



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **A QUALIDADE DOS CUIDADOS: QUE CONTEXTOS? QUE DESAFIOS?**

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 Rita Lima Almeida e Costa

LISBOA, Março 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **A QUALIDADE DOS CUIDADOS: QUE CONTEXTOS? QUE DESAFIOS?**

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 Rita Lima Almeida e Costa

Sob orientação de Professora Patrícia Pontífice

LISBOA, Março 2014

## **AGRADECIMENTOS**

A realização de todo este percurso não seria possível sem a preciosa colaboração de algumas pessoas a quem quero expressar a minha gratidão:

O meu sincero reconhecimento à orientadora, Professora Patrícia Pontífice pela sua constante disponibilidade, ajuda e confiança que depositou em mim, tendo sido fundamental para a exequibilidade deste trabalho.

Aos Enfermeiros Orientadores pela excepcional dedicação, gentileza, preocupação, persistência, compreensão e disponibilidade demonstrada, pelos inexauríveis conhecimentos e experiências partilhadas, que contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.

À minha família, o meu alicerce, ao pai, à mãe e ao irmão, para quem por tantos momentos não estive disponível, mas mesmo assim nunca deixou de traduzir a sua presença em disponibilidade para me apoiar em todos os momentos menos fáceis.

A todos os meus amigos e colegas agradeço por me terem apoiado ao longo deste percurso.  
Em particular ao Cristóvão, à Márcia, à Sara e à Susana.

**Mesmo sendo difícil traduzir em palavras, a todos o meu sincero OBRIGADO!**

## **RESUMO**

O presente relatório visa descrever e analisar todo o percurso percorrido na aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de acordo com o plano de estudos do curso.

Todo este processo de aprendizagem foi espelhado no estágio que se desenvolveu em três módulos que serão apresentados por ordem cronológica.

Módulo I – foi realizado num Serviço de Urgência Central de Lisboa, de 22/04/2013 a 22/06/2013 onde realço as atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa em situação urgente/ emergente, dando enfoque à qualidade dos cuidados centrado na pessoa/família identificando as implicações do ruído no conforto da pessoa em situação crítica, tendo por base a teoria de Kolcaba.

Módulo III – decorreu na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar de um hospital central de Lisboa. Foi realizado no período compreendido entre 29/09/2013 a 16/11/2013, onde procurei desenvolver competências na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica aquando do transporte inter-hospitalar, recorrendo e dando relevância à descontaminação de materiais e equipamentos de ambulâncias assim como às precauções básicas, baseada nos princípios de Florence Nightingale entre outros.

Módulo II – realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital privado de Lisboa com início a 18/11/2013 a 31/01/2014, período este em que também se teve por base a contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados, mas desta vez à pessoa em situação crítica internada em UCI, através da sensibilização dos enfermeiros para a importância da utilização da capnografia, realçando a prestação de cuidados de qualidade baseados na teoria de Jean Watson.

Foi realizada também uma revisão sistemática da literatura como suporte para aquisição de competências, assim como transversal a estes três módulos a preocupação com a formação pessoal dos enfermeiros e assistentes operacionais dos serviços onde realizei estágio, refletindo-se numa importante estratégia no que diz respeito à mudança efetiva de comportamentos em busca da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A metodologia utilizada no relatório foi descritiva e analítica, suportado na pesquisa bibliográfica e portfólio reflexivo elaborado em cada módulo.

Os objetivos gerais e específicos propostos foram atingidos, resultando num aprofundamento de competências especializadas exigidas para a atribuição do Título de Enfermeiro Especialista, pelo que a sustentar todo este processo e todo o estágio esteve uma profunda reflexão crítica sobre a qualidade dos cuidados centrados na pessoa como promoção de qualidade e excelência na prestação de cuidados sustentado nas teóricas referidas e na teoria psicoterapêutica de Carl Rogers.

**Palavras chave:** qualidade, cuidados, pessoa, situação crítica

## **ABSTRACT**

This report aims to describe and analyze all the process covered in the acquisition and development of skills Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, according to the syllabus of the course.

This reflects a learning process at a learning in a training program developed in three modules, which are going to be present in a date order.

Module I - was conducted in the Emergency Central Service, where I highlight 22/04/2013 to 22/06/2013 the activities in the provision of patient care in urgent/ emergent situations, focus on the quality of care centered on person/ family identifying noise implications relieved promoted care and comfort based on the theory of Kolkaba.

Module III – Hospitalar Infection Control in comitte of Central Hospital, was conducted during the period from 29/09/2013 to 16/11/2013, where I tried to develop skills based in the quality of care during the inter-hospital transport supporting the importance of material and equipment decontamination, at the same time remembering the basic precautions, based in Florence Nightingale principles and others.

