



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Qualidade, Segurança e Comunicação, uma Visão Partilhada para a Excelência da Enfermagem”

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

Ana Maria Melo Fonseca Mendes

Lisboa, Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Qualidade, Segurança e Comunicação, uma Visão Partilhada para a
Excelência da Enfermagem”

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

Por: Ana Maria Melo Fonseca Mendes

Sob Orientação: Professora Manuela Madureira

Lisboa, Junho de 2011

Resumo

Este Relatório é o culminar do percurso de aprendizagem, reflexão e aquisição de competências que decorreu ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Pretende relatar as atividades desenvolvidas em cada um dos módulos da Unidade Curricular Estágio, tendo como referência os objetivos traçados no projeto elaborado e as competências adquiridas.

Como metodologia utilizou-se a reflexão e a crítica sobre a prática, com o suporte teórico de vários autores para fundamentar as opções tomadas. Os objetivos enunciados, os problemas detetados e as estratégias propostas e adotadas foram analisados e justificados. Foram trabalhadas as áreas da qualidade e da segurança dos cuidados, da comunicação e da educação para a saúde.

A educação para saúde foi uma preocupação permanente, no entanto foi dado ênfase e incentivo à equipa de enfermagem no sentido de promover o projeto de saúde da pessoa com asma.

A comunicação é um recurso fundamental, a impossibilidade do doente falar pode comprometer a sua qualidade e segurança dos cuidados. A utilização de instrumentos de Comunicação Aumentativa e Alternativa na UCIP ajudou a ultrapassar esses obstáculos.

As atividades de prevenção e controlo de infeção são do âmbito da qualidade e segurança dos cuidados e foram uma constante ao longo do estágio, com destaque para a avaliação das condições de armazenamento, manipulação e transporte de Dispositivos Médicos esterilizados e desinfetados, e para a utilização de Equipamentos de Proteção Individual. Também se enquadra nesta área a avaliação de risco de compromisso da deglutição no doente internado na UCIP.

A promoção da formação em serviço contribui para o desenvolvimento profissional e para a melhoria da qualidade, e tem por meta a excelência dos cuidados de enfermagem.

Durante este caminho foi atingido o objectivo de desenvolver e aprofundar competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Abstract

This report is the result of a learning process, reflection, acquisition of competences following the long path of the Nursing Master. This document reports the activities in each of modules of practical training having in mind the objectives defined in the initial project and acquired competencies.

The methodology used for this report includes detailed and critical reflection of the practice, based on the opinion of several authors considered along the learning period to support the options taken. We perform analyzes and justified our objectives, from detected problems, proposed and adopted strategies. We elected the fields of quality, security of care, communication and health education.

Health education was always a main concern; it was given emphasis and encouragement to the nurse team on the behalf of promoting the health project of the patient with asthma.

Communication is a fundamental skill on the health care, the patient inability to speak can compromise quality and security. The utilization of the Augmentative and Alternative Communication tools in the Intensive Care Unit helps surpassing those obstacles.

Infection control is a main key in the health care quality and security, it was a main concern during practical training, and attention was paid on stoking conditions and handling of disinfected, sterilized medical devices and Individual Protection Equipment. The health care quality and security also concerns risk evaluation in negative ability to swallow on hospitalized patients in the Intensive Care Unit.

Promotion was emphasized on in-service education at different fields, as a specialist nurse profile attribute acquired during practical training, because it boosts professional development plus it improves quality achieving the goal of excellence in nursing care.

Develop and deep medical-surgical skills as specialist nurse was the aim reached during this journey.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a muitas pessoas que me acompanharam nesta jornada partilhando conhecimentos, competências, afectos, apoio ou simplesmente presença.

Aos doentes e famílias por toda a confiança depositada, foram fonte de motivação e inspiração neste caminho.

À Professora Manuela Madureira, pela sensibilidade e competência com que me guiou pelos trilhos percorridos.

Às enfermeiras minhas orientadoras, que nos locais de estágio, comigo partilharam os seus conhecimentos, apontaram direcções e cuidaram de mim.

Às equipas dos serviços que calorosamente me acolheram em, criando ambientes confortáveis.

Ao Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, pela oportunidade de crescimento que me concedeu.

Ao meu marido estarei sempre grata pelo amor incondicional, expresso em apoio e compreensão em todas as circunstâncias.

À Rita, que cresceu para a autonomia, e me incentivou a encetar este percurso, suportando a ausência da mãe no início da adolescência.

À Raquel, pela ventura que é acompanhar de perto, o maravilhoso desabrochar de uma filha adulta e que, em conjunto com o Francisco, proporcionou-me um conforto precioso.

Aos meus pais, que com os seus cuidados, tudo fizeram para que fosse bem sucedida.

À Luzia, colega de curso e amiga inestimável, agradeço as sugestões, o auxílio pragmático e a amplitude de visão, a sua generosidade foi decisiva neste processo de transição.

... tão profundamente enraizada e universal é a convicção de que, para proporcionar medicina é estar a fazer algo, ou mais propriamente tudo: dar ar, calor, higiene... é não fazer nada... os elementos da enfermagem são ... pouco compreendidos.

(Nightingale, in Watson, 2002, p. 261)

A proclamação de Nightingale foi um chamamento para a mulher, para o homem e para a consciência da enfermagem como repositório do conhecimento e da sabedoria, uma força humana significativamente social e política, para ultrapassar a ignorância relativamente à saúde básica, ao cuidar e à cura.

(Watson, 2002, p. 261)

When patients engage in health-seeking behaviors as a result of being strengthened by comforting actions, nurses and patients are more satisfied with their health care..

(Kolcaba, 2001)

Abreviaturas

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BiPAP - Bi Level Positive Airway Pressure

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CHLC - Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

DM – Dispositivo Médico

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EPI – Equipamento de Protecção Individual

HFF – Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

SEC – Serviço de Esterilização Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STPM – Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester

UCIP/UAD – Unidade de Cuidados Intensivos/ Unidade de Alta Dependência

UCP/ICS – Universidade Católica Portuguesa/ Instituto de Ciências da Saúde

VNI – Ventilação Não Invasiva

Índice

0 – INTRODUÇÃO	8
1 - QUALIDADE, SEGURANÇA E COMUNICAÇÃO, UMA VISÃO PARTILHADA PARA A EXCELÊNCIA DA ENFERMAGEM	12
1.1 MÓDULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO	13
– OBJETIVO I - Adquirir conhecimentos sobre Vigilância Epidemiológica de estruturas, processos e resultados.	15
– OBJETIVO II - Aprofundar competências, no domínio da prevenção de infecção, no doente, relacionada com a utilização de material esterilizado.	16
– OBJETIVO III - Aquisição de conhecimentos sobre procedimentos de risco de IACS.	20
1.2 MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA	22
– OBJETIVO I - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação de urgência/emergência e sua família.	23
– OBJETIVO II - Contribuir para promoção da saúde da pessoa com asma.	30
– OBJETIVO III - Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados seguros, aos doentes no Serviço de Urgência Geral do Hospital de S.José	31
– OBJETIVO IV- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente através da utilização de equipamentos de proteção individual.	32
1.3 MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS	35
– OBJETIVO I - Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em estado grave ou crítico e à sua família.	35
– OBJETIVO II - Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa incapacitada de comunicar verbalmente.	38

– OBJETIVO III - Contribuir para a melhoria dos cuidados através da construção de uma norma de avaliação do risco de compromisso da deglutição no doente crítico.	40
– OBJETIVO IV - Contribuir para a melhoria dos cuidados através da prevenção de infecção, relacionada com a manutenção e utilização de material esterilizado.	42
2 – CONCLUSÃO	44
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

ANEXOS

ANEXO I - Instrumento de Auditoria para Avaliação das Condições de Armazenamento, Manipulador e Transporte de Dispositivos Médicos Esterilizados e Desinfectados

ANEXO II - Artigo: “Improving Cleaning of the Environment Surrounding Patients in 36 Acute Care Hospitals”

ANEXO III - Folheto Asma

ANEXO IV - Cartaz Asma

ANEXO V - Slides Asma Brônquica

ANEXO VI - Avaliação da Formação: Asma Brônquica

ANEXO VII - CD – Asma Brônquica

ANEXO VIII - Formação: Prevenção e Controlo das IACS Relacionadas com o Reprocessamento, Manutenção e Utilização de Dispositivos Médicos.

ANEXO IX - Avaliação da Formação: Prevenção e Controlo das IACS Relacionadas com o Reprocessamento, Manutenção e Utilização de Dispositivos Médicos.

ANEXO X - Dispensador de Equipamentos de Proteção Individual

ANEXO XI - Instrumento CAA

ANEXO XII - Instrução de Trabalho: Avaliação do Risco de Compromisso da Deglutição

ANEXO XIII - Pré-Teste de Deglutição e Teste de Deglutição

Introdução

O momento atual apresenta-se complexo e repleto de vicissitudes para os seres humanos, com mais oportunidades, mas também com novas vulnerabilidades, em consequência da evolução verificada na sociedade fruto das mudanças culturais, filosóficas, económicas, políticas, científicas e tecnológicas. Estas mudanças refletem-se nos cuidados de saúde pela alteração do paradigma tecnicista centrado na cura da doença, para uma perspectiva que considera a pessoa no seu todo, valorizando a relação. Por outro lado é a pessoa, cliente da instituição e utente de cuidados que, por ter novas necessidades e maior acesso ao conhecimento, exige essa mudança.

Aos profissionais é colocado o desafio de atualização permanente de saberes e competências, de modo a darem uma resposta eficaz e eficiente a esta exigência, o que implica uma formação diversificada com recurso às várias disciplinas do saber, das ciências humanas e sociais à biologia ou química, entre outras, não se confinando apenas às ciências da saúde. Para além desta visão abrangente os profissionais, cada vez mais, têm necessidade de dominar uma área específica. Para a enfermagem, este aparente paradoxo, significa a procura de uma maior compreensão sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. A especialização em enfermagem recorre ao conhecimento de várias disciplinas, que no final confluem em complementaridade, construindo um saber específico (Silva & Ferreira, 2008). O conhecimento especializado em enfermagem nunca será um saber compartimentado, correndo o risco de se desumanizar, mas holístico (Paula & Santos, 2003).

Se entendermos a enfermagem como a resposta profissional ao défice de capacidade, conhecimento ou vontade, que a pessoa apresenta para se adaptar ao processo de transição que vive, e que coloca em risco o seu projecto de saúde, os cuidados de enfermagem traduzem-se por um conjunto de intervenções no ambiente (no sentido do metaparadigma), com a intenção de recuperar o máximo de autonomia possível, mantendo a dignidade incluindo na morte. Ajudar a pessoa neste percurso, constitui um desafio major para o enfermeiro, que requer os mais elevados níveis de desenvolvimento, maturidade e auto-realização (Watson, 1999).

Para além do saber científico e técnico, cuidar é uma relação interpessoal fundamentada no imperativo moral da defesa e preservação da dignidade da pessoa, como refere Vieira (1995:20). Porque uma pessoa é um ser multidimensional, os profissionais de saúde só podem cuidar se atenderem cada cliente como um ser único e irrepitível, em permanente relação com o meio e em constante mutação no sentido de ser cada vez mais humano, o que muitas vezes implica uma invasão da esfera íntima do outro. Por isso, o agir do enfermeiro, além de ser cada

vez mais fundamentado em saberes científicos e técnicos, com recurso aos equipamentos adequados, no respeito pelos valores, a cultura e modo de vida, necessita de uma reflexão ética.

Esta necessidade de reflexão ética sobre o agir, a emergência de novas necessidades relacionadas com as transformações sociais (alteração dos vários papéis sociais, migrações em massa, aumento da esperança de vida, entre outras), o desenvolvimento tecnológico, a produção de conhecimento, a importância da prática baseada em evidência na procura incessante de melhorar a qualidade dos cuidados, complexificaram de tal modo os contextos da prática que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003 citada pela Ordem dos Enfermeiros, 2007) reconhece a importância dos vários estados membros assegurarem a formação especializada dos enfermeiros. É para garantir que os cidadãos sejam atendidos por profissionais com um elevado nível de competências técnico-científicas e humanas que a Ordem dos Enfermeiros (2008:8) afirma que é necessário *“promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da disciplina de enfermagem (...)no sentido da especialização de todos os enfermeiros”*.

Foi este conjunto de reflexões que despoletou em mim a necessidade de aprofundar conhecimentos e competências enquanto pessoa e enquanto profissional.

O meu objetivo de adquirir uma visão de enfermagem avançada que suporte a tomada decisão, tornando-me numa profissional mais diferenciada, capaz de ser um elemento de referência dentro da equipa na conceção e gestão de cuidados, assumindo um papel de supervisor de cuidados, com competências em assessoria, em formação e investigação, só seria possível atingir enquadrado num plano de estudos de formação pós-graduada especializada. Assim surgiu a oportunidade de realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências a Saúde (ICS), da Universidade Católica (UCP).

De acordo com o plano de estudos, após a fase curricular, teve início a Unidade Curricular Estágio, que se dividiu em 3 módulos:

Módulo I - Serviço de Urgência, decorreu no Serviço de Urgência Geral do Hospital de S.José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. (CHLC), de 22 de novembro 2010 a 28 de janeiro 2011.

Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente/Unidade de Alta Dependência (UCI/UAD) do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, (HFF), de 1 de fevereiro a 31 de março de 2011.

Módulo III – Opcional, foi realizado na Comissão de Controlo de Infeção do Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, entre 19 de abril e 19 de junho e 2010.

A escolha dos locais de estágio teve como critérios o seu potencial para proporcionarem oportunidades de aprendizagem, em diversidade e qualidade, dos quais tive conhecimento

através do testemunho de colegas de turmas anteriores e transmitido pela equipa docente. Também tive em conta a acessibilidade do CHCL.

