDICE II - Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento, ação formação realizada no Serviço de Pneumologia .....</b>	<b>78</b>
<b>APENDICE III - Revisão científica sobre: aspiração de secreções ao doente ventilado e higiene oral.....</b>	<b>86</b>
<b>APENDICE IV - Grelha da aspiração de secreções .....</b>	<b>106</b>
<b>APENDICE V - Grelha da higiene oral com ajuda total.....</b>	<b>110</b>
<b>APENDICE VI - Grelha da higiene oral com ajuda parcial.....</b>	<b>112</b>

**APENDICE VII** - Medidas de prevenção eficazes e precoces são a melhor luta contra a TP, ação formação realizada no serviço de urgência.....**114**

**APENDICE VIII** - Aspiração de secreções e higiene oral ao doente ventilado e traqueostomizado, ação formação realizada no serviço de urgência.....**123**

## 0- INTRODUÇÃO

*“A sabedoria é um adorno na prosperidade e um refúgio na adversidade”.*

*Aristóteles*

No domínio dos cuidados de saúde, a enfermagem evoluiu no sentido de uma crescente capacitação técnico-científica, com a mobilização dos conhecimentos alicerçados nos paradigmas e teóricas de enfermagem, mas fortalecendo-se numa prática baseada na evidência. Assim, como resultado temos o desenvolvimento da enfermagem associada a competências certificadas, direcionadas ao cuidar do cliente em todo o seu ciclo de vida, numa visão holística do cliente como ser único, inserido num contexto familiar e ambiental próprio. A formação avançada em enfermagem está dirigida no sentido do aprofundamento de conhecimentos em domínios específicos, “a apropriação de um domínio específico de enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades de enfermagem necessidades em cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A profissão de enfermagem, enquanto ciência em permanente desenvolvimento e maturação, propõe aos seus profissionais dimensões diferenciadas de competências capazes de dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento de doentes, refletidas através de experiências na prática, em cada cliente, e caso a caso. É nesta perspetiva que a enfermagem identifica que os problemas de saúde das pessoas têm vindo a assumir um cariz complexo e diferenciado, de tal modo que torna exigível dotar os profissionais com competências mais específicas e complexas para que assim possam dar respostas de maior qualidade na abrangência de toda complexidade aos indivíduos, família, comunidade e pessoas significativas. Para tanto cria as especialidades em cuidados de enfermagem, assumindo assim um papel crucial no garantir de prestação de cuidados. O Enfermeiro Especialista, segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009: 16) é “...um profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”. Nesta perspetiva, a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009: 9) considera também o Enfermeiro Especialista “O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos

*problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.*

Tendo presente o Código Deontológico dos Enfermeiros, art. 88, p. 6548 referente à excelência do exercício, sabemos que a sua alínea c) nos orienta para “manter a atualização contínua dos (...) conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”.

Ser enfermeiro especialista implica uma prática/exercício profissional onde predominam competências especializadas adequadas às necessidades específicas do cliente em cuidados de enfermagem, sendo reconhecido como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular da enfermagem.

A realização deste trabalho surge no término de um caminho percorrido no sentido do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área Médico-Cirúrgica e emerge como incentivo, contributo pedagógico e linha orientadora neste percurso.

A formação em enfermagem deverá proporcionar aos estudantes conteúdos e métodos que lhes permitam adquirir novas atitudes e comportamentos no trabalho e a constituírem saberes próprios. Está, assim, intimamente relacionada com as competências individuais que os profissionais devem desenvolver.

Paralelamente a esta busca e desenvolvimento de conhecimentos, existem Padrões de Qualidade emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, que constituem um instrumento relevante de orientação para a prática dos cuidados de enfermagem, assim como referem nos seus Enunciados Descritivos, relativos à organização dos cuidados de enfermagem: “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”.

O documento que se apresenta surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho é o resultado das experiências vivenciadas durante os estágios efetuados nos três diferentes Módulos, contendo cada um uma carga horária de 180 horas. O percurso efetuou-se na seguinte sequência, tendo por base as escolhas pessoais: Modulo III – opcional CCI; Modulo II - UCI, terminando com Modulo I – Serviço de Urgência. Todo este percurso foi efetuado no Hospital de Faro, EPE. Esta unidade de saúde oferece as condições necessárias à

realização dos mesmos. Cada módulo foi orientado por enfermeiros especialistas/peritos com experiência profissional relevante na área da especialização, existindo em simultâneo a orientação tutorial de professores da escola.

A construção deste documento objetiva a inclusão do processo de aprendizagem dos estágios, concretamente, os trabalhos elaborados que ilustram o esforço, os progressos e as realizações em diferentes níveis, que contribuíram para uma aprendizagem mais rica e favorável. Deste modo, dá-se relevância e visibilidade ao processo formativo de aquisição, treino e desenvolvimento de competências no âmbito da EMC.

O enquadramento global do curso, o estágio, os módulos realizados e sua justificação, a escolha e caracterização sumária dos locais de estágio encontram-se descritos no início deste trabalho. No corpo do mesmo, expõe-se o desempenho efetuado em cada campo de estágio, estabelecendo a relação entre os objetivos específicos e a aquisição de conhecimentos teórico-práticos que permitiram a realização de atividades, a evolução dos saberes e cuidados para saberes e cuidados específicos, descrevendo as experiências vivenciadas mais marcantes. Tudo isto é precedido de uma revisão sistemática da literatura efetuada no contexto da CCI, tendo como temática principal a TP. Esta temática é cada vez mais atual sendo deveras importante que os enfermeiros não a descorem.

Na conclusão reflecte-se sobre a concretização dos objetivos propostos, dos resultados obtidos e aprendizagens e reflexões auferidas que permitiram mudanças na prática profissional e pessoal e que se vão reproduzir na capacidade de resposta mais eficaz perante os problemas da área da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, ao doente adulto e idoso crítico.

Os ganhos obtidos pela concretização deste percurso incidem muito na partilha e troca de experiências e saberes, bem como, no desenvolvimento e no aperfeiçoamento de competências, objetivando a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados que se traduzem em ganhos em saúde.

Estas competências originaram saberes e conhecimentos específicos que foram extrapolados para o contexto profissional, pretendendo-se mudança positiva na equipa multidisciplinar que integra. Desde sempre que pretendia abarcar neste curso, mas por vezes temos que fazer opções, que não são de todo o que ambicionámos. A especialidade na área médico-cirúrgica, é a que mais se espelha com o trajeto que têm desenvolvido. É sem dúvida, a menos específica tendo varias vertentes, ostentando uma

grande abrangência. A escola pela distância da sua residência dificultou um pouco, mas a escolha trouxe “muitos frutos” uma vez que a exigência do ensino é facilitadora do desenvolvimento de competências.

O estágio é, pois, um período essencial na formação de enfermeiros. A competência só existe quando é aplicada, isto é, a sua produção cabe à escola e ao local da sua aplicação, tendo este último uma intervenção crucial na sua aquisição. Pretende-se o desenvolvimento de autonomia, iniciativa, responsabilidade, criatividade e poder de decisão fundamentadas num pensamento crítico-reflexivo, traduzindo-se na capacidade organizacional e desenvolvimento de competências passíveis de comunicar o que foi feito, como foi feito e porque foi feito.

No âmbito dos Cuidados de Enfermagem Especializados ao doente de médio e alto risco, teve início o trajeto na CCI de 24 de abril a 20 de junho de 2012, tendo definido como objetivo primordial para esta primeira fase, o desenvolvimento de competências ao nível da Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar, concretamente, o conhecimento da organização, dinâmica e funcionamento da CCI, das diversas áreas de intervenção da mesma e da importância da articulação com os elos de ligação de cada serviço.

A fase seguinte decorreu na UCI, sendo esta uma Unidade Polivalente que recebe clientes do foro médico e cirúrgico. É uma área diferenciada e multidisciplinar, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de clientes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. A natureza dos clientes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades, decorre da missão atribuída a esta unidade. Trata-se de um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos clientes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

Para finalizar este percurso de desenvolvimento de competências, teve lugar o estágio de Urgência no Serviço de urgência de adultos, que decorreu entre os dias 12 de novembro de 2012 e 19 de janeiro de 2013.

Todo este percurso transversal foi desenvolvido na área da prevenção e controlo de infeção, mais especificamente na área da Tuberculose Pulmonar e da aspiração de secreções/higiene oral ao doente ventilado/traqueostomizado.

A **metodologia** utilizada para a concretização do relatório foi a metodologia descritiva, analítica e reflexiva pois permite, através de um carácter narrativo, de uma forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio Clínico. Com a opção estrutural em três pontos (Introdução, Desenvolvimento e Conclusão) pretende-se facilitar a sua consulta através da sistematização e clarificação da informação contida. A divisão por objetivos permite identificar a consecução de estratégias implementadas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências. A temática condutora de todo o percurso foi sendo construída ao longo do mesmo de forma a fomentar práticas seguras. Assim, denomina o relatório de: **O Enfermeiro Especialista como promotor de práticas seguras.**

Para terminar, importa delinear os objetivos de forma a permitir a compreensão deste importante trabalho:

- ❖ Descrever as atividades desenvolvidas analisando cada módulo de estágio refletindo sobre os mesmos;
- ❖ Analisar as competências adquiridas.

## 1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA – ATUAR NA DOENÇA E PREVENIR A TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE PULMONAR

*"A experiência é uma lanterna dependurada nas costas que apenas ilumina o caminho já percorrido."*

*Autor - Confúcio*

A tuberculose é uma infeção crónica recorrente, causada por bactérias do complexo *Mycobacterium Tuberculosis*. Frequentemente afeta os pulmões embora também possa envolver outros órgãos. Se tratada corretamente é curável em quase 100 % dos casos. É uma doença reemergente no mundo, e é transmitida de pessoa a pessoa.

Este trabalho, Revisão Sistemática da Literatura sobre Prevenção da Transmissão do *Mycobacterium Tuberculosis*, surge no âmbito do Estágio (ME I - CCI do HF – EPE) integrado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em EMC.

Segundo COSTA (2001:1), a Tuberculose é uma doença comum nos profissionais de saúde. Várias foram as medidas que contribuíram para reduzir a transmissão nosocomial do *Mycobacterium Tuberculosis*, entre elas, as medidas administrativas, as medidas de controlo ambiental e as medidas de proteção respiratória. É um problema real que implica uma reflexão quanto às medidas de controlo da infeção adotadas no desempenho diário das diversas funções dos profissionais de saúde. O CDC e a OMS recomendaram medidas de controlo de infeção, tais como, salas de isolamento respiratório com pressão negativa para os doentes com tosse produtiva e uso de equipamento de proteção individual respiratório, ou seja, o uso de máscara. Importa ainda realçar que o risco de contaminação dos profissionais envolvidos nos cuidados aos doentes com tuberculose pulmonar é um problema à muito esquecido ou minimizado.

A transmissão da doença faz-se quase exclusivamente através do ar e a probabilidade do desenvolvimento de infeção é proporcional à concentração daquelas partículas no ambiente, ao volume de ar inalado e ao tempo de exposição. Apesar de todos os avanços científicos, a tuberculose pulmonar continua a constituir um grave, importante e atual problema de saúde pública tanto em Portugal, tal como no resto do mundo. Como tal, a pertinência desta temática é indiscutível. “A tuberculose, sendo a principal causa de morte provocada por uma doença infecciosa curável, é um problema global cuja dimensão, em números absolutos, continua a crescer em 2008” (DGS, 2010:5). “Portugal tem um ritmo de decréscimo mais acentuado (-7%/ano), mas permanece entre

os países de incidência intermédia” (DGS, 2010:7). “Portugal, com 24 casos/100 mil habitantes em 2009, menos 8% que em 2008, tem um decréscimo anual médio de 7,3%” (DGS, 2010:2). “Em 2009 foram diagnosticados 2756 casos de Tuberculose, incluindo casos novos e retratamentos,” (DGS, 2010:9).

## MÉTODOS E ESTRATÉGIAS

Este capítulo tem como principal objetivo identificar quais as medidas a implementar para garantir a segurança dos doentes e profissionais de saúde em situação de Tuberculose Pulmonar, de forma a diminuir o risco de transmissão do Bacilo de Koch, através da análise de estudos realizados entre 2008-2012.

Para tal foi efetuada a seguinte questão: **Que medidas são necessárias implementar para garantir a segurança dos doentes e profissionais de saúde em situação de Tuberculose Pulmonar, de forma a diminuir o risco de transmissão do Bacilo de Koch?** De modo a dar resposta a esta pergunta foram efetuadas pesquisas, segundo critérios de inclusão e exclusão definidos, que estão explicitados no seguinte quadro (Quadro 1).

Quadro 1 – Critérios de Inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser um estudo empírico de paradigma dedutivo ou indutivo;</li> <li>• Apresentar informação ao nível dos parâmetros considerados imprescindíveis de avaliar: População de interesse (P), Intervenções (I), Comparações (C), Resultados (O), Tipo de Estudo (S), bem como o autor (es), o ano e o país;</li> <li>• Ter sido publicado entre 2008-2012;</li> <li>• Ser referente às medidas que são necessárias implementar para garantir a segurança dos doentes e profissionais de saúde em situação de Tuberculose Pulmonar, de forma a diminuir o risco de transmissão do Bacilo de Koch.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser uma revisão da literatura (meta-síntese/meta-análise);</li> <li>• Ser uma dissertação ou tese.</li> </ul>

Para a realização da pesquisa dos estudos relevantes foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Pulmonary Tuberculosis, Health Professionals, Prevention. As bases de dados pesquisadas foram a EBSCO e B-On e Google Académico.

No total foram identificados, pelo título, 20 artigos que se encontraram pertinentes para este estudo. Através da leitura do *abstract*, e aplicado os critérios de exclusão e inclusão, rejeitaram-se 10 artigos. Por meio da leitura integral de cada artigo foram excluídos 4 artigos e deste modo, aceitaram-se 6 artigos para a revisão da literatura.

Após a leitura integral destes 6 artigos foi identificado o ano o país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo, sendo que a síntese de cada um deles se apresenta, na Tabela 1.

<b>Autor(e)s/ ano/país</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados (Outcomes)</b>	<b>Tipo de Estudo</b>
Lorenzi e Oliveira (2008) Brasil	100 mil habitantes do Município de São Paulo, do ano 2004, a partir dos 0 anos de idade.	Avaliou-se a incidência de tuberculose (todas as formas) entre trabalhadores de enfermagem do município de São Paulo, comparando-a com a da população geral no ano de 2004, para se calcular o risco de tuberculose e descrever o número de indivíduos notificados no local de trabalho, através do <i>EPI-TB (CVE-SP) - banco de dados dos pacientes residentes na</i>	Os coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes foram: 114 para enfermeiros, 65 para técnicos, 75 para auxiliares e 61 para a população geral. O número total de casos de tuberculose tendo em conta o número de participantes no estudo, foi 6572, sendo a faixa etária com maior incidência a dos 20-29 anos de idade. No local de trabalho foram notificados 14 enfermeiros, 4 técnicos, 44 auxiliares e 3 administrativos.	Estudo Quantitativo (Exploratório)

		<i>cidade de São Paulo e do Cadastro de profissionais inscritos no Coren-SP.</i>		
Costa, Trajman, et al (2009) Brasil	599 Profissionais. 406 Profissionais foram avaliados no primeiro período (1999-2001) e 193 no segundo período (2002-2003).	Foi feita uma avaliação sobre o impacto de medidas administrativas de controlo de transmissão de Tuberculose num Hospital Universitário no Rio de Janeiro, através da realização da <i>Prova de Tuberculina nos profissionais deste Hospital.</i>	<p>Durante o primeiro período (1999-2001) foram observados 25 provas de mantoux positivas, sendo que 24 foram positivas após repetição do teste e 1 foi positiva logo na primeira prova. No segundo período foram observadas 15 provas positivas. 11 delas foram observadas após repetição do teste.</p> <p>Observou-se uma redução significativa de provas de tuberculose positivas, em unidades de cuidados intensivos e em enfermarias.</p> <p>Observaram-se reduções significativas entre médicos e enfermeiros.</p> <p>A ausência de cicatrizes da BCG e de história de exposição à tuberculose pulmonar, no hospital, foram associados com uma diminuição do teste cutâneo positivo.</p> <p>32 Profissionais de saúde tinham tuberculose ativa, da qual, 22 tinham tuberculose pulmonar, 4 tinham tuberculose pleural e 6 tinham tuberculose extrapulmonar. 5 Destes 32 profissionais, tinham feito a prova de tuberculina. Entre estes, 3 com prova positiva. Num deles foi diagnosticada tuberculose ativa através da prova de tuberculina, mas negativa através de testes sanguíneos.</p> <p>As medidas de controlo de infeção por tuberculose que foram implementadas, reduziram significativamente o risco anual de contaminação por tuberculose. No entanto, constata-se que foram as medidas de autoproteção, administrativas e pessoais, que foram responsáveis pela diminuição de casos positivos. Pois foi só em 2004 que foi implementada uma medida de engenharia, ou seja, a construção de um quarto de pressão negativa na unidade de cuidados intensivos.</p>	Estudo Quantitativo

Costa, Sá, et al (2010) Portugal	5414 Profissionais de Saúde do Hospital de São João (Porto).	<p>Realizou-se um programa de rastreio nos profissionais de saúde, entre 2005-2009, de acordo com as últimas diretrizes dos <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>, 2005 (CDC) e com base na relação entre o número de camas e os pacientes diagnosticados com tuberculose. Foi feita uma entrevista padronizada, com radiografia ao tórax, IGRA e prova de mantoux positivos e medição da pápula da prova de mantoux.</p>	<p>5209 Realizaram a prova de mantoux e 234 não a realizaram por já terem história prévia de tuberculose pulmonar ativa. Destes 234, 33 não sabia o ano do diagnóstico e 88 relataram que contraíram a doença antes de trabalharem como profissionais de saúde e 113 após iniciarem a sua profissão.</p> <p>Com base na avaliação clínica e tórax, nenhum destes 234 profissionais de saúde tinha tuberculose ativa no momento da triagem.</p> <p>Desde 2005, foram diagnosticados 53 casos de tuberculose ativa, dos quais 19 ocorreram em 2005. Este foi também o ano com a maior taxa de tuberculose ativa na população de rastreio. O número de profissionais de saúde, com tuberculose ativa, diminuiu nos anos seguintes.</p> <p>Na probabilidade de um teste de tuberculina maior ou igual a 10 mm, os médicos ocupam o segundo lugar mais baixo entre todos os profissionais de saúde rastreados. No entanto, no que diz respeito à probabilidade de tuberculose ativa, esta era mais elevada nos médicos, seguida dos enfermeiros.</p> <p>O IGRA foi interpretado em 1686 profissionais de saúde, sendo que para 13, foi indeterminado. De 1682 profissionais de saúde com IGRA determinado, 558 foram positivos. A probabilidade do IGRA positivo aumentou com o diâmetro da prova de tuberculina. No entanto, mesmo com um diâmetro superior a 15 mm, apenas 49,2% destes profissionais teve resultados positivos de IGRA.</p> <p>A tuberculose pulmonar entre os profissionais de saúde é alto.</p> <p>No hospital onde este estudo se realizou, o número médio de admissões por tuberculose, como diagnóstico primário, foi 258 por ano, dando uma razão de 17.2 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) infetados e assim classificamo-lo como um hospital de</p>	Estudo Quantitativo (Análise Estatística)
----------------------------------	--	---	--	---

			<p>risco moderado.</p> <p>Em nosso estudo, a distribuição de casos de tuberculose não foi uniforme ao longo dos anos.</p> <p>Desde a implementação deste programa de rastreio, tem havido uma redução significativa dos casos de tuberculose.</p>	
Costa, Silva, Ferreira e Nienhaus (2011) Portugal	6112 Profissionais de Saúde, sendo 4443 mulheres e 1669 homens, com tuberculose ativa, identificados entre 2005-2010 no rastreio de medicina do trabalho, no Hospital de São João (Porto).	<p>Efetou-se o rastreio através de microscopia direta ou cultura; através da observação de sinais e sintomas clínicos de tuberculose pulmonar, tais como, tosse, expetoração, hemoptise, dor torácica, fadiga, anorexia, febre e sudorese.</p> <p>Também o despiste do granuloma necrosante, através da histologia e achados radiológicos e o teste de tuberculose (prova de mantoux) ou IGRA, tendo em conta os critérios dos <i>Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</i> e os questionários quanto aos sintomas.</p>	<p>Determinaram três tipos de risco de exposição.</p> <p>O risco de exposição a tuberculose pulmonar era baixo em 687 (11,2%) dos profissionais de saúde avaliados. Era moderado em 4008 (65,6%) e alto/contínuo em 1417 (23,2%).</p> <p>A média de idades era 38 anos e a experiência profissional rondava os 12 anos.</p> <p>Dos 6112 profissionais de saúde avaliados, 3721 (69,9%) tinham sido vacinados com BCG.</p> <p>No preenchimento dos questionários relativo aos sintomas, 207 (3,4%) dos profissionais de saúde relatam sintomas respiratórios ou gerais.</p> <p>Das 3276 radiografias de tórax realizadas, 108 (3,3%) revelaram alterações.</p> <p>Durante o estudo houve 62 casos de tuberculose ativa e o pico de incidência ocorreu entre 2005/2007. Destes, 43 casos foram de tuberculose pulmonar (sendo 2 casos multirresistentes), 15 de tuberculose pleural, 2 de tuberculose de linfonodos cervicais, 1 de tuberculose pericárdica e 1 de tuberculose cutânea.</p> <p>De acordo com os locais de trabalho, 4 (6,5%) trabalham em setores de baixo risco, 40 (64,5%) trabalham em setores de risco moderado e 18 (29%) trabalham em setor de alto risco.</p> <p>De acordo com a distribuição em grupos de profissionais, 22 (35,5%) eram médicos, 21 (33,9%) eram enfermeiros, 9 (14,5%) eram auxiliares de enfermagem, 5 (8,1%) eram técnicos e 5 (8,1%) tinham outros cargos.</p>	Estudo Quantitativo (Descritivo)

Sissolak, Marais e Mehtar (2011) Africa do Sul	20 Enfermeiras de um Hospital Académico de nível terciário, em Cape Town, na Africa do Sul	Foi realizada a pesquisa de fatores que influenciam a infeção, prevenção e controlo da tuberculose em práticas hospitalares, a partir das experiencias dos enfermeiros. Esta pesquisa teve como objetivo identificar os riscos potenciais, que se associam à transmissão nasocomial e enfatizar o papel crucial que os enfermeiros desempenham no controlo da tuberculose, através de uma entrevista semi-estruturada.	A amostra era construída por enfermeiras (sexo feminino) com uma média de idades de 38 anos e trabalhavam no serviço atual há 10 anos. As enfermeiras expressam preocupações sobre o possível risco de transmissão da doença para os doentes e profissionais. A falta de instalações de isolamento e equipamentos de proteção, bem como a falta de uma política de prevenção e controlo de infeção por tuberculose, falta de ações de formação para atuar em caso de tuberculose, tanto para profissionais como para doentes e a carga excessiva de trabalho por parte dos enfermeiros, influenciam a prestação de cuidados em caso de tuberculose. A prestação de cuidados também é influenciada por muitas das pessoas infetadas recorrerem aos curandeiros, procurando mais tardiamente cuidados hospitalares, bem como por terem uma baixa adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção por tuberculose.	Estudo Qualitativo (fenomenológico)
Mathewa, Davidab, Thomasab, et al. (2012) Índia	6003 Profissionais de Saúde de um Hospital Universitário de nível terciário na Índia, selecionados aleatoriamente.	Verificou-se a epidemiologia da tuberculose entre os profissionais de saúde de um Hospital Universitário de nível terciário na Índia.	De Novembro de 1994 a Dezembro de 2004, 141 profissionais de saúde desenvolveram tuberculose, sendo que 101 continuaram a trabalhar. Destes profissionais, 38 tinham tuberculose pulmonar, 24 obtiveram baciloscopia pulmonar negativa e 39 apresentaram tuberculose extrapulmonar (17 casos em de tuberculose dos gânglios linfáticos, 5 casos de tuberculose genito-urinária, 6 casos de tuberculose disseminada, 5 casos de tuberculose da coluna vertebral/osso, 3 casos de tuberculose abdominal e 3 casos de meningite e tuberculose). Foram realizadas culturas bacteriológicas em 80 profissionais que continuaram ao trabalho. A principal amostra para as culturas foi a expetoração (43 casos), seguiu-se a	Estudo Quantitativo (caso-controle)

			<p>biópsia pleural (12 casos), depois a biópsia dos gânglios linfáticos (9 casos) e por último, colheita do líquido cefalorraquidiano (4 casos). De todos estes casos houve cultura positiva em 45.</p> <p>Havia 3 pacientes com tuberculose multirresistente. Um deles era secretário de unidade no departamento de microbiologia, outro era uma técnica da medicina respiratória e o outro era uma enfermeira.</p> <p>Foi realizada biópsia em 46 casos, onde 43 revelaram um diagnóstico sugestivo de tuberculose. O diagnóstico definitivo demorou 37,9 dias.</p> <p>A incidência da tuberculose ocorreu em 314 casos por 100.000 profissionais de saúde.</p> <p>Durante este período, a incidência de baciloscopia positiva na tuberculose pulmonar foi de 111 casos por 100.000 profissionais e 148 casos por 100.000 profissionais na tuberculose extra-pulmonar.</p>	
--	--	--	--	--

### **APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Após a avaliação crítica dos estudos empíricos verificou-se que, um é Quantitativo de análise estatística, outro é um estudo Quantitativo descritivo, outro é um estudo Quantitativo e outro é um estudo quantitativo exploratório e outro é um estudo quantitativo caso-controle e, por fim, outro é um estudo qualitativo fenomenológico. Quanto aos anos de publicação dos estudos, constatou-se que um é de 2008, outro de 2009, outro de 2010, dois de 2011 e um de 2012, sendo que dois foram realizados em Portugal, outros dois no Brasil, um na Índia e outro na África do Sul. Quanto ao número de participantes variou de 100.000 a 20. O tema principal dos seis artigos é referente às medidas de prevenção e controlo dos riscos da tuberculose pulmonar em profissionais de saúde.