Module II – realized in the Intensive Care Unit of a private hospital between 18/11/2013 and 31/01/2014, where I wanted to contribute for the best practices to succeed quality of care, showing the importance of capnography, highlighting Jean Watson.

Also was performed a systematic review of literature as support for skills acquisition, as well as cross these three modules concern with the training staff and services where nurses spent reflecting on an important strategy in relation to the change of effective behaviors to have quality care.

The methodology used in the report was descriptive and analytical, have been conducted based on bibliographic research and reflective portfolio developed in each module of the stage.

The general and specific objectives have been achieved, resulting in a deepening of skills required for the award of the title of Specialist Nurse at that sustain this whole process was a deep critical reflection on the quality care practice centered on person to promote the quality and excellence based on the theorists mentioned and on the Carl Rogers psychotherapeutic theory.

**Keywords:** quality, care, person, critical situation

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

IACS – Infeções Adquiridas nos Cuidados de Saúde

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

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SOWT – *Strengths, Weaknesses/Limitations, Opportunities, Threats*

SUC – Serviço de Urgência Central

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UTD – Unidade de Transporte de Doentes

## ÍNDICE

	p.
<b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	8
<b><u>1. AS IMPLICAÇÕES DAS DOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DOS CUIDADOS AO ADULTO HOSPITALIZADO: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</u></b> .....	11
<b><u>2. DESCRIÇÃO/ REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</u></b> .....	19
2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL.....	19
2.2. MÓDULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR.....	23
2.3. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	27
<b><u>3. CONCLUSÕES GERAIS</u></b> .....	32
<b><u>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	34
<b>APÊNDICES</b> .....	37
Apêndice I - Reflexão: “A QUALIDADE DOS CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA” .....	38
Apêndice II - Divulgação da sessão de sensibilização: “O ruído no SUC”. .....	44
Apêndice III - Questionário aplicado aos enfermeiros sobre o ruído no SUC.....	46
Apêndice IV - Sessão de sensibilização: “O ruído no SUC” .....	49
Apêndice V - Sessão de formação: “Descontaminação de equipamento e material no transporte inter-hospitalar” .....	60
Apêndice VI - Guia orientador de descontaminação de ambulâncias.....	72
Apêndice VII - Divulgação da sessão de sensibilização: “Capnografia”....	74
Apêndice VIII - Sessão de sensibilização: “Capnografia”.....	76
Apêndice IX - Norma: “Capnografia”.....	91

## **INTRODUÇÃO**

O profissional de enfermagem é detentor de diversos desafios em contextos inesperados e adversos ao exercício da sua profissão. É a flexibilidade de adaptabilidade, o espírito de improviso e de resolução rápida de soluções que tornam a nossa profissão tão singular e especial.

O meu processo de crescimento pessoal e profissional não podia deixar de passar pela realização deste relatório inserido no plano de estudos do Curso que me encontro a frequentar de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização.

Este curso pretende o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta e idosa com doença grave e à pessoa em estado crítico de médio e alto risco, sendo que as competências a adquirir se encontram relacionadas com as competências específicas da área de especialização, prática clínica, e simultaneamente com as competências comuns do enfermeiro especialista. Estas, relacionam-se com as competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, supervisão de cuidados, planeamento estratégico, assessoria, formação e investigação (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, OE, 2010).

Para conseguir adquirir e desenvolver tais competências é importante ter-se presente que a qualidade considerada fácil de reconhecer, mas ao mesmo tempo dita difícil de definir, apresenta um desafio para os profissionais de saúde (Serapioni, 2009).

O conceito de qualidade torna-se importante quando falamos em cuidados de saúde que devem ser praticados com o objetivo de atingir a excelência e a satisfação da pessoa, que surge como o centro dos cuidados e que tem necessariamente que ser tida como tal. Ao debruçar-me sobre todo o meu percurso, no qual me deparo diariamente com diferentes desafios, achei pertinente aprofundar este tema. A sua importância é tal, que desejo e tenciono ter uma prática de qualidade e excelência em que o centro dos cuidados seja a pessoa.

O relatório surge com uma Revisão Sistemática da Literatura, que compreende o primeiro capítulo e é um forte contributo da investigação quer no desenvolvimento contínuo da profissão e tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados à pessoa em situação crítica, quer para alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para contribuir para a visibilidade social da enfermagem (Martins, 2008).

