



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O contributo de um Enfermeiro na construção da qualidade e segurança dos cuidados

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Dora Sofia da Cunha Ramalhosa de Lima

Porto – março de 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**O contributo de um Enfermeiro na construção da
qualidade e segurança dos cuidados**

**The contribution of a Nurse in the construction of
quality and safety care**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem,
com especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Por
Dora Sofia da Cunha Ramalhosa de Lima

Sob a orientação da Professor Vasco Neves

Porto – março de 2023

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do plano de estudos do 15º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC) do Instituto de Ciências em Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), na vertente da pessoa em situação crítica. Este relatório procura refletir sobre o percurso efetuado ao longo dos estágios, através de uma análise descritiva, crítica e reflexiva da prática.

Os estágios realizados estão inseridos na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” e proporcionaram experiências e aprendizagens variadas, tendo-se desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos de hospitais do Grande Porto. O objetivo que norteou todo o percurso, nos diferentes contextos de estágio, foi o de desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à sua família.

Considero que consegui compreender e integrar a dinâmica dos cuidados prestados à pessoa doente nos vários contextos que percorri; e aprofundei conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções.

Palavras chave: Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Doente Crítico

ABSTRACT

This report comes within the scope of the study plan of the 15th Master's Degree in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing (MEEMC) in Institute of Health Sciences at Universidade Católica Portuguesa, (UCP), in the aspect of the person in critical situation. This report pursues to reflect on the path taken throughout the internships, through a descriptive, critical and reflective analysis of the practice.

The internships carried out are part of the Curricular Unit “Estágio Final e Relatório” and provided varied experiences and learning. They took place in an Intensive Care Unit and in a Local Coordination Group of the Program for Prevention and Control of Infection and Resistance to Antimicrobials in hospitals in the city of Porto. The objective that guided the entire journey, in the different internship contexts, was to develop specialized skills in providing nursing care to people in critical situations and their families.

I believe that I was able to understand and integrate the dynamics of care provided to the sick person in the various contexts that I went through; and deepened knowledge about clinical situations, techniques, drugs and interventions.

Keywords: Nursing, Specialist Nurse, Critical Patient

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ATP – Trifosfato de Adenosina

CdM – Circuito do Medicamento

COVID-19 – Doença por coronavírus 2019

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEMC - Enfermeiro com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI – Emergência Médica Interna

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infeções associadas aos cuidados de saúde

MEEMC - Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

RAM – Resistências aos Antimicrobianos

RT – Reconciliação Terapêutica

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço de Urgência

UCDM – Unidade de Curta Duração Médica

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

URL – Unidade relativa de luz

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIOS	15
1.1 - O Serviço de Urgência.....	15
1.2 - A Unidade de Cuidados Intensivos	18
1.3 - O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.....	21
2 - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	23
2.1 - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	24
2.2 - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	25
2.3 - Domínio da Gestão dos Cuidados	28
2.4 - Domínio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	31
3 - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA..	35
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
Apêndice 1 – Proposta para a realização de uma grelha de auditoria dirigida ao Feixe de Intervenções de prevenção de infeção urinária associado ao cateter vesical numa Unidade de Cuidados Intensivos	57
Apêndice 2 – Cartaz informativo “Boas Práticas na Manutenção do Cateter Vesical”	65
Apêndice 3 – Exemplo de <i>dashboard</i> no âmbito do GCL-PPCIRA.....	69
Apêndice 4 – Plano da Sessão da Ação de Formação “Contenção Física na PSC no Serviço de Urgência”	73

Apêndice 5 – Conteúdos da Ação de Formação “Contenção Física na PSC no Serviço de Urgência	77
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC) foi solicitada a elaboração de um relatório de estágio para a unidade curricular: “Estágio Final e Relatório”. Com o presente relatório pretende-se apresentar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo dos estágios e do Curso.

O estágio referente ao módulo I foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) durante o período compreendido entre 05 de setembro a 26 de outubro de 2022. A escolha por este local de estágio, deveu-se ao facto de ser um local de elevada complexidade clínica e tecnológica, bem como pela necessidade de vigilância e monitorização contínuas, que o doente crítico exige. A UCIP está inserida num centro hospitalar central e universitário, com funções assistenciais de prestação de cuidados diferenciados, de ensino pré e pós-graduado e investigação na área da saúde. É uma unidade polivalente, classificada como uma unidade de nível III (ACSS, 2013) cuja missão é o atendimento de todos os doentes críticos que são admitidos pela emergência, interna ou externa.

O segundo estágio foi realizado num hospital privado da grande área do Porto num Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), entre 28 de outubro a 17 de dezembro de 2022. Este estágio foi de extrema importância para mim, uma vez que é uma área que eu tenho bastante interesse e à qual tenho dedicado muito do meu tempo profissional. No serviço onde exerço funções sou, desde há vários anos, o elo de ligação com o GCL-PPCIRA do meu hospital e, devido a estas funções, sempre senti grande necessidade de entender com maior profundidade o trabalho que é desenvolvido num GCL-PPCIRA. Importa referir que logo nos primeiros contatos com este campo de estágio, compreendi de imediato que este iria constituir uma experiência bastante proveitosa para

uma futura enfermeira com MEEMC e que poderia compreender a abrangência do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). O PPCIRA, atualizado em setembro de 2022, tem como principal objetivo fomentar a redução das taxas das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) (por via da prevenção da sua transmissão) e proporcionar condições para reduzir as resistências aos antimicrobianos (RAM) pela promoção do uso correto dos mesmos. Além disto, o PPCIRA atua ao nível da vigilância epidemiológica das IACS, do consumo e das RAM, através da promoção, incentivo e coordenação a nível nacional (Ministério da Saúde, 2022). A utilização inapropriada dos antimicrobianos de forma frequente conduz à seleção de estirpes resistentes. Ou seja, quando uma infeção é causada por um determinado microrganismo, esse microrganismo será mais resistente aos antibióticos habitualmente utilizados, se a infeção for tratada apenas por fármacos de mais largo espetro. Tudo isto, não só contribuiu para o aumento das RAM, como também para o aumento das IACS (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Em Portugal, a implementação e a expansão do PPCIRA a todas as unidades de saúde têm-se demonstrado bastante eficaz. Entre 2011 e 2016 verificou-se uma diminuição de 20% no *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), muito em virtude do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (Direção Geral da Saúde, 2017b).

Sendo o propósito deste relatório apresentar uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo do Curso não posso deixar de fazer referência ao estágio que desenvolvi no Serviço de Urgência (SU) entre 02 de maio e 25 de junho de 2022.

A metodologia utilizada na construção do relatório foi descritiva e reflexiva com recurso a revisão bibliográfica para suportar o conhecimento em evidência científica. O relatório encontra-se dividido em seis partes. Na primeira parte é feito o enquadramento do relatório com uma introdução. O primeiro capítulo descreve os campos de estágios; o segundo e terceiro capítulos foram organizados com base no desenvolvimento das competências comuns do

Enfermeiro Especialista e no desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e, no final, surge a conclusão do relatório. Ao longo dos capítulos e subcapítulos serão apresentadas as reflexões e atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios. No próximo capítulo apresento uma caracterização dos campos de estágio em que desenvolvi o meu aprendizado.

O estilo de referências bibliográficas utilizado é a norma APA 6ª edição.

1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIOS

Os estágios são momentos de aquisição de novas competências, proporcionam momentos de reflexão e de partilha de conhecimento, essencial para um MEEMC. Neste capítulo irei descrever os campos de estágio, que foram realizados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, estes dois inseridos na cadeira estágio final e relatório. Pela sua relevância durante o curso de MEEMC não poderia deixar de incluir neste relatório o estágio efetuado no Serviço de Urgência. Sem dúvida que estes campos de estágio contribuíram para aquisição de novos conhecimentos e competências, que tanto contribuíram e contribuem para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

1.1 - O Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência (SU) está inserido num centro hospitalar central e universitário, com funções assistenciais de prestação de cuidados diferenciados, de ensino pré e pós-graduado e investigação na área da saúde.

Neste espaço, são atendidas cerca de 380 pessoas por dia, na sua maioria proveniente das freguesias ocidentais da cidade, como também doentes com residência a sul do Douro até Aveiro e do eixo Nordeste de Portugal (Amarante, Vila Real, Bragança), quando a sua situação de saúde se enquadra na rede de referenciação em vigor e aprovada pela tutela. Disponibiliza atividade assistencial em todas as áreas de intervenção médica.

De acordo com o Despacho normativo n.º 11/2002, os serviços de urgência são *“serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”*, pelo que estas situações são

consideradas aquelas cujas gravidades, perante critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata (Ministério da Saúde, 2002). Segundo o Despacho n.º 10319/2014, a rede de SU caracteriza-se em três níveis diferenciados, por ordem crescente de resposta às necessidades e de recursos, concretamente, o SU Básico, o SU Médico-Cirúrgico e SU Polivalente, como é o caso deste SU (Ministério da Saúde, 2014).

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 130 enfermeiros, incluindo o enfermeiro-chefe e enfermeiro coordenador, e estão divididos em 5 equipas. Os enfermeiros são distribuídos pelas diferentes áreas que compõem o serviço de urgência, conforme estipulado no plano de trabalho diário.

A estrutura do SU está estabelecida em áreas de ação predefinidas, distintas, mas que se articulam e complementam, permitindo distribuir os doentes em tempo real, pelo local mais apropriado tendo em conta o seu problema de saúde. Estas áreas são: secretariados de admissão e receção de doentes, área de Triagem, área Médica, Sala Laranja, área Cirúrgica, área de Ortopedia, Serviço de observação 2, área de Doentes Respiratórios, Unidade de Curta Duração Médica (UCDM) / Serviço de observação 1 e Sala de Emergência. Funciona durante 24 horas por dia, e é assegurado, em caráter permanente, por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos da unidade. Este serviço funciona em estreita relação, nas 24 horas, com técnicos de eletrocardiografia, técnicos de imagiologia, técnicos de patologia clínica e hemoterapia.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de passar na área de Triagem e, validei o quão determinante é este posto de trabalho. Considero que o enfermeiro que faz a triagem deve possuir competências diferenciadas, grande juízo clínico, ser um bom gestor de conflitos e ter experiência para identificar com rapidez a real condição clínica e nível de gravidade do doente.