Para responder à minha questão estes seis artigos selecionados são bastante pertinentes, uma vez que os resultados obtidos nestes estudos (Tabela 1) explicitam quais as medidas que são necessárias adotar para prevenir a propagação do *Mycobacterium tuberculosis*.

COSTA, et al (2010) realizou no seu estudo um programa de rastreio nos profissionais de saúde, entre 2005-2009, de acordo com as últimas diretrizes do CDC (2005) e *com base na relação entre o número de camas e os doentes diagnosticados com tuberculose*. Para tal, realizou uma entrevista padronizada; radiografia ao tórax, se IGRA e prova de mantoux positivos; e medição da pápula da prova de mantoux.

Também entre 2005-2010 foi realizado um rastreio para detetar casos de tuberculose. Para além das intervenções anteriormente referidas, foi também realizada microscopia direta ou culturas, observação de sinais e sintomas clínicos de tuberculose pulmonar (tosse, expetoração, hemoptise, dor torácica, fadiga, anorexia, febre e sudorese) e análise dos tecidos para despiste de granuloma necrosante. (Costa, et al, 2011). O impacto da tuberculose em profissionais de saúde em Portugal é elevado. Médicos e enfermeiros são os profissionais de saúde com maior risco de desenvolver tuberculose ativa, principalmente nos primeiros anos de exposição. Tal como descreve Lorenzi e Oliveira (2008), ao referirem que, os enfermeiros na faixa etária dos 20 a 29 anos.

## CONCLUSÃO

Após a realização deste trabalho pode concluir-se que o impacto da tuberculose em profissionais de saúde da região norte de Portugal, nomeadamente do Porto (Hospital de São João), do Brasil (Rio de Janeiro e São Paulo), da Índia (Hospital Universitário) e da África do Sul (Hospital Académico) é elevado, principalmente na faixa etária dos vinte aos vinte e nove anos. Os médicos e enfermeiros têm um risco aumentado de desenvolver tuberculose ativa, principalmente nos primeiros anos de exposição. De igual modo, parece também, que os enfermeiros apresentam uma incidência da doença superior, não apenas em relação aos demais técnicos e auxiliares, mas também face à população em geral.

Por outro lado, e face ao local de trabalho, foram os setores de risco moderado, aqueles que apresentaram maior número de casos de tuberculose ativa entre os profissionais de saúde avaliados.

A falta de instalações de isolamento e equipamentos de proteção, bem como a falta de uma política de prevenção e controlo de infeção por tuberculose, falta de ações de formação para atuar em caso de tuberculose, tanto para profissionais como para doentes

e a carga excessiva de trabalho por parte dos enfermeiros, parecem também poder influenciar, em alguns casos, a prestação de cuidados em caso de tuberculose.

Um outro aspeto a ter em linha de conta, em alguns contextos, parece ser o impacto negativo de uma procura tardia dos cuidados hospitalares por parte das pessoas infetadas, bem como, a baixa adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção por tuberculose.

Assim, neste seguimento, torna-se fulcral a intervenção precoce no sentido de controlar a transmissão da doença, através da adoção de medidas coletivas, ou seja, a rápida identificação de casos de suspeita de tuberculose ativa ou de casos confirmados da doença; a rápida implementação de precauções na qualidade do ar; o uso de máscara por parte do doente; o uso do respirador de partículas por parte dos profissionais de saúde; a sua formação contínua e a adequação dos serviços de internamento de modo a promover o isolamento dos doentes.

Importa referir que em alguns casos, e comparativamente com a implementação de medidas de engenharia, isto é, a construção de quartos de pressão negativa na unidade de cuidados intensivos, parece que as medidas de autoproteção, administrativas e pessoais, revelam uma maior influencia na diminuição de casos positivos da doença em causa.

Em alguns dos estudos consultados tornou-se evidente que a adoção de medidas de controlo da infeção, onde se inclui o rastreio, parece ter um impacto significativamente positivo na redução do risco anual de contaminação por tuberculose, entre os profissionais de saúde. Neste sentido, o facto de o enfermeiro ter presente as medidas de controlo do risco de transmissão da tuberculose, permitir-lhe-á proteger-se a si próprio e aos outros, sendo por isso de extrema importância a formação ao longo da vida.

## 2- PERCURSO CURRICULAR PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

*“Tirar uma lição de uma experiência é, necessariamente, tomar consciência e explicar o que a constitui, de maneira a fazê-la um objeto de reflexão que modifique a ação futura.”*

*Pierre Vermersh*

O alvo de intervenção dos cuidados de enfermagem na área da especialização é o doente crítico/emergente e a família, percebidos como um todo na sua relação com os eventos significativos e a comunidade onde está inserida.

Os diferentes campos de estágios realizados visaram especificamente o desenvolvimento de competências para assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico, como previsto no regulamento geral do curso. Neste contexto, irá-se-á descrever e refletir sobre os diferentes módulos desenvolvidos. A reflexão sobre o desempenho permitiu consolidar conhecimentos. A aprendizagem é um processo de formação, contínuo que visa posteriormente por em prática conhecimentos fiáveis, credíveis e científicos. Como nos refere COLLIÉRE (1999: 202) a formação deve ser acompanhada de reflexão. Desta forma, estamos aptos a difundir o conhecimento de forma a ir de encontro às necessidades das pessoas.

Cada aluno é responsável pelo seu processo de formação e dirigente da sua própria aprendizagem. Toda a formação visa o desenvolvimento de competências nos vários domínios do conhecimento, o que pressupõe que façamos uma reflexão sobre as nossas ações, pois ao meditarmos iremos compreender a razão da nossa aprendizagem. “O valor de uma profissão não pode basear-se senão na valorização do seu conteúdo profissional, do seu contributo específico e insubstituível para a saúde da população”. (Hesbeen, 2000:75). Neste âmbito proceder-se-á à descrição de cada módulo de estágio onde será feita uma pequena abordagem de cada etapa da aprendizagem passando para a descrição e reflexão sobre os objetivos delineados em cada um.

A Profissão de enfermagem pode ser definida como a arte do cuidar, cujo centro da sua ação está na relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente/ família. Cada doente é um ser único e individual, que tem características próprias, logo o enfermeiro necessita de desenvolver as suas capacidades para responder com competência às necessidades de

cada Pessoa. Estas necessidades podem alterar-se de um momento para o outro, pelo que o enfermeiro deve estar apto a lidar e a resolver situações de imprevisibilidade. Muitas destas situações implicam uma transição de um estado de saúde para um estado de doença.

Segundo MELEIS (1997), a enfermagem não lida apenas com a transição de um indivíduo, família ou comunidade de forma isolada do ambiente. A forma como os seres humanos se adaptam à transição e a forma como o ambiente afeta essa adaptação, são questões fundamentais para a enfermagem. O enfermeiro procura assim maximizar os recursos do utente, para a sua recuperação para níveis ótimos de saúde, conforto e autorrealização. Todas as pessoas passam por momentos de instabilidade ao longo da vida, que podem produzir alterações profundas nas suas vidas e trazer implicações importantes para o seu bem-estar. Assim sendo, a transição é definida por uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro (Meleis, 1986). É invariavelmente relatada como um período de mudança e desenvolvimento. Em muitos casos a transição é iniciada por situações que ultrapassam o controlo individual, como é o caso da transição saúde/doença. No entanto, a transição pode ser vista como algo positivo, pois implica que a pessoa chegou a um período de maior estabilidade em relação ao que viveu anteriormente.

As transições não são vivenciadas de forma uniforme por todas as pessoas, pois dependem da condição física, emocional, social e cultural de cada um. É o enfermeiro que, em interação constante com a pessoa, deve avaliar as necessidades e recursos da mesma, evitando o desequilíbrio que uma transição provoca em quem a vivência. (Meleis, 1997).

Assim, segundo MELEIS, o enfermeiro interage (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doença (utente de enfermagem), o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição); A interação enfermeiro/doente está organizada à volta de algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística) e os enfermeiros usam algumas ações (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar.

O enfermeiro tem um papel muito importante na facilitação dos processos de transição para que o indivíduo alcance a maior sensação de bem-estar. Este é um processo que ocorre no tempo, que implica desenvolvimento e movimento, cuja mudança tem uma natureza que varia em função do tipo de transição.

Este papel do enfermeiro, só é possível se existir construção de saberes. Estes advêm em grande parte da experiência clínica, da observação e da reflexão sobre a prática. Assim, associada à noção de desempenho profissional perante a imprevisibilidade está associada a competência.

LE BOTERF (2003), define a competência como um saber agir em situação, de modo pertinente e no momento oportuno, fala de um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos não só através da formação, como também, de todos os conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida e que se manifestam nos contextos de trabalho específicos. Para este autor, a competência não se circunscreve unicamente «a um saber», reforçando o facto de a mesma não ser o tal somatório de saberes, mas sim, o referido, saber agir (ou saber fazer em situação, em ação) que abarca três elementos fundamentais. Saber mobilizar, numa situação concreta, os conhecimentos ou capacidades adquiridas através da formação.

Um saber integrar, tendo em consideração os múltiplos conhecimentos e os múltiplos saber-fazer. A competência exige capacidade de organizar, selecionar e integrar o que pode vir a ser útil para se conseguir executar uma atividade/cuidado, ou conduzir um projeto com sucesso.

E por fim, um saber transferir, pois toda a competência deverá poder-se transferir e adaptar, não ficando sujeita à execução de uma única atividade. Ser competente exige mais do que ser um bom executante.

## 2.1 MÓDULO III – CCI

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) assumem uma grande importância em Portugal e no resto do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que as IACS dificultam o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecidas como uma causa importante de sofrimento físico e psicológico dos doentes, morbidade, mortalidade, bem como, do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (PNCI Associada aos Cuidados de Saúde, p.4, 2007).

O último inquérito de prevalência de infeção realizado pela OMS em 55 hospitais de 14 países revela que 8,7% dos doentes internados tem possibilidade de adquirir uma IACS, constituindo-se uma das maiores causas de morte em todo o mundo (DGS, 2007).

A nível europeu a prevalência das IACS varia entre 5 a 10% na maioria dos países (DGS, 2007). Já em Portugal, segundo a DGS (2010), no último inquérito nacional de prevalência efetuado em 97 hospitais, obteve-se uma prevalência de doentes com IACS de 11,7%. Se compararmos com o estudo produzido em 2009 em que se identificou uma prevalência de 9,8% de doentes com IACS, podemos constatar que se verificou um preocupante aumento dessa prevalência.

Os principais objetivos da CCI passam por prevenir, detetar, avaliar e controlar as infeções na instituição hospitalar, através da vigilância epidemiológica (VE) e elaboração de normas e recomendações para a prevenção e controlo da infeção. Outra das áreas nobres da comissão é a promoção e colaboração em ações de formação/informação nesta área, direcionada a todos os profissionais prestadores de cuidados.

A CCI do Hospital de Faro EPE está localizada no terceiro piso do edifício Central. É constituída por três grupos distintos: um núcleo executivo (composto por um coordenador, uma enfermeira chefe, uma enfermeira especialista e uma assistente técnica), um núcleo de apoio técnico consultivo e um núcleo de membros dinamizadores, conforme estabelecido pela DGS na Circular Normativa nº 18 de 2007. A CCI deste hospital, em concordância com o suprarreferido, tem como objetivos prevenir, detetar e propor medidas de controlo das infeções, articulando-se com os vários departamentos, serviços e unidades funcionais, sendo o seu plano de ação delineado em função das diversas necessidades e realidades da instituição, tendo por base as diretrizes e objetivos do PNCI. Importa ainda realçar que semanalmente existe uma reunião com todos os membros do núcleo executivo de forma a planear e re/organizar áreas temáticas pertinentes, delineando estratégias de atuar face a um determinado problema.

Inicialmente, consultou-se os protocolos existentes na CCI e o seu projeto de formação, assim como, o plano de atividades e o regulamento da CCI para 2012. Os horizontes expandiram-se, assim, para questões práticas e procedimentos que, até àquela data, não tinham uma importância tão presente quanto deveriam. A questão do controlo das IACS é, pois, um tema com uma importância notável para a prática de cuidados de saúde de excelência. Wilson (2003), comprova efetivamente que, quer no doente afetado, quer nos prestadores de cuidados de saúde, as infeções contraídas em consequência dos

cuidados prestados têm um enorme impacto para o doente, já que esta transmissão de infecção representa, naturalmente, um adiar da sua recuperação.

Importa conhecer todos os protocolos, todas as normas assim como regulamentos para poder efetivamente atuar em concordância. O conhecimento sobre medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar tem que estar cimentado para assim permitir orientar os profissionais de saúde a lidarem com os mais variados tipos de infecção, assim como detetar inconformidades.

Posteriormente, foi possível, em conjunto com a enfermeira orientadora, rever algumas normas referentes ao serviço de Oncologia e Medicina 2, o que foi uma mais-valia para a aprendizagem. Desta forma, foi possível a aprendizagem da correta elaboração de uma norma e tudo o que deve conter, para que a prestação de cuidados possa ser uniformizada e, assim, posteriormente, submetida a auditorias. A base são as regras emanadas das recomendações da DGS. Assim, uma norma deve conter toda a informação pertinente referente a uma temática com o objetivo de uniformizar práticas e comportamentos. A elaboração de normas é de extrema importância nesta área.

Foi também possível a visita a vários serviços do hospital, tendo-se denotado o facto de apesar de ser um hospital já com alguns anos, várias modificações terem sido efetuadas, com a intervenção da CCI, no sentido de prevenir o aparecimento de infeções, tais como, a colocação de vários pontos de água com lavatórios para a higienização das mãos. Concretamente, nas enfermarias e noutros locais onde deles havia necessidade e de bancadas com lavatórios nas salas de sujos para se poder lavar e desinfetar o material que não vai para a esterilização. É, pois, papel da CCI identificar áreas problemáticas e implementar medidas de melhoria. Para que isto aconteça é necessária a intervenção contínua da CCI diretamente nos serviços, por este motivo, as visitas aos serviços deve ser uma constante.

Neste seguimento, foi também possível visitar o serviço de esterilização e aí pôde observar todo o circuito pelo qual passam os dispositivos médicos até voltarem novamente aos serviços. Importa estar mais alerta à forma como manusear o material, identificar marcadores biológicos e identificar dispositivos que são para esterilizar e os que são para lavagem e desinfeção, verificando o método de esterilização utilizado quer o físico ou o químico.

Ainda neste âmbito, houve a oportunidade de conhecer outros serviços deste hospital, quando do acompanhamento da enf<sup>a</sup> orientadora na recolha dos resultados do laboratório e transmissão dos dados sobre as infeções existentes nos serviços para que se pudessem adotar as medidas de precaução adequadas. Esta experiência de acompanhamento da Vigilância Epidemiológica (VE) terá sido muito útil e importante para a aprendizagem, já que permitiu o conhecimento das infeções encontradas e como eram verificados os dados para saber se a infeção tinha sido adquirida no hospital ou se já vinha da comunidade.

A VE é pois, uma área fundamental para a prevenção e controlo das IACS nas várias instituições. Esta consiste na recolha, registo, análise, interpretação e divulgação de dados referentes a doentes e infeções, processos ou eventos adversos não infecciosos. O intuito é de implementar medidas adequadas à prevenção e controlo, através do aconselhamento de estratégias de atuação em casos de surtos de infeção/colonização de microrganismos epidemiologicamente importantes. Acarreta ainda, recomendar as respetivas medidas de isolamento adicionais. Trata-se de um processo de observação contínua ativa e sistemática de uma ocorrência e distribuição da doença numa determinada população. Inclui a análise e divulgação dos resultados implementando medidas de melhoria. Deste modo, contribui para a vigilância das IACS e microrganismos epidemiologicamente importantes. Segundo as autoras FRANÇA, RESENDE, e SANTOS (2005:16) a CCI “deve estar apta para fornecer orientação técnica contínua, para tomada de decisão na indicação, priorização, execução e medida do impacto das ações de prevenção e controlo.”

A formação é outra área de grande relevância na CCI. “Os programas de formação devem abranger os profissionais... A formação deve ser dirigida às políticas, procedimentos e práticas que orientam o plano operacional da unidade de saúde.” (DGS, 2008:63)

Nesta área surgiu a oportunidade de assistir a uma ação de formação sobre a higiene das mãos feita para assistentes operacionais, que se considerou muito importante para todos. É importante uniformizar práticas e medidas que podem levar a uma diminuição das infeções. Estas intervenções têm um papel fundamental na diminuição dos custos hospitalares assim como na redução de riscos. Esta formação foi elaborada pelos membros dinamizadores da CCI os quais solicitam a colaboração da CCI na revisão de conteúdos. Na unidade hospitalar onde a autora deste relatório exerce funções os preâmbulos são diferentes. A parte teórica é efetuada pelas colegas da CCI e distribuída

para os membros dinamizadores para sua divulgação. Existe previamente uma formação efetuada apenas para estes elementos. Assim, parece que o método utilizado na CCI do HF é deveras mais eficaz, pois implica que os membros dinamizadores efetuem uma pesquisa aprofundada das temáticas. A participação dos elementos da CCI também oferece segurança na divulgação das temáticas permitindo o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surjam.

Participou, ainda, numa formação para assistentes operacionais, em que o tema era Formação Inicial para assistentes operacionais, na prevenção e controlo da infeção. Foi notório o interesse e motivação de todos os que participaram nos temas abordados na formação. Esta abordagem inicial além de incutir práticas corretas também acresce mudanças de comportamentos/attitudes, isto é, sendo a mensagem bem captada esta será passada aos outros colegas que já tinham adquirido comportamentos inadequados.

As atividades formativas periódicas são de grande importância quer na atualização de temáticas, novas recomendações, quer para cimentar conhecimentos. Os membros dinamizadores são peças importantes na divulgação das diferentes temáticas interagindo sempre em consonância com as normas e protocolos da instituição, emanadas pela CCI. Estes fazem a ligação entre o respetivo serviço e a CCI, esclarecendo dúvidas específicas de cada unidade.

### **1º Objetivo – Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível da prevenção e controlo da infeção hospitalar.**

Para a concretização deste objetivo delineou competências que foram fundamentais para o desenvolvimento, assim como as atividades inerentes para atingir este objetivo, que foram diversas.

A observação direta, a participação e colaboração nas diferentes atividades desenvolvidas pela equipa da CCI mantiveram-se uma constante. Participou ativamente na utilização do protocolo de vigilância da infeção nosocomial da corrente sanguínea, microrganismos epidemiologicamente significativos e do *clostridium difficile*. Após a obtenção dos dados laboratoriais importa verificar, analisar, interpretar os mesmos. Posteriormente, interessa comunicar os resultados aos respectivos serviços. Nesta altura é necessário verificar/vigiar se as respetivas medidas estão a ser cumpridas de forma correta. Para agir em conformidade, é necessário uma consulta constante de protocolos/documentos para estar sempre apta a responder às exigências deste cargo. É

ainda importante, estar atenta à prescrição de medicação face às exigências de cada caso (clínicos). A CCI não pode descorar nenhum destes aspetos, a vigilância tem que ser uma realidade de forma a minimizar custos para a Saúde.

Ainda neste âmbito, teve lugar também a participação no Inquérito de Prevalência de IACS. Este inquérito de prevalência da infeção – HELICS. “É um estudo transversal com objetivo de avaliar a prevalência global da infeção nas unidades de saúde.” (DGS, 2010:24). A participação foi transversal a todos os serviços, isto é, a população incluída no estudo, no HF EPE, foram todos os doentes internados entre os dias 21 e 25 de maio de 2012. A sua intervenção foi acompanhar a recolha de dados. Estes são inseridos numa base de dados fornecida pela DGS, enviada para a mesma onde será efetuado o tratamento de dados. É um inquérito efetuado a nível nacional que após o tratamento estatístico de todos os dados irá emanar resultados importantes nomeadamente poder comparar instituições de saúde a nível nacional. No último inquérito a DGS (2010: 3) concluiu-se que “os principais fatores de risco extrínseco foram a presença de dispositivos invasivos.” Conclui-se ainda, que 66% dos microrganismos isolados nas infeções nosocomiais são *Staphylococcus spp*, *E coli* e *pseudomonas aeruginosa*.

Relativamente à área de consultadoria e apoio, teve a oportunidade de colaborar numa comissão de escolha de produtos, onde esteve presente ainda uma das enfermeiras da CCI do HF EPE. Aqui procedeu-se à análise e avaliação da qualidade, indicações e custos dos produtos. A destacar a escolha dos produtos de limpeza a ser utilizados na instituição, a qual mereceu uma seleção mais pormenorizada, de acordo com a realidade do mesmo. Segundo a DGS (2008:74) “Dar parecer sobre critérios de prevenção e controlo de infeção e especificações técnicas, a incluir nos cadernos de encargos para a compra de serviços, nomeadamente nas áreas hoteleiras” é uma das funções específicas dos membros da CCI. Esta colaboração cimentou, mais uma vez, a importância da CCI que muitas vezes é tão irrelevante no parecer de muitos colegas. De realçar que até então, esta era também para a autora, era uma área de pouco interesse, advindo daqui a sua vontade expressa de conhecer mais profundamente o trabalho desenvolvido nesta área.