Os restantes capítulos fazem referência aos módulos correspondentes à componente de estágio, no qual serão realçadas as atividades desenvolvidas no decurso dos mesmos, através da constante reflexão relativa aos objetivos traçados bem como a partilha de vivências ocorridas, mencionando competências adquiridas, respeitando sempre os princípios éticos e deontológicos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro.

O estágio corresponde a 30 créditos, num total de 750 horas de trabalho, sendo 540 horas de contacto e as restantes 210 horas de trabalho individual. Esta unidade curricular dividiu-se em três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional, tendo recaído a minha escolha no âmbito do Controlo de Infeção.

O Módulo I decorreu no período de 22 de Abril a 22 de Junho de 2013, tendo sido desenvolvido num Serviço de Urgência Central de Lisboa. O Módulo III, decorreu no período de 29 de Setembro a 16 de Novembro de 2013, tendo recaído a minha escolha pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar. Ambos os estágios foram realizados no mesmo hospital, sendo que a preferência por esta instituição se prendeu com o facto de ser um Hospital Central e Universitário, e de ter na sua constituição serviços de referência a nível nacional, o que me proporcionou um maior leque de experiências e aprendizagens. O Módulo II decorreu Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital de Lisboa, de 18 de Novembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014. Desta vez num dos hospitais privados mais prestigiados a nível nacional, o que motivou a minha escolha.

Devo referir que toda a prática clínica foi desenvolvida com a finalidade de proporcionar ao cliente e família o melhor estado de conforto e bem-estar baseado na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade centrados na pessoa. Para tal, considerei pertinente atender a alguns conceitos emanados em teóricos de referência em particular, Kolkaba, Florence, Watson e Rogers.

No âmbito das várias teorias de enfermagem, têm surgido diferentes perspetivas, nomeadamente na conceção de Watson, de Florence e de Kolkaba. Todas abordam a essência do que é a enfermagem e incorporam a noção de conforto.

Considerando que este deve ser transversal a todas as intervenções de enfermagem, toda a minha prática clínica ancorou-se nas diferentes estratégias possíveis de serem implementadas nos serviços onde realizei os estágios.

Para cada módulo elaborei um projeto que serviu de guia orientador e metodologia de trabalho para o desenvolvimento do estágio. Com os objetivos e as atividades centradas no desenvolvimento das competências tornou os módulos menos dispersos e focados nos próprios objetivos. Os projetos foram passíveis de várias alterações após privilegiar momentos de reflexão sobre os mesmos, reformulando e adaptando-os às situações, aos problemas identificados, e aos recursos disponíveis de modo a desenvolver as competências e atingir os objetivos a que me propus. Foi ainda construído um portfólio para cada período, composto pelo projeto e pela pesquisa bibliográfica que permitiu fundamentar as atividades, reflexões críticas realizadas ao longo de todo o percurso, descrevendo as vivências, bem como os trabalhos desenvolvidos. Foi um elemento que serviu de ferramenta pedagógica constituindo-se como alicerce para a construção deste relatório.

A estrutura do relatório apresenta inicialmente a introdução, onde faço a contextualização do mesmo, a identificação e justificação dos locais de estágio, os objetivos delineados, e sua estrutura. O desenvolvimento está dividido por dois capítulos que correspondem à revisão sistemática da literatura e à descrição/ reflexão das atividades desenvolvidas, subdividindo este

capítulo em três, onde apresento cada um dos módulos de estágio pela sua ordem cronológica de realização, onde consta a introdução ao local de estágio incluindo a sua caracterização, os objetivos específicos propostos para cada um dos serviços e as atividades e competências desenvolvidas.

Por fim a conclusão surge como síntese do trabalho desenvolvido, analisando criticamente os aspetos mais relevantes para construção do meu processo de aprendizagem e crescimento, com as mudanças realizadas ao longo desta caminhada. Finaliza-se com as referências bibliográficas e anexam-se os trabalhos elaborados que se consideraram mais significativos, destacando uma reflexão pessoal que se encontra como apêndice I, a qual sustentou todo o meu percurso.

## **1. AS IMPLICAÇÕES DAS DOTACÕES DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DOS CUIDADOS AO ADULTO HOSPITALIZADO: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

A revisão sistemática da literatura é uma metodologia fundamentada numa pesquisa demorada baseada em evidências, que resulta do aumento de produção científica a nível mundial, do crescente número de intervenções, tecnologias, medicamentos e cuidados em saúde, e da necessidade de validar os resultados obtidos a partir de vários estudos sobre determinada questão, com o objetivo de procurar consenso sobre um tema em particular, sintetizando o conhecimento de uma dada área de modo a facilitar a tomada de decisão (Evans & Pearsons, 2001; Barroso et al, 2003).