O CHLC assume-se como instituição de referência na excelência da prática clínica, diferenciando-se nas áreas científica e tecnológica, e com larga experiência no ensino universitário e formação pós-graduada. Tem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), estando a área geográfica de cobertura inserida no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Centro Hospitalar Lisboa Central, 2010). Esta instituição, ao agregar os Hospitais de S.José, Santo Antónios dos Capuchos, Santa Marta e o Hospital D. Estefânia, reúne todas as valências médicas e cirúrgicas essenciais para ser referência dos hospitais distritais da sua área de influência.

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, (HFF) também tem como missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, 2011) regendo-se por princípios éticos e valores humanistas de dignificação da pessoa do utente e do profissional. É um hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes, que serve através de muitas valências médicas e cirúrgicas (idem).

Ambas as instituições hospitalares possuem um quadro de profissionais com destaque na cena nacional e internacional na área da investigação, com produção de artigos científicos. Muitos enfermeiros, além de possuírem especialização em enfermagem médico-cirúrgica, têm formação pós graduada em várias áreas, o que se reflete na prática de cuidados, como pude constatar. Estes locais de estágio reuniam, de facto, as condições necessárias à aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, necessários ao enfermeiro especialista.

O presente relatório surge no âmbito de um processo que se iniciou com a elaboração de um projeto de estágio, com o objetivo de planear atividades com vista ao aprofundamento, validação e certificação de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à obtenção do perfil de enfermeiro especialista na assistência ao doente do foro Médico-cirúrgico, conforme descrito no Decreto-Lei nº437/91 de 8 de novembro e Decreto-Lei nº412/98 de 30 de dezembro e competências referentes ao Grau de Mestre, descritas no Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março, e o regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional do ICS da UCP. Este documento foi elaborado com a intenção de relatar o percurso onde foram trabalhadas as áreas da qualidade e da segurança dos cuidados, da comunicação e da educação para a saúde, e que sustentou a aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica, nos três módulos do estágio, com contributos da experiência profissional, mas também da formação inicial e contínua, tendo por base o projeto atrás referido, demonstrando capacidade de identificar problemas e desenvolver

soluções, sempre refletindo sobre a ação. É utilizada uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, com recurso a diversos autores para fundamentar as opções tomadas.

Este relatório está estruturado de acordo com as normas de Dissertações/Relatórios da Universidade Católica. Com o intuito de atingir os objetivos o relatório está organizado em três partes: a presente introdução, o desenvolvimento e a conclusão. O desenvolvimento será dividido em 3 capítulos, onde se descrevem as actividades planeadas realizadas em cada um dos módulos. No início dos capítulos farei uma breve descrição dos campos de estágio, seguido dos objetivos delineados, das atividades realizadas e dos recursos utilizados para os atingir. Na conclusão farei uma apreciação global do estágio e uma análise sumária dos principais aspectos expostos no relatório, a seguir estão as referências bibliográficas utilizadas e que foram elaboradas de acordo com as normas da APA – American Psychological Association, e, por último, estará os anexos. Este documento foi redigido tendo em conta o novo acordo ortográfico para a língua portuguesa.

1 – QUALIDADE, SEGURANÇA E COMUNICAÇÃO, UMA VISÃO PARTILHADA PARA A EXCELÊNCIA DA ENFERMAGEM

Os cuidados do enfermeiro especialista além de serem o aprofundamento dos cuidados gerais, e não apenas mais conhecimento, têm em conta as respostas humanas aos processos de vida, transportam também um “elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro), o que se traduz em mais competências.

A competência advém da mobilização dos recursos aprendidos e da experiência, é *“um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”*, como diz (Fleury & Fleury, 2001:188). A competência é uma mais valia de âmbito económico, porque melhora a capacidade da instituição gerir os seus recursos, pela alteração de processos e obtendo melhores resultados, respondendo às solicitações da sociedade. O desenvolvimento de competências é indispensável à melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, porque como diz Hesbeen (2001) a *“qualidade dos cuidados será fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida. (...) Da riqueza do seu olhar e da sua motivação para a qualidade”*. Foi na senda de novas competências que melhorassem a qualidade da prática de cuidados que encetei o percurso que tentarei revelar neste capítulo.

Como todos os caminhos, o meu também encontrou reveses vários, alguns dos quais devidos ao facto de nos últimos tempos não exercer funções diretamente ligadas com a prática dos cuidados. Esta circunstância tornou os módulos de estágio I e II em grandes desafios. Tendo o módulo II - iniciado na UCIP do Hospital de S.José (de 27 de setembro a 19 de novembro de 2010) - constituído uma oportunidade de atualizar competências, que foram desenvolvidas e aprofundadas na UCIP/UAD do HFF. Como afirma Hesbeen (2001) *“não é com inteligências puras ou com aptidões técnicas que o doente se confronta, mas sim com uma mulher ou com um homem que estão, também eles, a escrever a história da sua vida”*.

Essa etapa do percurso foi muito enriquecedora do ponto de vista profissional, pela diversidade de necessidades em cuidados que os doentes apresentavam, e pelos conhecimentos e competências partilhados pela equipa. Também foi um estímulo ao meu desenvolvimento como ser humano, por isso estou, ainda, de acordo com aquele autor quando afirma, sobre a formação do enfermeiro, que o doente *“encontrará infinitamente mais sentido na sua ação se a desenvolver para além do registo puramente técnico. É uma pessoa que escolheu a sua profissão por humanidade”* (idem).

Esta unidade curricular, no seu todo, constituiu um processo de aprendizagem auto-dirigida, envolvendo uma sequência de atividades, nas quais fui, ao mesmo tempo formadora e

formanda, desempenhando funções duplas no processo de aprendizagem (Duarte, 2000), mas com a orientação de uma enfermeira especialista, designada em cada serviço para o papel de minha orientadora, e sob a tutoria da Professora da UCP.

O projeto de estágio, onde foram traçados objetivos e atividades planeadas para os três módulos com vista ao desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, serviu de guia de auto-formação neste percurso. O processo pode ser definido como “*uma ordenação específica de atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um princípio e um fim e com dados iniciais e resultados claramente identificados: uma estruturação da acção*” (Monteiro, 2009:22). Para moldar o percurso, flexível e dinâmico, de aquisição de competências, proveniente das diferentes experiências e oportunidades de aprendizagem, o projecto inicial sofreu algumas alterações.

As atividades foram desenvolvidas tendo como moldura para avaliação das necessidades e planeamento dos cuidados, os conceitos do metaparadigma da enfermagem que tem “*a pessoa como foco de atenção, a saúde como projeto, e o ambiente como contexto*” segundo a visão de Vieira (2009), e alguns modelos teóricos de enfermagem. Os módulos do estágio são apresentados pela sequência cronológica com que decorreram.

1.1 - MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO

As atividades de controlo e prevenção de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) são, na minha perspetiva, intervenções que o enfermeiro realiza no *ambiente*, com o objetivo de promover o *projeto de saúde da pessoa*. Ao realizar estas intervenções tem em mente *primo nocero*, porque, por maiores que sejam os conhecimentos do profissional e sofisticada a tecnologia ao seu dispor, é necessário que os cuidados, em *primeiro lugar não façam mal*, para que cumpram a intenção ética da *beneficência*.

A prevenção e controlo das infeções inserem-se no âmbito da Qualidade e Segurança dos cuidados e constituem cada vez mais um foco de atenção por parte dos profissionais, das instituições e da comunidade em geral. Como a Direcção-Geral da Saúde (2007) reconhece “*as infeções em instituições de saúde são um problema de escala mundial e constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade*”. Como eventos adversos que são, as infeções acarretam elevados custos para as instituições e para a sociedade, e incomensuráveis prejuízos para o doente e sua família.

Por IACS entende-se a infeção “*adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde*” (Direcção-Geral da Saúde, 2007). Com a complexificação dos cuidados, associados ao incremento de técnicas invasivas realizadas em hospedeiros suscetíveis, como são os indivíduos nos extremos da vida ou os imunocomprometidos por exemplo, verifica-se um aumento do risco de IACS. Por essa razão a Direcção-Geral da Saúde criou, pelo Despacho

Ministerial Nº 14178/2007 de 4 de Julho, o *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde* (PNCI) que proporciona às comissões de controlo de infeção (CCI) as linhas orientadoras da sua operacionalização durante o exercício da sua atividade” (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Porque o enfermeiro especialista toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas e exerce supervisão do exercício profissional, nomeadamente na área da prevenção e controlo de infeção, com o objetivo de garantir a qualidade e segurança dos cuidados, escolhi uma CCI para realizar o módulo opcional do estágio.

Este módulo realizou-se na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Santo António dos Capuchos de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, como atrás referido.

Integrado no Centro Hospitalar Lisboa Central, o Hospital de Santo António dos Capuchos ocupa as antigas instalações do antigo convento de Santo António dos Capuchos, construído em 1579. Tem uma lotação média mensal de 336 camas, com um movimento assistencial de 827 doentes por mês do foro médico e cirúrgico (Centro Hospitalar Lisboa Central, 2010).

Este hospital, que foi um dos primeiros, em Portugal, na criação e no desenvolvimento de atividades de prevenção e controlo de infeção nosocomial (Centro Hospitalar Lisboa Central, 2010), adotou a estratégia de Saúde da União Europeia para 2008-2013 da redução da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) seguindo as diretrizes do *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde* (PNCI).

A CCI do Hospital dos Capuchos, é constituída por duas enfermeiras, uma funcionária administrativa e uma médica em tempo parcial, que é simultaneamente, a coordenadora da CCI do CHLC, que integra as CCI dos quatro hospitais.

Com largos anos de experiência na CCI e formação em controlo de infeção, estas enfermeiras têm um papel reconhecido pelos pares, dentro e fora da instituição, como pude constatar, pela sua competência e empenhamento na consecução da missão da CCI.

Os objetivos para este módulo do estágio foram traçados depois da primeira reunião com a equipa de enfermagem, e tiveram em conta a perspectiva dinamizadora da política de qualidade e segurança do doente, que enquadra a visão das CCI, ao serem reconhecidas como estruturas de referência nas instituições em matéria de prevenção e controlo da infeção. Por isso tracei como objectivo principal

Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de prestação de cuidados de enfermagem seguros ao doente e sua família, através da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde

De seguida descrevo de forma individualizada os objectivos específicos que delineeii.

Adquirir competências sobre Vigilância Epidemiológica de estruturas, processos e resultados

As três grandes áreas de intervenção das CCI são a vigilância epidemiológica, a formação/informação e a elaboração e divulgação de normas e recomendações de boa prática, de acordo com o PNCI (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Inicialmente, a minha visão de Vigilância Epidemiológica limitava-se apenas à vigilância de microrganismos, da qual me interessava conhecer os métodos, por ser uma actividade que é diariamente realizada pelas enfermeiras da CCI. Mas a leitura de documentos, como o Protocolo de Vigilância Epidemiológica do Hospital dos Capuchos, os relatórios de Auditorias e da Vigilância de Microrganismos e doenças epidemiologicamente importantes, as discussões com as orientadoras, e a literatura que me facilitaram, deram-me uma perspectiva muito mais abrangente. A Vigilância Epidemiológica *“pode ser constituída por vigilância de resultados, vigilância de processos, vigilância e investigação de clusters ou surtos, vigilância e notificação de doenças de declaração obrigatória (...) vigilância de microrganismos e doenças epidemiologicamente importantes (...) e prevenir ou controlar a sua disseminação”* (Geada & Pedro, 2010, p.4). Esta atividade gera dados quantitativos exatos, cuja interpretação leva a um diagnóstico de situação de saúde dos doentes ou da qualidade dos cuidados, com o intuito de identificar problemas, investigar as causas, propor soluções e avaliá-las (Pereira, 2000). Quaisquer que sejam as vertentes em observação, na vigilância epidemiológica aplicam-se protocolos que uniformizam conceitos, metodologias e interpretação dos achados. A utilização dos protocolos da DGS permite participar na monitorização da infeção de âmbito nacional.

A Vigilância Epidemiológica fornece as linhas orientadoras das intervenções da CCI, porque proporciona informação rigorosa sobre processos, estruturas e resultados, como resposta à necessidade de uma prática baseada na evidência, que garanta a qualidade dos cuidados prestados ao doente. Os dados obtidos são utilizados no planeamento de intervenções de melhoria da prática, são *“informação para ação”* (Peres & Pina, 2008). Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro esta é, para o enfermeiro especialista, uma competência do domínio da melhoria da qualidade.

A concretização deste objectivo decorreu durante todo o referido módulo, ao observar e colaborar nas várias etapas: recolha de dados, registo, análise, interpretação e divulgação. Realço como atividade importante para a aquisição das referidas competências, as deslocações que fiz aos vários serviços, em conjunto com as orientadoras, para validação, através da consulta do processo clínico, do diagnóstico de tuberculose, como parte da vigilância epidemiológica. Estes momentos, serviram também, para orientar procedimentos, como as medidas de isolamento necessárias e esclarecer dúvidas junto dos profissionais.

Ainda no âmbito da vigilância epidemiológica participei em auditorias realizadas pela CCI do CHLC. Tive também a oportunidade de participar na reunião “*Um dia com a Centralização*”, onde entre outros temas se debateu a importância do estudo epidemiológico das resistências bacterianas. Ou seja, foram apresentados resultados e discutidas intervenções possíveis nas estruturas e processos visando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Esta metodologia, que surgiu no modelo criado por Donabedian (1960), para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, separa os seus componentes em três categorias, como mencionado anteriormente: “*estrutura, processo e resultados*” (Pereira, 2000) É um modelo muito utilizado na aquisição de informação sobre a existência, ou ausência, de características que definem a qualidade. Assim, segundo o mesmo autor:

- A “*estrutura*” diz respeito aos recursos utilizados nos cuidados de saúde;
- O “*processo*” engloba as actividades ou os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados
- Os “*resultados*” (ou o “*impacto*”) dessas intervenções na saúde das pessoas são representados pelas respostas ou mudanças verificadas.

Neste modelo, que tem sido desenvolvido ao longo do tempo, estão bem patentes as dimensões abrangidas pela Vigilância Epidemiológica e a sua importância na melhoria dos cuidados.