Na área de recomendações de boas práticas em controlo de infeção, procedeu-se à revisão da norma de procedimento “Inserção do CVP e administração de fluidos” reformulando alguns aspetos nomeadamente na desinfeção do tabuleiro de punção. A

DGS divulga normas de orientação clínica, para promoção de boas práticas, de forma a garantir uma melhoria da segurança clínica e da qualidade dos cuidados. Cabe a cada unidade de saúde elaborar o seu Manual de boas práticas em prevenção e controlo de infeção. Não se pode descorar todas as condições de assepsia, higiene e segurança dos utentes e profissionais de saúde. A uniformização das práticas fornece um conjunto de padrões de referência para a execução de técnicas e procedimentos (DGS, 2010.32) que tem que ser transversal a toda a instituição. Conforme as especificidades de cada serviço existe normas específicas de cada unidade, tendo sempre por base as diretrizes imanadas pelo PNCI. Todas as normas devem ser revistas com uma periodicidade regular (3/3 anos) e de uma forma programada. Os avanços científicos não podem ser descorados das mesmas, por isso a necessidade da sua revisão.

A experiência profissional já havia demonstrado a importância das normas, no entanto, foi muito importante este contato para se perceber o interesse da participação de peritos na elaboração das mesmas, sendo certo que na prática diária se irá valorizar, sem dúvida, este aspeto como também se irá passar a mensagem e incutir nos pares a importância destas boas práticas. Aspetos como estes tão práticos são descorados no dia-a-dia dos profissionais. Cabe aos enfermeiros especialistas alterar comportamentos, incutindo e praticando padrões de referência com base na evidência.

Ao nível da comunicação com os pares, as Enfermeiras da CCI têm um campo privilegiado. São solicitadas constantemente para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com as boas práticas no que concerne à prevenção e controlo da infeção ao nível dos cuidados de enfermagem. Teve oportunidade de colaborar nesses esclarecimentos, nomeadamente no que se refere a dúvidas de estratégias e medidas de controlo de infeção (isolamentos – quando e que tipo, tipo de equipamento de proteção individual, a deslocação deste tipo de doentes qual os procedimentos corretos a ter, etc.).

Após a necessária pesquisa bibliográfica verificou-se uma melhoria no à vontade que nesta área, tendo sido possível demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de prevenção e controlo das IACS. Para atingir esta competência, delineada em projeto, foi necessário um esforço acrescido que no final se tornou bastante gratificante. Como enfermeira especialista que tem um papel importante no desenvolvimento, aconselhamento de práticas corretas, este estágio, sem dúvida, que desabrochou os horizontes e demonstrou a importância da atualização científica nesta área pois diariamente há que esclarecer dúvidas e prestar assessoria técnico-científica.

No âmbito da formação, foi possível assistir-se à formação periódica feita pela CCI sobre prevenção e controlo de infeção. Nesta formação a temática foi comunicar as taxas de infeção ao nível dos microrganismos epidemiologicamente sensíveis, das IACS e do *Clostridium difficile*. Esta cumpre um dos objetivos da CCI. É deveras importante que cada serviço tenha conhecimento das suas taxas de infeção dando reforço ao trabalho desenvolvido pela equipa no controlo de infeção. Os reforços positivos são essenciais para reconhecer o trabalho realizado pelas equipas, assim como motivar as mesmas a manter e melhorar comportamentos. “As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos.” (Pina et al, 2010:27).

A formação e informação é uma das áreas fundamentais na CCI. “Os conteúdos devem ser definidos e adaptados às atividades de cada unidade.” (DGS, 2010:36). No desenvolvimento das capacidades como enf<sup>a</sup> especialista, compreender e demonstrar capacidade para transmitir a importância do papel da CCI é de extrema importância. As oportunidades que foram concedidas, nesta área, enaltecem pois essas competências. Esta panóplia de atividades desenvolvidas aumentou também o nível de instrução, em cada uma das áreas de intervenção da equipa de enfermagem na CCI. Com tudo isto, foi ainda possível desenvolver simultaneamente atividades para a concretização dos objetivos pré definidos.

Será útil também realçar o facto da colaboração da assistente técnica ser importante, pois esta introduz os dados recolhidos pelas enfermeiras para posteriormente serem tratados estatisticamente. Desta forma, é possível dar visibilidade ao trabalho da comissão, assim como, à importância das medidas de controlo e prevenção de infeção implementadas. Com os dados de V.E visíveis para todos, podemos observar as intervenções em termos de controlo de infeção. Esta informação possibilita a comparação entre instituições sobre o impacto de determinada medida na prevenção da infeção.

**2º Objetivo – Contribuir para a segurança dos doentes e profissionais na situação de Tuberculose Pulmonar, de forma a diminuir o risco de transmissão do bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*).**

Esta temática, bastante atual, é uma das suas preocupações enquanto enfermeira de um serviço de medicina. Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas da tuberculose na União Europeia (DGS, 2007:1). Este problema real implica uma reflexão quanto às medidas de controlo da infeção adotadas no desempenho diário das diversas funções dos profissionais de saúde. As estratégias e medidas de controlo de infeção não podem ser esquecidas; (SissoLak Marais e Mehtar 2011). Por vezes, a prática descarta o “pormenor” e aqui foi possível dissecar passo a passo o que deve constituir uma prática de excelência no que concerne à prevenção e controlo da TP, de forma a diminuir os riscos de transmissão do bacilo de Koch. Segundo o CDC (2005) é essencial que os profissionais de saúde estejam despertos para esta problemática. A tuberculose permanece uma ameaça para os profissionais de saúde, sendo os enfermeiros e médicos o grupo mais atingido. (Costa e Sá et al, 2010).

Foi sem dúvida, um trabalho gratificante. Permitiu, mais uma vez, refletir sobre as práticas diárias dos enfermeiros e sobre a sua própria prática. Com este trabalho foi possível desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na prevenção e controlo da infeção, de forma a promover um ambiente seguro. Promoveu a segurança dos clientes, assim, como dos profissionais no âmbito da prevenção e controlo da infeção hospitalar no que diz respeito à transmissão do bacilo de Koch.

A realização de uma revisão sistemática da literatura sobre esta temática alterou perspectivas, pois constatou-se que os profissionais de saúde, mais especificamente, os enfermeiros e os médicos são os profissionais com a taxa mais elevada de contrair TP. Concluiu-se também que a intervenção precoce no controlo da TP é fulcral e que as estratégias e medidas de controlo de infeção são essenciais para prevenção da TP. De igual forma, conclui-se ainda que os sectores de risco moderado e alto são aqueles que apresentam maior número de casos de TP entre os profissionais de saúde e que a formação contínua dos profissionais de saúde é essencial. A adequação dos serviços de internamento com quartos de isolamento é importante, o rastreio é de extrema importância para a prevenção da transmissão da TP, entre os profissionais de saúde e por fim os enfermeiros devem ter sempre presente as medidas de controlo de risco, de transmissão da TP.

Neste âmbito, realizou-se uma ação de formação sobre TP em que se abordou as medidas de prevenção e controlo de infeção e as considerações a ter em conta no serviço de medicina 3. Esta necessidade surgiu no contexto de esclarecer os enfermeiros desta unidade sobre as estratégias e medidas de controlo de infeção a utilizar perante um doente com tuberculose ou suspeita. Este tema suscitava algumas incertezas entre os profissionais, sendo por isso de grande relevância neste contexto. As dúvidas no final da mesma foram esclarecidas, tendo todos os presentes captado a mensagem, o que se refletiu na avaliação positiva da sessão. Gostaria ainda de realçar que a enf<sup>a</sup> chefe do serviço valorizou bastante a mesma, referindo que foi uma mais-valia para a unidade. Deste modo, abordou-se uma área complexa promovendo a formação em serviço. Importa, ainda, salientar o quão gratificante e satisfatório foi por permitir refletir e discutir a importância da prevenção e controlo de infeção nesta instituição.

Apresentou também uma formação no serviço de pneumologia sobre esta temática. Sendo um serviço mais direcionada nesta área direccionou-se a formação sobre uma parte mais específica da tuberculose. Isto é, sendo uma unidade que tem presente diariamente doentes com esta patologia, apresentou-se os resultados da revisão sistemática. Comunicou as intervenções, os resultados e as considerações finais da pesquisa. É importante que os enfermeiros se apercebam que correm riscos diários. Deste modo, as medidas de controlo e prevenção da TP deverão sempre ser utilizadas de forma correta, não descorando nenhum aspeto. Na prática baseada na evidência, é notória a contaminação dos profissionais de saúde, sendo os enfermeiros e os médicos o grupo mais afetado. (Costa et al, 2010; Costa et al, 2009; Costa et al, 2011; Lorenzi e Oliveira, 2008; Sissolak, 2011; Mathew, 2012). Não é um utopia é uma realidade. Como enf<sup>a</sup> especialista é importante comunicar aspetos de investigação baseados na evidência.

As experiências para manter o bem-estar ou lidar com a doença são constantes ao longo da vida, pelo que se torna necessário promover a saúde e estimular comportamentos que levem ao alcance do bem-estar.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, permite ao enfermeiro planear, intervir e avaliar as ações utilizadas no cuidar individual, através da identificação de fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial. “Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influencia sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital” Pender (1996: 55). O papel

central do enfermeiro, passa pela consciencialização da pessoa sobre a sua saúde, ajudando-a a desenvolver o seu potencial para alcançar o bem-estar e a aumentar capacidades individuais para provocar a mudança de comportamentos. Ou seja, as nossas intervenções têm de ser direcionadas no domínio do educar, por exemplo, sobre a forma como prevenir a transmissão da TP.

Em suma, Nola Pender desenvolveu o seu modelo tendo como principal preocupação ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias, destacando e defendendo a ideia de que a pessoa deve ser capaz de se auto cuidar, construindo um plano individualizado à sua situação, suportada pelo apoio e supervisão do enfermeiro.

**De uma forma global, neste campo de estágio, desenvolveu as seguintes competências: um nível aprofundado de conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde; a compreensão e capacidade de transmissão da importância do papel do Enf. na CCI; o Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; a incorporação na prática dos resultados de investigação validados e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na prevenção e controlo da infeção de modo a promover um ambiente saudável; a reflexão sobre a importância da sensibilização da prevenção e controlo de infeção ao nível da organização; a abordagem a questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; a compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; a formação em serviço na sua área de especialização; a comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral e por ultimo a comunicação dos resultados da sua prática clinica e de investigação aplicada para audiências especializadas.**

## 2.2 MÓDULO II – UCI

O intensivismo é por natureza, multidisciplinar e tem como principal objetivo suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade.

Sendo a unidade onde decorreu o estágio, uma UCI dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um eficaz tratamento a doentes de alto risco, compreende-se que seja neste tipo de unidades que se encontram os mais sofisticados meios de vigilância e monitorização contínua do estado hemodinâmico do doente.

Assim, depois de adquiridos os conhecimentos teóricos, é altura de consolidar esses saberes, pondo-os em prática, numa estratégia de aprofundamento e reforço das competências fundamentais para a correta e adequada prática de cuidados de saúde especializados ao doente de cuidados intensivos. Este estágio constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento, consolidação de conhecimentos e competências no âmbito dos cuidados de Enfermagem ao doente de médio e alto risco.

“As unidades de cuidados intensivos são caracterizadas pelo ambiente em que se destacam aparatos tecnológicos e em que o tratamento é complexo e muito invasivo” (Marques et al, 2009:91). Em reunião com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora, e tendo em conta os níveis de infeção com presença de microrganismos multirresistentes nas secreções brônquicas nos doentes internados, foi **realçada a necessidade de verificar/auditar as normas de procedimentos existentes na área da aspiração de secreções e da realização da higiene oral aos doentes com ajuda quer total quer parcial**. Também foi proposto avançar com um projeto de auditoria interna a todos os procedimentos invasivos. Dado o limite temporal do campo de estágio, optou-se por elaborar as propostas de grelha de observação apenas para os procedimentos acima mencionados. Destacam-se as estratégias já adotadas para a resolução do problema tais como, a realização de uma reunião com os enfermeiros de especialidade médico-cirúrgica no sentido de reforçar as diretivas preconizadas pela CCI quanto aos procedimentos invasivos praticados nesta unidade, assim como, a proposta de elaborar um plano de auditorias internas aos mesmos.

De acordo com o Ministério da Saúde, nas recomendações para o desenvolvimento das UCIs e na classificação das áreas onde se praticam cuidados intensivos, segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, esta unidade, corresponde a uma unidade nível III que comporta um corpo clínico e de enfermagem qualificados, em presença física nas 24 horas. A lotação da unidade é de 16 camas.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual, que consiste na atribuição de um número de clientes, habitualmente no rácio de 1:2, aos quais o Enfermeiro deverá

prestar todos os cuidados necessários. A utilização desta metodologia, não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa.

A passagem de turno assegura a garantia da continuidade dos cuidados. Nestes momentos são transmitidas aos enfermeiros do turno seguinte, as informações sobre os doentes internados. A passagem de turno é efetuada em conjunto e só no final desta é que o enfermeiro responsável de equipa efetua a distribuição dos doentes pelos enfermeiros. Isto implica uma atenção redobrada de todos os doentes, uma vez que só no final desta é que tem conhecimento de quais os doentes que lhe estão atribuídos. A responsabilidade de, em cada turno, adequar os recursos humanos existentes, de acordo com a experiência profissional às necessidades em cuidados dos clientes internados e às atividades a desenvolver em cada turno é do enfermeiro responsável de equipa, com a supervisão do enfermeiro responsável do Serviço.

Os cuidados de enfermagem prestados a todos os clientes da unidade são documentados no seu processo eletrónico. A terminologia utilizada é a da CIPE/SAPE Versão Beta 1. Do ponto de vista arquitetónico e estrutura física, esta unidade possui todas as condições desejáveis para a excelência dos cuidados de enfermagem a prestar ao cliente crítico.

**1º- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico internado na UCI e respetiva família.**

O primeiro contato com esta unidade foi ainda efetuado no anterior estágio, onde foi visitar e comunicar alguns resultados laboratoriais e transmissão dos dados sobre as infeções existentes, assim como, as medidas de precaução adequadas (recomendar as respetivas medidas de isolamento adicionais). Assim, no primeiro dia de estágio houve uma colaboração de imediato na prestação de cuidados e, embora o espaço físico não fosse estranho, toda a panóplia de equipamento/ambiente necessário à prestação de cuidados ao doente internado numa UCI acabou por gerar alguma intimidação. Apesar da experiência de 19 anos de enfermagem, perante esta especificidade e diversidade de equipamento necessário a uma adequada intervenção ao doente crítico, houve inicialmente momentos de algum atordoamento naquele mundo tão específico. Importará também realçar que, apesar de muitas vezes se comentar, um enf<sup>o</sup> para dois doentes, neste caso, a minha realidade é completamente diferente, o rácio é 5:1. O

desconhecimento de causa provoca muitas vezes pensamentos errados. Cuidar numa UCI requer aprofundados conhecimentos (tecnologia, técnicas invasivas...) não descorando, ou melhor mantendo o foco de atenção, no doente e sua família. Esta dificuldade sentida inicialmente tem sido progressivamente ultrapassada. A enf<sup>a</sup> orientadora e toda a equipa de enfermagem, contribuíram de forma empenhada para o aumento da autonomia e confiança no cuidar do doente crítico. Também a pesquisa bibliográfica e a consulta de normas de procedimentos da unidade contribuíram para diminuir as lacunas até então existentes.

Importa reforçar que o início do estágio foi bastante “stressante”, principalmente, como já foi em cima referido, devido diversidade de equipamento necessária para a prestação de cuidados ao doente crítico, a qual provoca alguma inquietação. Assim, no primeiro dia após a receção pela enf<sup>a</sup> chefe houve uma passagem imediata para a prestação de cuidados, tendo todos os elementos da equipa mostrado disponibilidade para uma correta integração na equipa multidisciplinar e respetiva unidade, não obstante, o primeiro contato com um doente ventilado foi bastante intimidante. A teoria é a base dos conhecimentos, mas se isto não for aleado à prática, os conhecimentos não se desenvolvem em toda a sua plenitude. Cuidar numa UCI é, segundo OLIVEIRA (2001:99)

*“(...) a monitorização de sinais vitais, de pressões pulmonares, de ritmos cardíacos, de eliminados e ingeridos, de diferentes níveis de consciência, de valores dos gases no sangue, de débitos cardíacos, de pensos múltiplos, a nutrição, a raiva, a depressão, a tristeza, a ansiedade, a desorientação, a agitação, a dinâmica familiar, o desejo de viver e de morrer, os dilemas éticos, a comunicação, as bombas e as seringas infusoras, os ventiladores, os drenos torácicos, os posicionamentos, os cuidados de higiene e conforto, os ruídos das máquinas, os alarmes, as luzes brilhantes, as perguntas repetidas, muito pessoal de assistência, procedimentos e tratamentos com hora marcada. Tudo isto e muito mais são os cuidados intensivos”.*

As unidades de cuidados intensivos têm acoplada uma soberba componente tecnicista e esta foi uma das preocupações iniciais. Conhecer os princípios fundamentais de funcionamento e manipulação dos diversos equipamentos existentes na unidade. Monitores, seringas, bombas infusoras, ventiladores, máquinas de substituição da função renal entre outros aparelhos necessários para a monitorização do doente em

situação crítica. Os esclarecimentos da enf<sup>a</sup> orientadora e de outros colegas da unidade, tornaram-se indispensáveis para aumentar a segurança no cuidar do doente crítico.

A ventilação mecânica e a hemofiltração são as duas áreas em que houve um investimento reforçado. Assim, a pesquisa bibliográfica, o esclarecimento de dúvidas com a enf<sup>o</sup> orientadora e a manipulação dos materiais/equipamentos contribuíram para o desenvolvimento de competências nestas áreas, possibilitando consolidar os conhecimentos adquiridos na componente teórica.

A Infecção Renal Aguda em cuidados intensivos é uma situação muito frequente, que aumenta consideravelmente a mortalidade, e normalmente é acompanhada de falência multiorgânica. A Hemodiafiltração combina técnica de depuração por convecção com um elemento de difusão (diálise), tornando-se mais efetiva na remoção de catabólitos sanguíneos. É necessário o uso de bomba de sangue num sistema extracorporal, o que torna este procedimento mais efetivo e constante, pois mantém um fluxo de sangue sempre próximo do ideal. A via de acesso é a colocação de cateteres por punção em veias profundas (jugular, subclávia ou femoral) (COSTA, 2003.310).

Aliado a este tecnicismo, também estas unidades têm associado uma grande panóplia de medicação essencial para o cuidado ao doente em fase crítica. Assim, os conhecimentos em farmacologia têm que ser fortalecidos. Este estágio permitiu o contato com uma diversidade de medicação nova (curarizantes, sedativos, analgésicos, antibióticos, entre outros), sendo uma mais-valia neste âmbito.

O cuidar do doente crítico implica ainda competências relacionais e de comunicação. Este aspeto é tão ou mais importante que o tecnicismo que exige uma UCI. A comunicação com doente e sua família é fundamental no cuidar destes doentes. Importa destacar, que apesar de inicialmente existir algum receio em estabelecer uma comunicação eficaz, principalmente com o doente ventilado, com o passar do tempo esta barreira foi ultrapassada, tendo-se procurado estabelecer uma relação terapêutica com o doente. Os familiares são também uma componente deveras importante que não pode ser descurada. Estar disponível, escutar as ansiedades inerentes a este processo de doença e esclarecer todas as dúvidas dos familiares é de extrema importância. É importante ajudar a desmistificar medos e angústias dos familiares. Importa estabelecer uma relação empática com os mesmos, de forma a minimizar o “stress” inerente ao processo de um doente crítico. Assim, desde o início houve uma preocupação em

estabelecer relações empáticas quer com o doente quer com os seus familiares, fato este que se concretizou.

Como nos referem os autores, FONTES E FERREIRA (2009:34) “uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde, o paciente e os seus familiares numa UCI é um dos principais fatores que interfere com a satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidar”. Cuidar em UCI significa cuidar do doente e da sua família. Nunca nos podemos esquecer que embora o doente esteja internado não deixa de ser parte integrante, de um todo que é a sua família. O processo terapêutico tem que ser multidireccionado para ser eficiente. Tem que existir uma relação de parceria entre doente/equipa multidisciplinar e família para que se consiga estabelecer um excelente processo terapêutico.

Como nos referem os autores CASTRO, VILELAS e BOTELHO (2011: 42)”os equipamentos e procedimentos desenvolvidos durante as últimas décadas tornaram as UCI dos hospitais num ambiente tecnologicamente avançado. Estas Unidades podem integrar as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico. A sua finalidade é dar resposta a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado grau de risco de vida, em que as condições clínicas se podem alterar constantemente. O objetivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, constituindo um foco de stress e ansiedade que é partilhado pelos profissionais de saúde, pelas pessoas doentes e suas famílias.”

Como já se referiu esta foi a primeira fase do processo de aprendizagem, ultrapassar diversidades de intervenções no âmbito do doente crítico. Cuidar de um doente crítico implica atuar em tempo real, estando desperta para todas as instabilidades hemodinâmicas. Passada a primeira fase de “integração”, o processo de cuidar foi-se tornando cada vez menos complexo. Na fase final, as competências necessárias para uma prestação de cuidados de enfermagem, ao doente crítico e/ou com falência multiorgânica, já haviam sido desenvolvidas de forma eficiente. Para este percurso ser eficaz é necessário desenvolver uma metodologia de trabalho eficiente, assim como, uma capacidade em trabalhar em equipa multidisciplinar. Aliada a esta panóplia de conhecimentos/competências técnicas e científicas importa também, estabelecer uma relação terapêutica com doente e sua família.

A componente comunicacional é pois de extrema importância em contexto de cuidados intensivos. “Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais oportunidades têm para comunicar com os doentes, o que por si só fundamenta a necessidade de uma

comunicação eficaz, na prática de cuidados, nomeadamente de enfermagem.” (Rosário, 2011:15). Uma revisão sistemática elaborada pelos autores CASTRO, VILELAS e BOTELHO (2011: 56) relatam essa mesma importância num estudo realizado com experiência vividas por doentes com internamentos em UCIs. Este estudo demonstrou que na sua maioria as vivências “experienciadas pela pessoa doente

“na UCI são de cariz negativo, embora sejam referenciadas algumas positivas. As primeiras são relacionadas com a morte, distúrbios cognitivos e de desconforto devido à presença de dispositivos invasivos, restrições que afectam o movimento, a incapacidade de falar, a sede, o ruído, dificuldade em dormir, dor, ansiedade e medo. As positivas estão associadas com a segurança fornecida pela presença constante dos enfermeiros e com a confiança transmitida pelos profissionais no domínio das suas competências”.