Desta forma adquire grande importância para o enfermeiro especialista, como se pode constatar no regulamento nº 122/2011 do DR, série II, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, uma vez que “...é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção...” e ainda, no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, aprovado em assembleia geral de 29 de Maio de 2010, onde prevê que o enfermeiro especialista seja capaz de “...disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.”.

Surge então uma revisão sistemática da literatura com o título **“Quais as implicações das dotações de enfermagem na qualidade dos cuidados ao adulto hospitalizado?”**, por ser um tema do meu interesse pessoal e com o qual me debato diariamente, com o intuito de encontrar estratégias para atingir a prestação de cuidados de qualidade centrados na pessoa.

### **INTRODUÇÃO**

Desde 2009 que desempenho funções num Serviço de Urgência Geral. Diariamente me deparo com a “correria” que existe num serviço desta amplitude. Diariamente há uma partilha entre colegas sobre a dita “falta de tempo”. No fim do turno é comum a sensação de frustração, que se deixou algo por fazer, sentindo simultaneamente que algumas destas ações poderiam ter sido realizadas de forma diferente e privilegiando uma maior qualidade. Estes pensamentos ocorrem em paralelo com a conhecida escassez de recursos humanos, face ao que é proposto realizar-se. Os recursos humanos, a qualidade dos cuidados e a responsabilidade profissional surgem interligados. Assim, são preocupações diárias dos enfermeiros face à segurança do utente, contribuindo desta forma para uma menor morbilidade e mortalidade.

Neste sentido surge a presente revisão sistemática da literatura no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

Considerarei pertinente abordar as implicações que as baixas dotações podem ter no adulto hospitalizado para se poder desempenhar funções com qualidade. Pretendo responder às inquietações/ frustrações diárias que são vivenciadas pelos enfermeiros em contexto de prestação de cuidados, demonstrando quais as implicações que emergem das baixas dotações no adulto hospitalizado.

As dotações são um termo que surge na literatura portuguesa com mais impacto desde 2006. Este conceito das dotações seguras emergiu em resultado das alterações ao sistema de cuidados de saúde em todo o mundo. Em inglês é reconhecido como *nursing minimum dataset*. Já desde 1991 que vários autores o definem como a quantidade mínima de informação com definições uniformizadas e categorias relacionadas com a dimensão específica de enfermagem, a qual contempla as necessidades dos múltiplos profissionais na área da saúde. Estão incluídos itens específicos de informação que são usados pela maior parte dos enfermeiros nos cuidados que prestam. É um sistema abstrato, visto como uma ferramenta elaborada de modo uniforme para ser utilizada por todos os pacientes (Werley, H. et al, 1991) Corroborando com este o autor, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) apresenta as dotações como um sistema de classificação que permite estandardizar os números ideais de enfermeiros em cada situação e acrescenta que as mesmas permitem analisar e comparar os enfermeiros de acordo com a população, as situações, as áreas geográficas e o tempo.

O conceito das dotações seguras surge do resultado das alterações ao sistema de cuidados de saúde a nível mundial. Nos últimos 20 anos, ocorreram situações importantes, tais como a pandemia da SIDA, surtos potenciais de gripe, recessões económicas que conduziram à falta de enfermeiros e ao aumento de custos nos cuidados de saúde. Hoje em dia existe uma melhor compreensão do impacto das dotações de enfermeiros na segurança, morbidade e mortalidade dos doentes. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006)

Em 2005, a Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte, citada no Conselho Internacional do Enfermeiro (2006) definiu que as dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. As mesmas incorporam a complexidade das atividades e intensidades de enfermagem; os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento do pessoal prestador de cuidados de saúde; apoio da gestão de saúde aos níveis operacional e executivo; ambiente contextual e tecnológico das instalações; apoio disponível dos serviços e a prestação de proteção a quem comunique situações anómalas.

Após definição e delimitação do tema desta revisão sistemática da literatura, surge a necessidade de formular uma questão.

A questão de investigação “é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população, realizando aferições nos sujeitos de estudo” (Hulley et al., 2008, p. 35).

Segundo Quivy & Champenhoudt (2008, p. 31) a pergunta de partida é a etapa “através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”.

Assim, a questão formulada foi: “Quais as implicações das dotações de enfermagem na qualidade dos cuidados ao adulto hospitalizado?”.