Este SU, desde outubro de 2000, foi pioneiro na implementação de um sistema de triagem de prioridades, a Triagem de Manchester. Trata-se de um método, reproduzível e que é sujeito a auditoria contínua, para hierarquizar o atendimento. Assim, na Triagem é atribuído ao utente uma pulseira de cinco possíveis cores:

vermelho (situação emergente), laranja (situação muito urgente), amarelo (situação urgente), verde (situação pouco urgente) e azul (situação não urgente) (Direção Geral da Saúde, 2018). Enquanto permaneci na Triagem verifiquei que as situações que motivavam as vindas ao SU eram desde politraumatizados, hemorragias digestivas, cirroses hepáticas, doentes em fase terminal nas quais os familiares não sabiam o que fazer, crises de hipertensão arterial, enfartes do miocárdio, ou até uma simples consulta marcada pelo médico que estava de urgência, entre outras.

A Sala Laranja foi um dos setores em que tive mais dificuldade em me adaptar, pois os turnos que efetuei lá foram sempre muito atribulados e como muita afluência de doentes. Também neste setor, o enfermeiro deve possuir competências diferenciadas no contexto de assistência à pessoa em situação crítica e capacidade de resposta rápida. A pressão assistencial na Sala Laranja é enorme porque constantemente surgem prescrições de medicamentos, de exames complementares de diagnóstico, de colheitas de sangue entre outras.

Além disso, considero que neste setor o rácio enfermeiro/doente é abaixo do mínimo recomendado, o que dificulta a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Também aqui identifiquei outras situações problemáticas nomeadamente a ausência do cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, e a existência de várias situações de eventos adversos. A ausência do cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção é potenciada por diversos motivos como por exemplo, a grande afluência de doentes, a sobrelotação dos espaços, e a própria estrutura física do SU. Quanto à ocorrência de eventos adversos percebi que, infelizmente, estes são banalizados pela equipa multidisciplinar.

Ao contrário do que poderia ser expectável para a população em geral, existem muitas situações de doentes em final de vida que falecem no SU. Apesar de todos os constrangimentos que existem na Sala Laranja percebi que existe a preocupação pela equipa multidisciplinar em ajudar as famílias/pessoas significativas destes doentes, proporcionando-lhes condições condignas para se despedirem do seu ente querido.

A UCDM destina-se a internamentos até 48 horas, mas, na verdade, os internamentos prolongam-se mais tempo, pelo facto de não existirem vagas no internamento. Trata-se de um local novo e moderno, com condições de distanciamento e privacidade para os doentes. Foi gratificante ter feito turnos aqui, pois este setor reúne as condições ideais para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Aqui o doente tem uma unidade individual com possibilidade de uma monitorização continua dos sinais vitais.

Na área Cirúrgica estão presentes várias especialidades como a Cirurgia Vasculuar, Neurocirurgia, Urologia, Cirurgia Maxilo-Facial e Cirurgia Geral. Aqui tive a oportunidade de realizar um turno. É aqui que são avaliados os doentes politraumatizados.

Importa referir que, desde outubro de 2004, este serviço foi dos primeiros SU a utilizar uma aplicação informática, acabando com os registos em papel, e estando informatizado na sua globalidade. Inicialmente utilizou o ALERT® e, desde inícios de 2019 o SClínico® e o CdM, equivalente ao utilizado nos restantes serviços do hospital.

1.2 - A Unidade de Cuidados Intensivos

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) está inserida num centro hospitalar central e universitário, com funções assistenciais de prestação de cuidados diferenciados, de ensino pré e pós-graduado e investigação na área da saúde. Esta é uma unidade polivalente sendo considerada de nível III, já que tem *“equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente”* (ACSS, 2013, p.58).

A UCIP tem como missão o atendimento de todos os doentes críticos que são admitidos pela emergência, interna ou externa. Esta unidade é uma unidade de assistência a adultos, sendo a sua intervenção assistencial distribuída por quatro áreas fundamentais: a) enfermaria com capacidade de doze camas; b) sala de Emergência (SE) localizada no Serviço de Urgência (SU); c) Emergência Médica Interna (EMI) e d) a Consulta de *Follow-up*.

A enfermaria da UCIP está situada no segundo piso do edifício central do hospital, e estrutura-se da seguinte forma: quatro quartos de isolamento todos eles preparados para técnicas dialíticas, dois deles estão preparados para isolamentos respiratórios, e 8 camas para doentes críticos o que perfaz as 12 camas (importa referir que, atualmente, duas camas se encontram desativadas por falta de recursos humanos). A unidade funciona 24 horas por dia e o seu funcionamento é assegurado, permanentemente, por uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é uma equipa dedicada, que está dividida em equipas de trabalho. Cada equipa é composta por um enfermeiro responsável, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, sendo os restantes elementos enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica que trabalham por turnos rotativos segundo o horário elaborado pelo Enfermeiro Gestor da unidade. Diariamente é realizado um plano de trabalho elaborado pelo responsável de turno, que por norma é um EEEMC. O método de trabalho é individual, mas existe muita interajuda. O rácio praticado é de um enfermeiro para cada dois doentes (1:2) (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Os assistentes operacionais estão distribuídos pelos diferentes turnos da seguinte forma: três de manhã, três à tarde e dois à noite. A UCIP está dotada de equipamentos de monitorização hemodinâmica invasiva, capnografia, monitorização cardíaca, meios de suporte ventilatório, equipamentos de técnicas dialíticas, bombas de administração de fluidos. Cada unidade do doente é composta por material todo ele individualizado de forma a evitar infeções cruzadas. A área de trabalho de enfermagem está localizada de forma estratégica no meio da Unidade, para uma melhor vigilância dos doentes.

O atendimento na SE é assegurado por uma equipa da UCIP constituída por um médico, um enfermeiro e um assistente operacional, sendo apoiada por mais um elemento, um enfermeiro do SU. Esta equipa é ativada, habitualmente, pelos enfermeiros do SU, através de um sinal sonoro. A SE está situada estrategicamente perto da entrada do SU e próxima do serviço de imagiologia e de outras áreas vitais no atendimento ao doente crítico, o que permite a rápida e fácil articulação destas áreas. A SE tem capacidade para dois doentes em simultâneo, mas, a sua capacidade pode ser alargada em situações excecionais. Está dotada de equipamentos de diagnóstico e terapêutica que permitem o atendimento ao doente crítico. Diariamente o enfermeiro da UCIP destacado para a SE é responsável pela verificação de todo o equipamento.

A equipa de Emergência Médica Interna (EMI) é composta por um médico e um enfermeiro, com competências em abordagem da via aérea e técnicas de reanimação, de preferência com formação em emergência /intensiva. A sua ativação é feita por telefone através do número interno de emergência. São critérios de ativação da EMI, situações de paragem cardiorrespiratória, mas também para situações de significativa deterioração fisiológica aguda. Esta equipa dispõe de uma mala equipada com material de via aérea, material de acesso vascular, fármacos de emergência e um monitor/desfibrilhador. Todas as ativações da EMI são registadas, pois serão auditadas e, o resultado destas auditorias está incluído num programa institucional de melhoria continua de cuidados.

A consulta de *follow-up* é realizada todas as quartas feiras e, nesta consulta são avaliados todos os doentes que estiveram internados na UCIP, decorridos seis meses da sua alta. Esta consulta é realizada por um enfermeiro e um médico num gabinete de consulta localizado no primeiro piso do edifício central do hospital, junto ao hospital de dia. O principal objetivo desta consulta é realizar uma avaliação de eventuais sequelas físicas e psíquicas, identificar novos problemas, e também avaliar o impacto na qualidade de vida.

1.3 - O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) onde decorreu o meu estágio está integrado num hospital que é uma unidade de saúde privada de referência da região Norte e que integra a Rede Hospitalar Nacional.

De acordo com ponto nº 13 do Despacho n.º 15423/2013, ao GCL-PPCIRA compete: “...

- a) Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;*
- b) Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas;*
- c) Garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições;*
- d) Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;*
- e) Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;*
- f) Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas;*

g) Promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica, permitindo ao grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos a anulação do uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário;

h) Rever e validar as prescrições de, pelo menos, carbapenemes e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica;

i) Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos do processo;

j) Fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da respetiva comissão de qualidade e segurança, de acordo com o determinado no despacho n.º 3635/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 47, de 7 de março de 2013, e no plano de atividades do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos” (Ministério da Saúde, 2013, p.34564).

Assim, podemos afirmar que o GCL-PPCIRA tem por missão implementar uma abordagem estruturada multidisciplinar e multiprofissional de prevenção e controlo das IACS, nomeadamente das adquirida durante o internamento hospitalar, e da utilização judiciosa de antimicrobianos, promovendo a sua eficácia clínica e limitando a sua toxicidade e a emergência de resistências microbianas.

Este GCL-PPCIRA é constituído por uma enfermeira com MEEMC, uma médica de medicina interna e uma farmacêutica que articulam estreitamente com todos os serviços clínicos e com os serviços de suporte à prestação de cuidados.

2 - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “*envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

Os próximos subcapítulos foram organizados com base nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão dos cuidados; e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em cada domínio de competências comuns serão apresentadas as reflexões e atividades desenvolvidas ao longo do curso e dos diferentes estágios.