O facto de a grande maioria dos doentes internados em cuidados intensivos não conseguirem comunicar verbalmente, permitiu um olhar de forma diferente para a necessidade básica da comunicação. Esta é um bem essencial para satisfazer/compreender as necessidades do outro. O enf<sup>o</sup> apresenta um papel muito importante enquanto agente humanizador dos cuidados de enfermagem na UCI e, como estudante (com um olhar diferente), houve a necessidade de transmitir aos pares essa mesma importância, pelo que, perante a permanência na unidade houve uma demanda pela sensibilização dos profissionais acerca desta temática. A comunicação foi pois um campo de muita preocupação na gestão dos cuidados, pelo que nunca se descorou neste aspeto fundamental da UCI.

Por vezes, pelo fato das unidades serem locais “altamente tecnicista quer devido às próprias características do ambiente da UCI e das pessoas que são internadas, estes profissionais embora valorizem as suas competências emocionais e relacionais, muitas vezes ficam um pouco aquém do que é esperado devido às exigências do cuidar da pessoa em estado crítico, nomeadamente às constantes solicitações dos equipamentos tecnológicos”. (Castro, Vilelas E Botelho, 2011: 57). Este comportamento foi observado, tentando sempre uma postura diferente. No início foi um pouco difícil, uma vez que havia uma preocupação constante com a parte tecnicista, tendo sido observado o comportamento relatado na citação em cima. No entanto, com o avançar do tempo e com o ganho de confiança e autonomia na gestão dos equipamentos, este problema foi sendo ultrapassado e verificou-se uma significativa melhoria no aspeto comunicacional na prestação de cuidados ao doente crítico.

As UCIs são ambientes “agitados” com uma carga de trabalho muito elevada, quer a nível de esforço físico quer a nível de um desgaste psicológico intenso. Assim, e como

nos referem as autoras LUCENA e CROSSETTI (2004: 254) num estudo realizado, é importante “lembrar que a enfermagem **é gente que cuida de gente** e, desta forma, também merece ser cuidada. Daí enfatizar a importância de grupos de apoio psicológico, nos quais existam momentos de discussão entre os membros da equipa, acerca de situações vivenciadas.” A morte é eminente em cuidados intensivos levando a uma carga emocional muito elevada. Estes efeitos nefastos foram sentido e observados em alguns turnos na maioria dos colegas, pelo que pequenos momentos de reflexão entre a equipa seriam benéficos, já que falar sobre os nossos sentimentos e angústias pode minimizar os sentimentos negativos.

Outro tema sobre o qual houve necessidade de refletir foi a importância da comunicação com os familiares. Esta temática é fundamental em cuidados intensivos, mas por vezes é menosprezada pelos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros. Aliados ao grande tecnicismo e panóplia de equipamento, os profissionais descoram a comunicação. A enfermagem possui um papel importante na humanização dos cuidados de saúde. Os profissionais que mais tempo permanecem com o doente são, sem dúvida, os enfermeiros. Assim, são estes que devem realçar, e estar atentos á importância da comunicação. A humanização dos cuidados de enfermagem na UCI vão muito para além da permissão da visita do familiar, inclui o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda, na qual a equipa de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares. A interação (enfermeiro/familiares) deve ocorrer de forma a ir de encontro às necessidades da família e conseqüentemente do doente. A família além do doente também sofre com a hospitalização e a gravidade da situação (perigo eminente de morte). Deste modo, importa assistir a mesma, compartilhando as suas angústias, medos, ajudando estes a superar estas diversidades. Estabelecer uma relação empática é de extrema importância para o cuidar em UCI. Um estudo realizado por SAIOTE (2010:VI) tem como base esta problemática: “Qual a importância que os enfermeiros das UCIs atribuem à partilha de informação com os familiares dos doentes?” Em conclusão a autora regista que

“verifica-se que se por um lado, se assiste a uma evolução científica e tecnológica crescente com níveis de sofisticação cada vez mais elevados, por outro lado parece existir uma desvalorização de outro tipo de atividades consideradas, essenciais ao desempenho de qualidade, mas sempre minorizadas e relegadas para um plano secundário no trabalho de enfermagem nas UCIs.”

Neste mesmo estudo a autora realça a “importância da formação relacionada com competências de comunicação e relações interpessoais que permitissem a actualização e o desenvolvimento de competências sobre a partilha de informação com os familiares.” Ao longo deste percurso este foi um aspeto ao qual se concedeu grande importância, estabelecendo-se uma comunicação eficaz com os familiares, indo de encontro ao seu nível sócio/cultural e não esquecendo de verificar se a informação tinha sido compreendida/assimilada.

**2º- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na área do controlo de infeção no doente crítico, uniformizando procedimentos, garantindo a segurança dos doentes e profissionais.**

As IACS constituem um problema de saúde devido à elevada morbi/mortalidade e custos associados. No entanto, a sua prevenção é possível diminuindo os riscos. “As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento...” (Pina, 2010: 27)

A tuberculose Pulmonar mantém-se um fenómeno global necessitando de intervenção na prevenção e controlo da infeção, de forma a promover um ambiente seguro. No estágio anterior foi elaborada uma revisão sistemática sobre esta temática, concretamente, sobre a segurança dos doentes e dos profissionais no que concerne à transmissão do bacilo de Koch. O desenvolvimento deste trabalho foi deveras enriquecedor, não só no âmbito da CCI mas também no seu local de trabalho efetivo, pois foi possível levar para junto dos pares diversos cuidados que anteriormente a esta pesquisa não eram tão profundos como até então. A problemática da tuberculose é pois ecuménica e a prevenção e controlo tem que ser igualmente universal. Deste modo, e perante a constatação de uma certa despreocupação com esta problemática por parte dos profissionais na unidade, e como é natural teve que intervir, realizando uma conversa informal sobre esta temática e demonstrando a necessidade do cumprimento das normas de CCI, esclarecendo dúvidas e comportamentos desviantes. Os colegas mostraram-se bastante recetivos aos esclarecimentos, existindo efetivamente mudanças de comportamentos. A intervenção precoce no controlo da tuberculose é pois fundamental

e os enfermeiros devem ter sempre presentes as medidas de controlo de risco da transmissão da tuberculose, não descurando nunca os cuidados essenciais.

A PAV é uma temática deveras importante numa UCI. “Os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação das boas práticas que previnem esta infeção nasocomial.” (Matos e Sobral, 2012:65). Deste modo, alarguei o leque de conhecimentos nesta área, de forma a deixar um contributo nesta unidade. Este processo de pesquisa irá permitir desenvolver uma atitude crítica, quer face ao desempenho quer face a comportamentos dos colegas. Identificar lacunas permite avançar com novas competências técnicas, indo de encontro às últimas orientações comprovadas cientificamente, minimizando riscos, contribuindo para as boas práticas em cuidados de enfermagem.

A PAV apesar de todos os avanços, quer a nível da terapêutica antibiótica quer a nível dos dispositivos médicos, continua a ser uma importante causa de mortalidade nas UCIs. (Pina, 2010: 29). Assim, e após solicitação pela tutora em concordância com a en<sup>fa</sup> chefe efetuaram-se três grelhas de observação, na área da aspiração de secreções e da higiene oral (com ajuda total e ajuda parcial). A primeira fase foi estudar a norma do hospital, efetuando uma primeira avaliação da mesma. Após pesquisa bibliográfica acrescentaram-se alguns itens na grelha de observação, que não constavam da norma, mas que, sem dúvida, deveriam ser introduzidos na mesma de forma a ir de encontro às últimas diretrizes. Os novos itens introduzidos foram de encontro às últimas orientações/diretrizes do Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos da ACSS de 2011, PNCI de 2004 e das Diretrizes emanadas pela CDC de 2004, além claro de todos os artigos consultados nesta área. Após a elaboração do referido trabalho, este foi apresentada à en<sup>fa</sup> chefe, que de imediato acolheu as novas intervenções. Esta não era uma área do meu conhecimento, pelo que houve necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica aprofundada nesta temática a qual foi extremamente vantajosa para a evolução como profissional de saúde. Esta intervenção foi ainda muito positiva uma vez que todo o esforço foi reconhecido pelos pares. De referir que foi deixada na unidade um dossier temático, contendo todos os artigos pesquisados para consulta, no caso de poderem surgir dúvidas. As grelhas serão para uma posterior utilização com o intuito de uniformizar as práticas de cuidados ao doente crítico, nas áreas da aspiração de secreções e da higiene oral e deteção de algumas dificuldades nesta área.

Ainda, nesta área foram colocados dois indicadores de medida que não foram executados: realização da auditoria nos dias 01/11/2012 e 02/11/2012 e apresentação dos resultados da auditoria à Sra. Enf<sup>a</sup> chefe a 05/11/2012. Após avaliação pela enf<sup>a</sup> chefe e pela enf<sup>a</sup> orientadora chegou-se à conclusão que o momento não era o oportuno para a sua realização. Pela preferência de ambas, estas deveriam ser efetuadas por um membro da equipa mais tardiamente, uma vez que a transição da unidade era muito recente, não considerando ser para tal o momento mais apropriado. Apesar de considerar que teria sido muito gratificante intervir mais diretamente, existem coisas que não dependem exclusivamente de nós, razão pela qual se compreende a posição da enf<sup>a</sup> chefe e da enf<sup>a</sup> orientadora. A mudança foi recente, estando ainda a estabelecer-se algumas relações e por isso de forma a não prejudicar o bom funcionamento do serviço, por vezes têm que se tomar algumas decisões em prol do mesmo. A intervenção nesta área é de extrema importância para as boas práticas dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação das boas práticas que previnem esta infeção nosocomial. A existência de protocolos de prevenção da PAV tem demonstrado, segundo a literatura específica desta área, uma diminuição da taxa da pneumonia nosocomial, em cerca de 50%.” (Matos e Sobral, 2010:65).

**Terminando com a análise deste campo de aprendizagem, importa referir as competências adquiridas. Concretamente: aumento do nível de conhecimentos na área da prestação de cuidados ao cliente crítico e/ou em falência orgânica internado em UCI; Capacidade para trabalhar em equipa multidisciplinar; Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente crítico; Aumento dos conhecimentos em técnicas de comunicação, adequados com o doente/família em situação crítica; Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na prevenção e controlo da infeção de modo a promover um ambiente saudável; Reflexão sobre a importância da sensibilização da prevenção e controlo de infeção ao nível da unidade; Abordagem de questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente, especialmente na área de especialização; Promoção da formação em serviço na área de especialização comunicando aspetos complexos de âmbito profissional e académico.**

### 2.3 MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O recurso de um utente ao serviço de urgência transforma muitas vezes a sua vida e dos seus familiares, pois passa por uma situação de crise com necessidades diversas só identificadas no contato com a realidade única dessa família. As habilidades relacionais e de comunicação entram em ação e são ferramentas preciosas na abordagem destas situações onde muitas vezes está em risco a vida. A urgência torna-se muitas vezes num ambiente hostil onde o utente vê em risco a sua segurança.

O serviço de urgência do hospital de Faro EPE, situa-se no segundo piso e dispõe de áreas autónomas de atendimento aos clientes, nomeadamente a urgência geral, obstetrícia/ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, gastroenterologia, urologia e estomatologia e psiquiatria. Integra também, as atividades decorrentes da prestação de cuidados médico-cirúrgicos e assegura cuidados permanentes, no âmbito das especialidades de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, cardiologia, neurocirurgia e anestesiologia. Todas as outras valências são asseguradas pelos próprios serviços, sendo encaminhados para os mesmos após a triagem de Manchester. O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual e por postos de trabalho. A utilização desta metodologia, não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa.

A estrutura física do serviço de urgência apresenta a seguinte organização: uma sala de triagem com dois postos de trabalho; uma sala de reanimação (diretos) com capacidade para três doentes em simultâneo; um SO; uma sala de pequena cirurgia e uma sala de ortopedia. Os registos são efetuados informaticamente através do sistema ALERT® e a terapêutica encontra-se disponível na PYXIS®.

Os serviços de urgência estão associados a técnicas invasivas, panóplia de terapêutica/perfusões, assim como, outros saberes de extrema importância. Tudo isto não pode ser descurado, porém o cuidar, essência da enfermagem, também não. Prestar cuidados humanizados em ambiente de urgência é, sem dúvida, um desafio. A integração na agitação diária e constante do serviço de urgência, aliada a uma prestação de cuidados humanizada é uma enorme tarefa, a qual foi executada de forma eficiente. Respeitar os valores e vontades, tentando minimizar o desconforto inerente a um processo de doença numa fase inicial, e por vezes repentina, é de todo deveras importante para o doente e sua família. De facto, “cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar

conhecimentos técnico-científicos é acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente” (Alminhas, 2007:60).

O sistema de triagem de Manchester, já em vigor em vários Hospitais do País, está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e ordem dos Enfermeiros e está implementado nesta unidade. Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência.

Após efetuada a inscrição na Admissão de Utentes o utente é encaminhado para o gabinete da triagem, onde é atendido por um Enfermeiro que fará algumas perguntas sobre o motivo da vinda e após uma observação rápida, mas objetiva lhe atribuirá uma prioridade consoante a gravidade da situação **vermelho (emergente)**, **laranja (muito urgente)**, **amarelo (urgente)**, **verde** (pouco urgente) e **azul (não urgente)**, cada uma representando um grau de gravidade e o tempo ideal em que o doente deverá ser atendido. Se for considerado emergente (vermelho) entrará de imediato no balcão a que se destina. Se for considerado muito urgente (laranja) ou urgente (amarelo) entrará para uma sala de espera interna onde o Médico o chamará para ser observado e tratado. Se for considerado pouco urgente (verde) ou não urgente (azul) aguardará na sala de espera a sua vez, que será quando não houver doentes mais graves para serem tratados. Em alguns turnos teve a oportunidade de acompanhar o papel da enfermagem no gabinete de triagem, de forma a conhecer e perceber os critérios de atribuição de prioridades e encaminhamento para as respetivas especialidades, de acordo com as queixas do doente e pela avaliação inicial realizada pelo enfermeiro.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual e por postos de trabalho (triagem, balções, diretos (reanimação), OBS, SO, pequena cirurgia, sala de ortopedia e chefe de equipa). A utilização desta metodologia, não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa.

O SU é um serviço com uma dinâmica muito própria e bem diferente de um serviço de internamento; os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem, em condições nem sempre ideais, com elevado numero e rotatividade de doentes, com necessidades de intervenções de enfermagem rápidas, dirigidas e por vezes complexas. Tal como nos diz ALMINHAS (2007:57) a enfermagem de urgência consiste na “prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. A enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiência, saber personalizado”.

Foi possível verificar que o serviço de urgência é um serviço muito característico com especificidades próprias sendo uma porta de entrada para a população de todas as idades, que nos apresenta uma complexidade de situações imprevistas numa constante mudança. Está aberto 24 horas com a mesma disponibilidade para dar resposta a uma afluência de pessoas cada vez maior e necessitando de intervenção imediata na diversidade de sintomatologias/patologias. Como nos refere SHEEHY'S (2001), “O Serviço de urgência mais parece um mini-hospital, dentro do Hospital, onde muitas vezes o número de doentes observados por ano é superior ao dias-doentes do lado dos internados”. Um aspeto menos positivo a salientar será a estrutura física atual do serviço de urgência, nomeadamente na resposta a afluência de doentes que recorre ao hospital, embora se verifique por outro lado a capacidade da enfermagem em se adaptar a situações adversas e conseguir concretizar o pretendido.

**1- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e família em contexto de urgência /emergência.**

O serviço de urgência proporcionou um vasto leque de experiências onde foi possível desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, éticas e culturais dirigidas à humanização dos cuidados.

Pela imensa variedade de situações clínicas apresentadas pelos doentes que recorrerem ao serviço de urgência, houve a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica sobre as patologias mais frequentes, respetivos cuidados de enfermagem, bem como a terapêutica mais administrada, para desta forma ficar mais autónoma na prestação de cuidados e consequentemente aumentar os conhecimentos teórico-práticos.

Progressivamente houve uma adaptação à dinâmica de funcionamento do serviço de urgência; melhorando a metodologia de trabalho, bem como a capacidade de organização e gestão dos cuidados de enfermagem, conseguindo de uma forma mais eficaz, rápida e segura intervir e dar resposta às inúmeras solicitações dos vários elementos da equipa de saúde.

Em contexto de urgência, os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde deve assentar, fundamentalmente, num trabalho de equipa, numa perspetiva de interdisciplinaridade, em que todos os membros integrantes da equipa multidisciplinar trabalham com um mesmo objetivo comum: dar resposta às necessidades de saúde, fazendo-o com eficiência, com qualidade e assegurando cuidados humanizados. Nem

sempre é possível alcançar esta realidade ideal, contudo é notório o esforço da equipa de saúde nesse sentido. Enquanto aluna da especialidade de enfermagem, demonstrou facilidade de comunicação e capacidade de trabalhar em equipa, solicitando sempre que necessário a intervenção dos vários profissionais de saúde, para que o doente e família, vejam as suas necessidades satisfeitas da forma mais eficaz e especializada.

Ao longo deste período foi possível observar e colaborar na prestação dos cuidados de enfermagem nas várias áreas de intervenção, o que se tornou fundamental para o processo de integração no SU. O conhecimento da estrutura física, dos recursos materiais disponíveis e das dinâmicas de funcionamento, bem como as informações fornecidas pelo enf.º orientador, foram também contributos importantes para a integração no serviço. De salientar, que a falta de protocolos e normas, foram uma dificuldade sentida no processo de integração, particularmente porque não exerce funções nesta unidade de saúde e como tal desconhece a estrutura organizacional e funcional da instituição. As normas e protocolos são fundamentais como guias orientadoras para os profissionais de saúde, pois tal como nos diz FERNANDES (2010:31) os protocolos de atuação tem o objetivo de “ uniformizar os cuidados de saúde, facilitar a tomada de decisão e reduzir os riscos (...) e ainda melhoram a qualidade assistencial no âmbito da efetividade, eficiência e satisfação”.

Os registos são efetuados no programa informático *Allert*, o que torna acessível a consulta de todos os grupos profissionais do processo do doente, desde que é admitido até à sua alta. A avaliação dos cuidados, expressos através de registos de enfermagem, que se revestem de importância fundamental, pelas informações que representam, nomeadamente na avaliação do estado clínico do doente, no conhecimento da progressão da doença, nas decisões tomadas e nos procedimentos efetuados, procurou como regras básicas: autenticidade, linguagem técnica numa perspetiva científica, clara, concisa, pertinente e objetiva com mensagens facilmente interpretáveis, facilitando assim a análise crítica e avaliação das atividades desenvolvidas, bem como a eventual reformulação do plano de cuidados, segundo uma metodologia de resolução de problemas, favorecendo ainda, o planeamento de atividades e assegurando a continuidade dos cuidados de enfermagem. É possível em tempo real consultar todos os exames pedidos, já efetuados, o tempo de espera dos mesmos, intervenções, terapêutica instituída ou a aguardar, etc. A prestação de cuidados de enfermagem é, sem dúvida, facilitada, assim como a consulta de todos os procedimentos inerentes a cada doente. Importa ainda realçar que definir, planear e intervir da forma mais adequada tendo em

conta a colheita de dados efetuada junto ao doente e sua família é uma mais-valia em urgência. Os cuidados individualizados e prestados de uma forma organizada é muito importante e como nos refere a autora SHEEHY (2001:125) “uma avaliação inicial adequada e atenta é a base de todos os cuidados prestados ao doente no Serviço de Urgência”.

Na enfermagem a comunicação faz parte integrante da prática, quer como recetor quer como emissor. Os enfermeiros devem ser capazes de estabelecer uma relação interpessoal eficaz, quer com os utentes/família, quer com toda a equipa multidisciplinar.

Qualquer admissão ao serviço de urgência representa um acontecimento traumático inesperado que suscita, sem dúvida, emoções fortes. Por vezes a comunicação torna-se difícil, as pessoas abaladas emocionalmente não conseguem ouvir ou integrar a informação dada pelos profissionais, por isso é de extrema importância associar a esta uma linguagem corporal, assim como, a sua repetição sempre que necessário. Estabelecer uma comunicação eficaz, com o doente/família, por si só diminui a ansiedade tornando todo o processo de doença súbita um pouco mais facilitador. A prática de enfermagem tem a sua essência na pessoa, como WATSON (2002:96) nos refere “enfermagem é a ciência das pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença do Homem, que se realiza em transações humanas, profissionais...”.

O serviço de urgência exige dos profissionais uma carga psicológica, física e emocional muito intensa. O doente/famíliares em situação crítica necessita de cuidados de excelência em todas as áreas. Lidar diariamente com pessoas/famíliares, que de uma forma ou de outra necessitam dos cuidados de enfermagem em tempo real, requer dos profissionais uma grande flexibilidade.

Na sala de diretos sofre-se várias tensões constantes que exigem da equipa multidisciplinar a excelência do cuidado aliado à rapidez de atendimento. Por vezes, face à complexidade das situações é descorada a parte comunicacional quer com o utente, quer com os familiares. Ao longo de todo o estágio estabeleceu e manteve uma relação com o doente/famíliares de forma a minimizar a ansiedade inerente a estes processos de doença.

A morte é uma realidade muito presente nos serviços de urgência. Este é um local onde a vida de um ente querido pode terminar de forma súbita e inesperada. É pois, um acontecimento muito significativo para os familiares. Altera o equilíbrio familiar, conduzindo a ansiedade, tristeza, stress, revolta, entre outros. A comunicação de uma má notícia é sem dúvida, um fator de ansiedade para os profissionais de saúde, em particular para os enfermeiros. Se a comunicação é deveras importante num processo de doença, então face a uma morte torna-se crucial. Deixar os familiares exprimirem os seus sentimentos, esclarecer as suas dúvidas, ou simplesmente saber ouvir é de extrema importância para um processo de luto eficiente. A agitação inerente ao serviço de urgência, por vezes leva a que os colegas desvalorizem este aspeto. Durante o estágio foi possível observar algumas situações deste género, mas também denotar que cada vez mais os profissionais estão despertos para estas necessidades dos familiares. Será útil acrescentar que embora a morte tenha feito parte integrante da sua vida profissional, em contexto de urgência os sentimentos diferem. Por vezes, a ruptura inesperada e de forma imprevista enaltece os sentimentos de revolta e impotência que por vezes nós, como profissionais, temos alguma dificuldade em lidar, fazendo transparecer para os familiares. “Cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico/científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente.” (Alminhas, 2007:60). Estas semanas num serviço de urgência proporcionaram um novo olhar sobre a mesma. Foi possível perceber que face à diversidade das situações clínicas, urgentes ou emergentes, a pedra basilar da enfermagem é olhar o doente no seu todo. Ir de encontro às suas necessidades é pois, o mais importante. Claro que tudo isto tem que estar associado a todas as competências técnicas que todo e qualquer serviço de urgência exige.

Esta experiência também proporcionou uma reflexão sobre a vulnerabilidade da vida. Qualquer processo de doença coloca-nos num processo de transição ao qual por vezes não temos mecanismo de defesa e de um momento para o outro somos “obrigados” a ir buscar forças onde não sabíamos que elas existiam.

A partilha de conhecimentos foi uma constante ao longo do estágio, o que foi deveras gratificante, e mais gratificante ainda sentir que a nossa presença pode ser interventiva. Sentir que os colegas absorvem os nossos conhecimentos assim como assimilamos os deles. Foram várias as experiências e situações em que houve oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes em situação crítica, o que se tornou um desafio: pela

complexidade de conhecimentos teórico-práticos que são necessários agilizar; pela necessidade criteriosa e rápida de uma tomada de decisão; e pela necessidade efetiva de uma intervenção rápida e eficaz de todos os elementos da equipa presentes na sala de reanimação.