Na realidade da nossa prática diária, os dilemas éticos, enunciados anteriormente, prendem-se fundamentalmente com alterações sociopolíticas que o nosso país e conseqüentemente a instituição onde exercemos funções impõem. Todas estas alterações acabam, quer se queira quer não, por condicionar a prestação de cuidados do enfermeiro, que é suposto realizar com qualidade, a fim de satisfazer as necessidades dos utentes promovendo a sua segurança.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde têm demonstrado preocupação neste âmbito, tendo-se alcançado um acordo sobre o cálculo de enfermeiros necessários nas diferentes unidades do Sistema Nacional de Saúde, com vista a aumentar a segurança dos cuidados prestados aos utentes.

As dotações praticadas interferem com a organização e com a gestão dos cuidados e por consequência com a qualidade daí obtida, Judith Oulton num estudo que efetuou, referiu que apesar de haver vontade política em canalizar contributos válidos para a resolução da escassez de enfermeiros, este mantém-se pouco visível, mesmo existindo um crescente reconhecimento das implicações no Sistema de Saúde. Em simultâneo, o enfermeiro tem que ser responsável pelos atos que pratica, bem como pela consequência dos mesmos, estando aqui inerente a deontologia profissional.

Como se pode constatar no Código Deontológico, o enfermeiro tem o dever de garantir o bom exercício da profissão baseado na sua responsabilidade profissional, procurando sempre uma melhoria dos cuidados prestados. Torna-se difícil para o enfermeiro assegurar qualidade na prestação de cuidados face à escassez de recursos humanos, daí a necessidade de abordar as possíveis consequências neste contexto.

Os objetivos delineados são: identificar as principais implicações na qualidade dos cuidados prestados ao adulto hospitalizado, decorrente das baixas dotações que se têm verificado.

Inicialmente será apresentada a metodologia que foi utilizada, de seguida apresentar-se-ão os resultados/discussão dos mesmos e por fim a conclusão.

## **METODOLOGIA**

Para a realização desta Revisão Sistemática da Literatura foi necessária uma intensa pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão. Acedeu-se às diversas bases de dados científicas, sendo que a informação extraída das mesmas foi referente aos últimos 5 anos (2008-2013).

As bases de dados onde foi realizada a pesquisa foi na *Ebsco* (acesso disponibilizado pela página oficial da Ordem dos Enfermeiros) e na *Biblioteca Virtual em Saúde*, as quais me permitiram aceder a outras bases de dados, tais como a *Cinahl*, *Medline* e *Pubmed*.

Na *Ebsco*, utilizando as palavras-chave: *nurse-patient outcomes ratio*, selecionando apenas textos completos posteriores a 2008, pude verificar a existência de 47 artigos, dos

quais excluí 38 após leitura dos títulos. Dos restantes nove artigos apenas dois demonstraram evidência científica para este trabalho, uma vez que os restantes não eram estudos nem revisões sistemáticas, acabando por não me facultarem dados pertinentes para a realização desta revisão.

Na *Biblioteca Virtual em Saúde* efetuou-se a pesquisa colocando como palavras-chave: *nursing low staffing implications*. Através destas palavras encontraram-se 11 artigos, dos quais 8 foram excluídos pelo título. Dos restantes três que sugeriram interesse para o trabalho foram lidos os respetivos resumos, tendo selecionado dois e excluído um artigo por não estar relacionado com o assunto em questão.

Numa pesquisa inicial, para uma melhor compreensão do tema foram encontrados documentos com pertinência, tendo-se utilizado os mesmos para fundamentação teórica.

Os estudos utilizados para a elaboração desta revisão são estudos aleatorizados, ou seja, têm amostras de população com participantes selecionados aleatoriamente, adultos e de ambos os sexos. Nesta seleção incluíram-se apenas estudos posteriores a Janeiro de 2008, com temas relacionados com baixas dotações e suas implicações no adulto em meio hospitalar.

Todos os artigos obtidos pela estratégia de procura foram avaliados, de acordo com a sua relevância para esta revisão. Após analisados os títulos e resumos dos artigos selecionados, os artigos cujos resumos foram sugestivos de relevância, obteve-se o texto integral e imprimiu-se. Dos estudos obtidos foram selecionados aqueles cujo método fosse aleatorizado e nos quais a conclusão respondesse ao objetivo a que me propus na introdução. Como resultado desta seleção resultou uma amostra bibliográfica de 4 estudos (quadro 1):

Quadro 1 – Características gerais dos estudos constituintes da amostra bibliográfica.