2.1 - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pressupõe que o Enfermeiro Especialista desenvolva um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica; e que a sua prática demonstre respeito pelos direitos humanos, através da análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Considerando o descritivo deste domínio importa partilhar a reflexão que, durante o decurso dos estágios, fui fazendo a propósito da humanização dos cuidados de saúde. Nos últimos anos, várias instituições de saúde têm implementado projetos dedicados à humanização que se centram nas pessoas (utentes, cuidadores e profissionais de saúde). Estes projetos foram alavancados pelo “Compromisso para a Humanização Hospitalar – Por Um SNS Mais Humanizado” (Ministério da Saúde, 2019) O surgimento destes projetos, motivou uma breve reflexão sobre o conceito de humanização em saúde.

Humanização em Saúde

A humanização em saúde visa criar condições de respeito integral pela pessoa doente e pelos seus familiares e acompanhantes, melhorando a sua experiência na interação com os serviços de saúde. É um conceito tão vasto, que aborda áreas tão distintas como atitudes e comportamentos de utentes e profissionais, bem como a qualidade e segurança dos espaços físicos das estruturas prestadoras de serviços, entre outros aspetos (Bispo, Santos, & Macedo, 2020; Medeiros & Batista, 2016). A prática de cuidados de saúde humanizados é a expressão máxima dos valores humanos no contexto da relação que se estabelece, diariamente, entre os diversos atores envolvidos (profissionais de saúde, utentes e familiares) neste contexto (Ministério da Saúde, 2019).

Parece bizarro discutir um termo, aparentemente, compreensível como a humanização, visto que se assume que o entendimento da humanização é algo

inerente à condição humana (Mendonça, 2014). Humanizar é adotar uma prática na qual um profissional que cuida da saúde do outro, assume uma posição ética e de respeito (Almeida, 2013).

Contudo, nos últimos anos foram identificados vários fatores que indicam uma tendência para a desumanização dos cuidados de saúde: 1) a centralização das instituições e do pessoal, que conduziu à edificação de grandes hospitais com características impessoais; 2) o desenvolvimento de normas e procedimentos rígidos; 3) a busca pela capacidade técnica em detrimento das capacidades humanas; 4) o convencimento, em determinados contextos que a capacidade afetiva dos profissionais é inversamente proporcional à sua competência técnica (Almeida, Chaves, & Brito, 2009; Caprara & Franco, 1999; Mota, Martins, & Vêras, 2006; Oliveira, Collet, & Viera, 2006; Simões, 2008).

Os gestores das organizações de saúde muitas vezes descuidam a dimensão humana do cuidado focando-se nas atividades voltadas para a eficiência, rentabilidade económica, tecnicamente inovadoras e que visem a excelência clínica (Leão & Gonçalves, 2012). Humanizar os cuidados de saúde e dessa forma contribuir para a elevação da qualidade desses mesmos cuidados, deve ser um objetivo a perseguir por todos os profissionais de saúde, particularmente pelos enfermeiros (Leão & Gonçalves, 2012; Mota et al., 2006). Assim, atualmente, a humanização dos cuidados é imperiosa.

2.2 - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade pressupõe: a) a colaboração na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participação na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional; b) o reconhecimento que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua; e c) a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a

efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, e a atuação proactiva na promoção da envolvimento adequada ao bem-estar e gestão do risco (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No âmbito deste domínio desenvolvi práticas de melhoria da qualidade, nomeadamente através da identificação de oportunidades de melhoria. Das oportunidades de melhoria identificadas destaco: a elaboração de uma proposta de auditoria clínica ao feixe de intervenções de prevenção da infeção associada ao cateter vesical.

Auditorias Clínicas

A auditoria clínica é uma ferramenta fundamental na prestação de cuidados de saúde seguros pois permite uma melhoria ao nível das estruturas, das práticas e dos resultados. De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), uma auditoria clínica corresponde a um ciclo de atividades que implicam a medição dos cuidados, a comparação com um padrão (processo ou resultado) e intervenções para a melhoria contínua da qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Isto é, a auditoria clínica prevê a revisão organizada de procedimentos clínicos atuais em comparação com padrões predeterminados, sendo empreendidas ações para retificar as deficiências identificadas nas práticas correntes (Boyle & Keep, 2018; Limb, Fowler, Gundogan, Koshy, & Agha, 2017). Resumindo, o conceito de auditoria clínica assenta essencialmente na comparação do cuidado previsto (suportado por normas/procedimentos) com o cuidado efetivamente prestado (Barroso & Ramos, 2021).

Auditoria Clínica ao feixe de intervenções de prevenção da infeção associada ao cateter vesical

O enfermeiro com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) deve assumir um papel ativo na equipa multidisciplinar, devendo estar

particularmente atento ao desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e, com base na evidência científica disponível e atual deve garantir que os comportamentos acompanham esta evidência. Contudo, o papel do EEEMC varia consoante o contexto em que desenvolve a sua atividade. Por exemplo, num dos locais de estágio, era evidente uma grande preocupação com as IACS, tentando sempre minimizar a sua ocorrência e o impacto. Várias medidas ilustram esta preocupação, nomeadamente: a) disponibilidade de lavatórios em locais estratégicos da unidade para garantir uma higienização frequente das mãos; b) todas as unidades dos doentes estão equipadas com material individualizado; c) existe um EEEMC responsável localmente pelos assuntos relacionados com as IACS que têm um papel ativo e dinamiza no serviço várias iniciativas das quais destaco a realização de auditorias semanais à precauções básicas de controlo de infeção (PBCI).

A infeção urinária associada a cateter vesical é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter vesical (Chant, Smith, Marshall, & Friedrich, 2011; Félix Brigas et al., 2021; Lobão & Sousa, 2016). A cateterização vesical é um dos dispositivos médicos mais frequentemente utilizados, estimando-se que cerca de 25% dos doentes hospitalizados são algaliados em algum momento durante o internamento. No Inquérito de Prevalência de Infeção de 2010, da Direção Geral de Saúde (DGS), verificou-se que, em 21011 doentes internados em Portugal no dia do estudo, 4793 estavam algaliados, 377 dos quais tinham infeção urinária nosocomial (Direção- Geral de Saúde, 2010). A cateterização vesical está associada a um conjunto de potenciais complicações, nomeadamente a hematúria traumática, retenção urinária pós-desalgaliação e infeções urinárias associadas ao cateter vesical (Félix Brigas et al., 2021).

Sabemos que as infeções associadas aos cuidados de saúde constituem uma das maiores complicações da medicina moderna e tem um peso muito significativo em termos de mortalidade e custos associados. As infeções urinárias associadas aos cuidados de saúde destacam-se pela elevada prevalência. A utilização de estratégias eficazes de prevenção que incluam a

redução do número de algalias desnecessárias, permite reduzir significativamente o número de infeções assim como os custos diretos e indiretos que lhe estão associadas” (Direção Geral da Saúde, 2015a; Lobão & Sousa, 2016).

É atualmente reconhecido que as infeções urinárias relacionadas com cateter vesical são em larga medida evitáveis quando são usadas estratégias que incluam a redução do número de algalias desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção (Stamm, 2019). Os feixes de intervenções, recomendados pelas DGS são um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente (Direção Geral da Saúde, 2015b; Inácio, Fitas, Dores, Baião, & Duarte, 2021).

Neste âmbito, em conjunto com a minha tutora no estágio na unidade de cuidados intensivos, analisamos a Norma 019/2015 da DGS, “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção urinária associado ao cateter vesical, recentemente atualizada a 29/08/2022 (Direção Geral da Saúde, 2015b). Desta análise resultou a criação de uma grelha de auditoria clínica adaptada ao serviço e a construção de um cartaz informativo sobre os cuidados a ter na manutenção do cateter vesical (Apêndice 1 e 2).

2.3 - Domínio da Gestão dos Cuidados

O domínio da gestão dos cuidados prevê que o Enfermeiro Especialista realize a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Este domínio indica que o Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No âmbito deste domínio, nos diferentes campos de estágio, procurei colaborar na gestão de cuidados, nas decisões em equipa e, muitas vezes, esta colaboração cumpriu-se através da melhoria da informação disponível. Um exemplo desta colaboração, aconteceu no GCL-PPCIRA, onde alavanquei uma reflexão sobre as características do saco coletor de urina em doentes com cateter vesical e uma discussão sobre do uso abusivo das luvas por parte dos profissionais.

Foi a constatação do uso de sacos coletores com características inadequadas em doentes com cateter vesical que despoletou a reflexão acima referida. Desta reflexão, partilhada com os enfermeiros gestores, resultou uma mudança naquele contexto de estágio. Isto é, começaram a ser usados sacos coletores com as características adequadas em doentes com cateter vesical.

No âmbito deste domínio importa partilhar uma breve reflexão sobre o processo de tomada de decisão e sobre o uso da gestão visual como ferramenta de transmissão de informação e de garantia de envolvimento de todos num processo de melhoria contínua.

Processo de Tomada de Decisão

Todos os dias temos que tomar decisões nos nossos contextos de trabalho ou na nossa vida pessoal. O enfermeiro, de acordo com a sua experiência, os seus valores e opiniões, tem que tomar decisões, por vezes com múltiplos critérios e objetivos o que constitui o processo de tomada de decisão (Cagica Carvalho, 2021).

Durante o curso ouvi a expressão “paralisia por análise” relacionada com a ausência de tomada de decisão, em referência àqueles que usaram a análise em excesso e foram incapazes de tomar decisões por este motivo, e resolvi entender o seu significado.