Quando esbocei o segundo objetivo deste módulo do estágio

Aprofundar competências, no domínio da prevenção de infecção, no doente, relacionada com a utilização de material esterilizado

tinha em mente a minha experiência profissional dos últimos anos, os recursos e melhorias que poderia deixar nesta CCI e levar, no regresso, ao meu serviço no hospital. Tinha a percepção, subjetiva, e também partilhada com outras colegas que trabalham em Centrais de Esterilização, que o material esterilizado ao ser entregue nos serviços utilizadores, nem sempre é armazenado e manipulado nas condições ideais. A confirmar-se esta situação, esse material não oferece segurança para a sua utilização, por colocar o doente em risco de adquirir infecção, tem que ser descartado, o que aumenta, desnecessariamente, os custos. Está provado que uma das medidas eficazes na prevenção de infecções é a utilização de material esterilizado em procedimentos cirúrgicos e técnicas consideradas invasivas (Rutala, Weber, & HICPAC, 2008; AESOP, 2006; Abrutyn, Elias MD, 2001). Isto é, sempre que se entra em contacto com locais do organismo que normalmente estão estéreis, como sejam os tecidos sub-epiteliais, o sistema vascular ou outros órgãos isentos de flora microbiana própria (estéreis), assim como os que lhes estão adjacentes. Todo o material utilizado nestas circunstâncias é considerado crítico ou de alto risco, por isso deve ser submetido a um

processo de esterilização. É, pois, necessário garantir que o material crítico, no momento da sua utilização, mantenha a sua condição estéril de acordo com o Dec.Lei nº 145/2009 de 17 de Junho. Esta condição só existirá se não houver recontaminação do dispositivo médico.

O material crítico referido são os dispositivos médicos reprocessáveis ou de uso único, que no momento da sua utilização ainda deve estar estéril. Para tal é necessário controlar os inúmeros factores que influenciam a manutenção da esterilidade. Desse controlo depende também a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Devido à nova perspectiva que adquire sobre vigilância epidemiológica, e dada a inexistência de um meio de avaliação, em conjunto com as orientadoras decidi desenvolver um instrumento de auditoria, porque, como acima referido, permitirá obter um diagnóstico acurado da situação, com dados objetivos, suscetíveis de motivar os profissionais a implementarem mudanças.

Construir um instrumento de Auditoria é um processo complexo, requer conhecimentos científicos sobre a área a avaliar, mas também domínio de técnicas de elaboração das questões, de modo a que seja um processo rigoroso, que possibilite a quantificação dos dados e possa ser facilmente compreendido.

Como refere Pereira (2000), a Auditoria é uma metodologia que consiste na análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados, implica a identificação de problemas, a definição de medidas de melhoria, a implementação destas medidas e avaliação. As auditorias às estruturas, processos e práticas constituem um dos componentes essenciais para a melhoria contínua da qualidade nos cuidados. Permite identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados, detecta deficiências e problemas que requerem acções de melhoria e incentiva o trabalho em equipa e favorece a aquisição e actualização de conhecimentos, através da revisão sistemática e crítica das práticas.

A auditoria é considerada um processo cíclico que tem início com a pesquisa/investigação preparatória, seguida do estabelecimento de padrões e critérios, que são usados na observação das práticas (Pereira, 2000). Durante a observação as práticas são comparadas com os padrões, identificando-se as não conformidades que dão origem à etapa de identificação e estabelecimento de prioridades de intervenção. A partir daqui implementam-se as medidas de melhoria, que na etapa seguinte serão avaliadas. Com a revisão dos padrões e critérios inicia-se um novo ciclo de auditoria.

Ainda para este autor, os Auditores devem ter capacidade de análise da informação recolhida, manter confidencialidade e segurança da informação, manter independência relativamente às áreas auditadas, actuar com descrição, ser preciso e objetivo.

Para se obter uma clara indicação de cumprimento dos padrões é incorporado um sistema de pontuação. A atribuição de níveis de conformidade é baseada nas pontuações obtidas. As pontuações são distribuídas da seguinte forma: cumprimento mínimo de 75% ou menos, cumprimento parcial entre 76 e 84%, e a conformidade se a pontuação atingir 85% ou mais (Infection Control Nurses Association, 2004).

Comecei por realizar uma pesquisa bibliográfica sobre «transporte, acondicionamento, armazenamento e manipulação de material esterilizado». Pude constatar que este tema é pouco abordado na literatura científica, tanto nacional como internacional. Ainda assim foi possível reunir informação fidedigna que suportou a construção de um Instrumento de Auditoria para Avaliação das Condições de Armazenamento, Manipulação e Transporte de Dispositivos Médicos Esterilizados e Desinfectados (Anexo I).

Para além da bibliografia consultada, recorri às indicações das enfermeiras Orientadoras na elaboração do padrão e dos critérios a observar durante a auditoria. A maior dificuldade foi, de entre a informação obtida, definir e sistematizar os padrões, e a escolha da sintaxe nos critérios, para que a construção das frases não enviesasse o resultado.

O instrumento de auditoria foi desenvolvido tendo em consideração que as principais causas de recontaminação de dispositivos médicos são a quebra da integridade das embalagens, a humidade, o manuseamento inapropriado (mãos húmidas, quedas), a inapropriada rotação de stocks, os prazos de validade desrespeitados, as condições de armazenamento, a falta de higiene dos locais de acondicionamento, as condições de transporte, a falta de higiene nos recipientes de transporte e a falta de formação dos profissionais (Abrutyn, Elias MD, 2001; Grupo de Trabalho para Elaboração do Manual de Normas e Procedimentos, 2001; AESOP, 2006).

Para a grelha de avaliação foi definido como padrão: «Existem condições que garantam a manutenção da esterilidade do material durante o transporte, acondicionamento, armazenamento e manipulação» e foram avaliadas:

- Condições de Armazenamento;
- Higienização;
- Organização;
- Gestão de stocks;
- Recepção dos DM;
- Transporte;
- Manipulação;
- Controlo e segurança na utilização dos DM;
- Informação/Formação

Após a sua construção este instrumento foi testado no dia 7 de Junho de 2010, no âmbito de uma auditoria realizada pela CCI do Centro Hospitalar Lisboa Central. Durante a sua aplicação foram detectadas algumas fragilidades que foram corrigidas. De realçar a boa receção que a proposta de auditoria teve por parte da enfermeira chefe, que se mostrou muito interessada nos resultados como auxílio à implementação de melhorias no serviço. De um modo geral a equipa multidisciplinar ficou surpreendida com as questões que lhe foram colocadas, e com

todos os aspetos que foram observados, pois, referiram várias vezes, nunca terem pensado na sua importância. Ou seja, para a maioria dos profissionais, o material esterilizado oferece sempre garantia de segurança independentemente das condições de manuseamento a que estiver sujeito. Os momentos de auditoria constituem, também, oportunidades de formação informal da equipa.

Com o apoio das orientadoras, redigi dois relatórios sumários e um relatório global, onde se descreviam as situações encontradas, bem como as sugestões de melhoria, que foram entregues aos responsáveis do serviço.

Ficou patente que a utilização de um instrumento de auditoria permite uma observação objectiva e sistematizada da realidade, focando-se nos aspectos mais importantes da prática, tornando-a visível. Ao serem relatados os dados observados, e dadas as indicações de actividades a desenvolver com o objectivo de alcançar o padrão definido, promove-se a prática baseada na evidência.

O meu trabalho deu contributos ao serviço que me acolheu, quer através dos dados colhidos nas auditorias, quer das futuras utilizações que a CCI poderá fazer com este instrumento, inclusivamente melhorando-o. Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, com o objectivo de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, é uma responsabilidade ética e legal evidente no Regulamento nº 122/2011, D.R. de 18 de Fevereiro, onde se definem as competências comuns dos enfermeiros especialistas. Na alínea a), b) e c) da §1 do Artigo 6º, o Regulamento afirma que o enfermeiro especialista deve ter um *“papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*. Porque os enfermeiros têm o dever de prestar cuidados de elevada qualidade e *“a ideia de excelência da prática liga-se claramente a uma prática de cuidados seguros”* (Nunes, 2006).

No regresso ao meu hospital, além de novas competências, levo um meio de vigilância epidemiológica de estruturas e processos, que poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, e, de acordo com os sete pilares da qualidade (Donabedian, 1990), irá aumentar *“a eficácia, efectividade, eficiência, equidade, acessibilidade, adequação, aceitação, qualidade técnico-científica”* (idem) dos recursos, reduzindo os custos pessoais para o doente pelo risco de infecção, custos com profissionais, pela necessidade de mão-de-obra para o reprocessamento dos DM e custos materiais implicados no reprocessamento ou na aquisição de novos DM.

No dia 7/06/2010, visitei o Serviço de Esterilização Central (SEC) do Hospital de S.José, com o objectivo de observar o funcionamento daquela unidade orgânico-funcional de apoio clínico.

O SEC conta com autonomia técnica, e com recursos materiais e humanos próprios que lhe permitem realizar centralizadamente as actividades inerentes ao processamento global dos DM reutilizáveis quer sejam lavados, desinfectados ou esterilizados.

Este serviço centraliza o tratamento de muitos dispositivos médicos de uso múltiplo do CHLC, o que facilita a rentabilização dos meios técnicos e humanos existentes, além de uniformizar os procedimentos de actuação, cumprindo a sua missão de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, através do reprocessamento de DM de uso múltiplo. A enfermeira do SEC também colabora com a Comissão de Controlo da Infecção, nas várias actividades de prevenção do controlo das infeções hospitalares, nomeadamente na formação dos profissionais de saúde de forma contínua e articulada.

Esta visita permitiu-me adquirir conhecimentos sobre a organização de equipas, fluxo do material, esterilizadores de plasma e registos de procedimentos.

Levo para o meu hospital conhecimentos, que vão aperfeiçoar as práticas desenvolvidas no Serviço de Esterilização Central, de modo a garantir uma maior qualidade do serviço prestado.

Os dispositivos médicos esterilizados são utilizados em situações e/ou em procedimentos de risco para aquisição de infeção. É importante para a o enfermeiro que desenvolve a sua atividade numa central de esterilização conhecer essas situações e procedimentos, por essa razão, e em conversa com as orientadoras, também projetei como objetivo

Aquisição de conhecimentos sobre procedimentos de risco de IACS

Como atividades desenvolvidas para a consecução deste objetivo realizei várias leituras, nomeadamente o Manual de Boas Práticas, das Normas da CCI, os documentos produzidos pelo Plano Nacional de Controlo de Infecção, entre outros. Também a participação na acção de formação organizada pela CCI, sobre "*Procedimentos de Risco de Infecção Associados aos Cuidados de Saúde*", facilitou a obtenção e aprofundamento de conhecimentos, enriquecida pela partilha de experiências com as colegas, de vários serviços dos Hospitais do CHLC, que participaram. Do programa fez parte a Prevenção de Infecção: no doente com feridas, no doente ventilado, do local cirúrgico, associada à algaliação de curta duração e associada aos dispositivos intravasculares centrais. Também foram analisados e discutidos os protocolos de atuação para implementação nos serviços.

A prevenção e o controlo do risco de IACS não se limita à preocupação com os doentes, é extensiva às famílias/visitantes e profissionais. Por isso assisti a uma formação realizada, por enfermeiras, num Serviço de Medicina, dirigida a Enfermeiros e Assistentes Operacionais, sobre "*Prevenção de Infecção Nosocomial para Visitas*".

Esta formação constituiu um momento de reflexão importante, para todos os participantes pelo interesse manifestado, através das suas intervenções sobre a pertinência e a necessidade de formar e informar os visitantes, tornando-os cada vez mais membros empoderados da equipa

de saúde, cumprindo assim, os enfermeiros, o dever deontológico, para com a comunidade, de promoção da saúde (Artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro), e como é referido no enunciado descritivo 3.3. dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: “o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes”.

São várias as vias de transmissão de infeção nosocomial, e as precauções básicas para as prevenir devem ter em conta as características dos micro-organismos. As pesquisas bibliográficas sobre este assunto levaram-me à tradução do artigo *Improving Cleaning of the Environment Surrounding Patients in 36 Acute Care Hospitals*, referente a um estudo que me interessou particularmente (Carling, Parry, Mark, Po, Dick, & Von Beheren, 2008) (Anexo II).

Os enfermeiros têm do ambiente uma perspetiva holística e realizam intervenções com a intenção de promover a saúde e prevenir a doença, em todas as dimensões do ser humano. Esta perceção, da importância do ambiente na saúde, não é uma prerrogativa recente da enfermagem, já Florence Nightingale dizia que

“a parte mais importante da enfermagem consiste em preservar a limpeza. Ventilação alguma pode refrescar um quarto ou enfermaria, onde não é observada a mais escrupulosa limpeza.

(...) Se a mobília não sofre a limpeza adequada, como podem o quarto ou a enfermaria ser outra coisa senão mofentos? (...) Como se vê, a poeira pode ser tudo, menos inofensiva.”

O objectivo, do grupo de investigadores, era provar que a melhoria das condições de limpeza no ambiente circundante do doente, poderia diminuir a prevalência de infecções graves causadas por microrganismos multirresistentes, transmitidos no hospital, que consideram ter chegado a níveis alarmantes, apesar da intensificação de outro tipo de intervenções. Foi implementado um projecto que envolveu vários hospitais, tanto para avaliar como para melhorar as práticas de limpeza.

O estudo acima referido documenta, objetivamente, uma grande deficiência nas condições de limpeza das instituições participantes e demonstra a eficácia das intervenções de base na melhoria das práticas de limpeza. A principal limitação, do estudo, é a impossibilidade de avaliação do impacto, potencial, da melhoria da limpeza, tanto na contaminação ambiental com microrganismos associados ao hospital, como na sua transmissão. No entanto, referem os autores, outros estudos claramente apoiam a conclusão de que uma melhoria no rigor dos procedimentos de limpeza e desinfecção ambiental, podem reduzir as taxas de contaminação do ambiente por *Clostridium difficile* e por enterococos resistente à vancomicina, tendo um impacto favorável sobre a sua transmissão.