<b>Estudos primários</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Participantes contexto</b>	<b>Intervenção e método de análise</b>
Liang et al.,2010	Fornecer uma visão sobre a relação existente entre a dotação de enfermagem e a mortalidade dos pacientes hospitalizados.	32 hospitais, 108 enfermarias (34% cuidados médicos, 25% cuidados cirúrgicos, 12% cuidados gerais e 29% cuidados intensivos).	Relacionado o número de horas de cuidados de enfermagem diretos e a mão-de-obra.
Nantsupawat, 2011	Determinar o impacto do ambiente no trabalho de enfermagem e os resultados das dotações para o profissional de enfermagem a nível pessoal e profissional, assim como as implicações na qualidade dos cuidados prestados	Enfermeiros em cerca de 39 hospitais.	Aplicados questionários onde se relacionava a qualidade dos cuidados e as adequadas dotações.

Zhu et al., 2012	Analisar a relação existente entre as dotações e as implicações nos pacientes hospitalizados.	181 hospitais (enfermeiros e pacientes)	Questionários feitos aos enfermeiros e aos pacientes.
Glance et al., 2012	Avaliar as implicações no doente em unidade de traumatologia face ao nível de dotação de enfermagem	Internamento de traumatologia: 70 doentes (42 homens e 28 mulheres).	Relacionada a taxa de mortalidade existente com as dotações existentes, tendo-se tido presentes os fatores demográficos, os referentes à gravidade da lesão e ainda a co morbidade e os fatores intrínsecos ao hospital.

## RESULTADOS/ DISCUSSÃO

O estudo *“The association between nurse staffing and hospital outcomes in injured patients”* teve como objetivo avaliar as implicações no doente em unidade de traumatologia face ao nível de dotação de enfermagem. Foi realizado com 70 pessoas, com média de idades de 47 anos, das quais, aproximadamente 60% eram do sexo masculino e do sexo feminino 30%. Todos em situação de trauma. Esta amostra evidenciou uma taxa de mortalidade de 3,1% e de infeção de 2,8% (Glance et al., 2012).

De seguida relacionaram-se estas taxas com as dotações existentes, tendo-se tido presentes os fatores demográficos, os referentes à gravidade da lesão e ainda a co morbidade e os fatores intrínsecos ao hospital (Glance et al., 2012).

Os investigadores não encontraram correlação entre as baixas dotações e a existência de mortalidade ou infeção. Contudo, acrescentam que quando existe um aumento da carga de trabalho a nível da prestação de cuidados, a mortalidade e a infeção também aumentam (Glance et al., 2012).

No estudo *“Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan: the longitudinal analysis of hospital nurse staffing and patient outcome study”* teve como objetivo fornecer uma visão sobre a relação existente entre a dotação de enfermagem e a mortalidade dos pacientes hospitalizados (Liang et al.,2010).

Este estudo realizou-se em 32 hospitais tailandeses, em 108 enfermarias, das quais 34% referentes a cuidados médicos, 25% a cuidados cirúrgicos, 12% a cuidados gerais e por fim 29% a cuidados intensivos. A idade média dos adultos envolvidos no estudo rondou os 59 anos. Durante o período do estudo, constataram que houve uma taxa de mortalidade de 4,36%, acrescentando ainda que em aproximadamente 68% dos hospitais envolvidos no estudo presenciaram pelo menos uma morte durante este período (Liang et al.,2010).

Para atingirem o objetivo a que se propuseram, relacionaram o número de horas de cuidados de enfermagem diretos (poucas/muitas horas de contacto) e a mão-de-obra (pouca/muita) (Liang et al.,2010).

Os resultados obtidos indicam que as horas de cuidados diretos tiveram uma relação significativamente negativa na incidência da morte. O risco de incidência de morte num maior tempo de contato foi menor do que em situação em que havia pouco tempo de contato entre o enfermeiro e o paciente. No que se relaciona com a mão-de-obra encontraram também uma relação negativa com a incidência de morte, tendo verificado que, quanto menor era a mão-de-obra de enfermagem, maior era o risco e ocorrência de morte e vice-versa (Liang et al.,2010).

Desta forma, os autores caracterizaram como fatores inerentes à dotação de enfermagem as horas de cuidados diretos e a mão-de-obra de enfermagem, concluindo que estes têm, na prática, uma relação negativa com a taxa de mortalidade do adulto hospitalizado, enaltecendo a importância das dotações ideais, uma vez que promovem a qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente com menos implicações negativas na recuperação da pessoa hospitalizada (Liang et al.,2010).

Outro estudo incluído: “*Nurse Staffing Levels Mae a Difference on Patient Outcomes: A Multiside Study in Chinese Hospitals*” teve como objetivo analisar a relação existente entre as dotações e as implicações nos pacientes hospitalizados. O estudo incluiu 181 hospitais. Teve-se em conta questionários feitos aos enfermeiros, cerca de 7,802 e questionários feitos aos pacientes, avaliando a sua satisfação, cerca de 5,430, num total de 600 unidades analisadas (Zhu et al., 2012).