A paralisia por análise é o estado de super analisar (ou pensar demasiado) uma situação, paralisando o resultado, ou seja, resulta da incapacidade de tomar uma decisão devido ao excesso de pensamento sobre um problema (Rodrigues, 2022). Um indivíduo ou um grupo pode ter acesso a muita informação o que pode conduzir a uma disputa interminável sobre as vantagens e desvantagens de cada opção, resultando na incapacidade de escolher uma. Uma decisão pode ser tratada como complicada demais, com muitas opções detalhadas, de modo que uma escolha nunca é feita, em vez de tentar algo e mudar caso surja uma dificuldade (Cunha, Miguel Pina; Cunha; Rita Campos; Rego, Arménio; Cabral-Cardoso, 2016; Mações, 2018; Magalhães, Lopes, & Fonseca, 2013).

Uma pessoa pode estar à procura da solução ideal ou "perfeita" antecipadamente e temer que tomar qualquer decisão possa conduzir a resultados errados, enquanto está à procura da melhor solução. É importante ter este conceito presente porque, se esperarmos até que tenhamos respondido completamente todas as perguntas, nunca chegaremos a uma solução (Rodrigues, 2022; Soundering, 2022).

Gestão Visual

Comunicar, de forma clara e sintética, os resultados que vão sendo alcançados torna-se importante para manter a equipa coesa e focada nos objetivos. Assim, a gestão visual é uma das ferramentas bases nos processos de melhoria continua (Simas, 2016).

A gestão visual consiste na utilização de meios visuais que vão permitir instantaneamente qual é o ponto da situação. Constitui uma forma de a informação estar disponível e visível no momento e locais onde é necessária. Através da gestão visual pode ainda verificar-se se o processo está a funcionar corretamente e o tipo de problemas e erros existentes (Ribeiro, 2013).

A gestão visual coloca a informação relevante para a equipa, dá autonomia aos colaboradores na resolução de problemas e diminui o tempo de tomada de

decisão. São exemplos de gestão visual, a afixação de indicadores na forma de gráficos, códigos de cores, níveis de stock, sinalizações nas fábricas, nos armazéns (LemosCosta & Sá-Silva, 2021; Luzes, 2013).

A gestão visual é considerada por vários autores a base da melhoria contínua porque promove o envolvimento de todos os colaboradores nas atividades de gestão e melhoria da qualidade dos processos. Este envolvimento é conseguido quando a informação é transmitida de forma clara e sucinta para facilitar a sua compreensão por todos (Lemos-Costa & Sá-Silva, 2021; Simas, 2016).

Considerando os princípios da gestão visual, durante o estágio no GCL-PPCIRA, foi-me solicitada a elaboração de *dashboards* para cada serviço com informação acerca das auditorias realizadas e seus resultados, bem como trabalhos efetuados pelos serviços (Apêndice 3).

2.4 - Domínio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais espera-se que o Enfermeiro Especialista demonstre a capacidade de autoconhecimento e que alicerce os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Contenção de doentes

A qualidade na prestação dos cuidados de saúde é uma das atuais prioridades, sendo alvo de uma atenção privilegiada por parte dos profissionais de saúde. Os enfermeiros assumem um papel fundamental pelo desenvolvimento de práticas de qualidade e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro com vista a alcançar a excelência dos cuidados (Nunes, 2021). Assim, no âmbito deste

domínio considero adequado mencionar a revisão bibliográfica que desenvolvi sobre a contenção de doentes.

Existe evidência de que o recurso à contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional para cuidar dos doentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam (Direção Geral de Saúde, 2011). Dos diversos estudos realizados sobre esta temática sobressai a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção. (Karger, Fracasso, & Pfeiffer, 2008; Kersting, Hirsch, & Steinert, 2019; Rakhmatullina, Taub, & Jacob, 2013).

De acordo com Orientação 021/2011 da DGS a contenção mecânica caracterizase pela utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente (Direção Geral de Saúde, 2011). Embora a DGS diferencie a contenção mecânica da contenção física, a maioria da literatura internacional não faz essa distinção, identificando-a também como restrição física.

É consensual nos vários artigos consultados, que a principal razão para o recurso de medidas de contenção física está relacionada com a garantia da segurança do doente. Os motivos comumente citados para o seu uso foram o de evitar quedas e a exteriorização de dispositivos invasivo (Balci & Arslan, 2018; Hurlock-Chorostecki & Kielb, 2006; Kandeel & Attia, 2013; Mitchell, Panchisin, & Seckel, 2018).

Balci, et al., (2018) defendem que a contenção física embora possa parecer uma estratégia simples e útil, é uma prática complexa que inclui questões físicas, psicológicas, legais, éticas e morais.

Perante este facto, a literatura descreve algumas medidas alternativas e de prevenção a implementar, nomeadamente: proporcionar um ambiente calmo e reconfortante, reduzindo estímulos ambientais; promover a orientação frequente; manter dispositivos e equipamentos fora da vista direta do doente; organizar e envolver o doente em tarefas/atividades, como por exemplo, facultando algo para

o doente segurar; envolver a família/pessoa significativa no cuidado ao doente; avaliar e aliviar a dor e a ansiedade; facultar os óculos e aparelhos auditivos, se aplicável; promover um sono de qualidade; identificar e abordar as potenciais causas de confusão; explicar todas as intervenções antes de as implementar; avaliar a real necessidade dos dispositivos a que as restrições se destinam a proteger e, remover dispositivos invasivos o mais precoce possível, tendo em conta a situação clínica do doente (Cotter & Evans, 2014; Delgado, 2020; HurlockChorostecki & Kielb, 2006).

Embora haja alguma controvérsia em relação à prática de contenção física, a própria DGS, em consonância com a maioria da literatura consultada dá enfoque à necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos resultantes da sua prática, enfatizando a necessidade de recorrer a alternativas menos restritivas e realça os benefícios que podem resultar da formação em contexto de trabalho na promoção da segurança aquando do recurso a este tipo de medidas (Direção Geral de Saúde, 2011).

Neste contexto, e numa abordagem ao Código Deontológico, o enfermeiro assumindo cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, assume o dever de, “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, num dos estágios, deparei-me com a necessidade avaliar/discutir com a equipa o uso da contenção mecânica no serviço, isto é, tentei fazer um “diagnóstico da situação” e percebi que este era um tema pertinente para a equipa.

Deste “diagnóstico da situação” percebi que para a maioria dos enfermeiros: a) a contenção mecânica é uma prática frequentemente usada e o seu uso constitui uma preocupação, b) diz que recorre à contenção mecânica na sua prática

clínica diária para evitar que os doentes caiam e para evitar que os doentes exteriorizem os dispositivos invasivos e c) já identificou, associado à utilização de contenção mecânica, a ocorrência de alguma lesão ou intercorrência (como lacerações, equimoses e edemas).

Fiquei surpreendida porque muitos enfermeiros quando abordados sobre esta questão consideram que não são esgotadas outras alternativas, antes da utilização da contenção mecânica e acreditam que é possível minimizar o uso da contenção mecânica e que a abordagem desta temática deveria ser incluída nos temas de discussão do serviço. Assim planeei uma sessão de formação sobre este tema que ia de encontro às necessidades identificadas (ver Apêndice 4 e 5). Infelizmente, no período do estágio vigoravam regras que impediam a realização de formações por constrangimentos relacionados com pandemia COVID-19.

Neste local de estágio o único dispositivo de contenção mecânica disponível eram os imobilizadores de pulso e “lençóis”. Explorei junto dos colegas outros dispositivos de contenção disponíveis no hospital e a maioria concordo que seria útil ter disponível no serviço, por exemplo, luvas de contenção, cintos de contenção com ancoragem pélvica e cintos de contenção com ímanes.

3 - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica são: a) cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; c) maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este capítulo foi organizado com base nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica onde serão apresentadas as reflexões e atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios.

Competência Específica: Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

Esta competência específica surge da diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa com doença aguda ou crónica e respetiva família/cuidadores. O EEEMC deve responder eficazmente pela mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Assim, o EEEMC tem um papel determinante no estabelecimento de uma relação terapêutica baseada numa comunicação eficaz e na confiança. Esta relação terapêutica pode influenciar positivamente a vivência de um evento crítico por parte dos doentes (Gianfredi, Grisci, Nucci, Parisi, & Moretti, 2018; Pott, Stahlhoefer, Felix, & Meier, 2013). Simultaneamente, outro aspeto relevante a indicar no âmbito desta competência específica é o papel do enfermeiro, nomeadamente o papel do EEEMC, no processo de reconciliação terapêutica e no envolvimento do doente no seu tratamento e o grau de conhecimento do seu plano terapêutico medicamentoso.

O grande objetivo da Reconciliação Terapêutica (RT) é evitar a ocorrência de eventos adversos associados a erros no circuito da medicação em todas as transições de cuidados das pessoas (Direção Geral da Saúde, 2016).

A RT é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o processo formal em que os profissionais de saúde, em conjunto com os doentes, asseguram que a transmissão de informação da medicação é feita de forma precisa e completa pelos vários níveis de cuidados de saúde (World Health Organization, 2019b). A definição do Institute for Healthcare Improvement é mais abrangente, atribuindo ao processo de RT as funções de criação de uma lista o mais precisa possível de todos os fármacos que o doente utiliza, incluindo o nome, dosagem, frequência e via de administração, e de comparação com as notas de admissão, transferência e alta hospitalar (emitidas pelo clínico), com o objetivo de providenciar a prescrição correta da medicação em todos os pontos de transição nas instituições hospitalares (IHI, 2011). Assim, o processo de RT pode diminuir erros de medicação com potencial dano para o doente, incidindo em momentos críticos onde esses erros são mais comuns (na transição entre cuidados) (Direção Geral da Saúde, 2016). Apesar do conceito ser de compreensão relativamente fácil e da sua correta realização ser muito importante para a segurança dos doentes, a sua implementação na prática hospitalar tem-se mostrado complexa (Almanasreh, Moles, & Chen, 2016; Corrêa Figueira et al., 2019).

Em Portugal, a importância deste processo tem sido reconhecida, sendo mencionada como um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Assembleia da República, 2021).