A discussão deste artigo com a equipa da CCI originou uma reflexão sobre o tema da higienização do ambiente, como uma das medidas para manter a segurança do ambiente tanto para o doente, como para os profissionais e visitas. É reconhecida a sua importância, mas

sabe-se que é o conjunto das boas práticas dos profissionais que podem reduzir efetivamente a infeção associada aos cuidados de saúde.

Para prestar cuidados de qualidade, o enfermeiro precisa de estar consciente do risco e das suas implicações para o doente, e adotar atitudes e comportamentos preventivos para os evitar e garantir a segurança, nomeadamente no que se refere ao controlo de infeção (Nunes, 2006). É da responsabilidade de cada profissional cumprir os princípios, normas, procedimentos de qualidade instituídos pelas CCI e pelas Comissões de Gestão de Risco.

As atividades realizadas neste módulo do estágio permitiram-me manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, com aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização, desenvolver consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família na minha área de especialização, demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

1.2 - MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Este módulo realizou-se no Serviço de Urgência Geral do Hospital de S. José de 22 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011.

Os Serviços de Urgência (SU) são definidos pelo Ministério da Saúde como “(...) *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 médica*” (cfr. n.º2 do art.1º do Despacho Normativo n.º 11/2002 de 30 de julho, por sua vez, Despacho n.º 18 459/2006 de 30 de Julho, afirma que emergência e urgência médica é “*a situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais*” (cfr. al. a) do § 1 do Despacho n.º 18 459/2006). Também a DGS (Direcção- Geral da Saúde, 2001) define urgência como “*todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais*”, e emergência são “*todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais*”.

O Serviço de Urgência Geral do HSJ está localizado no piso 0 do edifício principal do hospital, estando aberto nas 24 horas, observando em média cerca de 450-550 utentes/dia (Centro Hospitalar Lisboa Central, 2011). Dado ser um serviço de Urgência Polivalente, está capacitado para atender pessoas em situação de urgências e emergência, observando doentes de baixo, médio e alto risco nas diferentes áreas de especialidade funcionando como Urgência Médico-Cirúrgica para a sua área de influência. O serviço de urgência é constituído por diversas valências médicas e cirúrgicas, sendo por isso o hospital de referência de várias unidades do

país, sobretudo na área da traumatologia e neurocirurgia. Os doentes que necessitam de observação das especialidades de Cardiologia, Cirurgia Cardio-torácica e Cirurgia Vascular, são transferidos para o Hospital de Santa Marta, que pertence ao CHLC, EPE (Centro Hospitalar Lisboa Central).

O CHLC, EPE, em conjunto com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) dispõe de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) que assegura o atendimento pré-hospitalar por uma equipa constituída por 1 enfermeiro e 1 médico, a vítimas de doença súbita.

A equipa de enfermagem é constituída por 96 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas, cada uma coordenada por chefe de equipa. Na área da gestão dos cuidados de enfermagem está a enfermeira chefe do serviço, apoiada por 4 enfermeiras (especialistas em enfermagem médico-cirúrgica), que também prestam cuidados.

Para este módulo do estágio, em reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, e por ser uma área onde não tinha experiência, delineei como objectivo principal

Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação de urgência/emergência e sua família

Para atingir este objetivo, a maior parte deste módulo decorreu nas salas de emergência e trauma, por serem os setores para onde são encaminhadas as pessoas em situação de emergência, e ali estarem reunidas todas as condições necessárias ao seu atendimento. No entanto, nos primeiros dias, passei pelos vários setores do serviço, para conhecer e compreender o circuito que o doente faz, desde a sua admissão na triagem, até ter alta, ou ser encaminhado para outro serviço. Esta estratégia também foi útil para conhecer e compreender a dinâmica da equipa de enfermagem e multiprofissional, o seu modo de funcionamento e o papel do enfermeiro nos diferentes sectores.

No primeiro dia, observei pela primeira vez, a utilização do “*Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester*” (STPM). Este sistema permite a avaliação inicial do doente, tendo por base os sinais e sintomas apresentados e a identificação de critérios de gravidade. Tem a finalidade de determinar um nível de prioridade clínica, assim como a previsão do tempo para o atendimento.

A Triagem de Manchester consiste na classificação do utente numa das 5 categorias, identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo até o início da observação médica inicial, que são as seguintes: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente (GTU & Ministério da Saúde, 2006).

As actuais instalações do SU foram planeadas de acordo com o princípio da separação dos doentes, tendo em consideração a gravidade da sua doença, pelo que foram criados espaços físicos de atendimento e observação para cada nível de cuidados necessário, de acordo com o STPM. Esta organização permite maior eficácia no atendimento, com atrás referido, do elevado número de utentes que se dirige ao SU, possibilitando também distribuir de forma equitativa os recursos humanos e materiais.

Durante a minha permanência no setor de triagem tive oportunidade de colaborar com os enfermeiros em algumas triagens de doentes e de fazer registos no sistema informático. A escassez do tempo atribuído a cada atendimento, bem como a falta de privacidade na interação utente/enfermeiro, pareceram-me desvantagens importantes, por instalar o risco de não serem colhidas informações fundamentais, dificultarem o acolhimento humanizado, além de não ser possível proporcionar o apoio emocional que, muitas vezes, estas pessoas manifestamente necessitam.

Neste setor a atividade é muito intensa pela grande afluência de utentes, e repercute-se nos “balcões de verdes e amarelos”- como é conhecida a área de atendimento de pessoas a quem foi atribuída pelo STPM uma pulseira verde ou amarela - tanto pelo movimento de doentes, como pela grande diversidade de necessidades, que exigem igualmente grande variedade de intervenções.

Neste sector logrei lembrar e actualizar-me sobre algumas intervenções de enfermagem de carácter técnico, fundamentais na prestação de cuidados ao doente em situação de urgência/emergência, como por exemplo a gestão da eliminação vesical através da algaliação e a vigilância do conteúdo gástrico através da colocação de sonda nasogástrica.

Prestei ainda cuidados a pessoas com insuficiência respiratória aguda com várias etiologias, sobretudo DPOC. Frequentemente foi aplicada ventilação não invasiva (VNI) por máscara facial, utilizando quase sempre a modalidade BiPAP, com parâmetros ajustados a cada doente e controlo gasimétrico frequente. É possível observar a evolução favorável da situação, passando o pH sanguíneo de valores inferiores a 7,35 para próximos de 7,40, a diminuição da PaCO₂ e a subida da PaO₂ (Leach, Ward, & Sylvester, 2004, pp. 55-56; Marcelino, et al., 2008, pp. 93-99 e 245). A VNI oferece várias oportunidades de intervenções de enfermagem autónomas como o auxílio à pessoa na adaptação a este tipo de ventilação e a vigilância da resposta aos parâmetros instituídos. Em várias situações expliquei ao doente o procedimento e a técnica de sincronizar os movimentos respiratórios com os ciclos produzidos pelo equipamento ajudando-o adaptar-se e avaliei a resposta quer através da observação do doente, como da monitorização da saturação periférica de O₂ e da gasometria. Parece-me que a VNI tem como vantagem importante ser possível manter o doente consciente, mas também sem sedação, e menor risco de infecção do trato respiratório, conforto e tolerância por parte do doente, e como referem Marcelino, et al. (2008) e Leach, Ward, & Sylvester (2004) tende a ser cada vez mais utilizada.

Geralmente é visível a diminuição gradual do esforço respiratório, mas por vezes a situação agrava-se e torna-se necessário proceder à ventilação invasiva, como pode observar e colaborar.

A abordagem da via aérea por intubação endotraqueal é uma técnica de suporte avançado de vida que exige do enfermeiro, tal como em muitas outras situações, capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar. Além de proporcionar todo o material necessário para a execução da técnica, teve a preocupação de manter o acesso endovenoso permeável e administrar a sedação ou outros fármacos e aspirar secreções quando necessário. O posicionamento do doente de modo a alinhar os eixos faríngeo, oral e laríngeo, tem um papel fundamental no sucesso da intubação, e é uma daquelas intervenções de enfermagem, quase imperceptíveis, que contribui para o êxito do trabalho da equipa no cuidado ao doente, reduzindo as complicações. É também da competência do enfermeiro especialista a confirmação do correcto posicionamento do tubo e da adaptação do doente à modalidade e parâmetros ventilatórios instituídos, através da avaliação dos sinais vitais, observação dos movimentos do tórax, gasometria, capnografia, Rx tórax, entre outros. Estas atividades configuram, também, o que o Regulamento nº122/2011 D.R. de 18 Fevereiro afirma como o *“conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais”* e assim cuidar melhor da *“pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”* (idem).

Um doente submetido ventilação invasiva apresenta uma situação complexa, que exige do enfermeiro uma perspectiva profissional avançada, como tomar medidas preventivas da infecção respiratória ao posicionar o doente com a cabeça elevada (30°), higiene oral, aspiração de secreções da orofaringe e acima do cuff, aspiração de secreções endotraqueais com técnica asséptica, colocação de SNG para evitar refluxo, hidratação, além da higienização frequente das mãos e utilização de EPI (Abrutyn, Elias MD, 2001; Wilson, 2003). A vigilância dos parâmetros hemodinâmicos é outro aspeto fundamental, pois a ventilação mecânica produz alterações da pressão intratorácica e sobredistensão alveolar (Leach, Ward, & Sylvester, 2004).

Como para qualquer intervenção, antes de se proceder à intubação endotraqueal deve-se obter o consentimento da pessoa. Por vezes não é possível obter o consentimento no momento em que é necessário intervir, o que acontece frequentemente no atendimento em situação de emergência, então presume-se que, na defesa do seu interesse, a pessoa concordaria com o acto devido, tal como refere o Código Penal no Artigo 39.º (Consentimento presumido) (Antunes, 2006):

1. *Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido.*
2. *Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.*

No entanto, na maioria das situações, a pessoa encontra-se consciente e a sua opinião é incontornável para que os cuidados sejam os adequados, é um direito do cliente a que corresponde um dever do enfermeiro. Como expressão da vontade, o assentimento, pode manifestar-se por qualquer forma verbal, não verbal ou por escrito, desde que seja livre, esclarecido e actual. O dever que o enfermeiro tem de informar resulta do direito à autodeterminação da pessoa, para que em posse das informações necessárias possa, de facto, ser livre para escolher. Por isso o Código Penal prevê no Artigo 38º (Consentimento) (idem):

2. O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto.

Este direito dos consumidores de cuidados de saúde também é referido na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Neves & Pacheco):

5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde, suas competências e níveis de cuidados

6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde

Este direito corresponde ao dever de informação, do Artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Este direito só será efectivo, se o enfermeiro adequar a linguagem e toda a informação à capacidade de compreensão da pessoa, tendo em conta o nível de esclarecimento que a pessoa deseja receber, de modo a não lhe provocar dano (Antunes, 2006).

Na minha prática de cuidados, solicitei sempre o acordo do doente, depois de explicar o procedimento e a intenção com que o ia realizar. Pude constatar que esta é uma preocupação permanente na equipa multidisciplinar, e que, sempre que possível os profissionais propunham as intervenções terapêuticas, explicando os pormenores e tentavam obter o consentimento junto do doente e da família. Ao comparar este comportamento com o que observava no início do meu percurso profissional, vejo, como reflexão, a importância que a formação nas áreas da ética e da deontologia, que tem sido amplamente realizada no âmbito das profissões ligadas aos cuidados de saúde, tem melhorado a prática dignificando não só as pessoas que acorrem ao SNS, como os profissionais e a profissão tal como preconiza o artigo ético do Código Deontológico do Enfermeiro (cfr nº 1, artº 78º, Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Ainda na Sala de Reanimação prestei cuidados a doentes em situação emergente, na sua maioria idosos com patologia cardíaca. Após a rápida avaliação inicial, monitorização, administração de O2 e garantia de um acesso venoso, realizei intervenções a doentes em situação de:

- Edema Agudo do Pulmão em que após a administração de furosemida e o dinitrato, a morfina finalmente aliviou o grande desconforto que a doente demonstrava

-Fibrilhação Auricular, em que administração de terapêutica como a Adenosina exige uma explicação prévia ao doente do desconforto que vai sentir e apoio durante o mesmo, além da técnica específica de administração do fármaco (bólus rápido), monitorizando o efeito no ECG de 12 derivações

-Taquicardia supraventricular onde além dos fármacos, também propus e colaborei na manobra de Valsava

- Taquicardia ventricular em que o tratamento foi a cardioversão sincronizada, com aplicação de uma carga de 50 J, onde tive a preocupação de proporcionar o equipamento adequado, zelar pela segurança do doente e da equipa durante o procedimento, e administrar a sedação.

Nestas, e em muitas outras intervenções, confrontei os conhecimentos teóricos adquiridos com a prática, integrando-os e transformando-os em competências.

Acompanhei, por diversas vezes, doentes à unidade de hemodinâmica do Hospital de Santa Marta, onde beneficiaram da terapêutica trombolítica. O transporte inter-hospitalar de doentes críticos reveste-se de cuidados especiais, pelo que inicialmente com o apoio da orientadora e depois, autonomamente preparei o doente e o equipamento eventualmente necessário, com o objectivo de prevenir complicações e actuar precocemente se surgissem. Porque o planeamento de todas as etapas desde *“a escolha e contacto, equipa de transporte com o serviço de destino, seleção adequada dos meios de monitorização, recomendação de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; seleção adequada de equipamento e terapêutica; previsão das complicações possíveis”* (Ordem dos Médicos; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, pp. 9), são passos indispensáveis antes de se iniciar o transporte.

Na Sala de Trauma prestei cuidados a várias pessoas Politraumatizadas. A hierarquização da observação nos exames primário e secundário, permitem uma avaliação rápida e eficaz do doente em situação emergente, obtendo todos os dados importantes, e atribuir prioridades de intervenção, de modo a reverter a situação e minimizar as lesões secundárias (Nunes, et al., 2009,).