## **2- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na área do controlo de infeção no doente crítico e família em contexto de urgência /emergência, garantindo a segurança dos doentes e profissionais.**

Nos primeiros turnos efetuados em balcão identificou-se uma situação problemática na área de controlo de infeção, onde pôde dar o seu contributo. Não existe quarto de isolamento respiratório no serviço. O médico após avaliação clínica comunicou à enfermagem da suspeita de TP num doente, de forma a serem tomadas medidas preventivas. A única medida adotada foi a colocação de máscara cirúrgica no doente, permanecendo o mesmo junto aos outros doentes. Este acontecimento levantou algumas questões levando a partilha de conhecimentos com a restante equipa, tendo-se esclarecido todos os colegas sobre as necessidades e importância das medidas de proteção individual no caso de suspeita de TP. Este acontecimento cimentou ainda mais a pertinência da necessidade de formação nesta área. Assim, concluiu-se que é essencial a intervenção precoce no sentido de controlar a transmissão da doença, através da adoção de medidas coletivas, ou seja, a rápida identificação de casos de suspeita de tuberculose ativa ou de casos confirmados da doença; o uso de máscara por parte do doente; o uso do respirador de partículas por parte dos profissionais de saúde; a sua formação contínua e a adequação dos serviços de internamento de modo a promover o isolamento dos doentes. “Os enfermeiros desempenham um papel crucial no controlo e prevenção de infeção por tuberculose, pois ao detetarem a doença, proporcionam tratamento adequado e dão apoio emocional.” (Sissolak, Morais, Mehtar, 2011). A TP é cada vez mais uma temática atual que requer medidas na área de controlo de infeção. Neste sentido, esta questão foi abordada numa formação em serviço, onde se debateram as medidas de prevenção e controlo de infeção e as considerações a ter em conta no serviço, refletindo com os pares sobre a importância da prevenção e controlo de infeção ao nível da unidade, de forma a promover um ambiente saudável. Garantir a segurança dos doentes e profissionais é, sem dúvida, de extrema importância. A formação foi bastante interessante. Os colegas participaram, colocando questões muito pertinentes e comprovando assim que a reflexão em conjunto pode ser, também ela, muito

gratificante. Todos os intervenientes estavam motivados para mudar comportamentos, tendo sempre em atenção a necessidade de utilizar corretamente todas as medidas de controlo de infeção. Durante a formação foram dadas algumas sugestões de atuação face a doentes com esta patologia, assim que a mesma é detetada.

Importa ainda acrescentar, que uma das lacunas no serviço era a não existência de um quarto de isolamento, que, de qualquer forma, pode ser colmatada com outras medidas. Existe atualmente uma boxe destinada a doentes com esta patologia (zona de decisão clínica – recentemente inaugurada). Não é deveras igual a um quarto de isolamento compressão negativa, mas minimiza a questão.

Mantendo a continuidade do trabalho desenvolvido na UCI na área da PAV, foi apresentada uma formação em serviço sobre esta temática intitulada: “Boas práticas na aspiração de secreções ao doente ventilado/traqueostomizado”. Reconheceu-se a pertinência de também se abordar os cuidados na higiene oral com este tipo de doentes, isto porque, os enfermeiros têm um papel fulcral na implementação/execução de boas práticas que previnam a infeção nosocomial. Deste modo, a congruência do tema foi bem recebida pelos colegas. Mais uma vez a reflexão em conjunto, sobre esta temática foi muito importante para manter e melhorar as práticas, para prevenir e diminuir as infeções nosocomiais.

A PAV pode ser minimizada pela atuação direta dos cuidados de enfermagem, tais como os posicionamentos corretos e adequados assim como a aspiração de secreções. Esta última deve ser realizada de forma eficaz, não rotinizada, mas de forma uniformizada. A utilização de procedimentos corretos, cimentados cientificamente e a constante monitorização da adesão às boas práticas, diminui efetivamente a incidência da PAV. A enfermagem tem um papel preponderante na prevenção da infeção nosocomial. Segundo MATOS e SOBRAL (2010:65) a existência de protocolos de prevenção da PAV tem demonstrado, segundo a literatura específica desta temática, uma diminuição da taxa de pneumonia nosocomial, em cerca de 50%.

O uso da clorexidina na higiene oral é um pouco controverso, sendo também uma área explorada na formação. Esta atua como inibidor da formação da placa dentária e da criação de gengivites. Não existe evidência científica que suporte a eficácia do uso da clorexidina como prevenção na PAV. No entanto, faz sentido que a higiene oral efetuada com um anti-séptico reduz a contaminação de bactérias da cavidade oral, e

diminua a possível contaminação nas vias aéreas. (Instituto for Healthcare Improvement, 2012: 18). Vários são os autores que referem que se deve utilizar como anti-séptico a clorexidina: Sociedade Paulista de Infectologia (2006:13/14); Muscedere et al. (2008:132); Snyders, et al, (2011); Silveira, et al, (2010: 697) e Institute for Healthcare Improvement (2012: 18). A CDC (2008) recomenda a higiene oral com clorexidina em pacientes no peri operatório de cirurgia cardíaca. Aos doentes em cuidados intensivos do foro médico-cirúrgico, o tema é considerado uma questão não resolvida. (Beraldo, Andrade, 2008: 708).

Segundo os autores MATOS E SOBRAL (2010:63) a higiene oral deve englobar os seguintes procedimentos: Higienização oral cada 2-4 horas previamente às mobilizações major e seguido de aspiração de secreções da hipofaringe; Escovar os dentes e a língua a cada 12 horas; Aplicar anti-séptico (preferencialmente com solução de clorexidina) na cavidade oral cada 2-4 horas; Inspeção da cavidade oral aplicando emoliente conforme as necessidades do doente. A grelha efectuada não conteve estes procedimentos porque existem poucos estudos que comprovem cientificamente estes procedimentos. Todos os autores são unânimes quando sugerem a existência de mais estudos nesta área, de forma a se conseguir sistematizar, com base em evidências científicas, esta problemática.

**Para finalizar, nestas 180 horas desenvolveram-se as seguintes competências: elevação dos conhecimentos na área da prestação de cuidados ao doente/família em contexto de urgência/emergência; Capacidade para trabalhar em equipa multidisciplinar; Capacidade para reagir perante situações complexas e imprevistas; Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e família em situação de urgência/emergência; Elevação de conhecimentos relativos às técnicas de comunicação, adequados com o doente/família em situação de urgência/emergência; Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na prevenção e controlo da infeção de modo a promover um ambiente saudável; Reflexão sobre a importância da sensibilização da prevenção e controlo de infeção ao nível da unidade; Abordagem de questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente, especialmente na área de especialização; Promoção da formação em serviço na área de especialização comunicando aspetos complexos de âmbito profissional e académico.**

### 3 – CONCLUSÃO

*“Qualquer ideia magnífica é absolutamente fascinante e absolutamente inútil até a pormos em prática.”*  
*Richard Bach*

Os enfermeiros, na procura da excelência dos cuidados de saúde são estimulados a um constante desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, é necessário que os mesmos invistam na procura de novos conhecimentos, através da autoformação e da formação contínua.

Chegado ao término desta etapa importa fazer uma retrospectiva dos acontecimentos. É gratificante efetuar a finalização de um trabalho, tendo a noção de que se foi capaz de meditar sobre aquilo que se fez, tendo sempre a consciência da necessária distanciação dos conhecimentos. É ao mesmo tempo difícil, pois por vezes não se consegue descrever tudo de forma tão pormenorizada quanto o desejado. As relações pessoais, umas vezes excelentes outras nem por isso, o fator emotivo que tanto pesa, assim como, o desgaste físico e emocional que todo este processo comporta, acaba também por afetar, até um certo ponto, a capacidade de produção de trabalho.

Houve muitos momentos em que o cansaço praticamente venceu, pois este caminho foi difícil de caminhar, mas no final valeu a pena e foi extremamente gratificante. Vivenciar esta experiência acarreta, sem dúvida, mudanças tanto ao nível profissional como ao nível pessoal. Os meios facilitadores deste processo de aprendizagem foram, sem margem para dúvidas, a motivação, o empenho, a capacidade de iniciativa, a humildade e a disponibilidade em querer crescer durante esta jornada.

Como é natural as contrariedades também estiveram presentes. Não é tarefa fácil conciliar a vida pessoal (mãe e esposa), profissional e de estudante. As constantes e longas viagens semanais Portimão- Lisboa apresentaram-se também como um desafio, que com muita persistência se tornou vencido.

De valorizar nesta jornada o contato com outras realidades e a oportunidade de conhecer e lidar com individualidades (professores, tutores, colegas, etc) que contribuíram para o enaltecer da forma de pensar e refletir em contexto profissional.

A enfermagem tem evoluído, redefinindo o seu papel continuamente e adaptando-se às exigências permanentes da evolução da ciência. Face a estas previsões, o enfermeiro, tanto no seu papel de cidadão, como no seu papel de profissional, não se deve alhear destas mudanças que ocorrem no meio coletivo onde vive e exerce as suas funções. Para

evitar que isso aconteça, deve possuir certas qualidades fundamentais que o ajudem, ao longo de toda a sua vida, a adquirir os saberes necessários e a desenvolver as suas próprias competências. Tudo isto requer o desenvolvimento de capacidades pessoais, saberes, saber fazer e saber ser ou estar na profissão. “A enfermagem é uma profissão exigente, para a qual é necessário uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio e capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas” Vieira (2008:8). Mais do que enriquecer conhecimentos, foi necessário aperfeiçoar a prática através da construção e validação de competências, técnicas, científicas, relacionais, éticas e deontológicas que contribuíram para uma prestação de cuidados de qualidade, permitindo uma visão holística do doente e da sua família. O contacto com a prática permitiu a construção e mobilização de competências já adquiridas.

O percurso de desenvolvimento de competências dividiu-se em três ME – CCI opcional; UCI e Serviço de Urgência, sendo todos realizados na mesma unidade hospitalar (HF, EPE).

As várias experiências profissionais proporcionadas pelos diversos ME contribuíram para a reflexão e o desenvolvimento da sensatez na tomada de decisão de forma fundamentada, atendendo à evidência científica e às responsabilidades sociais e éticas. “A reflexão permite sair um pouco da ação para voltar a ela de uma forma mais esclarecida, mais iluminada, provavelmente, mais humana ou humanizadora” (Lucília Nunes in NEVES 2004:47).

Cada ME complementou-se no sentido de gerar a construção de competências e saberes para dar assistência avançada ao doente adulto e idoso em estado crítico, como enfermeira especialista em médico-cirúrgica. Esta diversidade constituiu excelentes campos de aprendizagem, possibilitando uma multiplicidade de experiências e novos conhecimentos. No entanto, o período temporal/carga horária de cada ME poderia ter sido mais longo de forma a reforçar o desenvolvimento de competências.

No seu conjunto a prática aleada à teoria, apesar das suas grandes diferenças, foram promotoras de aprendizagens atendendo a cada uma das suas particularidades. O contato com realidades diferentes, o convívio com outros colegas de profissão, permitindo a partilha de experiências e saberes foi um importante vetor de conhecimento. Também o dinamismo, a disponibilidade e o olhar crítico dos tutores, objetividade, sugestões e

experiências profissionais dos orientadores de estágio, ajudaram nos momentos de algum “desnorteamento” permitindo a reorientação rumo aos objetivos delineados. As orientações de tutoria, as discussões e partilha de experiências com as colegas foram pois de extrema riqueza.

Importa realçar que todo o percurso teve uma linha orientadora nos três ME, controlo de infeção. O trabalho desenvolvido no primeiro ME estendeu-se aos restantes. A CCI abriu os leques a nível de controlo de infeção, fazendo com que tenha mantido esta temática. Outra área não descurada ao longo deste percurso foi a área relacional com o cliente/família, tendo-se demonstrando aos pares a relevância da mesma na prática dos cuidados de excelência. A comunicação é um instrumento de trabalho, sempre presente na prestação de cuidados do enf<sup>o</sup>, e neste sentido, são mobilizados um conjunto de competências sócio afetivas e relacionais. PEREIRA (2008:37) refere que a comunicação em saúde: “(...) constitui-se uma das ferramentas terapêuticas imprescindíveis, pois permite o acesso à informação que o doente e a família necessitam para serem ajudados e se ajudarem a si próprios,... Esta pode ser considerada a terapêutica de suporte que se perpetua por toda a trajetória da doença.”

A realização do estágio da CCI promoveu a aquisição e desenvolvimento de competências transversais e comuns a todas as áreas de intervenção hospitalar, nomeadamente ao nível da prevenção e controlo da infeção. Esta área tem como finalidade obter ganhos em saúde, com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Refletir sobre a prevenção e controlo de infeção como um todo deve ser o objetivo, pois isoladamente nada funciona. É a interligação entre os diferentes serviços que torna eficaz essa árdua tarefa.

O conjunto dos ensinamentos clínicos foi impulsionador no desenvolvimento de competências, particularmente de competências cognitivas, formativas e de investigação. As atividades incidiram ao nível da VE, da revisão de normas e da formação desenvolvida para os profissionais de saúde. Os trabalhos desenvolvidos no âmbito da tuberculose contribuíram para a prevenção e controlo da infeção associada a esta temática. Todas as experiências vivenciadas ao longo deste caminho constituíram um contributo pessoal e profissional, permitindo melhorar a atitude e ampliar o olhar face aos cuidados de saúde, desta feita, sob um espectro mais reflexivo, humano e, sobretudo, mais responsável e competente.

O leque de experiências que é possível alcançar numa UCI é, sinceramente, muito importante para o desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem médico-cirúrgica. A formação em enfermagem deverá proporcionar aos estudantes conteúdos e processos que lhes permitam adquirir novas atitudes e comportamentos que constituam saberes próprios. É necessário que as intervenções de enfermagem sejam estruturadas, fundamentadas, individualizadas e especializadas, apostando na qualidade e na procura de novas experiências e momentos de aprendizagem para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais. A revisão científica, assim como a elaboração das grelhas (ambas na área do controlo de infeção) foram facilitadoras para o desenvolvimento profissional tanto da autora como dos pares. Lamenta-se apenas a impossibilidade da realização das observações previamente esboçadas, todavia, por vezes existem contrariedades que não se podem superar.

O estágio no Serviço de Urgência foi um grande desafio. A dimensão do serviço e das equipas pelo elevado número de elementos revelou-se um obstáculo à integração no serviço. Também o elevado número de doentes com uma diversidade de situações complexas, exigindo cuidados urgentes e emergentes, associado às condições físicas do serviço, comprometeram esporadicamente a qualidade dos cuidados prestados nomeadamente ao nível da privacidade e segurança dos doentes. Foi difícil no início do estágio conseguir identificar os próprios profissionais o que abalou em certa medida a comunicação entre os diferentes membros da equipa, contudo, este aspeto foi naturalmente melhorando ao longo do estágio.

No serviço de urgência os enfermeiros estão demasiado imbuídos numa vertente mais técnica, onde se exige rapidez e perspicácia na identificação dos problemas e assertividade na tomada de decisão, deixando por vezes de lado a vertente mais humanizada dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro necessita de assegurar qualidade nos cuidados, bem como, no contacto estabelecido com o doente, pois este é o primeiro passo para um cuidar pleno de sucesso. Cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar em vez de discursar, compreender e reformular nos momentos oportunos aquilo que o doente verbaliza ou transmite. Desde o momento da admissão até à alta ou transferência do doente, a família está sempre presente e como tal foi sempre uma preocupação encarar a família como parceira de

cuidados e simultaneamente como alvo de cuidados. Perante o confronto, na maioria das vezes, com uma família ansiosa, revoltada e preocupada com a incerteza de um diagnóstico, prognóstico e/ou tratamento, houve sempre a preocupação em abordar a família do doente, no intuito de lhes transmitir informações sobre a situação clínica do seu familiar, tendo sempre em consideração o seu âmbito de competências enquanto enfermeira e demonstrando, em todo o processo comunicacional, uma atitude de escuta, compreensão e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

A posição de enfermeira especialista é pois muito enriquecedora, pelo facto de se ter de servir de modelo para a equipa ao demonstrar conhecimentos técnicos e científicos, capacidades e atitudes de nível avançado, promovendo o ensino e orientação dos enfermeiros no serviço de urgência, na área de controlo de infeção.

As limitações sentidas ao longo deste desenvolvimento profissional remetem-se para o tempo disponível para a realização dos estágios, comprometendo a disponibilidade para pesquisar, fazer leituras que são determinantes para a fundamentação das reflexões.

Como sugestões, será útil salientar a importância do estágio na CCI, pois os riscos dos doentes em estado crítico contraírem IACS é elevado e o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica deverá contribuir para proteger os doentes desta incidência, pelo que, a sua ligação com as CCI é de primordial importância na aplicação das diretrizes do PNCI. Esta é uma área que é aplicável a qualquer unidade hospitalar, logo o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica independente do seu local de atuação deverá saber aplicar as competências nesta área, facto que apresenta um peso preponderante na criação de condutas, boas práticas e de indicadores de qualidade. Como tal, sugere-se que este estágio deva ser obrigatório.

Por último, de referir apenas que todos os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, chegando até mais além, na medida em que foram aproveitados todos os momentos de aprendizagem e ultrapassados os obstáculos existentes, demonstrando conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, dando resposta aos problemas complexos do doente em estado crítico e demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, através das competências adquiridas ao nível da formação, supervisão e práticas de cuidados.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMINHAS, Sílvia Manuela Pação – Cuidar da pessoa no serviço de urgência. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 75 (Novembro 2007), p. 57-60.

BELLIER, S. A competência. In P. Carré & P. Caspar - **Tratado das ciências e das técnicas da formação**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

CASTRO, Cidália; VILELAS, José; BOTELHO, Maria - A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. **Pensar Enfermagem**. Vol. 15 N.º 2 2º Semestre de 2011. p 41-59

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENCIÓN - **Diretrizes imanadas pela CDC**, 2008

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENCIÓN - **Guidelines for preventing the transmission of mycobacterium tuberculosis in health-care settings**, 2005

COLLIÈRE, M. – **Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa. Lidel, 1999 Edições Técnicas. ISBN 272 96-0009-4

COSTA, J. Castela Torres da; SILVA, R.; FERREIRA, J. et al. **Tuberculose Ativa entre Profissionais de Saúde em Portugal**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37 (5): 636-645, 2011.

COSTA, J. Torres; SILVA, R; SÁ R.; CARDOSO, M.; et al. **Results of five-years systematic screening for latent tuberculosis infection in healthcare workers in Portugal**. *Journal of Occupational medicine and Toxicology*, Junho 2010.

COSTA JAC; VIEIRA NETO OM & MOYSÉS NETO M. Insuficiência renal aguda. **Medicina, Ribeirão Preto**, 36: 307-324, abr./dez 2003.

COSTA, P. Albuquerque da; TRAJMAN, A.; MELLO, F. Carvalho de Queiroz; et al. **Administrative measures for preventing Mycobacterium tuberculosis infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro.** Brazil. J Hosp Infect., 72(1): 57–64, Maio 2009.

DGS – **Circular Normativa nº18/DSQC/DSC**, 200

DGS - **Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose. Relatório para Dia Mundial da Tuberculose.** Março 2010, P 1-10

DGS - **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Associado aos Cuidados de Saúde**, Lisboa, Março, 2007, p 4-6.

DGS – **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Associado aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização**, Lisboa, Dezembro, 2008, p 63-64.

DGS - **Tuberculose: Ponto da Situação em Portugal em 2006**, dados preliminares em Março de 2007

FERNANDES, I. A. – Protocolos no serviço de urgência. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 22 : 259 (Julho 2010), p. 31-34.

FERREIRA, Etelvina; PINA, Elaine; SILVA, Goreti; - DGS – **Relatório de Inquérito de Prevalência de Infecção**, 2010

FONTES, Ana Isabel Costa; FERREIRA, Andreia Cristina Oliveira Santos - Do outro lado da porta...falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN: 0872-8844. Nº 85 (julho 2009) 34-38.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8

<http://www.aidscongress.net/Modules/webcAidsCongress/Communication>

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT -**How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Cambridge, MA: February 2012 p 3-454**

LE BOTERF G.- **Desenvolvendo a competência dos profissionais.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

LORENZI, R. Luiz; OLIVEIRA, I. Martini **Tuberculose em trabalhadores de Enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 33 (117): 06-14, 2008.

LUCENA A, CROSSETTI, M - Significado do cuidar na unidade de terapia. **Revista Gaúcha Enfermagem,** Porto Alegre, 2004, ago;25(2) p 243-256.

MATHEW, A.; DAVID,T.; THOMAS, K.; et al.- **Risk factors for tuberculosis among health care workers in South India: a nested case - control study.** Journal of Clinical Epidemiology, 2012.

MATOS, A; SOBRAL, A – Prevenção da Pneumonia Associada á Ventilação Mecânica. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva.** Porto. 2010;17, 5p.

MARQUES, et al. - Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. **Revista. Enfermagem.** Rio de Janeiro. 17(1): p.91-95 jan.-mar. 2009

MELEIS; A. - **Theoretical nursing: Development and progress.** 2nd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1991

MUSCEDERE et al. **Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator associated pneumonia: Prevention Journal of Critical Care .2008, 23. p 126–137**

NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma ética da enfermagem – Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. 582 p. ISBN 972-603-326-8.

OLIVEIRA, Célia Osana Piedade; Fenomelogia do Corpo e os Cuidados Intensivos. – **Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem**. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. [s.n.], 2001. P.100-106

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Caderno Temático. Dezembro de 2009

PENDER, Nola J. – **Health Promotion in Nursing Practice**. Stamford, CT: Appleton & Lange, 3<sup>rd</sup> Ed., p. 55.

PEREIRA, Maria Aurora – **COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE E GESTÃO DO LUTO**. 1<sup>a</sup> ed. Coimbra: Formasau, 2008. 446p. ISBN:978-972-8485-92-4.

PINA, Elaine et al – Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista de saúde pública**. 2010

ROSÁRIO, Elsa - Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos **Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde** Universidade Aberta. Lisboa, 2011, Outubro p 1-153

SAIOTE, Elisabete - A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos. **Dissertação Mestre em Sociologia da Saúde e Da Doença**. Lisboa, Junho, 2010 Instituto Universitário de Lisboa. p 1-88

SANTOS, Adélia; REZENDE, Edna; FRANÇA, Elisabeth – **Infecções Hospitalares – Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares**. Editora Guanabara, 2005 p 15-33

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de urgência: da teoria à prática.** 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p. ISBN 972-8383-16-9.

SILVEIRA, et al - **Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico.** São Paulo 2010;23 (5). p 697-700

SISSOLAK, D.; MARAIS, F; MEHTAR, S. TB - **Infection prevention and control experiences of South African nurses – a phenomenological study.** BioMed Central - Public Health, 2011.

SNYDERS, et at - **Oral chlorhexidine in the prevention of ventilatorassociated pneumonia in critically ill adults in the ICU: A systematic review.**2011. Novembro, Vol 27 nº 2 p 48-56

SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA- **Diretrizes sobre Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV)** – Editora Office Editora e Publicidade Ltda. 2006, p 13-19

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência.** Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. 155 p. ISBN – 972-54-0146-8.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem.** Loures, Lusociência, 2002

WILSON, J. – **Controlo de Infecção na Prática Clínica.** Lusociência. Loures, 2003. ISBN 972-8383-57-6. p. 175-176.