Na literatura científica publicada, encontram-se poucos trabalhos realizados acerca da RT. Uma revisão sistemática que avaliou 18 estudos mostrou que apenas algumas discrepâncias na medicação se repercutiram clinicamente e que ainda não é claro que este processo diminua, por exemplo, a readmissão a serviços hospitalares a curto-prazo (Kwan, Lo, Sampson, & Shojania, 2013). Em Portugal, existem igualmente poucos trabalhos publicados relacionados com este assunto.

Em 2017, foi realizada uma auditoria clínica no serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal. Neste trabalho, com uma amostra de 52 doentes, identificaram os diferentes tipos de erros, em que os mais frequentes foram relacionados com a dosagem e posologia e existiram 19 erros de medicação, sendo que em 47% dos casos não existiu RT (Corrêa Figueira et al., 2019). Em 2022, foram apresentados os resultados de uma auditoria clínica do Centro Hospitalar Universitário do Porto que avaliou o processo de reconciliação terapêutica num intervalo de tempo anterior ao início da pandemia por COVID-19 e num intervalo de tempo inserido na pandemia (Cancela, 2022). A amostra consistiu nos doentes com alta hospitalar a janeiro de 2020 e janeiro de 2021 de uma enfermaria médica e outra cirúrgica. Foram auditados 175 processos clínicos, 107 referentes ao período de janeiro de 2020 e 68 referentes a janeiro de 2021. Os autores da auditoria concluíram que: a RT está a ser efetuada nos serviços considerados, apesar de ainda serem necessárias melhorias para se atingir os *standards* desejados; o processo de RT mostrou-se tanto mais difícil quanto a complexidade dos doentes, respeitante à sua idade e polimedicação; apesar de a identificação da posologia e a proporção de processos sem RT apresentarem piores resultados no período de janeiro de 2021, o papel da pandemia por COVID-19 neste indicador de qualidade dos serviços de saúde continua incerto (Cancela, 2022).

Aliada à reflexão sobre RT, tive também oportunidade de refletir sobre o conhecimento dos doentes sobre a sua medicação.

Em 2017 a OMS lançou uma campanha mundial com o tema “medicação sem dano” e veio reforçar o mesmo tema em 2022, no dia 17 de setembro - dia anual mundial da segurança do doente, no sentido de promover ações que diminuem os eventos adversos reconhecidamente associados ao circuito da medicação (World Health Organization, 2017). O circuito da medicação, desde a prescrição até à administração é um percurso longo e documentado por diversos estudos científicos, como suscetível de poder causar eventos adversos com dano grave potencial, e numa grande percentagem, eventos evitáveis (World Health Organization, 2019a).

O envolvimento do doente no seu tratamento e o grau de conhecimento do seu plano terapêutico medicamentoso, são fundamentais para, entre outros fatores, contribuir para o sucesso da adesão à terapêutica (Carvalho, 2014).

Compreender e estimar esse nível de conhecimento, traduz a forma e a capacidade de transmitir informação adequada ao doente, qual o nível de apreensão dessa informação por parte do mesmo e qual o compromisso com esse conhecimento (Freyer et al., 2016). O grande objetivo de quantificar o conhecimento do doente sobre a sua medicação é alertar para a importância de os doentes serem portadores de informação clara, precisa e adaptada à sua compreensão, de forma a promover iniciativas para uma utilização cada vez mais segura e eficaz da medicação. Efetivamente, o envelhecimento demográfico, o aumento da prevalência de doenças crónicas e o aumento do número de doentes em regimes terapêuticos múltiplos exige cada vez mais cuidado e atenção no momento da prescrição, e em momentos de alterações à prescrição, de forma a maximizar a adesão terapêutica. Assim, o grau de conhecimento sobre a medicação é um fator essencial no envolvimento do doente no seu processo terapêutico e no melhor aproveitamento dos recursos de saúde (Carvalho, 2014; Pereira, 2010; Rubio,

García-Delgado, Ferreira, Santos, & Martínez-Martínez, 2014; Rubio, García Delgado, Iglésias-Ferreira, Mateus-Santos, & Martínez-Martínez, 2015).

Competência Específica: Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

O enfermeiro especialista tem um papel determinante no estabelecimento de uma relação terapêutica baseada numa comunicação eficaz e na confiança. Esta relação terapêutica pode influenciar positivamente a vivência deste evento crítico por parte dos doentes.

Tendo em consideração a complexidade das situações e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família, tentei mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística.

Importa aqui também relembrar o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal que prevê que o Enfermeiro Especialista demonstre um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica; e que a sua prática respeite os direitos humanos, através da análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste âmbito, partilho uma situação positiva que acompanhei. É o caso de uma doente jovem que recorreu ao SU acompanhada pela mãe cuja queixa inicial referida eram cefaleias. Contudo, na realidade esta jovem suspeitava da hipótese de estar grávida, e estava aterrorizada com a possibilidade de a mãe saber. Numa determinada altura, sem que a mãe se apercebesse, ela confidenciou-nos essa suspeita. De imediato proporcionamos as condições para a mãe aguardar na sala de espera e garantimos o atendimento confidencial e privado que a jovem procurava. Foi importante para a jovem perceber que

poderia confiar em nós e que só seria dada alguma informação clínica à sua mãe com o seu consentimento.

Por outro, por vezes, o respeito à privacidade pelo doente, foi difícil de assegurar na sua plenitude. Foi o caso da SE e da Sala Laranja do SU, onde o corpo dos doentes é muitas vezes exposto, não existem cortinas ou alternativas. Apesar dos constrangimentos sempre que realizava técnicas ou procedimentos que expunham o doente procurei proteger os doentes desta exposição, mas senti que, por vezes, não era suficiente.

Competência Específica: Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

No âmbito desta competência específica consegui, ao longo dos diferentes estágios, diagnosticar várias necessidades de melhoria em matéria de prevenção e controlo de infeção. Curiosamente, coincidiu com o período de estágio no GCLPPCIRA a atualização do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2022).

Importa referir que a proposta de auditoria clínica ao feixe de intervenções de prevenção da infeção associada ao cateter vesical, apresentada anteriormente, também contribuiu para o desenvolvimento da competência específica relacionada com a prevenção e controlo da infeção.

No âmbito desta competência específica vou apresentar dois assuntos: a) a utilização do método ATP bioluminescência, na avaliação da eficácia da limpeza e desinfeção de superfícies e b) a manutenção de equipamentos não clínicos em enfermarias com doentes em isolamento de contacto.

Durante o meu estágio no GCL-PPCIRA tive a oportunidade de realizar juntamente com a minha orientadora várias auditorias às superfícies através de medições de ATP-bioluminescência. Este método de Bioluminescência de

Trifosfato de Adenosina (ATP), é promissor no controlo da higienização, uma vez que nos dá os resultados “na hora”. Os resultados são rápidos e estão disponíveis em menos de um minuto, o que permite uma avaliação em tempo real da limpeza das superfícies. A simplicidade do teste reduz a variabilidade entre diferentes utilizadores, assegurando resultados precisos e consistentes (A. C. de Oliveira & Viana, 2014; T. De Oliveira, Carlos, & Canettieri, 2010).

As concentrações de ATP são quantificadas por um luminómetro e os resultados são expressos em unidade relativa de luz (URL). Valores de referência de 25 a 500 URL são considerados como adequados para avaliar a eficácia do processo de limpeza (Boyce et al., 2009). Uma leitura de ATP após a higienização acima de 500 URL, indica uma limpeza não satisfatória, o que pode estar associada a uma falha de procedimento, reclamando assim a necessidade de repetição de todo o procedimento de higienização de superfícies, para uma nova reavaliação (Boyce et al., 2009).

Antes de iniciar esta auditoria fui desafiada pela minha orientadora a construir uma grelha com os locais/superfícies que eu considerava relevantes para serem incluídos na auditoria pelo método ATP-bioluminescência. Sugeri a inclusão de: a) cortinas, grades, campainhas e comandos das camas; b) puxadores interiores e exteriores das portas; c) zonas de preparação de medicação e d) teclados e ratos dos computadores.

Nas auditorias que acompanhei durante o meu estágio estavam presentes as funcionárias da limpeza, e a enfermeira responsável do serviço que estava a ser auditado. A presença destes profissionais no momento da auditoria permite que, caso os resultados não sejam satisfatórios, são rapidamente visíveis por todos, e permite uma segunda auditoria após nova limpeza. Pude verificar que, neste contexto, os locais mais “sujos” foram os teclados do computador, teclados de telefone, puxadores das portas, cortinas das enfermarias e também as mangas dos monitores de avaliação de sinais vitais.

Estas auditorias enquadram-se no âmbito da avaliação de processos tendo como objetivos identificar procedimentos incorretos relativos ao cumprimento do plano

de higienização, cumprimento de boas práticas e identificação de situações de risco na área de controlo de infeção. A avaliação foi orientada, fundamentalmente, pelos procedimentos definidos na instituição. Durante a auditoria são registadas as não conformidades e são reforçadas, junto dos profissionais, as recomendações de boas práticas. No final das auditorias são realizados os respetivos relatórios dando conhecimento aos serviços sobre a existência (ou não) de não conformidades e, caso seja adequado, são fornecidas orientações para a resolução dos problemas identificados. Esta experiência foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional pois fez-me relacionar os conceitos aprendidos e fomentou a reflexão sobre os mesmos na análise aos diferentes serviços.