A monitorização da via aérea, da ventilação e dos sinais vitais, com eventual aporte de oxigénio, a avaliação o estado da circulação, a colocação de cateteres venosos periféricos e administração de fluidos, a colheita de sangue para análises e pesquisa de glicemia, a administração de analgesia intravenosa ou outros fármacos, a avaliação do estado neurológico, a remoção da roupa do doente e o cobrir com roupa aquecida, são procedimentos comuns à emergência em geral e também ao trauma.

Enquanto não se confirmam as potenciais lesões, a intervenção do enfermeiro na abordagem ao doente politraumatizado é no sentido de prevenir o seu agravamento. Assim pude manter a estabilidade da coluna cervical quer manualmente, quer com a utilização do colar cervical, mobilizar o doente em bloco quer utilizando o plano rígido, fazendo levantamentos e rolamentos.

Em todas estas situações procurei ver a pessoa como um todo indissociável, que além dos cuidados ao corpo, tem necessidades de outras dimensões (psicológicas, sociais e espirituais) agravadas pelo acontecimento que a levou ao hospital. Procurei mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos no curso e as competências adquiridas ao longo do meu percurso pessoal e profissional, estabelecendo uma relação facilitadora do processo de transição que a pessoa vive (Vieira, 2009).

A área do trauma, como da emergência em geral, afiguravam-se como grandes desafios, pois como, se confirmou ao longo do estágio foram áreas onde adquiri muitos conhecimentos e competências. Este objetivo foi alcançado com estudo e também com a mentoria da minha orientadora, que além de me alertar para os sinais e sintomas importantes, que os doentes apresentavam, ou das intervenções necessárias, criou oportunidades de aprendizagem. Também incentivou a minha autonomia e a minha evolução na prática de cuidados de enfermagem especializados, com o seu exemplo e facilitando-me o treino de competências em suporte básico e avançado de vida com utilização de manequim. Este treino foi útil em várias situações reais, vividas durante o estágio, como acima descrito, mas também enquanto cidadã em vários contextos.

Ao sector de atendimento geral, “balcão de verdes,” ocorrem pessoas ao serviço de urgência com regularidade, por não aderirem à terapêutica instituída, farmacológica ou não, em alguns casos, referiram incapacidade económica para cumprirem o plano terapêutico, outros por aparente défice de informação ou vontade. Esta situação fez-me reflectir sobre a declaração da OMS e do Conselho Internacional de Enfermeiros quando refere que a não-adesão ao regime terapêutico nos doentes crónicos é “*um problema mundial de magnitude impressionante*”, com implicações significativas como “*o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes*” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009).

Prestei cuidados a uma cliente que recorrera ao serviço de urgência por dispneia severa. Quando a condição melhorou iniciei a preparação para o seu regresso a casa, com educação para a saúde sobre vários aspectos, particularmente sobre terapêutica inalatória. Diagnosticuei grande dificuldade de compreensão sobre a sua situação clínica e utilização incorreta dos inaladores. Elaborei um documento dirigido à equipa de enfermagem da Unidade de Hemodiálise onde esta doente é seguida, com o objectivo de promover a continuidade dos cuidados, de acordo com as necessidades detetadas e as intervenções realizadas. O que está de acordo com o Regulamento nº122/2011 D.R. de 18 Fevereiro quando afirma que enfermeiro especialista tem “*em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde*” e, acrescenta, demonstrando “*níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão*”.

Este episódio fez-me refletir, em conjunto com a enf^a orientadora e os restantes membros da equipa, sobre como muitas admissões no hospital seriam desnecessárias, minimizado o sofrimento dos doentes e os custos económico/sociais se houvesse maior disponibilidade para

as intervenções de promoção da saúde, porque, como a OMS (1989) define, a promoção da saúde é “o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre, e para melhorar sua saúde”, que abrange a educação para a saúde, a prevenção e a reabilitação da doença. Tem como principal objectivo promover o empowerment dos doentes e das famílias com vista a promover a sua saúde física, mental, social e o bem-estar.

Phaneuf (2001) refere que “um problema de saúde pode também ser uma ocasião para aprender. A pessoa pode então compreender o valor da vida, do amor dos seus e a necessidade de mudar os seus comportamentos e hábitos. O internamento - e todas as alterações que provoca na vida da pessoa, as preocupações e as emoções que desencadeia - poderá constituir o que Damásio (1995) considera ser um *marcador-somático*, ou seja a sensação corporal provocada pela associação mental entre uma consequência e uma opção, e que influencia a tomada de decisão. A educação para a saúde durante o internamento, poderá modelar o *marcador-somático*, motivando a adoção estilos de vida mais saudáveis.

Em 2004 a OMS publicou, para a região europeia, normas de educação para a saúde nos hospitais por entender que “os hospitais têm um papel importante na promoção da saúde, prevenção da doença e no provimento de serviços de reabilitação”, como resposta ao aumento da prevalência de doenças crónicas e relacionadas com o estilo de vida. Defende, naquele documento, que com as actividades sistemáticas de educação para a saúde, e utilizando estratégias adequadas, os doentes podem ter “um papel activo na gestão de doenças crónicas ou aconselhamento motivacional.”

Já a Lei de Bases da Saúde no Decreto-Lei 48/90 de 24 de Agosto no capítulo I, política de saúde determinava:

1...

a) a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do estado;

h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública e individual;

Por sua vez no enunciado descritivo 3.2. dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2002) é referido que “na procura permanente a excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde:

São elementos importantes, face à promoção da saúde, entre outros:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade;

- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;

- a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e de desenvolvimento;

- o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente

Ante este paradigma emergente quer pelo reconhecimento da autonomia da pessoa, quer pela escassez de recursos, é necessário consciencializar os utentes da responsabilidade que detêm sobre a sua saúde capacitando-os com conhecimentos e habilidades, com o objectivo de se adaptarem aos diferentes processos de transição da vida. No seu estudo sobre educação e aconselhamento de doentes, McBride (2002) refere que a maioria dos doentes inquiridos apoiava as actividades de promoção da saúde no hospital.

Por todas as razões atrás defendidas os hospitais, para além da prestação de cuidados clínicos deverão orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde. Para a enfermagem esta é a “função de educação e de guia” que na asserção de Benner (2001) “*mais do que transferência de informação as enfermeiras oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspectivas ao doente*”.

Por outro lado, considero que é necessária uma melhor articulação entre as equipas das várias unidades do Serviço Nacional de Saúde que os clientes utilizam, para que sejam diagnosticados todos os problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem, e dada continuidade às intervenções, criando sinergias que melhoram a saúde da população, com redução de custos (Ministério da Saúde, 2010).

Perante o exposto e dada existência de número elevado de utentes, com asma brônquica, que recorrem ao Serviço de Urgência por não adesão ao regime terapêutico, pareceu-me que o tempo de permanência no serviço, seria uma oportunidade para os enfermeiros tentarem motivar estas pessoas para a vantagem de alterar o estilo de vida, após a alta, de modo a prosseguirem o seu projecto de saúde, por isso delinee o objectivo

Contribuir para promoção da saúde da pessoa com asma

Com este trabalho, pretendi contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, porque “*a asma pode ser eficazmente tratada e a maior parte dos doentes pode controlar a sua doença, evitar sintomas perturbadores tanto de dia como de noite, usar pouca ou nenhuma medicação de alívio rápido, ter vidas activas e produtivas, uma função pulmonar quase normal e evitar crises graves*” (Global Initiative for Asthma, 2009), pois, tanto em Portugal, como no resto do Mundo, a asma é uma das doenças crónicas em crescimento, quer em incidência como na prevalência (Direção-Geral da Saúde, 2001). É causa frequente de internamento hospitalar, colocando frequentemente constrangimentos na vida diária do doente, sendo fonte

de grande sofrimento, por limitar a sua qualidade de vida e da sua família (idem). Avaliar e intervir no potencial da pessoa para desenvolvimento de conhecimento sobre a sua situação clínica, e capacidade de a integrar no seu projeto de saúde, é um dos objetivos dos cuidados de enfermagem.

Como actividades, realizadas em conjunto com outra colega também em estágio no SU, elaborei um folheto e um cartaz com o objetivo de proporcionar um instrumento de apoio aos doentes durante, e após, o ensino que os enfermeiros realizam.

Como meio de divulgar o folheto (ANEXO III) e o cartaz (ANEXO IV) elaborados, foi acordado, com a equipa de gestão dos cuidados e com a enfermeira orientadora, realizar uma acção de formação à equipa de enfermagem, no dia 28 de Janeiro pelas 10h e outra às 10:30h, na sala de enfermagem. Foram utilizadas como técnicas pedagógicas os métodos expositivo, participativo e demonstrativo com recurso à apresentação de diapositivos (ANEXO V). O objectivo principal da sessão foi:

- Sensibilizar os enfermeiros do serviço de urgência do Hospital de São José para a importância do ensino à pessoa com asma

Estas actividades permitiram-me desenvolver competências na promoção da formação em serviço na minha área de especialização.

Como se pode verificar pelos gráficos que resumem a avaliação (ANEXO VI), a maioria os enfermeiros considerou a formação útil para a sua atividade profissional, favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos e, portanto, os objetivos da sessão foram atingidos. Promovi assim o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Organizei um dossier com os documentos mais relevantes que utilizei a que juntei um CD (ANEXO VII) com os diapositivos da sessão, o folheto, o cartaz e o plano da sessão, e que ficou no serviço para posterior consulta.

Durante a primeira visita ao serviço, e utilizando conhecimentos da minha experiência profissional no Serviço de Esterilização Central e do estágio na Comissão de Controlo de Infecção, percebi que havia oportunidade de melhorias em algumas áreas, assim, e com o acordo da equipa de enfermagem, foi delineado o objectivo de

Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados seguros, aos doentes no Serviço de Urgência Geral do Hospital de S.José

Para a consecução deste objetivo comecei por realizar auditorias às estruturas e processos no que respeita ao material estéril, utilizando para o efeito o instrumento construído no módulo estágio na CCI (ANEXO I). A experiência anterior facilitou a sua utilização e mostrou a

consistência das questões colocadas na grelha de avaliação. A equipa colaborou respondendo às questões colocadas e facilitando o acesso aos documento e às zonas do serviço que era necessário observar. Os resultados foram comunicados à enfermeira chefe, através do relatório que elaborei. Tal como para outros temas discutidos, a enfermeira chefe demonstrou sempre muito interesse nas minhas observações e atividades propostas, por serem oportunidades de implementar melhorias, referindo, com frequência, que essa é uma das mais-valias, para o serviço, da presença de alunos dos cursos de especialização em enfermagem. E, sem dúvida, a aplicação de um instrumento de auditoria e posterior análise de resultados, oferece dados para a melhoria da qualidade dos cuidados, conforme já referi.

Detetei, no seguimento da auditoria, que poderia dar um contributo para a melhoria das práticas, através da realização de formação à equipa de enfermagem sobre utilização de material esterilizado. Propus à equipa responsável pela gestão uma sessão de formação sobre este assunto, aproveitando para divulgar o *Procedimento Multisectorial sobre Controlo de IACS relacionadas com reprocessamento, manutenção e utilização de Dispositivos Médicos* do CHLC, que fora aprovado havia pouco tempo. A formação realizou-se nos dias 31 de janeiro e 2 de fevereiro, das 10:30h às 11h e das 11h às 11:30h. Durante a sessão foi utilizado o método expositivo e participativo, com apresentação de diapositivos (ANEXO VIII).

A maioria dos participantes considerou que a formação foi útil para a sua atividade profissional e favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos (ANEXO IX)

Com a identificação das necessidades formativas na minha área de especialização, promovi a formação em serviço.

Desde o início do estágio (módulo II) observei haver a necessidade da equipa multiprofissional melhorar adesão à utilização de EPI. Discuti esta preocupação com a enfermeira chefe e com a minha orientadora, que concordaram como meu objetivo de

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente através da utilização de equipamentos de proteção individual

A OMS (2004) defende que apesar dos hospitais terem como missão principal cuidar de doentes, têm um impacto importante na saúde dos seus profissionais, que *“constituem pelo menos 3% dos trabalhadores da Europa”*. Sustenta ainda que a promoção da saúde e a influência do hospital na saúde dos profissionais, deve ser considerada nas políticas da organização, não só no interesse dos profissionais mas pelo valor para o hospital, como organização diferenciada, que o seu pessoal representa. Para a comunidade o hospital e os seus profissionais constituem uma fonte de recursos de saúde e de conhecimentos fundamentais para o seu bem-estar. A promoção da saúde e as actividades de controlo de

infecção devem abranger não só os utentes do hospital, mas também os seus funcionários e comunidade em geral (OMS;2004). A utilização adequada de Equipamentos de proteção individual (EPI) é uma medida de prevenção de doenças e de controlo de infeção tanto para os profissionais como para os doentes.

A estratégia inicial de incentivarmos a equipa alertando para a necessidade de usar EPI, sempre que surgia a oportunidade, parecia não ter efeito duradouro. Este comportamento também não se devia à falta de informação nem de material, o que corrobora a literatura (Nishide & Benatti, 2004; Lopes, et. al., 2008; Oliveira, et. al, 2010). No entanto pareceu-me que a localização destinada aos EPI nas salas era pouco acessível, e poderia ser um dos obstáculos à sua utilização tal como (Oliveira, Cardoso, & Mascarenhas, 20010) referem no seu estudo.

A partilha desta opinião com a orientadora deu origem, entre as enfermeiras de apoio à gestão, a um projeto de fabrico de móveis próprios para esta função, desenhados, do ponto de vista ergonómico, de modo a facilitar a sua utilização (ANEXO X). O primeiro destes móveis ficou pronto após o término do meu estágio, estando em fase de construção um segundo móvel para a sala de emergência. A equipa decidiu colocar estes móveis junto às portas das salas de Trauma e Emergência, para que antes de entrarem, e enquanto aguardam a chegada do doente, os profissionais coloquem os EPI adequados.