Os resultados obtidos demonstraram que mais dotações, implicam de forma significativa efeitos positivos em todos os cuidados de enfermagem, conduzindo a uma melhor qualidade na prestação dos mesmos, confiança dos doentes nos enfermeiros e a sua satisfação. Constataram ainda que quando o rácio enfermeiro-doente (número total de enfermeiros no serviço, em todos os turnos, dividido pelo número total de pacientes) aumentava para a categoria 0,5/0,6, também os resultados obtidos com a prestação de cuidados ao doente eram mais satisfatórios (Zhu et al., 2012).

Os autores concluíram, desta forma, que as dotações inadequadas conduzem a erros, mas mesmo assim os cuidados terão que ser prestados, provocando nos pacientes implicações negativas, enquanto que as dotações ideais podem ser uma estratégia efetiva para melhorar os resultados dos pacientes (Zhu et al., 2012).

No último estudo incluído “*Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand*” teve como objetivo determinar o impacto do ambiente no trabalho de enfermagem e os resultados das dotações para o profissional de enfermagem a nível pessoal e profissional, assim como as implicações na qualidade dos cuidados prestados (Nantsupawat, 2011).

Foram realizados 2007 questionários, numa amostra que incluía 5,247 enfermeiros que prestavam cuidados diretos ao paciente em cerca de 39 hospitais públicos. Cada enfermeiro ficou, em média, com 10 doentes ao seu encargo, rácio este considerado superior ao recomendado. É referido no estudo que, uma das maiores preocupações dos enfermeiros em alguns dos hospitais selecionados era a inadequada dotação com que se deparavam. 27% destes enfermeiros avaliaram a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo variado a sua

avaliação entre uma qualidade regular ou a pior qualidade. Um em quatro enfermeiros do estudo referiram que a qualidade dos cuidados prestados era negativa, tendo sido verbalizado pelos mesmos que tal facto se poderia repercutir na recuperação/ segurança dos doentes (Nantsupawat, 2011).

Ainda neste estudo foi constatado que existe associação entre a qualidade dos cuidados e as adequadas dotações de enfermeiros ao referirem que em hospitais com ambientes de trabalho e dotações favoráveis haveria menos probabilidade de comprometer a qualidade da assistência de enfermagem ao adulto hospitalizado (Nantsupawat, 2011).

## **CONCLUSÃO**

Os efeitos das dotações do enfermeiro na recuperação/ evolução dos doentes têm sido alvo de discussão contínua, podendo-se encontrar estudos que indicam uma forte correlação entre o número de enfermeiros e as implicações nos cuidados prestados ao adulto hospitalizado.

Como foi referido no Conselho Internacional do Enfermeiro (2006) ainda não se conseguiu quantificar o rácio ideal necessário para responder às exigências de cada serviço em particular. Este cálculo é considerado complexo não se tendo encontrado evidência sobre o mesmo.

Durante a realização deste trabalho surgiram algumas limitações e dificuldades, que foram-se tentando ultrapassar da melhor forma, tentando sempre ir de encontro ao solicitado. Os artigos obtidos na pesquisa realizada apresentaram-se apenas em Inglês, o que dificultou inicialmente a minha pesquisa, seleção de artigos e interpretação dos mesmos. No entanto, esta foi uma dificuldade com menor relevância, sentindo-me gradualmente, mais à vontade na análise dos mesmos. Este foi um trabalho que exigiu organização, empenho, dedicação e concentração. Confesso que foi difícil para mim a sua concretização por nunca ter realizado nenhum trabalho desta dimensão, com características tão específicas.

Como podemos constatar nos estudos incluídos, estes indicam que um rácio enfermeiro-doente mais elevado desempenha um papel importante nos resultados obtidos durante a prestação de cuidados ao adulto hospitalizado, havendo conseqüentemente uma melhoria na qualidade dos mesmos, promovendo a segurança e satisfação do doente. Por outro lado as dotações inadequadas conduzem ao aumento da mortalidade, da infeção e do tempo de espera de cuidados.

Na pesquisa efetuada não se encontraram estudos relativos a Portugal, o que pode condicionar a aplicabilidade dos estudos apresentados à nossa prática diária.

Ao longo da elaboração desta revisão sistemática e com a leitura realizada pode ainda constatar-se, que os rácios de dotações consistentes são dispendiosos e qualquer legislação necessita ser acompanhada de acordos financeiros para as subsidiar adequadamente.

Desta forma, chego à conclusão que os resultados obtidos confirmam e vão de encontro às convicções que existiam anteriormente, a diferença é que atualmente posso dizê-lo que de uma forma fundamentada.