Foi também durante o meu estágio no GCL-PPCIRA que tivemos a oportunidade de analisar um pedido de esclarecimento de um serviço sobre a realização de atividades de manutenção de equipamentos não clínicos, tipo reparação de estores, em enfermarias com doentes em isolamento de contacto. Este pedido de esclarecimento resultou da recusa sistemática por parte da empresa de manutenção em entrar neste tipo de enfermarias. Desta análise resultou a seguinte recomendação:

- a) Desejavelmente toda a manutenção do hospital seria efetuada com os espaços livres, sem doentes presentes. Essa realidade ideal não existe, seja pela elevada taxa de ocupação do hospital, seja pela dimensão de algumas enfermarias que dificilmente têm a totalidade das camas vagas. Um edifício em funcionamento permanente implica manutenção durante todo o ano.
- b) A natureza das intervenções de manutenção poderá determinar a retirada de doentes, por exemplo, se vão ser feitas demolições que produzem poeiras e detritos que comportam risco para os doentes.
- c) Intervenções que não comportem risco ou elevado incomodo para os doentes podem ser realizadas na presença dos mesmos, cumprindo as precauções básicas do controlo da infeção e, se aplicável, também as

precauções com base na via de transmissão. Estas servem para garantir a segurança de todos, doentes e profissionais.

d) Na situação em análise, precauções de contacto aplicam-se sempre que se entra na unidade de cada doente e não na sala ou enfermaria. Será desejável orientar a disposição dos doentes de modo a que a área a intervencionar (estores) não esteja incluída na unidade dos doentes, portanto não se aplica a utilização de EPI. No caso de se ser necessária intervenção dentro da unidade do doente será necessária utilização de bata e luvas que tem que ser substituídos entre doentes. Não poderá ser transmitida a ideia de que os profissionais devem colocar uma bata e luvas para entrar na sala e com a qual podem circular entre doentes.

e) Na presença de funcionários que não são profissionais de saúde e, conseqüentemente, não têm conhecimento e treino na implementação destas precauções, recomenda-se que sejam recebidos e acompanhados por um profissional de saúde do serviço que explique e supervisione a implementação das precauções e o eventual contacto com doentes e superfícies.

CONCLUSÃO

A elaboração deste Relatório permitiu uma reflexão acerca do meu desempenho e concretizações alcançadas enquanto estudante e profissional ao longo do percurso realizado. A aquisição de competências durante o processo formativo, possibilitou a prestação de cuidados especializados, tendo em conta os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros e contribuindo assim para executar boa práxis garantido a segurança dos cuidados.

Ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica procurei consolidar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em paralelo com a consolidação das Competências Comuns desenvolvi as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Importa referir que ao longo deste percurso consegui desenvolver e consolidar as competências de investigação necessárias para o nível de mestrado e que o desenvolvimento destas competências foi conseguido através do recurso sistemático à revisão bibliográfica para suportar a prática clínica em evidência científica. Todas as atividades descritas ao longo relatório evidenciam o desenvolvimento e amadurecimento destas competências.

O Curso permitiu-me o contacto com assuntos, técnicas e terapêuticas que não se utilizam normalmente no contexto do meu local de trabalho o que me fortaleceu profissionalmente. Para além do carácter primordial de observação e de intervenção, é de salientar a colaboração na prestação de cuidados aos mais diversos doentes com possibilidade de contacto com patologias do foro médico, cirúrgico e do trauma e a consultadoria ao nível da prevenção e controlo da infeção. Como umas das dificuldades sentidas, posso salientar o facto de ser um percurso que exige uma pesquisa bibliográfica constante, bem como uma adaptação aos mais vastos conceitos abordados, exigindo deste modo uma elevada articulação entre conhecimentos, experiência e partilha de conhecimentos entre os meus pares.

Em síntese, consegui compreender e integrar a dinâmica dos cuidados prestados à pessoa doente nos vários contextos que percorri; e aprofundei conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções.

A frequência deste curso foi determinante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e marcou positivamente o início do meu percurso enquanto enfermeira com Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. *Direcção Geral de Saúde*, 32. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_09_2013_DOC_COMPLETO.PDF
- Almanasreh, E., Moles, R., & Chen, T. F. (2016). The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 82(3), 645–658. <https://doi.org/10.1111/bcp.13017>
- Almeida. (2013). *Humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família*. Universidade Católica Portuguesa.
- Almeida, Chaves, & Brito. (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(10), 89–96.
- Assembleia da República. Despacho nº 9390/2021 Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. , Diário da República, 2ª série § (2021).
- Balci, H., & Arslan, S. (2018). Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *Journal of Caring Sciences*, 7(2), 75–81. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.012>
- Barroso, F., & Ramos, S. (2021). Auditoria em Segurança do Doente. In Lidel (Ed.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 195–206).
- Bispo, B. H. R., Santos, D. L. dos, & Macedo, A. N. (2020). A despersonalização do paciente e da sua história: uma visão holística da literatura. *International Journal of Health Education*, 4(2), 105–108. <https://doi.org/10.17267/25947907ijhe.v4i2.3331>
- Boyce, J. M., Havill, N. L., Dumigan, D. G., Golebiewski, M., Balogun, O., & Rizvani, R. (2009). Monitoring the effectiveness of hospital cleaning practices by use of an adenosine triphosphate bioluminescence assay. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 30(7), 678–684. <https://doi.org/10.1086/598243>
- Boyle, A., & Keep, J. (2018). Clinical audit does not work, is quality improvement any better? *British Journal of Hospital Medicine*, 79(9), 508–510. <https://doi.org/10.12968/hmed.2018.79.9.508>
- Cagica Carvalho, L. (2021). Tomada de decisão. In *Gestão das Organizações - Uma abordagem integrada e prospetiva* (pp. 106–115). Edições Sílabo.

- Cancela, B. (2022). *Reconciliação Terapêutica Hospitalar e a pandemia COVID-19*. Universidade do Porto.
- Caprara, A., & Franco, A. L. e S. (1999). A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3), 647–654. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1999000300023>
- Carvalho, D. narcisa maria oliveira. (2014). Variáveis Psicossociais Associadas à Adesão à Terapêutica Farmacológica em Doentes Crónicos: Conhecimento, Crenças e Satisfação com a Informação sobre Medicamentos.
- Chant, C., Smith, O. M., Marshall, J. C., & Friedrich, J. O. (2011). Relationship of catheter-associated urinary tract infection to mortality and length of stay in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Critical Care Medicine*, 39(5), 1167–1173. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31820a8581>
- Corrêa Figueira, M., Brigas, D., Silva, F., Madeira, M., Carneiro, P., Lobão, B., & Pedroso, E. (2019). Reconciliação Terapêutica: Auditoria numa Enfermaria de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 26(4), 285–291. <https://doi.org/10.24950/rspmi/o/74/19/4/2019>
- Cotter, V. T., & Evans, L. K. (2014). Avoiding restraints in hospitalized older adults with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(11), 26–34.
- Cunha, Miguel Pina; Cunha; Rita Campos; Rego, Arménio; Cabral-Cardoso, C. (2016). Tomada de decisão: Razão, Intuição, Improvisação e Política. In *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (8ª Edição, pp. 525–560). Editora RH.
- Delgado, S. A. (2020). Physical Restraints: Protecting Patients or Devices? *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 29(2), 103. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020742>
- Direção- Geral de Saúde. (2010). Inquérito de Prevalência de Infeção 2010. *Direção Geral Da Saúde*, 16. Retrieved from file:///C:/Users/João e Márcia/Downloads/i019020.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Orientação 002/2017 - Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde. *Orientação Da Direção-Geral Da Saúde*, 1(1), 1–15. Retrieved from <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023323-1.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017* (Vol. 8).

- Direção Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. , 2 § (2015).
- Direção Geral da Saúde. Norma 019/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. , Normaº 019 Direção Geral da Saúde § (2015).
- Direção Geral da Saúde. Norma nº 018/2016 de 30/12/2016. Reconciliação da medicação. Direção-Geral da Saúde. , (2016).
- Direção Geral da Saúde. Norma 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. , Diário da República § (2018).
- Direção Geral de Saúde. Orientação 021/2011 - Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. , Direção-Geral da Saúde § (2011).
- Félix Brigas, D., Madeira, M., Abrantes, C., Santos, F., Mendes, G., Neves Marques, S., & Pedroso, E. (2021). Cateterização Vesical no Doente Internado: Reduzindo as Complicações Associadas ao Procedimento. *Medicina Interna*, 27(3), 213–218. <https://doi.org/10.24950/o/28/20/3/2020>
- Freyer, J., Greißing, C., Buchal, P., Kabitz, H.-J., Kasprick, L., Schuchmann, M., ... Bertsche, T. (2016). Discharge medication - what do patients know about their medication on discharge? *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 141(15), e150-6. <https://doi.org/10.1055/s-0042-108618>
- Gianfredi, V., Grisci, C., Nucci, D., Parisi, V., & Moretti, M. (2018). [Communication in health.]. *Recenti progressi in medicina*, 109(7), 374–383. <https://doi.org/10.1701/2955.29706>
- Hurlock-Chorostecki, C., & Kielb, C. (2006). Knot-So-Fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 17(3), 12–18.
- IHI. (2011). How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation. *Institute for Healthcare Improvement*, (December). Retrieved from www.ihl.org
- Inácio, D. L., Fitas, A. M., Dores, J. I., Baião, M. S., & Duarte, S. N. (2021). *Impacto de bundles na prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter vesical*. 4(1).
- Jain, M., Miller, L., Belt, D., King, D., & Berwick, D. M. (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Quality & Safety in HealthCare*, 15(4), 235–239. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016576>