Facilitar o acesso aos EPI poderia não ser suficiente para aumentar a sua utilização, o que está de acordo com Oliveira, Cardoso, & Mascarenhas (2010) e com (Brevidelli & Cianciarullo, 2009) referindo estes últimos autores um estudo que revelou “*a influencia de fatores psicossociais na adesão às precauções básicas*” adiantando que esta é influenciada por “*factores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais*” . Tendo em conta os poucos recursos disponíveis para melhorar esta situação, foi decido abordar, formalmente, esta problemática com todos os enfermeiros do serviço.

Assim, pedi apoio à enf^a da CCI do Hospital de S. José, que concordou com a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para este problema, e disponibilizou a listagem de Microrganismos, isolados no Serviço de Urgência no último semestre de 2010. Os dados (estirpes de microrganismos e produtos onde foram isolados) mostram que muitos doentes admitidos no serviço de urgência, são hospedeiros de agentes infecciosos, potencialmente causadores de infeção nosocomial nos outros doentes, nos profissionais e nas visitas.

É necessário assumir uma estratégia de prevenção da transmissão cruzada de microrganismos e IACS, conforme indicado nos documentos da CCI do CHLC e do PNCI, aderindo às precauções básicas que devem ser aplicadas durante os cuidados a todos os doentes. O pressuposto é de que todos os fluidos orgânicos, com exceção do suor, secreções, excreções, mucosas, e pele não íntegra de todos os doentes devem ser tratados como potencialmente infecciosos. A escolha do equipamento de proteção a usar durante a prestação de cuidados, é

estabelecida pela previsão de exposição a fontes contaminadas e pela natureza da interação entre os profissionais e os doentes.

De modo a maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, aproveitei os momentos em que a equipa estava reunida para assistir à formação anteriormente referida, para incentivar a utilização de EPI. A estratégia foi mostrar os gráficos que elaborei a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica de Microrganismos, do Serviço de Urgência no último semestre de 2010, e expliquei os riscos inerentes à sua transmissão. Os enfermeiros demonstraram preocupação e concordaram com a necessidade de melhorar o seu comportamento, apesar de estarem cientes das dificuldades que se colocam à sua utilização. Como refere a OMS (2004) a capacitação dos profissionais para promoção da sua saúde e do seu auto-cuidado tem uma grande influência nos cuidados prestados aos doentes.

Também neste módulo de estágio utilizei os dados da vigilância epidemiológica (neste caso de microrganismo e da auditoria) para orientar a planificação de melhorias na qualidade dos cuidados, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família. Tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas, o que demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, ao zelar pelos cuidados prestados.

As atividades realizadas neste módulo do estágio permitiram-me manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, com aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização.

1.3 - MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS

Este módulo do estágio realizou-se na Unidade De Cuidados Intensivos/Unidade de Alta Dependência do Hospital Amadora Sintra de 1 de Fevereiro a 31 de Março de 2011.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) está localizada no piso 2, é constituída por 10 unidades de internamento, sendo 2 de isolamento. Em 2003 foi inaugurada a Unidade de Alta Dependência (UAD), constituída por 4 unidades, funcionalmente integrada na UCIP, vocacionada para a abordagem diagnóstica e terapêutica de doentes vítimas de AVC em fase aguda (nomeadamente candidatos a trombólise).

A equipa de enfermagem da UCIP conta actualmente com 37 enfermeiros, distribuídos por 5 equipas, ao que acresce uma enfermeira chefe e 2 enfermeiras responsáveis.

Para este módulo do estágio tive como objectivo principal

Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em estado grave ou crítico e à sua família

Os primeiros dias serviram para conhecer a estrutura e compreender o modo de funcionamento da Unidade de Alta Dependência (UAD). Esta fase foi importante, porque permitiu a integração na equipa multidisciplinar e posterior desenvolvimento de competências necessária aos cuidados aos doentes.

A leitura dos manuais, normas e protocolos do serviço, a observação e colaboração no trabalho da equipa de enfermagem facilitou a percepção do papel do enfermeiro de cuidados intensivos.

Apesar de estar vocacionada para os cuidados ao doente do foro neurológico em fase aguda, alguns dos quais admitidos através da Via Verde AVC, também recebe pessoas com outras patologias do foro médico e cirúrgico, incluindo doentes com necessidade de ventilação mecânica. O estudo sobre a fisiologia, a terapêutica e as respostas humanas e as decisões sobre as possíveis intervenções perante os diagnósticos que as pessoas de quem cuidei apresentavam, ajudaram-me a aprofundar conhecimentos na área de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

A título de exemplo, refiro, a revisão bibliográfica que efetuei sobre a utilização do estimulador do nervo vago na epilepsia refratária, motivado pelo internamento de um jovem com um dispositivo destes implantados. A partilha do artigo *Vagus Nerve Stimulation for Refractory*

Epilepsy (Boon, et.al., 2001), no dia seguinte, despertou muito interesse, tanto na equipa de enfermagem como médica, por desconhecerem o referido dispositivo.

Este jovem está incluído no grupo de 30% de doentes que não consegue controlar as crises com fármacos antiepilépticos, nem reúne critérios para recessão cirúrgica da zona epileptogénica, de acordo com os autores atrás referidos. A estimulação eléctrica do nervo vago (VNS) é um tratamento recente e eficaz do ponto de vista neurofisiológico. Os investigadores admitem que a eficácia no controlo das crises, se deve à influência generalizada, que o estímulo das ligações difusas do nervo vago ao cérebro pode ter em numerosas estruturas do sistema nervoso central. A estimulação do nervo vago faz-se através do implante de um Sistema de Prótese Neurocibernética, constituído por um gerador de impulsos e por um condutor helicoidal bipolar com corrente integral, junto da clavícula esquerda (idem). Pode ser fornecido um dispositivo magnético, que permite uma estimulação adicional, ordenada pelo doente ou pelo cuidador em caso de aura ou crise convulsiva, segurando-o junto ao gerador de impulso durante 1 a 2 segundos.

Inicialmente o doente apresentava crises convulsivas muito frequentes, apesar do protocolo terapêutico instituído, causando um sensação de incapacidade na equipa. Após ter discutido a informação, que havia recolhido, com a equipa passou-se a utilizar o dispositivo magnético externo, como coadjuvante da medicação durante as crises, diminuindo ligeiramente a intensidade das mioclonias. A possibilidade de agir diretamente, no momento da crise, fez-nos ter a percepção de exercer algum controlo sobre a situação apresentada pelo doente.

Este episódio demonstra que o conhecimento da evidência científica, quando aplicado, faz avançar a prática para níveis de qualidade superiores, ou seja com mais ganhos em saúde. Por outro lado, também atesta, que as implicações da investigação na prática baseada na evidência, vão além da aplicação clínica. Neste caso, foi também, um contributo para o processo de *empowerment* da equipa de enfermagem, por ter sido segundo a perspectiva de Ornelas (2008) *“uma experiência de exercício de controlo e resolução de problemas, através da participação nos processos de decisão”*. Como manifestou a minha orientadora, ao afirmar que a partilha do artigo, atrás referido, foi muito importante para o reconhecimento da equipa de enfermagem como parceira, detentora de conhecimento científico, na equipa multidisciplinar.

Durante este módulo do estágio tive oportunidade de cuidar de pessoas impossibilitadas de falar por terem sido submetidas a entubação endotraqueal ou traqueostomia, por estarem ligadas a prótese ventilatória mecânica ou não. Para além de ter aprofundado as competências, adquiridas no módulo anterior do estágio, relacionadas com os cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, confirmei que quando há compromisso da fala, existe um elevado risco do doente não conseguir comunicar as suas necessidades e, por vezes manifestar, agitação, confusão mental, delírio, ou até dor (Johnson & Sexton, 1990). Esta circunstância dificulta a correcta avaliação da situação clínica, como o estado de consciência, originando planos de cuidados desadequados (Patak, et al., 2009) e sujeitando a pessoas a

intervenções que não deseja, como por exemplo a imobilização e a contenção física. Constatei que alguns doentes agitados, previamente avaliados com baixos scores da Escala de Coma de Glasgow, serenavam com o meu esforço de tentar estabelecer uma ponte de comunicação, quando percebiam que estavam a ser “*escutados*” e quando lhes respondia às questões que colocavam através de uma técnica de comunicação alternativa. Neste ambiente hostil, como por vezes é percecionada uma UCIP, os doentes frequentemente experienciam insegurança, ansiedade, medo e pânico, que frequentemente se traduz em comportamentos desajustados, como a agitação, colocando em risco a sua segurança (Bergbom-Engberg & Haliame, 1989). Outro sentimento muito comum em doentes ventilados é a frustração. Um estudo de Patak (2004) revelou que estes doentes apresentam um elevado nível de frustração nas suas tentativas de comunicar e que os profissionais, ao facilitarem a comunicação, melhoram a sua satisfação e auto-estima.

A comunicação é fundamental ao ser humano na expressão da sua individualidade. Para os cuidados de enfermagem a comunicação é o lugar onde se manifesta a autonomia do doente, consentindo ou não nos cuidados propostos, expondo as suas necessidades que apelam a uma resposta profissional. A comunicação promove o respeito pela dignidade da pessoa. É indispensável para garantir a qualidade dos cuidados (Finke, et.al., 2008; Bronwyn, et.al., 2001). Estes autores também reconhecem a extrema importância da formação e treino dos profissionais de saúde nesta área, para garantir a qualidade dos cuidados, pois toda a comunicação é complexa por ser multidimensional e constituir um processo dinâmico de intercâmbios de informações, armadilhado de subtilezas que facilmente originam equívocos. Referem ainda que uma comunicação pobre pode ser angustiante tanto para os enfermeiros como para o doente, enquanto que uma comunicação eficaz favorece a sua recuperação e traz a satisfação à relação entre o doente e os profissionais. E a satisfação do cliente é importante para a enfermagem, tal como é referido o enunciado descritivo 3.1. dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que diz que “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes*”. (Conselho de Enfermagem, 2002).

As dificuldades de comunicação provocadas pela situação clínica constituem obstáculos, também, à interação do doente com a família (aqui compreendida como as pessoas significativas ou visitas) já de si limitada pelos constrangimentos provocados pelo internamento em cuidado intensivos.

O internamento do doente na UCI é um momento difícil para a família, porque ocorre de um modo inesperado e está associado a um risco iminente de vida, bem como a um evidente aparato tecnológico e a medidas terapêuticas intensivas, fazendo a família experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu familiar. Por ser um processo de transição que no conceito de Chick & Meleis, (1986), se define, abreviadamente, como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, requer da pessoa, segundo as autoras “*capacidades para adquirir novos conhecimentos, alterar comportamentos*

e até para mudar o conceito do seu self no contexto social". É função dos cuidados de enfermagem facilitar a adaptação a este processo, e é incontornável a utilização de uma comunicação eficaz entre o profissional e a família, mas também entre esta e o doente.

Esta consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionadas com utente/família levou-me a traçar como objetivo

Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa incapacitada de comunicar verbalmente

Para alcançar este objectivo decidi aprofundar conhecimentos sobre comunicação aumentativa e alternativa (CAA). Para tentar compensar as disfunções comunicativas dos doentes internados na UCIP/UAD, sem alterações graves do estado de consciência, nem deficits cognitivos, desenvolvi um instrumento de CAA (ANEXO XI). Apresentei a minha proposta à equipa de enfermagem, que concordou com a sua utilidade para o serviço.

A comunicação aumentativa e alternativa (CAA) segundo a American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) citada por Finke et. al. (2008) é uma *"área de actuação que utiliza uma diversidade de técnicas, recursos e estratégias para compensar e facilitar, temporária ou permanentemente a comunicação e interação de sujeitos com algum impedimento ou dificuldade para a produção oral de fala"*. São exemplos de recursos: objectos e dispositivos físicos usados para transmitir ou receber mensagens como livros, carteiras ou quadros de comunicação, gráficos, dispositivos mecânicos ou electrónicos, como computadores, mas também símbolos pictográficos, estratégias e técnicas usadas para melhorar a comunicação

A expressão facial, os gestos a escrita são exemplos de técnicas de CAA, muito utilizados pelos profissionais de saúde e pela família na comunicação com doentes impossibilitados de falar, mas, como vários estudos referem, frequentemente estas técnicas são pouco eficazes, provocando sentimentos de frustração nos doentes e nos profissionais (Bronwyn et. al.2001), porque cada pessoa utiliza o seu código e é necessário que ambos os interlocutores o conheçam. Como constatei durante o estágio, uma das limitações destes método deve-se à grande rotatividade de elementos na equipa, os códigos de comunicação combinados mudam frequentemente, apesar de, por vezes, estarem escritos. Por outro lado exigem o recurso da memória, que em doentes ventilados, por inerência da sua situação clinica, ou pelo efeito dos fármacos está debilitada.

Com o intuito de desenvolver uma metodologia de comunicação eficaz com o doente crítico impossibilitado de falar, optei por dar a forma de livro ao instrumento, por facilitar o seu manuseamento, quer pelo doente como pelo profissional ou família. É constituído por um índice/menu, dividido por cores e com número de página, que correspondem aos temas abordados. A pessoa, poderá assim, escolher o tema sobre o qual pretende comunicar. A cada

tema/cor estão associados sinais, sintomas, necessidades, perguntas, emoções e preocupações que surgem com mais frequência - de acordo com a minha observação, com a opinião dos colegas e com a bibliografia consultada - sob a forma de imagens pictográficas que representam a mensagem. Deverá ser pedido ao doente que localize a sua necessidade por tema/cor, escolhendo-se, então, a página do livro correspondente.

No entanto, a utilização deste instrumento, ou de qualquer outro meio de CAA, não devem substituir completamente as capacidades residuais de comunicação, pelo contrário, deve complementar e incentivar qualquer vestígio de fala ou vocalização, gestos ou sinais.

Por ser um livro encadernado com argolas, a qualquer altura, poderá ser aumentado, reformulado e assim ampliar o seu potencial, ajustado às necessidades dos utentes, assim como facto de ser plastificado facilita a sua higienização, prevenindo o risco de infeção cruzada entre os utilizadores

Ao propor a aplicação deste instrumento a um doente tetraplégico e à sua mãe validei a sua utilidade, pelas expressões de satisfação que demonstraram. No entanto também confirmei uma das suas limitações, ao ser usado por pessoas com diminuição da acuidade visual ou deficits cognitivos.