# APÊNDICES

**APÊNDICE I** – Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento, ação  
formação realizada no Serviço de Medicina 3



## Objetivos

- Contribuir para a prevenção e controlo dos riscos da transmissão intra-hospitalar da tuberculose;
- Informar sobre as práticas e fatores ambientais que facilitam a transmissão da tuberculose em ambiente hospitalar;
- Esclarecer sobre as principais medidas de prevenção da infeção.


## Conteúdo da sessão

- Tuberculose: - Definição
  - Epidemiologia
  - Agente/ via de transmissão
  - Fatores de risco
  - Sintomas e diagnóstico
- Estratégias e medidas de controlo de infeção
- Práticas a considerar no serviço de medicina 3
- Conclusão
- Avaliação da sessão

## Definição

• A tuberculose nosocomial é definida como a infeção Tuberculose adquirida por doentes ou profissionais de saúde, numa instituição de saúde como resultado da prestação de cuidados. (DGS, Circular nº7, 1994)


• É uma infeção causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*.



Resumo: Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva

## Epidemiologia

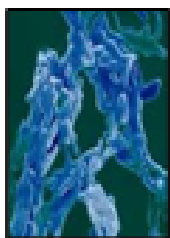
- Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas de tuberculose na União Europeia (DCS, 2006);
- Profissionais de saúde apresentam um elevado risco de contrair *Mycobacterium tuberculosis*;



Resumo: Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva

## Epidemiologia


- A partir da década de 80 surge uma pandemia de infeção de HIV, ocorrendo em simultâneo um surto de tuberculose nosocomial (OMS, 2002);
- Multiresistência a anti bacilares de primeira linha;



Resumo: Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva

## Atualidade


- Problema real que implica uma reflexão quanto às medidas de controlo da infeção adotadas no desempenho diário das diversas funções dos profissionais de saúde.



Resumo: Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva

## Agente e Modo de Transmissão

- Bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, aeróbio que mede entre 0,2 a 0,5  $\mu\text{m}$  de diâmetro e 2 a 4  $\mu\text{m}$  de comprimento
- Transmitida através de gotículas libertadas durante a tosse, diálogo ou espirros de um doente com TP ativa



## Agente e Modo de Transmissão

A transmissão é feita por inalação de gotículas de 1 a 5 µm de diâmetro de um doente com TP ativa.

Procedimentos:

- Broncoscopias;
- Aspiração de secreções;
- Indução da expectoração;



## Fatores de risco

- Atraso no diagnóstico: atipia das lesões radiológicas e morosidade nas técnicas de cultura;
- Atraso no tratamento adequado;
- Internamento em enfermarias;
- Proximidade entre doentes;
- Falha de medidas de isolamento respiratório;
- Resistência aos anti bacilares;
- Infecção pelo HIV;



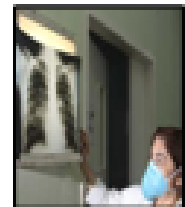
## Sintomas

- Astenia/mal estar geral;
- Tosse inicialmente seca;
- Perda de peso;
- Febre;
- Expectoração;
- Anorexia;
- Sudorese noturna;
- Dor torácica pleurítica;
- Tosse produtiva - Hemoptise;




## Diagnóstico

- Expressão Sintomatológica;
- RX Tórax;
- TAC Tórax;
- Prova Mantoux;
- Exame cultural (3 colheitas);
- Broncoscopia (invasiva);
- Baciloscopias.



**Estratégias e medidas de controlo de infeção**

- Controlo administrativo;
- Controlo ambiental;
- Proteção respiratória pessoal;



CDC (Center for disease and prevention)

**Estratégias e medidas de controlo de infeção**

> **Controlo administrativo**

Identificação precoce de doentes potencialmente infetados. → Isolamento precoce

CDC

**Estratégias e medidas de controlo de infeção**

> **Controlo ambiental**

Diminuição da concentração de aerossóis infetantes em áreas de risco:

- Maximização da ventilação natural;
- Controlo da direção do fluxo de ar;
- Quartos isolamento com pressão negativa;
- Redução da contaminação mantendo porta dos quartos fechada;


CDC

**Estratégias e medidas de controlo de infeção**

> **Proteção respiratória pessoal**

Uso de dispositivos de proteção respiratória individual:

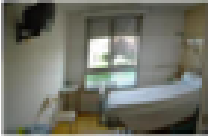
- Respirador de partículas para os Profissionais;
- Máscaras Cirúrgicas em doente quando sai do quarto;



CDC


Práticas a considerar no serviço Medicina 3

- Sempre que haja suspeita de TP devemos colocar o paciente em isolamento.
- O uso de respirador de partículas por parte dos profissionais e máscara cirúrgica por parte do doente é essencial na prevenção da TP.




Práticas a considerar no serviço Medicina 3

- O ar condicionado da enfermaria deve ser fechado e os filtros devem ser substituídos com regularidade.
- A porta da enfermaria deve permanecer fechada e isolar possíveis saídas de ar.
- Sempre que possível colocar o doente em quarto com pressão negativa.




Práticas a considerar no serviço Medicina 3

- O doente deve manter-se em isolamento num quarto/ enfermaria individual e não deambular pelo serviço;




Conclusão

- Segundo o CDC 2005 é essencial que os profissionais de saúde estejam despertos para esta problemática;
- Tuberculose permanece uma ameaça para os profissionais de saúde, sendo os enfermeiros e os médicos o grupo mais atingido; (Costa Sá et al 2010)



**Conclusão**

- As estratégias e medidas de controlo de infeção não podem ser esquecidas; (Sisso Lak Marais e Mehtar 2011)



**Avaliação da sessão**

- Entrada de um doente com antecedentes de TP e HIV+. Sintomatologia à entrada: astenia, emagrecimento e expectoração hemoptoica. Internado numa enfermaria 2 camas.  
Que medidas deveram ser tomadas?  
**Resposta:** Colocar o paciente num quarto de isolamento individual até esclarecimento.

**Avaliação da sessão**

- Refira 2 estratégias ou medidas de controlo de infeção? **Resposta:** -controlo ambiental  
- proteção respiratória

18

Resposta: sim porque ao tossir ou espirrar, falar dissemina o microrganismo.

### Avaliação da sessão

3. Um doente com suspeita de TP ao circular no corredor sem proteção poderá colocar em risco outros doentes ou profissionais?

**Resposta:** sim porque ao tossir ou espirrar, falar dissemina o microrganismo.

19


### Referências bibliográficas

- COSTA, J. Tereza; SILVA, R. M. R.; CARVALHO, M., *et al.* Results of hygiene applications concerning for inter-hospital infection in health-care workers in Portugal. *Journal of Contemporary Medicine and Technology*, Junho 2010.
- COSTA, R. (coordenação); PALMARI, J.; MELLO, R. Carolina de Castro, *et al.* Medidas de prevenção de transmissão de inter-hospitalar em enfermagem (health-care workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro). *Revista de Enfermagem*, 2011, *26*(1), 100-105.
- COSTA, J. Carolina Tereza de; SILVA, R.; FERREIRA, J. *et al.* Transmissão de infeções profissionais de saúde em Portugal. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37 (2), 2012, 221-1.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório para a OMS sobre a Transmissão de Infecções*. Março 2005, p. 1-65.
- LOPES, R. Lúcia; OLIVEIRA, I. Maria de. Transmissão vertical de infeções em recém-nascidos: uma abordagem epidemiológica de uma população. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, 13(2) Porto Alegre, 2001, 117-124, 2001.
- BILLIKIAN, D.; MORAN, P.; MONTAN, B. *Estimando granadas antimicrobiales y control de infecciones de salud pública: un programa de control de infecciones*. *Revista de Salud Pública*, 2011.
- MATHIAS, A.; GILIO, T.; THOMAS, K. *et al.* Risk factors for inter-hospital among health-care workers in South India: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2010.
- Organização Mundial de Saúde. *Transmissão de Infeções*. Ministério da Saúde, 2002, [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).
- *Guia de prevenção de transmissão de infeções hospitalares em enfermagem*, 2002.
- *Higiene e prevenção de infeções em enfermagem*. 3ª Edição. Associação de Enfermeiros de Portugal.

20

Resposta: sim porque ao tossir ou espirrar, falar dissemina o microrganismo.

### Obrigada pela vossa atenção

		<b>PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SERVIÇO / UNIDADE</b>	
<b>Título:</b> Tuberculose: não se combate com sorte, mas com comportamento			
<b>Formadora:</b> Arlete Procópio			
<b>Destinatários:</b> Equipa multidisciplinar			
<b>Local:</b> medicina3			
<b>Data:</b> 12/06/2012		<b>Hora:</b> 16.00	<b>Duração prevista:</b> 40 minutos
<b>Objectivos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para a prevenção e controlo dos riscos da transmissão intra-hospitalar de tuberculose</li> <li>• Informar sobre as práticas e factores ambientais que facilitam a transmissão da tuberculose em ambiente hospitalar</li> <li>• Esclarecer sobre as principais medidas de prevenção da transmissão da infecção</li> </ul>			
<b>Conteúdos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculose: Definição Epidemiologia Agente / via de transmissão Factores de risco Sintomas e diagnóstico</li> <li>• Estratégias e medidas de controlo de infeção</li> <li>• Práticas a considerar no serviço Medicina 3</li> <li>• Conclusão</li> <li>• Avaliação da sessão</li> </ul>			
<b>Metodologia e Recursos</b>			
<b>Metodologia:</b> expositiva			
<b>Meios audiovisuais:</b> data show			
<b>Avaliação da Sessão</b>			

### *Avaliação da sessão*

1. Entrada de um doente com antecedentes de TP e HIV+ . Sintomatologia à entrada: astenia, emagrecimento e expectoração hemoptoica. Internado numa enfermaria 2 camas.

Que medidas deveram ser tomadas?

2. Refira 2 estratégias ou medidas de controlo de infeção?

3. Um doente com suspeita de TP ao circular nos corredores poderá colocar em risco outros doentes ou profissionais?

**APÊNDICE II** - Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento, ação  
formação realizada no Serviço de Pneumologia

HOSPITAL  
FAROL

UNIVERSIDADE DE  
LAVRAS INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em  
Enfermagem  
Jornal de Especialização em  
Enfermagem Médico-cirúrgica

# Tuberculose não se combate com sorte mas com Comportamento

Sob Orientação da EEMC:  
Enf. Ana Dora

Elaborado por:  
Arlete Procópio

Sob Orientação Tutorial:  
Prof. Doutora Helma José

Estágio Comissão e Controle de Infecção

Junho 2011

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

## Objetivos:

- Sensibilizar os enfermeiros para a prevenção e controlo dos riscos da transmissão intra-hospitalar da tuberculose;
- Reforçar a importância das principais medidas de prevenção da transmissão da infeção.

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

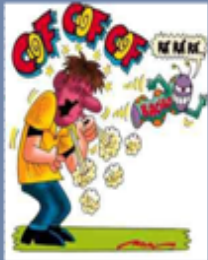
## Conteúdo da sessão: Revisão Sistemática da Literatura

- Métodos e estratégias (critérios de inclusão e exclusão);
- Apresentação dos artigos pesquisados;
- Apresentação das : Intervenções e Condições dos diversos artigos;
- Considerações finais.

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

## Questão:

Que medidas são necessárias implementar para garantir a segurança dos doentes e profissionais de saúde em situação de Tuberculose Pulmonar, de forma a diminuir o risco de transmissão do Bacilo de Koch?



<http://www.tuberculose.com.br/glossario/termos/seguranca-profissionais-de-saude/tuberculose.html>

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser um estudo empírico de paradigma dedutivo ou indutivo;</li> <li>• Apresentar informação ao nível dos parâmetros considerados imprescindíveis de avaliar: População de Interesse (P), Intervenções (I), Comparações (C), Resultados (O), Tipo de Estudo (E), bem como o autor (es), o ano e o país;</li> <li>• Ter sido publicado entre 2008-2012;</li> <li>• Ser referente às medidas que são necessárias implementar para garantir a segurança dos doentes e profissionais de saúde em situação de Tuberculose Pulmonar, de forma a diminuir o risco de transmissão do Bacilo de Koch.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser uma revisão de literatura (meta-síntese/meta-análise);</li> <li>• Ser uma dissertação ou tese.</li> </ul>

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Results of five-years systematic for latent tuberculosis infection in healthcare workers in Portugal." Costa et al, Junho 2010*

**Intervenções:**

- > Rastreio profissionais de saúde (5414), 2005 a 2009 H S João Porto;
- > Segundo diretrizes CDC 2005;
- > Relação nº camas e doentes com TP;
- > Entrevista:
  - Rx torax
  - Testes IGRA
  - Prova de mantoux com medição

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Tuberculose ativa entre profissionais de saúde em Portugal." Costa et al, 2011*

**Intervenções:**

- > Rastreio profissionais de saúde (6112), 2005 a 2010 H S João Porto;
- > Segundo diretrizes CDC 2005;
- > Questionário sintomatologia:
  - Rx torax
  - Testes IGRA
  - Prova de mantoux com medição
  - Microscopia direta ou cultura

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

**Conclusão:**

- > TP em profissionais de saúde em Portugal é elevada;
- > Os médicos e os enfermeiros são o grupo mais afetado, principalmente nos primeiros anos de exposição;
- > Ao longo do estudo houve redução significativa dos casos de TP.
- > A percentagem aumenta nos setores de risco moderado e alto risco.

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Administrative measures for preventing Mycobacterium tuberculosis infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro" Costa et al, Maio 2009*

**Intervenções:**

- Avaliação sobre o impacto de medidas administrativas no controlo da TP;
- 599 profissionais realizaram prova tuberculina;
- 406 entre 1999 e 2001;
- 193 entre 2002 e 2003.

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Administrative measures for preventing Mycobacterium tuberculosis infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro" Costa et al, Maio 2009*

**Resultados:**

- Essencial avaliar o impacto das medidas administrativas;
- Se houver cumprimento de todas as medidas administrativas, ambientais e proteção respiratória o risco diminui significativamente.

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Administrative measures for preventing Mycobacterium tuberculosis infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro" Costa et al, Maio 2009*

**Resultados:**

- Essencial que os profissionais de saúde em contacto direto com doentes com TP ativa sejam mantidos sobre vigilância (saúde ocupacional).



Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Tuberculose em trabalhadores de enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional." Lorenzi e Oliveira, Brazil 2008*

**Intervenções:**

- Incidência de TP nos enfº de São Paulo, 2004, comparando com população geral (100 mil habitantes).

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Tuberculose em trabalhadores de enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional." Lorenzi e Oliveira, Brazil 2008*

**Resultados:**

- A faixa etária com maior incidência nos Enfermeiros é entre os 20-29 anos.
- A faixa etária com maior incidência nos auxiliares de enfermagem é entre 15-19 anos.

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Tuberculose em trabalhadores de enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional." Lorenzi e Oliveira, Brazil 2008*

**Resultados:**

- A intervenção precoce, a rápida implementação das medidas de controle ambiental e proteção respiratória associado a formação dos profissionais é essencial para prevenção doença.




Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

*"Tuberculose em trabalhadores de enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional." Lorenzi e Oliveira, Brazil 2008*

**Resultados:**

- A adequação dos serviços de internamento (promover o isolamento dos doentes) é fulcral para a prevenção da TP.




<http://www.sisa.org.br/pt-br/2009.html>

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

**Considerações finais:**

1. Intervenção precoce no controlo da TP é fulcral;
2. Estratégias e Medidas de controlo de infeção são essenciais para prevenção da TP.
3. Os sectores de risco moderado e alto são aqueles que apresentam maior nº de casos de TP entre os profissionais de saúde.
4. A formação contínua dos profissionais de saúde.



<http://www.sisa.org.br/pt-br/2009.html>

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

### Considerações finais:

5. Adequação dos serviços de internamento (quartos de isolamento);
6. O rastreio é de extrema importância para a prevenção da transmissão da TP, entre os profissionais de saúde;
7. Os enfermeiros devem ter presente as medidas de controlo de risco, de transmissão da TP.



http://www.demul.com.br/imagens/animacao/tuberculosa.htm


Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

### Referências bibliográficas

- COSTA, J. Torres; SILVA, R. Sá R.; CARDOZO, M., et al. Results of five-years systematic screening for latent tuberculous infection in healthcare workers in Portugal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, Junho 2010.
- COSTA, R. Albuquerque da; TRAJALAN, A.; NELLO, R. Cavalho de Guerra; et al. Administrative measures for preventing *Mycobacterium tuberculosis* infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. <http://www.scielo.br/revista/2010/03/0100000>
- COSTA, J. Castela Torres da; SILVA, R.; FERREIRA, J. et al. Tuberculose Ativa entre Profissionais de Saúde em Portugal. *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 37 (5): 636-643, 2011.
- DIREÇÃO GERAL SAÚDE - Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose. Relatório para Dia Mundial de Tuberculose, Março 2010, P.1-10
- LORRINI, R. Luz; OLIVEIRA, J. Matos da. Tuberculose em trabalhadores de Enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 33 (117): 05-14, 2008.
- SISSOLAK, D.; MARAS, S.; MEHTAR, S. TB infection prevention and control experiences of South African nurses – a phenomenological study. *BioMed Central – Public Health*, 2011.
- MATHAN, A.; DAVID, THOMAS, K., et al. Risk factors for tuberculosis among health care workers in South India: a nested case-control study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2

Tuberculose não se combate com sorte mas com comportamento

# Obrigada pela vossa atenção

		<b>PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SERVIÇO / UNIDADE</b>	
<b>Título:</b> Tuberculose: não se combate com sorte, mas com comportamento			
<b>Formadora:</b> Arlete Procópio			
<b>Destinatários:</b> Equipa Enfermagem			
<b>Local:</b> PNEUMOLOGIA			
<b>Data:</b> 19/06/2012		<b>Hora:</b> 16.00	<b>Duração prevista:</b> 15 minutos
<b>Objectivos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para a prevenção e controlo dos riscos da transmissão intra-hospitalar da tuberculose;</li> <li>• Reforçar a importância das principais medidas de prevenção da transmissão da infeção.</li> </ul>			
<b>Conteúdos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectivos</li> <li>• Conteúdo da sessão: Revisão Sistemática da Literatura</li> <li>• Questão:</li> <li>• Critérios de inclusão e exclusão</li> <li>• Artigos trabalhados: Intervenções e Conclusões</li> <li>• Considerações finais</li> </ul>			
<b>Metodologia e Recursos</b>			
<b>Metodologia:</b> expositiva			
<b>Meios audiovisuais:</b> data show			
<b>Avaliação da Sessão</b>			

### Avaliação da sessão

1-Que medidas de controlo de infeção devem ter em conta na TP:

Assinale a resposta errada

- a - Controlo administrativo
- b - Proteção respiratória
- c - Controlo do doente
- d - Controlo ambiental

2-Diga se são fatores de risco:

Assinale a resposta errada

- a- Atraso no diagnóstico
- b- Tratamento o mais precoce
- c. Proximidade entre doentes
- d- Falha de medidas de isolamento respiratório

**APÊNDICE III** – Revisão científica sobre: aspiração de secreções ao doente ventilado e higiene oral



**CURSO DE Mestrado em Enfermagem Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica 2011/2013**

## **REVISÃO CIENTÍFICA SOBRE:**

- ❖ **ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES AO DOENTE VENTILADO**
  
- ❖ **HIGIENE ORAL**



**Aluna:** Maria Arlete Procópio

Nº 192011050

**Enfermeiro Orientador**

Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, novembro de 2012

## REVISÃO CIENTÍFICA

## NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do estágio da unidade de cuidados intensivos, realizado no Hospital Distrital de Faro, EPE, surgiu a necessidade de atualizar as normas da aspiração de secreções ao doente ventilado e a norma da higiene oral, deixando o contributo para a possibilidade da sua revisão.

Pretende-se com esta atualização de conhecimentos uniformizar as práticas de cuidados ao doente crítico, nas áreas da aspiração de secreções e da higiene oral.

Para cada temática efetuou-se uma grelha de observação, contendo todos os procedimentos corretos inerentes a cada prática, para posterior utilização pelos pares. Para a construção de cada grelha foram consultadas as últimas orientações/diretrizes do Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos da ACSS de 2011, Programa Nacional de Controlo de Infecção – PNCI de 2004, Diretrizes emanadas pela CDC- Centers for Disease Control and Prevention de 2004, assim como alguns artigos consultados. Esta pesquisa será compilada num dossiê temático a ser entregue na unidade. Servirá de suporte aos colegas para consulta sempre que possam surgir dúvidas nesta temática.

## ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES ENDOTRAQUEAL E OROFARINGEA

“A ventilação mecânica, através do uso de uma via aérea artificial, é provavelmente o procedimento mais frequente em doentes críticos, com insuficiência respiratória.” (Matos e Sobral, 2010:17). Ainda os mesmos autores referem que “a presença de uma via aérea artificial provoca alterações dos mecanismos protetores da via aérea, favorecendo a colonização por microrganismos.”

A aspiração endotraqueal “tem como objetivo manter as vias aéreas permeáveis, prevenir infeções, promover trocas gasosas, incrementar a oxigenação arterial, melhorando, assim, a função pulmonar.” Os mesmos referem que contudo, este expõe os pacientes a sérios riscos, especialmente aqueles sob ventilação mecânica, e sua utilização deve ser cuidadosa e criteriosa para evitar complicações sérias como a hipoxemia, atelectasia, arritmia e infeção, entre outras (FARIAS, et al, 2009).

2

#### REVISÃO CIENTÍFICA

Um artigo do Canadá refere que existem algumas, 3, estratégias passíveis de ser utilizadas de forma a prevenir a PAV (Pneumonia Associada à Ventilação) como: colonização e contaminação do ambiente, cuidados específicos com a aspiração de secreções. (HEALTH PROTECTION SCOTLAND, 2012:3)

Segundo a ACSS (2011:126) “a aspiração de secreções consiste na remoção das secreções traqueobrônquicas através da introdução de uma sonda estéril na nasofaringe, orofaringe ou no tubo endotraqueal/traqueostomia, utilizando um sistema de vácuo, sempre que o cliente não tenha condições de as remover.” Define ainda como objetivos:

- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Prevenir a estase de secreções;
- Providenciar ventilação adequada.

Os procedimentos inerentes à prática da aspiração de secreções são descritos na grelha elaborada após a revisão da literatura. (anexo1).

#### Evidências científicas / Últimas recomendações descritas

De forma a fundamentar os procedimentos descritos na grelha elaborada, importa apresentar as últimas recomendações descritas na literatura. Foram baseados no Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos técnicos da ACSS de 2011, e do PNCI – Programa Nacional de Controlo Infeção de 2004. Após revisão da literatura houve alguns procedimentos que houve necessidade de acrescentar de forma a uniformizar a prática, tendo em conta todos os aspetos importantes para que esta técnica seja utilizada corretamente.

Os procedimentos para a realização de forma eficaz da técnica da aspiração de secreções, podem ser agrupados em três grandes grupos: **Controlo de Infeção, Conforto do doente e Procedimentos propriamente ditos**. Assim, importa descrever os conhecimentos encontrados na literatura.

##### **Controlo de Infeção:**

A **Higiene das mãos** deve ser efetuada sempre antes do procedimento e após o mesmo. A DGS na circular normativa nº13 de 14/06/2010 indica os cinco momentos propostos pela OMS e que correspondem às indicações obrigatórias da higiene das mãos na prática:

3

## REVISÃO CIENTÍFICA

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente e
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente.