- Kandeel, N. A., & Attia, A. K. (2013). Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), 79–85. <https://doi.org/10.1111/nhs.12000>
- Karger, B., Fracasso, T., & Pfeiffer, H. (2008). Fatalities related to medical restraint devices-asphyxia is a common finding. *Forensic Science International*, 178(2–3), 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2008.03.016>
- Kersting, X. A. K., Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(JUN). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00400>
- Kwan, J. L., Lo, L., Sampson, M., & Shojanian, K. G. (2013). Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 397–403. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006>
- Leão, M., & Gonçalves, J. S. (2012). *A influência da gestão hospitalar na humanização dos cuidados de saúde: A perspectiva dos profissionais de enfermagem*. Universidade do Minho.
- Lemos-Costa, P., & Sá-Silva, E. (2021). *A Qualidade e o Pensamento Lean 1 - O poder do bom senso*. Gestbook.
- Limb, C., Fowler, A., Gundogan, B., Koshy, K., & Agha, R. (2017). How to conduct a clinical audit and quality improvement project. *International Journal of Surgery: Oncology*, 2(6), 24. <https://doi.org/10.1097/ij9.0000000000000024>
- Lobão, M., & Sousa, P. (2016). Infecções Urinárias Associadas a Cateter Vesical: Contributos para a Prática Clínica. *Medicina Interna*, 23(4), 65–68.
- Luzes, C. S. A. (2013). *Implementação da Filosofia Lean na Gestão dos Serviços de Saúde: O Caso Português Catarina*. Instituto Politecnico do Porto.
- Mações, M. (2018). Tomada De Decisão. In *Manual de Gestão Moderna - Teoria e Prática Teoria e Prática* (2ª Edição, pp. 183–199). Actual Editora.
- Magalhães, D., Lopes, M. J., & Fonseca, A. (2013). Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: contributos conceptuais e interrogações. In *Enfermagem Contemporânea. Dez Temas, Dez Debates* (Coleção E-, pp. 46–71).
- Medeiros, L. M. O. P., & Batista, S. H. S. da S. (2016). Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 925–951. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00022>

- Mendonça, A. (2014). *O consentimento livre e esclarecido e a humanização no atendimento médico: uma explicação pautada em valores humanos*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ministério da Saúde. Criação do serviço de urgência hospitalar- Despacho Normativo nº 11/2002. , Diário da República, Série I - B - Nº55 de 6 de Março § (2002).
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho no 15423/2013 de 26 de novembro - Criação dos grupos de Coordenação Regional e Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário Da República, , Série II(no 229), 34563–34565. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>
- Ministério da Saúde. Despacho n.º 10319/2014 - Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). , Diário da República, 2.ª série - n.º 153 (11082014) § (2014).
- Ministério da Saúde. (2019). *Compromisso para a Humanização Hospitalar*.
- Ministério da Saúde. *Despacho nº 10901/2022. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. , Diário da § (2022).
- Mitchell, D. A., Panchisin, T., & Seckel, M. A. (2018). Reducing Use of restraints in intensive care units: A quality improvement project. *Critical Care Nurse*, 38(4), e9–e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2018211>
- Mota, E. C., & Oliveira, A. C. (2019). Catheter-associated urinary tract infection: why do not we control this adverse event? *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53, e03452. <https://doi.org/10.1590/S1980220X2018007503452>
- Mota, Martins, C., & Vêras, R. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia Em Estudo*, 11(2), 323–330. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722006000200011>
- Nunes, L. (2021). Segurança do doente e responsabilidade Profissional. In *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 107–121).
- Oliveira, Collet, N., & Viera, C. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 277–284.
- Oliveira, A. C. de, & Viana, R. E. H. (2014). Adenosine triphosphate bioluminescence to evaluate the effectiveness of surface cleaning: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 987–993. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670618>

- Oliveira, T. De, Carlos, A., & Canettieri, V. (2010). Eficiência dos métodos microbiológicos e de ATP-bioluminescência na detecção da contaminação de diferentes superfícies. *Efficiency of microbiological and ATPbioluminescence methodologies for detecting contaminants on different surfaces. Rev Inst Adolfo Lutz*, 69(4), 467–474.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na. , nº 135 Diário da República, 2.ª série § (2018).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º 26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros, O. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, D. (2010). Segurança Do Doente No Circuito Do Medicamento. *Agenda*.
- Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Felix, J. V. C., & Meier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174–179. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000200004>
- Rakhmatullina, M., Taub, A., & Jacob, T. (2013). Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : a review of literature. *The Psychiatric Quarterly*, 84(4), 499–512. <https://doi.org/10.1007/s111260139262-6>
- Ribeiro, A. C. G. C. (2013). *Implementação Da Filosofia Lean Na Gestão Dos Serviços De Saúde : O Caso Dos Centros De Saúde Da Região Norte*.
- Rodrigues, C. M. (2022). *Resolução de Problema e Processo de Tomada de Decisão*.
- Rubio, J. S., García-Delgado, P., Ferreira, P. I., Santos, H. M., & MartínezMartínez, F. (2014). Validación del cuestionario de medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento adaptado al Portugués. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(4), 1141–1150. <https://doi.org/10.1590/141381232014194.17612012>
- Rubio, J. S., García-Delgado, P., Iglésias-Ferreira, P., Mateus-Santos, H., & Martínez-Martínez, F. (2015). Measurement of patients' knowledge of their

medication in community pharmacies in Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(1), 219–228. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.20952013>

Simas, A. (2016). Gestão Visual em Sistemas Lean: Metodologia de Uniformização. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10362/20081>

Simões, J. A. R. (2008). A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. A visão de um médico católico português. *Acção Médica*, 72(2), 95–106.

Soundering, S. (2022). *Gestão - Tudo o que Precisa de Saber - Curso intensivo sobre como gerir pessoas* (4ª Edição). Marcador.

Stamm, W. E. (2019). Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Annals of Internal Medicine*, 82(3), 386–390. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-82-3-386>

World Health Organization. (2017). Medication Without Harm-Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. *Who*, 1–16. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6eng.pdf?ua=1&ua=1>

World Health Organization. (2019a). Medication Safety in Polypharmacy. In *World Health Organization*. Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.

World Health Organization. (2019b). *Medication Safety in Transitions of Care*. Retrieved from <https://www.who.int/patientsafety/medicationsafety/technical-reports/en/>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Proposta para a realização de uma grelha de auditoria dirigida ao Feixe de Intervenções de prevenção de infeção urinária associado ao cateter vesical numa Unidade de Cuidados Intensivos

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM Médico Cirúrgica

Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

UNIDADE CURRICULAR:

A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica

Proposta para a realização de uma grelha de auditoria dirigida ao Feixe de Intervenções de prevenção de infeção urinária associado ao cateter vesical numa Unidade de Cuidados Intensivos

Estudante: Dora Sofia da Cunha Ramalhosa de Lima

Sob orientação de: Prof. Vasco Neves

Porto, novembro de 2022

Introdução

O presente trabalho resultou do objetivo inicial de sensibilizar a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) para o “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção urinária associado ao cateter vesical.

Ao longo do meu estágio deparei-me com algumas oportunidades de melhoria acerca da cateterização vesical. Em conjunto com a minha Tutora, e com a Enfermeira interlocutora no âmbito do controlo de infeção da UCIP, analisamos a Norma 019/2015 da Direção Geral da Saúde (DGS), “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção urinária associado ao cateter vesical, atualizada a 29/08/2022 (Direção Geral da Saúde, 2015b). Desta análise resultou a proposta para a realização de uma grelha de auditoria adaptada ao serviço e também a realização de um cartaz informativo sobre os cuidados a ter com a cateterização vesical.

A cateterização vesical é uma realidade diária nos doentes de uma unidade de cuidados intensivos, devido à instabilidade hemodinâmica que estes apresentam (Inácio et al., 2021). A infeção do trato urinário (ITU) é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes na maioria das instituições e, em grande parte dos casos está associada ao cateter vesical (Mota & Oliveira, 2019). A duração da algaliação, é comprovadamente, o fator de risco principal para a infeção urinária associada ao cateter vesical (Direção- Geral de Saúde, 2010). E, em doentes agitados o risco de estes exteriorizarem o cateter pode levar a situações complexas, como hemorragias graves. Assim, as infeções urinárias associadas ao cateter vesical conduzem a perda de autonomia/independência, aumentam o tempo de internamento, conduzindo ao aumento da morbilidade, da mortalidade e dos os custos em saúde (Jain, Miller, Belt, King, & Berwick, 2006).

A cateterização vesical é um dos dispositivos médicos mais frequentemente utilizados, estimando-se que cerca de 25% dos doentes hospitalizados são algaliados em algum momento durante o internamento. No Inquérito de

Prevalência de Infecção de 2010, da Direção Geral de Saúde (DGS), verificou-se que, em 21011 doentes internados em Portugal no dia do estudo, 4793 estavam algaliados, 377 dos quais tinham infecção urinária nosocomial (Direção- Geral de Saúde, 2010). A cateterização vesical está associada a um conjunto de potenciais complicações, nomeadamente a hematúria traumática, retenção urinária pós-desalgaliação e infeções urinárias associadas ao cateter vesical (Félix Brigas et al., 2021).

Sabemos que as infeções associadas aos cuidados de saúde constituem uma das maiores complicações da medicina moderna e tem um peso muito significativo em termos de mortalidade e custos associados. As ITU's associadas aos cuidados de saúde destacam-se pela elevada prevalência. A utilização de estratégias eficazes de prevenção que incluam a redução do número de algaliações desnecessárias, permite reduzir significativamente o número de infeções assim como os custos diretos e indiretos que lhe estão associadas” (Direção Geral da Saúde, 2015a; Lobão & Sousa, 2016)

Metodologia

Após a realização de uma pesquisa bibliográfica acerca do tema ITU associada ao cateter vesical e após a análise e discussão da recente atualização da Norma 019/2015 da DGS “*Feixe de Intervenções*” de prevenção de infeção urinaria associado ao cateter vesical com a minha Tutora, e com a Enfermeira interlocutora no âmbito do controlo de infeção da UCIP identificamos que, na UCIP, não eram realizadas auditorias ao manuseamento do cateter vesical. Assim, desenvolvi uma grelha de auditoria, com base na Norma 019/2015, adaptada ao serviço sobre os cuidados na manutenção do cateter vesical. A imagem seguinte apresente a grelha de auditoria desenvolvida.