Com este trabalho contribuí para abrir canais de comunicação entre o doente, impossibilitado de se exprimir através da fala, a equipa multiprofissional e com a sua família. A melhoria da comunicação capacita o doente e a família para a participação na tomada de decisões relacionadas com os cuidados.

Divulguei o instrumento à equipa de enfermagem através de formação informal. Os enfermeiros concordaram com a necessidade que existia, referiram que o livro é um meio muito adequado para compensar as disfunções comunicativas e mostraram-se muito interessados em utilizá-lo. Estes momentos de formação informal tiveram o objectivo de zelar pela qualidade dos cuidados ao doente incapacitado de falar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Assim, e pelo atrás referido, adquiri conhecimentos aprofundados de técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, de forma terapêutica, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, tendo demonstrado iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na área médico-cirúrgica, na área da comunicação

No decurso do estágio prestei cuidados, sobretudo, a doentes do foro neurológico, e senti preocupação com a introdução da alimentação por via oral, pelo risco de existir compromisso da deglutição, e conseqüentes complicações, como por exemplo a passagem dos alimentos para a via aérea.

Apesar de, geralmente, os doentes iniciarem a alimentação com líquidos, em pequena quantidade, em algumas situações, houve de facto, aspiração de minúsculas partículas de

alimentos. Esta circunstância é muito preocupante por ameaçar a função respiratória, podendo até levar à asfixia, além de aumentar o risco de infecção em doentes, que devido à sua situação clínica, são propensos a adquirir IACS. Habitualmente, há um aspirador preparado para eliminar os alimentos, que inadvertidamente, passam para a via aérea, e que não são eficazmente removidos pela tosse. Esta técnica não garante a remoção completa dos alimentos aspirados, o que, frequentemente, é confirmado pela diminuição da saturação periférica de oxigénio (Ramsey, et. al., 2003; BOURS, et. al., 2009), pela cor cianosada da pele e mucosa labial, e pela radiografia ao tórax.

A passagem de alimentos para a via aérea, além dos problemas acima descritos, também provoca um enorme desconforto ao doente, devido aos acessos de tosse, e angústia pela sensação de asfixia, originando medo e até recusa alimentar e levar a déficits nutricionais e desidratação, com conseqüente perda de peso, pneumonia e morte (Padovani, et. al., 2007). Estas disfunções dificultavam a participação da família nos cuidados e provocavam receios nos profissionais.

Ao ter em conta o enunciado descritivo 3.3. dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que refere que *“o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, previne complicações para a saúde dos clientes”*, decidi discutir este tema com a minha orientadora e com a enfermeira chefe. Visto que no serviço não havia instruções de trabalho nesta área, foi consensual delinear como novo objectivo:

Contribuir para a melhoria dos cuidados através da construção de uma norma de avaliação do risco de compromisso da deglutição no doente crítico.

Da pesquisa bibliográfica, que fiz sobre o assunto, percebi que é possível prever o risco de compromisso da deglutição num doente através de uma avaliação inicial, e planear o regime alimentar de uma forma segura, de acordo com os resultados dessa avaliação.

De acordo com a CIPE versão 2.0, deglutição é a *“passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A dificuldade na deglutição é denominada disfagia e é também *“a percepção de que há um impedimento à passagem do material deglutido”* (World Gastroenterology Organisation, 2004), decorrente de alterações da motilidade neuromuscular ou estruturais.

Vários estudos têm demonstrado que a avaliação do risco de compromisso da deglutição em unidades de cuidados intensivos, e a implementação posterior de medidas, quando se confirma a disfunção, está diretamente relacionada com a redução das taxas de complicações clínicas, nomeadamente pneumonias (Marques, et.al., 2008). Por outro lado a uniformização de procedimentos, desde o momento da admissão, além de evitar as complicações físicas e

emocionais, promove a *“reabilitação precoce, que se prolongará para além do serviço de internamento e do próprio hospital”* (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Com este propósito elaborei uma norma de avaliação de risco de compromisso da deglutição, para ser utilizada em todos os doentes cuja patologia ou condição clínica possa indiciar risco de disfagia, antes de iniciar a alimentação oral (ex: AVC, Esclerose Lateral Amiotrófica, extubação orotraqueal, presença de traqueostomia, etc.), e/ou sujeitos ao efeito de algumas drogas que, por vários mecanismos, podem causar dificuldade na deglutição (ANEXO XII).

As normas, os protocolos e as instruções de trabalho constituem padrões que devem ser seguidos na execução das tarefas, de modo a obter os melhores resultados com cada procedimento. Segundo Colenghi (2007) padronizar *“consiste em criar hábitos, procedimentos e requisitos a serem cumpridos, especificações que desejamos atingir, ou seja, é actuar nas causas, seguindo o ‘como fazer’ em cada tarefa para que tenhamos os resultados esperados., que são as nossas metas”*. As normas, os protocolos e as instruções de trabalho tem o objectivo de uniformizar as práticas, segundo o mesmo autor, evitando a ambiguidade de critérios que pode colocar em risco a segurança e a qualidade dos cuidados.

A avaliação da deglutição ou triagem da disfagia deve ser realizada pelo enfermeiro aquando da admissão do doente e/ou durante o internamento, antes de iniciar a alimentação oral (Direcção-Geral da Saúde, 2010). Para o efeito deverá ser utilizado de um pré-teste e um teste da deglutição (ANEXO XIII). Se não forem detectadas dificuldades pode-se iniciar a dieta adequada às necessidades nutricionais do doente, com supervisão durante a refeição. Se existir disfagia deverão implementar-se estratégias de adaptação no ambiente circundante, na consistência dos alimentos, na utilização de próteses, ou, conforme a severidade da disfunção, encaminhar para a reabilitação da deglutição, recorrendo a um terapeuta da fala, e em, último caso, poderá ser necessário o recurso a dispositivos invasivos, como a na alimentação entérica.

A norma de avaliação da deglutição que elaborei ficou no serviço e aguarda aprovação da instituição, para ser implementada. A equipa de enfermagem considerou este instrumento de trabalho útil para a prática de cuidados porque, reconhecem, a falha no diagnóstico da disfagia tem custos clínicos, como atrás descrito e custos económicos, porque o agravamento da situação clínica do doente além de aumentar o tempo de internamento, aumenta o consumo de recursos. O enfermeiro especialista, tem esta visão abrangente do todo e gere de forma integrada as necessidades em cuidados do doente, garantindo a segurança, fazendo uso racional dos recursos materiais (cfr, Artº 7º do Regulamento nº 122/2011, D.R. de 18 de Fevereiro) que são limitados e devem ser distribuídos de forma equitativa.

Segundo Cichero, et. al, (2009) cerca de 29 a 30% das pessoas internadas em cuidados intensivos tem disfagia, por isso a utilização do instrumento que construí terá um impacto relevante para a prática clínica. Prevenir complicações, reduzir custos e evitar o sofrimento do doente e da família é também melhorar a qualidade da prática, é uma das funções do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro).

Uma das oportunidades de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados que detetei no serviço relacionava-se com as condições de armazenamento, manipulação, transporte e utilização de Dispositivos Médicos (DM) esterilizados e desinfectados. Tendo em conta o enunciado descritivo 3.3. dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que refere que *“o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, previne complicações para a saúde dos clientes”* (Conselho de Enfermagem, 2002:12), e de acordo com o interesse manifestado pela enfermeira chefe e pela enfermeira orientadora, tracei o objetivo

Contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente através da prevenção de infecção, relacionada com a manutenção e utilização de material esterilizado

Comecei por realizar uma auditoria de estruturas, processos e resultados no que respeita ao material estéril, utilizando o instrumento de avaliação desenvolvido por mim no módulo III do estágio. Como referi anteriormente esta metodologia permite obter dados rigorosos sobre a situação observada e planear as intervenções mais adequadas. Segundo o artigo 6º do Regulamento 122/2011 DR de 18 de Fevereiro, onde se define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas em enfermagem, o enfermeiro *“avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado”*, através de auditorias.

Os dados e propostas de intervenção foram comunicados á enfª chefe em reunião, e através da entrega de um relatório que elaborei onde se incluíram sugestões de melhoria. Em reunião, onde foram debatidos os resultados da auditoria, ficou assente a necessidade de realizar formação à equipa sobre armazenamento, manipulação e utilização de material esterilizado, por ter identificado necessidades formativas nesta área.

Para tal, organizei um dossier de consulta, onde compilei a bibliografia mais recente que encontrei, e que ficou no serviço. O dossier foi apresentado à equipa de enfermagem e às assistentes operacionais através de formação, com carácter informal. Nesta formação, e de acordo com, o Artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro que afirma que *“o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício...”*, evidenciei a necessidade de garantir que o material crítico, no momento da sua utilização, mantenha a sua condição estéril, o que só se verifica se não houver recontaminação dos DM, sendo sublinhadas as principais causas de recontaminação de DM e que desse controlo depende a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A enfermeira responsável pela formação considerou mais adequado realizar a formação na sala de pausa, durante os intervalos do trabalho e em várias sessões, para abranger um maior

número de profissionais. No entanto, algumas das pessoas envolvidas na formação acharam o espaço pouco apropriado, por surgirem interferências que interrompiam a formação, mas concordam com a pertinência e utilidade dos temas abordados (ANEXO XIV).

Com estas atividades geri e interpretei, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial e experiência profissional relacionada com a minha atividade numa Central de Esterilização e zelei pelos cuidados prestados na minha área de especialização.

Neste módulo do estágio tive oportunidade de adquirir e consolidar conhecimentos e sobretudo evoluir no desenvolvimento das competências necessárias ao planeamento, prestação e avaliação de cuidados ao doente em estado crítico e semi-crítico, como por exemplo: prever o agravamento da situação clínica do doente, e agir em conformidade; cuidar do doente e da sua família dando as informações necessárias, fomentando a sua participação nos cuidados e estimulando o auto-cuidado, em suma promovendo o conforto. Este conforto não é só alívio da dor ou sofrimento mas como Kolcaba (2001) refere é um compromisso do doente e das famílias com seu projeto de saúde, incluindo uma morte serena.

2 - Conclusão

As aquisições teóricas da fase curricular do curso, deram o suporte para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas durante a prática dos cuidados. Assim, ao longo do estágio utilizei conhecimentos científicos, técnicos, éticos e humanos na área de intervenção médico-cirúrgica visando desenvolver e aprofundar competências na área do planeamento, da prestação e avaliação de cuidados ao doente em estado crítico e semicrítico. Como o desenvolvimento de competências se fez de forma gradual, num processo de evolução, ao longo dos três módulos, as aprendizagens adquiridas num local de estágio tornaram-se contributos nos outros módulos.

As actividades do estágio referentes ao módulo I Serviço de Urgência e ao módulo II Cuidados Intensivos foram direccionadas para prestação direta de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de urgência/emergência e em estado grave ou crítico e à sua família. As competências adquiridas neste estágio permitem-me responder de modo a avaliar a situação clínica da pessoa em situação crítica, antecipar a evolução desfavorável e agir em conformidade.

Em ambos os módulos vivenciei várias situações em que não foi possível recuperar as funções vitais, e o confronto com a finitude da vida fez-me refletir sobre a sensibilidade, que os enfermeiros desenvolvem para prestar os cuidados devidos à pessoa que vive os seus últimos momentos. Foi ainda a gerir, com dificuldade, as minhas emoções que procurei apoiar os familiares nestes momentos de despedida. Observei nas equipas de enfermagem, um profundo sentido de respeito e preocupação nos cuidados que prestam aos familiares e pessoas significativas, procurando humanizar o ambiente e facilitar o trabalho de luto. Quase sempre, e a posteriori, os enfermeiros partilham reflexões sentimentos e emoções, como estratégia de coping.

A comunicação está sempre presente e dela depende a qualidade dos cuidados. A comunicação é imprescindível na inter-relação, no momento de cuidar, por isso procurei transmitir ao doente e família todas as informações, necessárias à obtenção do seu livre assentimento para as intervenções terapêuticas propostas.

A impossibilidade de falar, que alguns doentes têm, constitui barreiras à comunicação e dificultam a expressão da vontade. Por isso preocupei-me em contribuir para as reduzir, desenvolvendo um instrumento de CAA, cuja aceitação pela equipa demonstrou a sua importância, quer para interação entre os enfermeiros com o doente como entre este e a família.

Mas comunicação tem também funções importantes na equipa, é um meio de formar e informar e tem um impacto decisivo na melhoria dos cuidados de enfermagem. A comunicação de resultados de estudos, descritos nos artigos científicos, sobre assuntos que se revelaram pertinentes, influenciou, num dos casos, diretamente, os cuidados. Também foi através da comunicação que identifiquei necessidades e realizei ações de formação nas equipas, com o objetivo de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, procurando capacitar os profissionais para tomarem decisões corretas do ponto de vista ético e legal, e fundamentadas em evidência científica.

Procurei sensibilizar os enfermeiros para a importância da promoção da saúde, através do ensino ao doente com asma, incentivando a adesão à terapêutica. Com a atual tendência para diminuir o tempo de internamento dos doentes e o regresso precoce ao domicílio, a melhoria da literacia em saúde é imprescindível, é uma responsabilidade do enfermeiro e está ligada à qualidade dos cuidados. Além de melhorarem a saúde da população, e por isso mesmo, estes cuidados tem um impacto importante na economia e no bem-estar da comunidade, motivo pelo qual devem ser mais valorizados por todos os profissionais, em todos os níveis de cuidados do SNS.

A uniformização de procedimentos para a avaliação do risco de compromisso da deglutição, antes da introdução da alimentação, no doente internado na UCIP, foi uma estratégia importante para a melhoria dos cuidados.

Na CCI aprofundei conhecimentos e competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem seguros, através da prevenção e controlo de IACS. Desenvolvi atividades que originaram habilidades técnico-científicas sobre Vigilância Epidemiológica de estruturas, processos e resultados, como etapa fundamental para a implementação de mudanças que levam à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados.