“A higiene das mãos é considerada uma das práticas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde, contribuindo desse modo para a redução da morbilidade e mortalidade dos doentes. Em termos epidemiológicos, é consensual que a transmissão de microrganismos através das mãos entre profissionais e os doentes é uma realidade incontornável, dando origem a infeções, consideradas consequências indesejáveis da prestação de cuidados.” (DGS, 2010: 4; Matos e Sobral, 2010:62; Health Protection Surveillance Centre, 2011:2)

A higienização das mãos deve ser sempre efetuada após o manuseamento de sangue, fluidos corporais, excreções, secreções ou de qualquer objeto contaminado que tenham sido ou não usadas luvas. As mãos devem ser higienizadas imediatamente após cada contacto direto com o doente e após qualquer atividade da qual possa resultar contaminação das mãos como nos refere a PNCI.

**Equipamento de proteção individual** Utilização de barreiras de proteção (mascara com viseira, luvas e bata)

Na aspiração de secreções utilizar luvas clinicamente limpas, uma vez que não há evidência que o uso de luvas estéreis diminua a taxa de infeção. (PNCI, 2004:19). Ainda os mesmos autores referem, que se deve usar luvas limpas e não esterilizadas, para manipular sangue, fluidos corporais, excreções, secreções....As luvas devem ser mudadas entre procedimentos, no mesmo doente.

O uso de bata e mascara com viseira tem como objetivo proteger os profissionais, minimizando a contaminação da pele, do fardamento, durante procedimentos com capacidade potencial de produção de salpicos, de fluidos corporais, de secreções ou de excreções... (PNCI, 2004; Matos e Sobral, 2010:62). FARIAS, et al (2009) também refere a necessidade de utilizar equipamento de proteção individual, mascara, óculos e avental. Ressalta, ainda também, a importância da lavagem das mãos antes e após o procedimento, assim como Health Protection Surveillance Centre (2011:2)

**Limpeza ambiente** - Limpeza da unidade “ A limpeza e manutenção das superfícies estruturais do ambiente, são medidas fundamentais de controlo da qualidade do ambiente hospitalar ...As suas funções são várias, tendo em conta duas vertentes a vertente

4

#### REVISÃO CIENTÍFICA

microbiológica, já que através dela são removidos os microrganismos do ambiente pela remoção da sujidade tornando as superfícies seguras para doentes e profissionais...” e a vertente não microbiológica que consiste em manter a função e evitar a deteiorização. (PNCI, 2004:1). HEALTH PROTECTION SURVEILLANCE CENTRE (2011:2) também refere a importância da limpeza do ambiente.

#### PROCEDIMENTOS PROPRIAMENTE DITOS

Costa referenciado por Farias (2009) diz-nos que é

“...fundamental importância a lavagem das mãos antes e após prestar assistência ao paciente, abrir a ponta do papel da sonda estéril adaptá-la à conexão do vácuo. Em seguida, deve-se abrir a conexão do vácuo, calçar as luvas estéreis, segurando-a com uma das mãos e com outra desconectando o respirador. Depois, se introduz o cateter através do tubo endotraqueal ou traqueotomia e a aspiração é realizada quando a ponta do cateter estiver no interior da traqueia. A duração da sonda dentro do tubo deve ser inferior a 15 segundos, e sua retirada deverá ser feita em movimentos circulares produzidos pelo polegar e indicador, permitindo a limpeza e evitando danos à região.”

Um estudo realizado por Pedersen, et al (2008:25) cita que a instilação de soro fisiológico por rotina antes da aspiração de secreções não é recomendável. Não existem evidências da atuação deste na remoção das secreções. O único efeito comprovado é estimulação da tosse, mas os riscos de infeção e o desconforto no doente superam a sua indicação. O mesmo estudo revela que a pré-oxigenação com oxigénio a 100%, pelo menos durante 30 segundos, antes e depois da aspiração, é recomendada para prevenir uma diminuição da saturação de oxigénio do doente, baseado em evidências científicas.

Hahn (2010:32) numa revisão sistemática menciona que a prática da hiperoxigenação em adultos com oxigénio a 100% antes, durante e após a aspiração de secreções por períodos, não pode ser prolongada uma vez que esta leva a danos tecidulares e atelectasias.

#### HIGIENE ORAL

A higiene oral faz parte dos procedimentos diários da prática de enfermagem, constituindo um passo importante dos cuidados de enfermagem. Como nos referem, os autores Silveira, et al

## REVISÃO CIENTÍFICA

[2010:698] “vários estudos vêm determinando, a higiene oral, como uma medida significativa para reduzir a pneumonia associada à ventilação mecânica”.

Embora a higiene oral seja uma prática tradicional na assistência ao paciente, até recentemente não havia evidências científicas de sua relevância para a prevenção de infecções nosocomiais. Tanto que as atuais diretrizes para o controle de infecção respiratória do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), embora recomendem a implantação de um programa que inclua a higiene oral para doentes em cuidados intensivos, não categorizam tal prática como recomendação baseada em fortes evidências.

“O uso de anti-sépticos na higienização bucal também tem sido alvo de investigação. De entre os produtos utilizados está a clorexidina, um agente antimicrobiano com amplo espectro de atividade contra gram-positivos, incluindo o *S. aureus* resistente à oxacilina e o *Enterococcus* sp resistente à vancomicina, e com menor eficácia contra gram-negativos. É absorvida pelos tecidos, ocasionando um efeito residual ao longo do tempo, apresentando atividade mesmo 5 h após a aplicação.

Vários aspectos comprometem a higienização da cavidade bucal e favorecem ainda mais o crescimento microbiano, como a dificuldade e/ou impossibilidade do auto-cuidado, a presença do tubo traqueal, que dificulta o acesso à cavidade bucal, e a conseqüente formação de biofilme placa dentária.” (BERALDO, ANDRADE, 2008: 708)

Tradicionalmente, a higiene oral compõe a higiene corporal como um todo e constitui um dos mais importantes cuidados de enfermagem. Assim, faz-se necessária a divulgação e atualização sobre a temática, a fim de oferecer maior capacitação durante a assistência aos doentes.

Vários são os autores que referem que se deve utilizar como antisséptico a clorexidina. O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2008:) recomenda a higiene oral com clorexidina em pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca. Porém, quanto aos doentes em cuidados intensivos do foro médico-cirúrgica, o tema é considerado uma questão não resolvida. (BERALDO, ANDRADE, 2008: 708)

Os autores Matos e Sobral (2010:63) descrevem o seguinte:

- Higienização oral cada 2-4 h previamente às mobilizações major e seguido de aspiração de secreções da hipofaringe;
- Escovar os dentes e a língua cada 12 horas;

#### REVISÃO CIENTÍFICA

- Aplicar anti-séptico (preferencialmente com solução de clorhexidina) na cavidade oral cada 2-4 horas;
- Inspeção da cavidade oral;
- Aplicar emoliente conforme as necessidades do doente.

A Sociedade Paulista de Infectologia (2006:13/14) nas diretrizes sobre Pneumonia associada a Ventilação mecânica (PAV) refere que uso de anti-sépticos orais (higiene oral) está indicado nos doentes sob ventilação mecânica, havendo evidência do benefício de uso de clorexidina na redução de taxas de PAV (baseado em um único estudo clínico). Um estudo realizado por Muscedere et al. (2008:132) conclui que o uso de clorexidina diminui a incidência da PAV, recomendando o seu uso.

Um estudo desenvolvido na Arábia Saudita (Snyders, et al), publicada em 2011, refere que o uso de clorexidina a 2% é benéfico na prevenção da PAV. Refere ainda, que existe poucos estudos nesta temática, e recomendam mais estudos nesta área.

A revisão das práticas preventivas é essencial para a redução de pneumonias em doentes em estado crítico, assim a higiene oral com antisséptico, bem como a remoção da placa dental assume um importante papel ao reduzir a carga microbiana. (SILVEIRA, et al, 2010: 697) A clorexidina atua como inibidor da formação da placa dentária e da criação de gengivites. Não existe evidência científica que suporte a eficácia do uso da clorexidina como prevenção na PAV. No entanto, faz sentido que a higiene oral efetuada com um anti-septico reduz a contaminação de baterias da cavidade oral, e diminui a possível contaminação nas vias aéreas. (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2012: 18)

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os autores Matos e Sobral (2010:64) referem que a PAV pode resultar da atuação direta das intervenções dos profissionais, como os posicionamentos ou a aspiração de secreções que expõem o doente a riscos. Deste modo, é fundamental a utilização da aspiração de secreções de forma eficaz e mantendo todos os procedimentos inerentes à mesma de uma forma correta e uniformizada. A PAV pode e deve ser prevenida com o uso diário de procedimentos adequados e a monitorização contínua da adesão às boas práticas.

7

REVISÃO CIENTÍFICA

“As UCI’s devem dispor de ferramentas e recursos apropriados, de modo a permitir que a equipa multidisciplinar possa evitar a PAV. Os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação das boas práticas que previnem esta infeção nosocomial. A existência de protocolos de prevenção da PAV tem demonstrado, segundo a literatura específica desta área, uma diminuição da taxa da pneumonia nosocomial, em cerca de 50%.” (Matos e Sobral, 2010:65)

8

REVISÃO CIENTÍFICA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERALDO, Carolina; ANDRADE, Denise - **Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.** *Jornal brasileiro Pneumologia.* vol.34 n°.9 São Paulo Setembro. 2008 p 707/714

CDC Centers for Disease Control and Prevention - Diretrizes emanadas pela CDC, 2004

DGS – **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.** Circular Normativa n°13/DSQC/DSC, 2010

FARIAS, et al - Pacientes sob ventilação mecânica: cuidados prestados durante a aspiração endotraqueal. *Revista Científica Internacional*, Ano 2 - N° 09 Setembro/Outubro – 2009

HAHN, Michael - **10 Considerations for Endotracheal Suctioning.** *The Journal for Respiratory Care Practitioners.* July 2010 p 32-33

HEALTH PROTECTION SCOTLAND - **What are the key infection prevention and control recommendations to inform a minimising ventilator associated pneumonia (VAP) quality improvement tool?** Targeted literature review: Version 1.0: October 2012 Pag 3 a 12

HEALTH PROTECTION SURVEILLANCE CENTRE - **Guidelines for the prevention of ventilator associated pneumonia in adults in Ireland** SARI working group. 2011 Publicado: February. p:1-20

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT -**How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia.** Cambridge, MA: February 2012 p 3-454

MANUAL DE NORMAS DE ENFERMAGEM – **Procedimentos Técnicos da ACSS de 2011, 2ª Edição, Lisboa p 1-284**

9

REVISÃO CIENTÍFICA

MATOS, A; SOBRAL, A - Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Revista Portuguesa Medicina Interna** 2010; (17) 61-65

MUSCEDERE et al. **Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator associated pneumonia: Prevention Journal of Critical Care** .2008, 23. p 126-137

PEDERSEN, et al - **Endotracheal suctioning of the adult intubated patient—What is the evidence?** *Intensive and Critical Care Nursing*. Elsevier Ltd. May 2008 p 21-30

PNCI - Programa Nacional de Controlo de Infecção. **Recomendações para a prevenção da infecção respiratória em doente ventilado**. 2004 Ministério da Saúde. p. 1-22

PNCI – **Recomendações para a prevenção da infecção respiratória em doente ventilado**. 2004

SILVEIRA, et al - **Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico** São Paulo 2010;23(5). p 697-700.

SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA- **Diretrizes sobre Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV)** – Editora Office Editora e Publicidade Ltda. 2006, p 13-19

SNYDERS, et al - **Oral chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia in critically ill adults in the ICU: A systematic review**.2011. Novembro, Vol 27 n° 2 p 48-56

REVISÃO CIENTÍFICA

|

## ANEXOS

11

REVISÃO CIENTÍFICA

ANEXO 1 – Grelha da aspiração de secreções


12

## REVISÃO CIENTÍFICA



Aspiração de Secreções		
Através da Nasofaringe e Orofaringe		
Práticas	Observado	Não Observado
1. Lavar as mãos.		
2. Preparar o material e verificar o funcionamento do aspirador.		
3. Explicar o procedimento ao doente, pedindo se possível a sua colaboração.		
4. Colocar a máscara.		
5. Adaptar a sonda ao Y da tubuladura do aspirador, mantendo-a protegida pelo invólucro.		
6. Calçar as luvas de látex não esterilizadas.		
7. Ligar o aspirador com a mão não dominante.		
8. Introduzir a sonda através do nariz (durante a inspiração, para reduzir o traumatismo da mucosa) ou boca, com a mão dominante.		
9. Retirar a sonda com movimentos circulares aplicando sucção intermitente.		
10. Dobrar a sonda utilizada na mão enluvada e retirar a luva pelo avesso, envolvendo a sonda.		
11. Lavar o tubo que está ligado ao aspirador e proteger a sua extremidade.		
12. Desligar o aspirador.		
13. Retirar a luva de látex da mão não dominante.		
14. Retirar a máscara.		
15. Lavar as mãos.		

## REVISÃO CIENTÍFICA



<b>Através do tubo endotraqueal/traqueostomia</b>		
<b>Práticas</b>	<b>Observado</b>	<b>Não Observado</b>
1-Higiene das mãos.		
2-Preparação material verificando funcionalidade do aspirador.		
3-Explicar o procedimento ao doente e solicitar a sua colaboração.		
4-Colocação de máscara com viseira.		
5-Conectar ambu a fonte de oxigénio, se necessário.		
6-Calçar luvas (não esterilizadas).		
7-Hiperoxigenar o doente, se ventilado e se necessário com FIO2 100%.		
8-Abertura da extremidade do involucro da sonda e adaptá-lo ao Y da tubuladura do aspirador, mantendo-a protegida pelo respetivo involucro.		
9-Calçar luva plástica esterilizada na mão dominante.		
10-Ligar o aspirador com a mão não dominante.		
11-Desconectar o doente do ventilador, ou fonte de oxigénio:  * Ambu se necessário  * Introduzir 3 a 5 cc de cloreto de sódio a 0,9% no tubo endotraqueal ou traqueostomia se as secreções forem muito espessas.		

14

## REVISÃO CIENTÍFICA

12-Introduzir suavemente a sonda no tubo endotraqueal ou traqueostomia, com a mão dominante, até encontrar obstáculo (carina) e exteriorizar ligeiramente iniciando a sucção.		
13-Retirar a sonda com movimentos circulares, aplicando sucção intermitente.		
14-Repetir ponto 11, se necessário.		
15-Repetir pontos 12 e 13, se necessário.		
16-Conectar o doente ao ventilador ou fonte de oxigénio.		
17-Aspirar a cavidade oral, se necessário.		
18-Dobrar a sonda utilizada na mão enluvada (dominante) e retirar a luva pelo avesso, envolvendo a sonda.		
19-Lavar o tubo que está ligado ao ventilador e proteger a sua extremidade.		
20-Desligar o aspirador e a fonte de oxigénio.		
21- Posicionar o doente ou ajudá-lo a posicionar-se.		
22- Auscultar os sons pulmonares.		
23- Retirar as luvas de látex.		
24-Retirar a máscara.		
25- Limpeza da unidade - Assegurar a recolha e lavagem do material.		
26- Promover o conforto do doente.		
27- Higiene das mãos.		

REVISÃO CIENTÍFICA

Anexo 2 - Grelha Observação Cuidados de Higiene Oral com Ajuda Total

## REVISÃO CIENTÍFICA



<b>Práticas</b>	<b>Observado</b>	<b>Não Observado</b>
1-Colocar todo o material necessário junto de doente.		
2-Lavar as mãos.		
3-Posicionar o doente de acordo com o estado de saúde juízo clínico: cabeça elevada em decúbito dorsal ou lateral; plano horizontal em decúbito lateral.		
4-Colocar a toalha sobre o tórax do doente.		
5-Calçar luvas.		
6-Usar a espátula ou escova dentífrica com pasta, lavando os dentes com movimentos circulares da raiz para a coroa.		
7-Embeber outra espátula com solução de lavagem da boca e lavar as gengivas e face interna da boca.		
8-Aspirar a boca do doente.		
9-Aplicação de creme emoliente ou óleo na língua e lábios.		
10-Secar a face com a toalha.		
11-Remover as luvas.		
12-Posicionar o doente.		
13-Recolher e lavar o material utilizado.		
14-Lavar as mãos.		

REVISÃO CIENTÍFICA

Anexo 3 - Grelha Observação Cuidados de Higiene Oral com Ajuda Parcial

## REVISÃO CIENTÍFICA



<b>Práticas</b>	<b>Observado</b>	<b>Não Observado</b>
1-Colocar todo o material necessário junto do doente.		
2-Lavar as mãos.		
3-Posicionar corretamente o doente elevando a cabeceira da cama (caso seja possível).		
4-Explicar ao doente o que se vai fazer, solicitando a sua colaboração.		
5- Colocar a toalha sobre o tórax do doente.		
6-Colocar o material próximo do doente, permitindo que este realize os cuidados de higiene oral, ou colaborando na realização da mesma.		
7- Colocar tina reniforme sobre o queixo do doente.		
8-Solicitar ao doente que procede à higiene oral, lavando a língua, gengivas e dentes da raiz para a coroa, em movimentos circulares e aplique vaselina para manter os lábios hidratados.		
9-Reposicionar o doente.		
10- Providenciar a lavagem e arrumação do material.		
11-Lavar as mãos.		

**APÊNDICE IV – Grelha da aspiração de secreções**

Aspiração de Secreções		
Através da Nasofaringe e Orofaringe		
Práticas	Observado	Não Observado
1. Lavar as mãos.		
2. Preparar o material e verificar o funcionamento do aspirador.		
3. Explicar o procedimento ao doente, pedindo se possível a sua colaboração.		
4. Colocar a máscara.		
5. Adaptar a sonda ao Y da tubuladura do aspirador, mantendo-a protegida pelo invólucro.		
6. Calçar as luvas de látex não esterilizadas.		
7. Ligar o aspirador com a mão não dominante.		
8. Introduzir a sonda através do nariz (durante a inspiração, para reduzir o traumatismo da mucosa) ou boca, com a mão dominante.		
9. Retirar a sonda com movimentos circulares aplicando sucção intermitente.		
10. Dobrar a sonda utilizada na mão enluvada e retirar a luva pelo avesso, envolvendo a sonda.		
11. Lavar o tubo que está ligado ao aspirador e proteger a sua extremidade.		
12. Desligar o aspirador.		
13. Retirar a luva de látex da mão não dominante.		
14. Retirar a máscara.		
15. Lavar as mãos.		



### Através do tubo endotraqueal/traqueostomia

Práticas	Observado	Não Observado
1-Higiene das mãos.		
2-Preparação material verificando funcionalidade do aspirador.		
3-Explicar o procedimento ao doente e solicitar a sua colaboração.		
4-Colocação de máscara com viseira.		
5-Conectar ambu a fonte de oxigénio, se necessário.		
6-Calçar luvas (não esterilizadas).		
7-Hiperoxigenar o doente, se ventilado e se necessário com FiO2 100%.		
8-Abertura da extremidade do involuço da sonda e adaptá-lo ao Y da tubuladura do aspirador, mantendo-a protegida pelo respetivo involuço.		
9-Calçar luva plástica esterilizada na mão dominante.		
10-Ligar o aspirador com a mão não dominante.		
11-Desconectar o doente do ventilador, ou fonte de oxigénio: *Ambu se necessário * Introduzir 3 a 5 cc de cloreto de sódio a 0,9% no tubo endotraqueal ou traqueostomia se as secreções forem muito espessas.		
12-Introduzir suavemente a sonda no tubo endotraqueal ou traqueostomia, com a mão dominante, até encontrar obstáculo (carina) e exteriorizar ligeiramente iniciando a sucção.		
13-Retirar a sonda com movimentos circulares, aplicando sucção intermitente.		

14-Repertir ponto 11, se necessário.		
15-Repertir pontos 12 e 13, se necessário.		
16-Conectar o doente ao ventilador ou fonte de oxigénio.		
17-Aspirar a cavidade oral, se necessário.		
18-Dobrar a sonda utilizada na mão enluvada (dominante) e retirar a luva pelo avesso, envolvendo a sonda.		
19-Lavar o tubo que está ligado ao aspirador e proteger a sua extremidade.		
20-Desligar o aspirador e a fonte de oxigénio.		
21- Posicionar o doente ou ajudá-lo a posicionar-se.		
22- Auscultar os sons pulmonares.		
23- Retirar as luvas de látex.		
24-Retirar a máscara.		
25- Limpeza da unidade - Assegurar a recolha e lavagem do material.		
26- Promover o conforto do doente.		
27- Higiene das mãos.		

**APÊNDICE V - Grelha da higiene oral com ajuda total**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



### Grelha Observação

#### Cuidados de Higiene Oral com Ajuda Total

Práticas	Observado	Não Observado
1- Colocar todo o material necessário junto de doente.		
2- Lavar as mãos.		
3- Posicionar o doente de acordo com o estado de saúde juízo clínico: cabeça elevada em decúbito dorsal ou lateral; plano horizontal em decúbito lateral.		
4- Colocar a toalha sobre o tórax do doente.		
5- Calçar luvas.		
6- Usar a espátula ou escova dentífrica com pasta, lavando os dentes com movimentos circulares da raiz para a coroa.		
7- Embeber outra espátula com solução de lavagem da boca e lavar as gengivas e face interna da boca.		
8- Aspirar a boca do doente.		
9- Aplicação de creme emoliente ou óleo na língua e lábios.		
10- Secar a face com a toalha.		
11- Remover as luvas.		
12- Posicionar o doente.		
13- Recolher e lavar o material utilizado.		
14- Lavar as mãos.		

**APÊNDICE VI - Grelha da higiene oral com ajuda parcial**

### Grelha Observação

#### Cuidados de Higiene Oral com Ajuda Parcial

Práticas	Observado	Não Observado
1-Colocar todo o material necessário junto do doente.		
2-Lavar as mãos.		
3-Posicionar corretamente o doente elevando a cabeceira da cama (caso seja possível).		
4-Explicar ao doente o que se vai fazer, solicitando a sua colaboração.		
5-Colocar a toalha sobre o tórax do doente.		
6-Colocar o material próximo do doente, permitindo que este realize os cuidados de higiene oral, ou colaborando na realização da mesma.		
7-Colocar tina reniforme sobre o queixo do doente.		
8-Solicitar ao doente que procede à higiene oral, lavando a língua, gengivas e dentes da raiz para a coroa, em movimentos circulares e aplique vaselina para manter os lábios hidratados.		
9-Reposicionar o doente.		
10- Providenciar a lavagem e arrumação do material.		
11-Lavar as mãos.		

**APÊNDICE VII** – Medidas de prevenção eficazes e precoces são a melhor luta contra a TP, ação formação realizada no serviço de urgência

HOSPITAL  
FARO

**Medidas de prevenção eficazes e precoces são a melhor luta contra a TP**



Enfª Arlete Procópio Aluna Esp. M.C. Univ Católica


Estágio Urgência Geral

Sob Orientação Enfª Marco Piedade  
Sob Orientação Tutorial:  
Prof. Doutora Patrícia Pontifício Sousa

Medidas de prevenção eficazes e precoces são a melhor luta contra a TP

**Objetivos**

- Contribuir para a prevenção e controlo dos riscos da transmissão intra-hospitalar da tuberculose;
- Informar sobre as práticas e fatores ambientais que facilitam a transmissão da tuberculose em ambiente hospitalar;
- Esclarecer sobre as principais medidas de prevenção da infeção;



Medidas de prevenção eficazes e precoces são a melhor luta contra a TP

**Conteúdo da sessão**



- Tuberculose: - Definição
  - Epidemiologia
  - Agente/ via de transmissão
  - Fatores de risco
  - Sintomas e diagnóstico
- Estratégias e medidas de controlo de infeção
- Práticas a considerar no Serviço de Urgência
- Conclusão
- Avaliação da sessão

Medidas de prevenção eficazes e precoces são a melhor luta contra a TP

**Definição**


- A tuberculose nosocomial é definida como a infeção Tuberculosa adquirida por doentes ou profissionais de saúde, numa instituição de saúde como resultado da prestação de cuidados. (DGS, Circular nº7, 1994)
- É uma infeção causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*.