Auditoria à Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Manutenção do Cateter Vesical

		Data da auditoria:											
		Hora:											
		Turno:											
		ID Doente											
1	Existe evidência do cumprimento da técnica limpa (higiene das mãos e uso de luvas e avental) no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, de forma individualizada, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado?												
2	Existe evidência de que é realizada a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde.												
3	Existe evidência de que é realizada diariamente ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador(es) sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical.												
4	O cateter vesical está seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga.												
5	O cateter vesical está seguro, com o saco coletor abaixo dos 2/3 da sua capacidade.												
6	O cateter vesical está seguro e o saco coletor não está em contacto com o chão.												
7	Existe evidência de que é efetuada avaliação diária da possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registado.												
8	No momento do despejo, existe evidência do cumprimento da técnica limpa (higiene das mãos e uso de luvas) no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, de forma individualizada, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado.												
Índice Global de Conformidade													

Opções de resposta: S - Sim; N - Não; NA - Não aplicável. Fonte de evidência: PC - Processo Clínico; O - Observação

Índice Global de Conformidade: _____ Nº de doentes no serviço: _____ % doentes algaliados _____
 Nº de doentes com cateter vesical: _____

Figura 1 – Pormenor da Grelha de Auditoria à Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Manutenção do Cateter Vesical

Conclusão

Este trabalho foi muito gratificante. Primeiro porque refleti sobre um assunto que estudo há muitos anos, a exposição dos doentes à cateterização vesical. Segundo porque deste estágio resultou a criação de ferramentas de trabalho que serão incorporadas da dinâmica de trabalho do serviço.

Esta grelha de auditoria foi testada durante o estágio e, foi-me assegurado que será integrada na rotina do serviço. Além da realização desta grelha de auditoria também me foi sugerida a realização de um cartaz informativo sobre os cuidados a ter na manutenção do cateter vesical.

Bibliografia

- DGS. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. , 2 § (2015).
- Direção- Geral de Saúde. (2010). Inquérito de Prevalência de Infecção 2010. Direção Geral Da Saúde, 16. Retrieved from file:///C:/Users/João e Márcia/Downloads/i019020.pdf
- Direção Geral da Saúde. Norma 019/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. , Normao 019 Direção Geral da Saúde § (2015).
- Félix Brigas, D., Madeira, M., Abrantes, C., Santos, F., Mendes, G., Neves Marques, S., & Pedroso, E. (2021). Cateterização Vesical no Doente Internado: Reduzindo as Complicações Associadas ao Procedimento. *Medicina Interna*, 27(3), 213–218. <https://doi.org/10.24950/o/28/20/3/2020>
- Inácio, D. L., Fitas, A. M., Dores, J. I., Baião, M. S., & Duarte, S. N. (2021). Impacto de bundles na prevenção da infecção do trato urinário associada ao cateter vesical. 4(1).
- Jain, M., Miller, L., Belt, D., King, D., & Berwick, D. M. (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Quality & Safety in Health Care*, 15(4), 235–239. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016576>
- Lobão, M., & Sousa, P. (2016). Infecções Urinárias Associadas a Cateter Vesical: Contributos para a Prática Clínica. *Medicina Interna*, 23(4), 65–68.
- Mota, E. C., & Oliveira, A. C. (2019). Catheter-associated urinary tract infection: why do not we control this adverse event? *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 53, e03452. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007503452>

Apêndice 2 – Cartaz informativo “Boas Práticas na Manutenção do Cateter Vesical”

BOAS PRÁTICAS NA MANUTENÇÃO DO CATETER VESICAL



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Dora Lima,

BOAS PRÁTICAS NA MANUTENÇÃO DO Cateter Vesical

Técnica limpa

Cumprir a **técnica limpa** (higiene das mãos e uso de luvas e avental) no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, **de forma individualizada**, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado

Higiene Diária

Realizar a higiene diária do meato urinário, **pelo doente** (quando possível) ou pelos **profissionais de saúde**.

Manter o cateter vesical seguro

Com o **saco coletor** abaixo do nível da bexiga, abaixo dos 2/3 da sua capacidade, e **não deve de estar em contacto com o chão**.

No Despejo - Técnica Limpa

Cumprir a **técnica limpa** (higiene das mãos e uso de luvas), **de forma individualizada**, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado.

Avaliar diariamente!

Avaliar **diariamente** a necessidade de manter o Cateter Vesical



As **infecções urinárias** relacionadas com **cateter vesical** são em larga medida **EVITÁVEIS**: reduza o nº de algaliações desnecessárias e se siga as orientações na sua colocação e **MANUTENÇÃO** do cateter vesical.

Referências: Direção Geral da Saúde. Norma 019/2015 "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma 019 Direção Geral da Saúde § (2015).

Apêndice 3 – Exemplo de *dashboard* no âmbito do GCL-PPCIRA

Informação do GCL-PPCIRA Serviço de Ortopedia

Higiene das Mãos

80% de adesão global dos profissionais

- Antes do contato com o doente **74%**
- Antes de procedimentos assépticos **83%**
- Após risco de exposição a fluidos orgânicos **100%**
- Após contato com o doente **88%**
- Após contato com o ambiente envolvente do doente **82%**



Higiene das Superfícies

100% de conformidade na auditoria realizada em setembro, através do método da bioluminescência, que identifica a quantidade de adenosina trifosfato (ATP) nas superfícies e ambientes.



Auditoria ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Melhoria:

- do cumprimento da realização do banho com esponjas com clorexidina
- do cumprimento da prescrição da profilaxia antibiótica
- do cumprimento da monitorização da temperatura corporal
- do cumprimento da monitorização da glicemia capilar



Atividades Desenvolvidas

- Auditorias à **lavagens das Mãos**
- Auditorias ao **uso de Luvas**
- Auditorias ao “Feixe de Intervenções” para **Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico**
- Ação de formação sobre precauções básicas de **Controlo de Infecção**
- Atividade no âmbito do “Dia Mundial da Lavagem das Mãos 5 de Maio”



**Apêndice 4 – Plano da Sessão da Ação de Formação “Contenção Física
na PSC no Serviço de Urgência”**

PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Contenção Física na PSC no Serviço de Urgência				
DATA: 21/06/2022		LOC/ Serviço de Urgência		
HORA: 14:30		PRELETORA: Dora Lima		
DURAÇÃO: 30 min		DESTINATÁRIOS: Enfermeiros		
Objetivo Geral: Contribuir para a otimização dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica sob contenção física em contexto de serviço de urgência., promovendo a segurança e o conforto da mesma.				
Objetivos Específicos:				
<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar a situações passíveis de recurso a contenção física ● Otimizar os registos de Enfermagem referentes à contenção física no Sclínico. 				
<u>ETAPAS</u>	<u>CONTEÚDOS</u>	<u>MÉTODOS</u>	<u>MATERIAL</u>	<u>TEMPO</u>
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Apresentação do tema ● Motivação ● Conceitos ● Realidade da unidade 	Expositivo	Data show e computador	5 min
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ● Motivos de utilização ● Complicações associadas ● Indicações ● Estratégias preventivas ● Registo de Enfermagem 	Expositivo	Data show e computador	15 min
SÍNTESE	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntese da sessão ● Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo	Data show e computador	5 min
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Preenchimento de questionários 			5 min

Apêndice 5 – Conteúdos da Ação de Formação “Contenção Física na PSC no Serviço de Urgência



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CONTENÇÃO MECÂNICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Objetivos

- Contextualização
- Norma da DGS sobre de contenção no Doente ;
- Tipo de contenções existentes no serviço de urgência;
- Realizar um momento de pratica para a aplicação dos dispositivos de contenção mecânica.



“Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.”

Orientação DGS nº 21/2011

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011>

Contenção

- “restricção dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros.” DGS (2011)

De acordo com a DGS (2011, p.3)
existem cinco tipos de contenção

Contenção terapêutica:

- Medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.

Contenção ambiental:

- Recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica

Contenção Física

- Refere-se ao ato de diminuir a capacidade de movimentação da pessoa e pode ser executada através do método manual, dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento

Contenção mecânica

- Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente

Contenção química ou farmacológica

- Medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial

Motivos para a sua utilização

- Risco de exteriorização de dispositivos invasivos;
- Segurança do doente;
- Risco de queda ;
- Perigo de queda ;
- Alterações do estado de consciência;
- Resistência aos cuidados;

Tipo de contenção utilizada no SU

- Física
- Mecânica
- Farmacológica

Imobilizador de Pulso



Lençóis



O que podemos ter no Serviço de Urgência

CINTO IMOBILIZADOR ABDOMINAL



ESTE DISPOSITIVO IMOBILIZA SEM OPRIMIR A CINTURA E PERMITE AO UTILIZADOR MUDAR DE POSIÇÃO, SENDO INDICADO PARA PREVENIR POSSÍVEIS QUEDAS



Cinto pélvico para cadeirão/ cadeira de Rodas



- Oferece a solução contra a instabilidade física, evitando o deslize sobre o assento do cadeirão/ cadeira de rodas.



- Limita os movimentos da mão e dedos;
- Elimina a capacidade de preensão dos objetos e reduz os riscos resultantes de estados de agressividade e ansiedade;
- Muito útil nos casos em que arrancam pensos, fraldas, sondas e a roupa de cama.



CONCLUSÃO

- De salientar que a correta utilização das medidas preventivas e de contenção, requer além de conhecimentos e formação por parte dos profissionais envolvidos, a existência de recursos materiais e humanos em número adequado, bem como, uma política institucional direcionada para esta temática.

BIBLIOGRAFIA

DGS (2011) Orientação N.º 021/2011 de 06/06/2011 sobre Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DGS
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011>



OBRIGADA