A construção de um instrumento de auditoria, foi uma das atividades mais importantes quer no aprofundamento de conhecimentos, quer na aquisição de competências, mas também pelo contributo que é, compensando uma lacuna existente. Com a sua aplicação nos vários campos de estágio testei o referido instrumento, consolidei competências como auditora e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança, relacionada com a utilização de material esterilizado quer através de ações de formação, quer através de sugestões de mudança.

A utilização de EPI é uma das precauções básicas e um meio eficaz de prevenir e controlar as IACS. Sensibilizar os profissionais para a sua utilização foi uma necessidade detetada, para a qual tentei encontrar soluções em conjunto com a equipa da gestão do serviço e da CCI, com, o objetivo de aumentar a segurança dos cuidados e evitar riscos para o doente e para os profissionais, melhorando a qualidade do serviço prestado pelo hospital.

Através das estratégias implementadas ao longo do estágio pretendi não só atingir os objetivos a que me propus, mas também contribuir para a melhoria de cuidados ao doente e família nos

serviços onde estive. Além das atividades desenvolvidas, colaborar com equipas altamente competentes, em serviços com recursos materiais adequados, onde se prestam, muitas vezes, cuidados de enfermagem de excelência, mas com a ambição de melhorar sempre, foi um estímulo para o meu desenvolvimento profissional, decisivo para a aquisição de competências de enfermeiro especialista.

A integração em serviços com culturas e dinâmicas organizacionais diferentes, o ritmo acelerado com que é necessário responder às necessidades do doente em situação crítica e o manuseamento de diversos equipamentos de alta tecnologia, foram dificuldades acrescidas ao desafio que foi voltar à prática de cuidados depois de alguns anos a exercer outras funções. No entanto, procurei capitalizar a minha experiência profissional na área do controlo de infecção/esterilização, ao longo do estágio.

Ao finalizar este percurso formativo, sinto-me grata pelo privilégio que tive de vivenciar tantas e tão diversas experiências que me fizeram evoluir como pessoa e como profissional de uma forma tão significativa. Dessas vivências saliento o encontro com o outro: doentes, famílias, colegas, professores que ao participarem nesta jornada me enriqueceram como ser humano.

Como etapa final do percurso atrás descrito, este relatório constituiu-se um momento relevante de aprendizagem, porque foi uma oportunidade de realizar uma análise e reflexão aprofundada sobre todos os aspetos que envolvem a prática profissional. Desde a aquisição de conhecimentos científicos, técnicos e humanos até à sua integração em competências, que se refletem nas decisões tomadas para planificação da prática de cuidados, e que se querem adequados a cada pessoa, tendo em conta a especificidade de cada contexto.

As leituras realizadas, além de transmitirem os conhecimentos já referidos que suportaram as decisões, também contribuíram para a minha evolução na conceptualização da enfermagem e para a consolidação da vinculação aos valores da profissão.

Regressar ao estudo intenso foi um estímulo, escrever a reflexão sobre a prática foi uma dificuldade, que ao ser ultrapassada abre novas perspetivas, por ser também uma competência adquirida.

A elaboração deste relatório foi, em última análise, um ensejo para a auto-avaliação do meu desempenho no trajeto profissional até agora percorrido, orientado por uma visão de *enfermagem avançada*, comprometida com a procura das respostas humanas aos processos de transição impostos pela vida. Atingi, assim, os objectivos de relatar as actividades desenvolvidas nos três módulos do estágio e de reproduzir o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, tendo como guia a comunicação, a educação para a saúde, a qualidade e segurança dos cuidados.

3 - Referências Bibliográficas

Abrutyn, Elias MD. (2001). *Saunders Infection Control Reference Service The Experts' Guide to the Guidelines* (2^a ed ed.). (& W. D. A. Goldmann, Ed.) W.B.Saunders Company.

Antunes, M. (2006). *Codigo Penal* (13^a ed.). Coimbra: Coimbra Editora.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem - DA FILOSOFIA À PRÁTICA DOS CUIDADOS*. Loures: Lusodidacta.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bergbom-Engberg, I., & Haliame, H. (1989). Assessment of patients' experience of discomforts during respirator therapy. *Critical Care Medicine* , 17. (n^o10), pp. 1068-1072.

Boon, P., Vonck, K., Vandekerckhove, T., De Reuck, J., & Calliauw, L. (2001). Vagus Nerve Stimulation for Refractory Epilepsy. *Neurosurgery Quartely* , 11, No. 1, pp. 66-72.

Brevidelli, M. M., & Cianciarullo, T. I. (2009). Factores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Revista de Saúde Pública* , pp. 907-916.

Bronwyn, H., Sigafos, J., Balandin, R., Taylor, C., Green, V., & Parmenter, T. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing* , 35 (6), pp. 827-835.

Carling, P. C., Parry, M. M., Mark, R. E., Po, J. L., Dick, B., & Von Beheren, S. (November de 2008). Improving cleaning of the environment surrounding patients in 36 acute care hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* , 29, pp. 1035 - 1041.

Centro Hospitalar Lisboa Central, E. (s.d.). *Centro Hospitalar Lisboa Central*. Obtido em Abril de 2011, de <http://www.chlc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B99FFB9D-4422-4046-B319-B1674262ED3E/20743/CHLCEPEMod3Identificaçãodaempresa.pdf>

Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing Research Methodology* , pp. 237-257.

Cichero, J. A., Heaton, S., & Bassett, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing* , 18, pp. 1649-1659.

Conselho de Enfermagem . (Setembro de 2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. (O. d. Enfermeiros, Ed.)

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Ordem dos Enfermeiros.

Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes emoção, razão e cérebro humano* (8ª ed.). Mem martins: Publicações Europa-América,Lda.

Decreto-Lei nº 145/2009 de 17 de Junho. *Diário da República N° 115/2009 - 1ª série*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº412/98 de 30 de dezembro. (s.d.). *Diário da Republica n° 300/2009 - I série - A* . Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro. (s.d.). *Diário da Republica n° 257/2009 - I série - A* . Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de Março. (s.d.). *Diário da Republican° 60/2006 - I série-A* . Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Despacho Ministerial N° 14178/2007 de 4 de Julho. (). *Diário da Republica N° 127- I Isérie*, . Lisboa: Ministério da Saúde.

Despacho nº 18 459/2006 de 30 de Julho. (s.d.). *Diário da Republica* .

Despacho Normativo n.º 11/2002 de 30 de julho. (s.d.). *Diário da República I série - B* .

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Manual de boas práticas na asma*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral-Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direcção-Geral da Saúde. (Março de 2007). *Programa Nacional de Controlo de Infecção*. Obtido em 9 de Abril de 2011, de <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

Donabedian, A. (Novembro de 1990). The 7 Pillars of Quality. *ARCHIVES OF PATHOLOGY & LABORATORY MEDICINE*, 114, pp. 1115-1118.

Duarte, M. F. (Novembro de 2000). A Formação de Adultos: Perspectivas de Aprendizagem. *Revista Referencia*, n^o5.

Finke, E. H., Light, J., & Kitko, L. (2008). A systematic review of effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 2102-2115.

Fleury, M. T., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, pp. 183 - 196.

Geadá, A. C., & Pedro, A. L. (Março de 2010). Planear a vigilância epidemiológica das infecções associadas aos cuidados de saúde. *Nursing*, n^o 255, pp. 2-9.

Global Initiative for Asthma. (2009). *Pocket Guide for asthma management and prevention (for adults and children older than 5 years)*. Medical Communications Resources, Inc.

Grupo de trabalho urgências (GTU) & Ministério da Saúde. (2006). *Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. Lisboa.

Hesbeen, W. (2000). *CUIDAR NO HOSPITAL – ENQUADRAR OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUMA PERSPECTIVA DE CUIDAR*. Lusociencia .

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. (2011). Obtido em 1 de Fevereiro de 2011, de http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/historia_9#26

Infection Control Nurses Association. (2004). *Audit Tools for Monitoring Infection Control Standards*. UK.

Johnson, M., & Sexton, D. (1990). Distress during mechanical ventilation: patients' perceptions. *10* , pp. 48-57.

Kolcaba, K. (Março/Abril de 2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook* , 49, n^o2, pp. 86-92.

Leach, R., Ward, J., & Sylvester, J. T. (2004). *Compêndio de medicina intensiva*. (J. L. Feio, Trad.) Lisboa: Blackwell Science.

Lopes, A. C., Oliveira, A. C., Silva, J. T., & Paiva, M. H. (Junho de 2008). Adesão às precauções padrão pela equipa pré- hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* , 24 (6), pp. 1387-1396.

Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., et al. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: abordagem ao doente crítico*. Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.

Marques, C. H., André, C., & Rosso, A. L. (2008). Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação. *Acta Fisiátrica* , 15(2), pp. 106-110.

McBride, A. (20 de maio de 2002). *Patient education and counseling*. (Elsevier, Ed.) Obtido em 24 de maio de 2011, de ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399103001988>

Ministério da Saúde. (Junho de 2010). A organização interna e a governação dos hospitais. 15-15.

Monteiro, M. H. (Abr.,Mai., Jun. de 2009). A gestão de projectos - Aplicação ao sector da saúde. *Dirigir , Separata Projecto Empresa (Gestão)*, pp. 21 - 23.

Nishide, V. M., & Benatti, M. C. (Janeiro de 2004). Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 38(4), pp. 406-4014.

Nunes, L. (abril de 2006). Perspectiva ética da gestão de risco: caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, nº3, pp. 53-58.

Oliveira, A. C., Cardoso, C. S., & Mascarenhas, D. (20010). Precauções de contacto em unidade de terapia intensiva: factos facilitadores e dificultadores da adesão dos profissionais. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44 (1), pp. 161-165.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. (O. d. Enfermeiros, Ed.)

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *CIPE Versão 2.0*. (C. I. Enfermagem, Ed.) Obtido em 20 de Março de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Ordem dos Médicos; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

Padovani, A., Moraes, D., Mangili, L., & Andrade, C. (2007). Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(3), pp. 199-205.

Patak, L., Wilson-Stronks, A., Costello, J., Kleinpell, R. M., Henneman, E. A., Person, C., et al. (Setembro de 2009). Improving Patient-Provider Communication: a call to action. *JONA*, 39, No.9, pp. 372-376.

Paula, M., & Santos, V. (Julho/Agosto de 2003). O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, pp. 474-482.

Pereira, M. G. *Epidemiologia teoria e prática*. Brasília: Guanabara Koogan.

Peres, D., & Pina, E. (Novembro de 2008). Vigilância epidemiológica na infecção associada a cuidados de saúde. *Nursing* , pp. 3-9.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.

Portugal. Direcção- Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa, Portugal: Direcção- Geral da Saúde.

Ramsey, D. J., David, G. S., & Lalit, K. (3 de Abril de 2003). Early Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients. (A. H. Association, Ed.) Texas.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35 - 2ª série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Rutala, William A., Ph.D., M.P.H.; Weber, David J., M.D., M.P.H.; and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008*. CDC.

Silva, R., & Ferreira, M. (Nov./Dez. de 2008). Um deslocamento do olhar sobre o conhecimento especializado em enfermagem: debate epistemológico. *Revista Latino-americana de Enfermagem* , 16(6).

Vieira, M. M. (Jan./Mar. de 1995). Cuidar defendendo a autonomia da pessoa cuidada. *Informar* , 0, pp. 20-30.

Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência* (2ª edição ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Watson, J. (1999). *ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem* . Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura - um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.

World Gastroenterology Organisation. (Janeiro de 2004). *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Disfagia*. Obtido em 20 de Março de de 2011, de WGO Practice Guidelines:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:6z8mwiFnr1oJ:www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/dysphagia_pt.pdf+World+Gastroenterology+Organisation+Practice+Guidelines+Disfagia&hl=en&pid=bl&srcid=ADGEEShNTlzqTSu-LeioM6i5fHo9quYOoz

World Health Organization. (maio de 2005). *Health promotion in hospitals: evidence and quality management*. (O. Groene, & M. Garcia-Barbeno, Edits.) Obtido em 28 de dezembro de 2010, de WHO Regional Office for Europe: [http://www.hph-hc.cc/Downloads/HPH-](http://www.hph-hc.cc/Downloads/HPH-Publications/Eighteen%20Core%20Strategies%20for%20Health%20Promoting%20Hospitals.pdf)

[Publications/Eighteen%20Core%20Strategies%20for%20Health%20Promoting%20Hospitals.pdf](http://www.hph-hc.cc/Downloads/HPH-Publications/Eighteen%20Core%20Strategies%20for%20Health%20Promoting%20Hospitals.pdf)

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de Auditoria para Avaliação das Condições de Armazenamento, Manipulação e Transporte de Dispositivos Médicos Esterilizados e Desinfectados

ANEXO II

Artigo: "Improving Cleaning of the Environment Surrounding Patients in 36 Acute Care Hospitals "

ANEXO III

Folheto Asma

ANEXO IV

Cartaz Asma

ANEXO V

Slides Asma Brônquica

ANEXO VI

Avaliação do Formação ASMA Brônquica

ANEXO VII

CD - ASMA Brônquica

ANEXO VIII

Formação: PREVENÇÃO E CONTROLO DAS IACS RELACIONADAS COM O REPROCESSAMENTO, MANUTENÇÃO
E UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ANEXO IX

**Avaliação do Formação: PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS RELACIONADAS COM O REPROCESSAMENTO,
MANUTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

ANEXO X

Dispensador de Equipamentos de Protecção Individual

ANEXO XI

INSTRUMENTO CAA

ANEXO XII

Instrução de Trabalho: Instrução de Trabalho: Avaliação do Risco de Compromisso da Deglutição

ANEXO XIII

Pré-teste de Deglutição e Teste de Deglutição

ANEXO XIV

Avaliação do Formação: Prevenção e Controlo de IACS relacionadas com o Processamento, Manutenção e Utilização de Dispositivos Médicos Esterilizados