Medidas de prevenção eficazes profissionais e mulher lula contra a TP

### Epidemiologia


- Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas da tuberculose na União Europeia (DGS, 2006);
- Profissionais de saúde apresentam um elevado risco de contrair *Mycobacterium tuberculosis*;



Medidas de prevenção eficazes profissionais e mulher lula contra a TP

### Epidemiologia

- A partir da década de 80 surge uma pandemia de infeção de HIV, ocorrendo em simultâneo um surto de tuberculose nosocomial (OMS, 2002);
- Multirresistência a anti bacilares de primeira linha;



Medidas de prevenção eficazes profissionais e mulher lula contra a TP

### Atualidade

- Problema real que implica uma reflexão quanto às medidas de controlo da infeção adotadas no desempenho diário das diversas funções dos profissionais de saúde.



Medidas de prevenção eficazes profissionais e mulher lula contra a TP

### Agente e Modo de Transmissão

- Bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, aeróbio que mede entre 0,2 a 0,5  $\mu\text{m}$  de diâmetro e 2 a 4  $\mu\text{m}$  de comprimento;
- Transmitida através de gotículas libertadas durante a tosse, dialogo ou espirros de um doente com TP ativa;



Medidas de prevenção eficazes e processadas a maior taxa contra a TP

### Agente e Modo de Transmissão

- A transmissão é feita por inalação de gotículas de 1 a 5 µm de diâmetro de um doente com TP ativa.
- Procedimentos:
  - Broncoscopias;
  - Aspiração de secreções;
  - Indução da expectoração;



Medidas de prevenção eficazes e processadas a maior taxa contra a TP

### Fatores de risco



- Atraso no diagnóstico: atipia das lesões radiológicas e morosidade nas técnicas de cultura;
- Atraso no tratamento adequado;
- Internamento em enfermarias;
- Proximidade entre doentes;
- Falha de medidas de isolamento respiratório;
- Resistência aos anti bacilares;
- Infecção pelo HIV;



Medidas de prevenção eficazes e processadas a maior taxa contra a TP

### Sintomas

- Astenia/mal estar geral;
- Tosse inicialmente seca;
- Perda de peso;
- Febre;
- Expetoração;
- Anorexia;
- Sudorese noturna;
- Dor torácica pleurítica;
- Tosse produtiva – Hemoptis e.



Medidas de prevenção eficazes e processadas a maior taxa contra a TP

### Diagnóstico

- Expressão Sintomatológica;
- RX Tórax;
- TAC Tórax;
- Prova Mantoux;
- Exame cultural (3 colheitas);
- Broncoscopia (invasiva);
- Baciloscopias;



Medidas de prevenção eficazes e processadas a melhor taxa aceita a TP

### **Estratégias e medidas de controlo de infeção**

- Controlo administrativo;
- Controlo ambiental;
- Proteção respiratória pessoal;



CDC (Center for disease and prevention)

Medidas de prevenção eficazes e processadas a melhor taxa aceita a TP

### **Estratégias e medidas de controlo de infeção**

Controlo administrativo

Identificação precoce de doentes potencialmente infetados → Isolamento precoce

CDC

Medidas de prevenção eficazes e processadas a melhor taxa aceita a TP

### **Estratégias e medidas de controlo de infeção**

Controlo ambiental

Diminuição da concentração de aerossóis infetantes em áreas de risco:

- Maximização da ventilação natural;
- Controlo da direção do fluxo de ar;
- Quartos isolamento com pressão negativa;
- Redução da contaminação mantendo porta dos quartos fechada;

CDC

Medidas de prevenção eficazes e processadas a melhor taxa aceita a TP

### **Estratégias e medidas de controlo de infeção**

Proteção respiratória pessoal

Uso de dispositivos de proteção respiratória individual:

- ♦ Respirador de partículas para os Profissionais;
- ♦ Máscaras Cirúrgicas em doentes;




CDC

Medidas de prevenção eficazes e processadas a melhor luz dentro a TP

### **Práticas a considerar no Serviço Urgência**


- Sempre que haja suspeita de TP devemos colocar o paciente em isolamento.
- O uso de respirador de partículas por parte dos profissionais e máscara cirúrgica por parte do doente é essencial na prevenção da TP.



Medidas de prevenção eficazes e processadas a melhor luz dentro a TP

### **Práticas a considerar no Serviço Urgência**

- O doente deve manter-se em isolamento num quarto/ enfermaria individual e não deambular pelo serviço;
- Colocar numa Boxe sempre com as cortinas fechadas, fazendo ensino ao doente sobre a necessidade constante da utilização da máscara;



Medidas de prevenção eficazes e processadas a melhor luz dentro a TP



Medidas de prevenção eficazes e processadas a melhor luz dentro a TP

### **Avaliação da sessão**

Enumere 4 sintomas da TP?

- Astenia/mal estar geral;
- Tosse inicialmente seca;
- Perda de peso;
- Febre;
- Expetoração;
- Anorexia;
- Sudorese noturna;
- Dor torácica pleurítica;
- Tosse produtiva – Hemoptis e.

Medidas de prevenção eficazes, processadas e melhor lidas contra a TP

### **Avaliação da sessão**


Em caso de um doente com suspeita de TP, qual a primeira medida a ser tomada?

- Colocar máscara cirúrgica;
- Isolar o doente;

Medidas de prevenção eficazes, processadas e melhor lidas contra a TP

### **Conclusão**


- Segundo o CDC 2005 é essencial que os profissionais de saúde estejam despertados para esta problemática;
- Tuberculose permanece uma ameaça para os profissionais de saúde, sendo os enfermeiros e os médicos o grupo mais atingido; (Costa Sá et al 2010)



Medidas de prevenção eficazes, processadas e melhor lidas contra a TP

### **Conclusão**

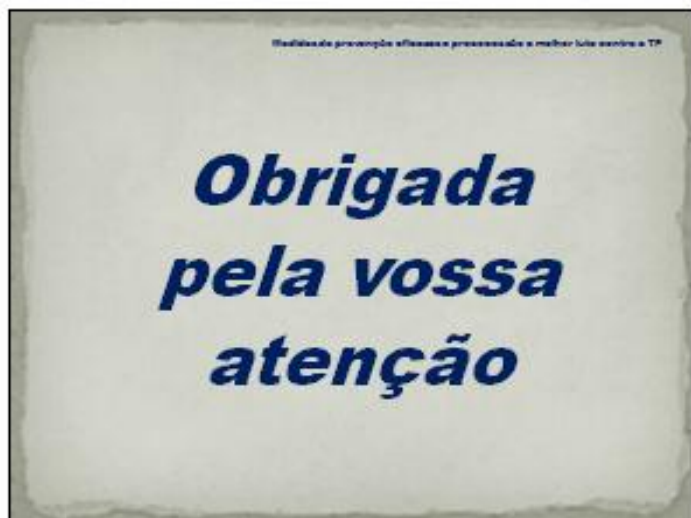
- As estratégias e medidas de controlo de infeção não podem ser esquecidas; (Sisso Lak Marais e Mehtar 2011)





Medidas de prevenção eficazes, processadas e melhor lidas contra a TP

### **Referências bibliográficas**


- COSTA, J. Tomas; SILVA, R. AL R.; CORDOZO, M., et al. Results of five-years systematic screening for latent tuberculous infection in healthcare workers in Portugal. *Journal of Occupational medicine and Toxicology*, Junho 2010.
- COSTA, R. Abstracção de TRAJMAN, A; MELLO, F. Carvalho de Queiroz, et al. Administrative measures for preventing Mycobacterium tuberculosis infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.1177/0950268810362008>.
- COSTA, J. Casais Tomas da SILVA, R.; FERREIRA, J. et al. Tuberculose entre Profissionais de Saúde em Portugal. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37 (2): 666-668, 2011.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose. Relatório para Daí Mundial da Tuberculose. Março 2010, P1-10.
- LORRIVE, R. Luz; OLIVEIRA, I. Martini de. Tuberculose em trabalhadores de Sifonagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 32 (117): 08-14, 2008.
- SSOOLAK, D.; MURUGU, R.; MEHTAR, S. TB Infection prevention and control: experiences of South African nurses – a phenomenological study. *Southern Central – Public Health*, 2011.
- MUTHAIG, J.; DAVID, T.; THOMAS, K. et al. Risk factors for tuberculosis among health care workers in South India: a nested case-control study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2.
- Direcção Geral de Saúde Tuberculose: Plano de Estratégia em Portugal em 2006, dados preliminares em Março de 2007.
- Guidelines for preventing the transmission of mycobacterium tuberculosis in health-care settings, 2005. [https://www.who.int/congress/infodiv/infodiv05/infodiv05\\_communication](https://www.who.int/congress/infodiv/infodiv05/infodiv05_communication)



		<b>PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SERVIÇO / UNIDADE</b>	
<b>Título: Medidas de prevenção eficazes e precoces são a melhor luta contra a TP</b>			
<b>Formadora</b>		Arlete Procópio	
<b>Destinatários:</b> Equipa multidisciplinar			
<b>Local:</b> Urgência (Sala Formação da UCI)			
<b>Data:</b> 15/01/2013		<b>Hora:</b> 16.00	<b>Duração prevista:</b> 45 minutos
<b>Objetivos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para a prevenção e controlo dos riscos da transmissão intra-hospitalar da tuberculose;</li> <li>• Informar sobre as práticas e fatores ambientais que facilitam a transmissão da tuberculose em ambiente hospitalar;</li> <li>• Esclarecer sobre as principais medidas de prevenção da infeção;</li> </ul>			
<b>Conteúdos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculose: Definição</li> <li>    Epidemiologia</li> <li>    Atualidade</li> <li>    Agente / via de transmissão</li> <li>    Fatores de risco</li> </ul>			
<b>Sintomas e diagnóstico</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias e medidas de controlo de infeção</li> <li>• Práticas a considerar no serviço Urgência</li> <li>• Conclusão</li> <li>• Avaliação da sessão</li> </ul>			
			
<b>Metodologia e Recursos</b>			
<b>Metodologia:</b> expositiva			
<b>Meios audiovisuais:</b> data show			
<b>Avaliação da Sessão</b>			

**APÊNDICE VIII** – Aspiração de secreções e higiene oral ao doente ventilado e traqueostomizado, ação formação realizada no serviço de urgência


**Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado**



Enf. Arlete Procópio Aluna Esp.  
M.C. Univ Católica

Estágio Urgência Geral



Sob Orientação Enf. Marco Piedade  
Sob Orientação Tutorial:  
Prof. Dr. Patrícia Pontífice Sousa



**Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado**

**Objetivos:**

- Contribuir para a prevenção e controlo dos riscos da PAV;
- Informar sobre as últimas recomendações;
- Esclarecer sobre as principais medidas de prevenção da infeção;




**Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado**

**Conteúdo da sessão**


**Aspiração de secreções:**

- Definição
- Últimas recomendações
- Procedimentos




**Higiene oral:**

- Procedimentos
- Últimas recomendações





**Considerações finais**



**Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado**


**Últimas orientações/diretrizes:**

- Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos da ACSS de 2011
- Programa Nacional de Controlo de Infeção – PNCI de 2004
- Diretrizes emanadas pela CDC- Centers for Disease Control and Prevention de 2004
- Alguns artigos




Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções



“A aspiração de secreções consiste na remoção das secreções traqueobrônquicas através da introdução de uma sonda estéril na nasofaringe, orofaringe ou no tubo endotraqueal/traqueostomia, utilizando um sistema de vácuo, sempre que o cliente não tenha condições de as remover.”

Segundo a ACSS (2002:6)




Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções


“A aspiração de secreções consiste na remoção das secreções”

Define ainda como objetivos:

- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Prevenir a estase de secreções;
- Providenciar ventilação adequada;



Segundo a ACSS (2002:6)




Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções

Técnica correta deve ter em conta:

- Controlo de Infecção
- Conforto do doente
- Procedimentos propriamente ditos



Logotipo do Conselho Nacional de Enfermagem (CEN) Brasil.


Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções


Controlo de Infecção:

Higiene das mãos

“A higiene das mãos é considerada uma das práticas mais simples e mais efetivas na redução da infecção associada aos cuidados de saúde, contribuindo desse modo para a redução da morbilidade e mortalidade dos doentes.”



OCS, 2010, 4, Maio e Junho, 2010, 62. Health Protection Surveillance - Centre, 2011, 2




Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções


Controlo de Infeção:

Higiene das mãos

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente;



DGS, 2010-A




Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções


Controlo de Infeção:

Equipamento de proteção individual

- Utilização de barreiras de proteção
- Máscara com viseira
- Luvas palhaço esterilizadas
- Bata



DGS, 2010-A



Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções


Controlo de Infeção:

Limpeza ambiente

Limpeza da unidade

“A limpeza e manutenção das superfícies estruturais do ambiente, são medidas fundamentais de controlo da qualidade do ambiente hospitalar”.

PNCI, 2004-1; Health Protection Surveillance Centre, 2011/2




Logo of Centro Português de Cardiopneumologia da Saúde

Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções

Procedimentos propriamente ditos

- 1- Higiene das mãos;
- 2- Preparação material verificando funcionalidade do aspirador;
- 3- Explicar o procedimento ao doente e solicitar a sua colaboração;
- 4- Colocação de máscara com viseira;
- 5- Conectar ambu a fonte de oxigénio, se necessário;
- 6- Calçar luvas (não esterilizadas);
- 7- Hiperoxigenar o doente, se ventilado e se necessário com FIO2 100%;




Logo of Centro Português de Cardiopneumologia da Saúde

Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções

Procedimentos propriamente ditos




- 8- Abertura da extremidade do involuço da sonda e adaptá-lo ao Y da tubuladura do aspirador, mantendo-a protegida pelo respetivo involuço;
- 9- Calçar luva plástica esterilizada na mão dominante;
- 10- Ligar o aspirador com a mão não dominante;
- 11- Desconectar o doente do ventilador, ou fonte de oxigénio:
  - Ambu se necessário;
  - Introduzir 3 a 5 cc de cloreto de sódio a 0,9% no tubo endotraqueal ou traqueostomia se as secreções forem muito espessas;

UNIVERSIDADE DE LISBOA INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE LISBOA

Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções

Procedimentos propriamente ditos



- 12- Introduzir suavemente a sonda no tubo endotraqueal ou traqueostomia, com a mão dominante, até encontrar obstáculo (carina) e exteriorizar ligeiramente iniciando a sucção;
- 13- Retirar a sonda com movimentos circulares, aplicando sucção intermitente;
- 14- Repetir ponto 11, se necessário;
- 15- Repetir pontos 12 e 13, se necessário;
- 16- Conectar o doente ao ventilador ou fonte de oxigénio;


UNIVERSIDADE DE LISBOA INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE LISBOA

Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções

Procedimentos propriamente ditos

- 17- Aspirar a cavidade oral, se necessário;
- 18- Dobrar a sonda utilizada na mão enluvada (dominante) e retirar a luva pelo avesso, envolvendo a sonda;
- 19- Lavar o tubo que está ligado ao aspirador e proteger a sua extremidade;
- 20- Desligar o aspirador e a fonte de oxigénio;
- 21- Posicionar o doente ou ajudá-lo a posicionar-se;
- 22- Auscultar os sons pulmonares;




UNIVERSIDADE DE LISBOA INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE LISBOA

Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Aspiração secreções

Procedimentos propriamente ditos





- 23- Retirar as luvas de látex.;
- 24- Retirar a máscara;
- 25- Limpeza da unidade - Assegurar a recolha e lavagem do material;
- 26- Promover o conforto do doente;
- 27- Higiene das mãos;

UNIVERSIDADE DE LISBOA INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE LISBOA

Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Higiene Oral


- 1- Colocar todo o material necessário junto de doente;
- 2- Lavar as mãos;
- 3- Posicionar o doente de acordo com o estado de saúde juízo clínico: cabeça elevada em decúbito dorsal ou lateral; plano horizontal em decúbito lateral;
- 4- Colocar a toalha sobre o tórax do doente;
- 5- Calçar luvas;
- 6- Usar a espátula ou escova dentífrica com pasta, lavando os dentes com movimentos circulares da raiz para a coroa;

Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Higiene Oral

- 7- Embeber outra espátula com solução de lavagem da boca e lavar as gengivas e face interna da boca;
- 8- Aspirar a boca do doente;
- 9- Aplicação de creme emoliente ou óleo na língua e lábios;
- 10- Secar a face com a toalha;
- 11- Remover as luvas;
- 12- Posicionar o doente;
- 13- Recolher e lavar o material utilizado;
- 14- Lavar as mãos;




Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado


## Higiene Oral

Vários são os autores que referem que se deve utilizar como antisséptico a clorexidina.

Sociedade Paulista de Infectologia (2006:13/14); Muscedere et al. (2008:132); Snyders, et al, 2011; Silveira, et al, 2010: 697 e Institute for Healthcare Improvement, 2012: 18

CDC, 2008: recomenda a higiene oral com clorexidina em pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca.

Aos doentes em cuidados intensivos do foro médico-cirúrgica, o tema é considerado uma questão não resolvida. (BERALDO, ANDRADE, 2008: 708)





Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado

## Higiene Oral

- Higienização oral cada 2-4 h previamente às mobilizações major e seguido de aspiração de secreções da hipofaringe;
- Escovar os dentes e a língua cada 12 horas;
- Aplicar anti-séptico (preferencialmente com solução de clorhexidina) na cavidade oral cada 2-4 horas;
- Inspeção da cavidade oral;
- Aplicar emoliente conforme as necessidades do doente;

Matos e Sobral (2010:63)






ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES E HIGIENE ORAL NO DOENTE VENTILADO E TRAQUEOTOMIZADO

## Considerações finais

- Os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação das boas práticas que previnem esta infecção nosocomial.
- A existência de protocolos de prevenção da PAV tem demonstrado, segundo a literatura específica desta área, uma diminuição da taxa da pneumonia nosocomial, em cerca de 50%.


Metos e Sobral (2010:65)

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES E HIGIENE ORAL NO DOENTE VENTILADO E TRAQUEOTOMIZADO

## Considerações finais

- É fundamental a utilização da aspiração de secreções de forma eficaz e mantendo todos os procedimentos inerentes à mesma de uma forma correta e uniformizada.



- A PAV pode e deve ser prevenida com o uso diário de procedimentos adequados e a monitorização contínua da adesão às boas práticas.



ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES E HIGIENE ORAL NO DOENTE VENTILADO E TRAQUEOTOMIZADO

## Referências Bibliográficas

BRILDO, Carolina; UNDRIDGE, Denise - Higiene bucal com cloroxidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, vol.34 nº3 São Paulo Setembro, 2008 p 707-714

CDC Centers for Disease Control and Prevention - Diretrizes emanadas pela CDC, 2004

DGS - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa nº13/2008/DG, 2010


FURTADO, et al - Pacientes sob ventilação mecânica: cuidados prestados durante a aspiração endotraqueal. *Revista Científica Internacional*, Ano 2 - N°09 Setembro/Octubre - 2009

HUHN, Michael - 10 Considerations for Endotracheal Suctioning. *The Journal for Respiratory Care Practitioners*, July, 2010 p 92-99

HEALTH PROTECTION SCOTLAND - What are the key infection prevention and control recommendations to inform a minimising ventilator associated pneumonia (VAP) quality improvement tool? Targeted literature review. Version 1.0: October 2012. Pag 9 a 12

HEALTH PROTECTION SURVEILLANCE CENTRE - Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults in Ireland. SARI working group. 2011. Publicado: February. p1-20

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Cambridge, MA: February 2012 p 3-124



ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES E HIGIENE ORAL NO DOENTE VENTILADO E TRAQUEOTOMIZADO

## Referências Bibliográficas

MANUAL DE NORMAS DE ENFERMAGEM - Procedimentos Técnicos da ACSS de 2011, 2ª Edição, Lisboa p 1-284

MUTO, J.; SOBRAL, J - Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Revista Portuguesa Medicina Interna* 2010; (17):61-62

MUGGERIDGE, et al. Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator associated pneumonia. *Prevention Journal of Critical Care* 2008, 23, p 126-127


POWERS, et al - Endotracheal suctioning of the adult: Insusceptible no—What is the evidence? *Invasive and Critical Care Nursing*, Elsevier Ltd, May 2009 p 24-30

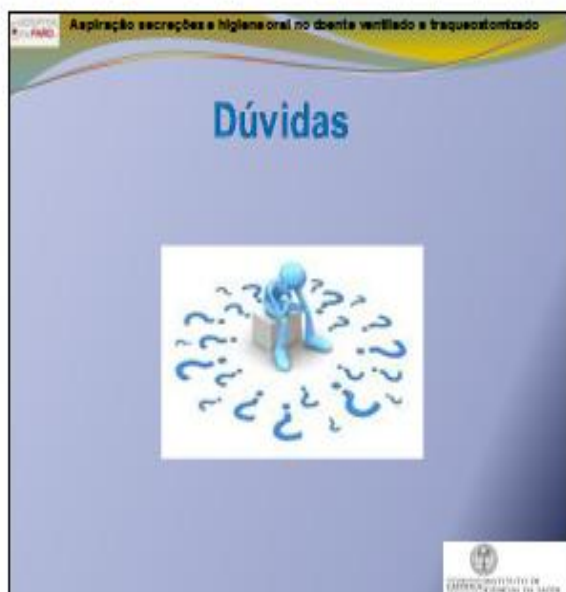
PNCI - Programa Nacional de Controlo de Infecção. Recomendações para a prevenção da infecção respiratória em doentes ventilados. 2004. Ministério da Saúde. p. 1-22



PNCI - Recomendações para a prevenção da infecção respiratória em doentes ventilados. 2004

SILVER, J, et al - Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. *São Paulo* 2010;9(2): p 667-700.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA - Diretrizes sobre Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). Editora: Office Editora e Publicidade Ltda. 2004, p 13-16





		<b>PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SERVIÇO / UNIDADE</b>	
<b>Título: Aspiração secreções e higiene oral no doente ventilado e traqueostomizado</b>			
<b>Formadora</b>		Arlete Procópio	
<b>Destinatários: Equipa multidisciplinar</b>			
<b>Local: Urgência (Sala Formação da UCI)</b>			
<b>Data: 18/01/2013</b>		<b>Hora: 16.00</b>	<b>Duração prevista: 45 minutos</b>
<b>Objetivos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para a prevenção e controlo dos riscos da PAV;</li> <li>• Informar sobre as últimas recomendações;</li> <li>• Esclarecer sobre as principais medidas de prevenção da infeção</li> </ul>			
<b>Conteúdos</b>			
<b>Aspiração de secreções:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Definição</li> <li>-Últimas recomendações</li> <li>-Procedimentos</li> </ul>			
<b>Higiene oral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Procedimentos</li> <li>-Últimas recomendações</li> </ul>			
<b>Considerações finais</b>			
<b>Metodologia e Recursos</b>			
<b>Metodologia: expositiva</b>			
<b>Meios audiovisuais: data show</b>			
<b>Avaliação da Sessão</b>			