Considero que a utilização de dotações ideais ou adequadas, como se verificou nos resultados obtidos dos estudos incluídos, pode contribuir para a melhoria do bem-estar dos enfermeiros, diminuindo as inquietações/ frustrações às quais fiz referência no início do trabalho. Desta forma, o enfermeiro sentir-se-ia mais seguro na sua prestação de cuidados, conduzindo a uma maior segurança para o doente. O enfermeiro estaria mais motivado no desempenho das suas funções de modo a atingir a melhor qualidade possível na prestação de cuidados e por conseguinte a excelência a que se propõe no Código Deontológico.

## **2. DESCRIÇÃO/ REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

### **2.1. MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL**

O primeiro módulo realizou-se no Serviço de Urgência Central.

É um serviço de urgência polivalente que tem como missão prestar cuidados médicos urgentes a aproximadamente 300.000 habitantes da população de Lisboa e apoiar os Hospitais Distritais da sua área de influência nas diversas especialidades diferenciadas médico-cirúrgicas que estes não possuem. É um serviço de referência a nível nacional, dotado de meios físicos, materiais e humanos com uma vasta área de abrangência e cujas especialidades médicas e cirúrgicas estão disponíveis 24h/dia. O que faz dele um local de estágio de eleição.

As instalações são recentes, tendo incorporado a triagem de manchester desde 2003, duas salas de reanimação com capacidade para receber/ assistir três pessoas em situação crítica em simultâneo. Tem a área de observação das prioridades azul e verde de medicina, amarelo e outra de laranja. Quando os doentes não são do foro médico, há uma sala de especialidades que dá apoio às mesmas. Para os doentes do foro respiratório existe, ainda, uma sala de aerossoloterapia. Há também uma zona de internamento de curta duração que se denomina serviço de observação, com 16 camas monitorizadas e com possibilidade de receber doentes em macas conforme as necessidades do serviço.

No intuito de facilitar registos, prescrições, pedidos de exames e acompanhar de uma forma mais efetiva o circuito do doente, ou seja, ter uma melhor agilidade e rapidez no controlo clínico e administrativo, encontra-se implementado o sistema informático “Alert”.

A equipa de enfermagem é composta por cerca de 100 enfermeiros e distribuída por cinco equipas, os vários elementos são distribuídos pelos respetivos postos de trabalho turno a turno pelo enfermeiro chefe de equipa. O turno da manhã é constituído por dezasseis elementos, o da tarde por dezassete e o da noite por quinze.

A equipa foi acolhedora desde o primeiro instante, demonstrando disponibilidade fazendo com que me sentisse parte integrante da equipa. Quanto à equipa onde estive inserida, senti que é essencial para a qualidade dos cuidados prestados que o “(...) trabalho de equipa, muitas vezes confundido com interdependência e submissão, em detrimento de uma perspetiva de interdisciplinaridade em que todos os membros integrantes da equipa multidisciplinar cooperam na realização de determinado objetivo comum, naquilo que a especificidade da sua área de competência lhe confere” (Sheehy, 2001. p.23).

Assim, de um modo geral, todos contribuíram para que durante este período muitas fossem as experiências vivenciadas. Transporte um pouco de cada um na minha bagagem profissional, esperando ter deixado um pouco de mim a cada um deles. Foram momentos de partilha e de crescimento que estarão presentes no decorrer da minha carreira.

Muitas foram as situações com as quais tive oportunidade de colaborar. Desde a receção do doente no serviço de urgência, conseguindo ter a capacidade para fazer o correto encaminhamento. De salientar o facto de também receberem crianças e fazerem o respetivo

tratamento/ encaminhamento. As múltiplas transferências de outros hospitais e para outros hospitais. Constantes acidentados, desde politraumatizados, eletrocutados, queimados, baleados... Tive também a possibilidade de acolher uma família de refugiados em que foi necessária uma rápida articulação entre os agentes policiais com quem vinham quatro crianças e uma mãe, sendo que um dos filhos (todos menores) era o único que percebia português e que se tornou o interprete. De imediato foi pedido auxílio de pediatras por suspeita de agressão às crianças. De seguida o apoio da assistente social também foi fundamental para que se conseguisse oferecer o melhor encaminhamento possível, visto que aquela família estava em sofrimento. Foi emocionante ver como em questões de horas que pareceram minutos se conseguiu dar resposta à situação, verificando que na resolução desta problemática houve o cuidado de respeitar o meio sociocultural dos utentes envolvidos. Fazendo-me refletir sobre a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a transculturalidade (Enfermagem Transcultural) percebendo a importância deste tema na atualidade em que se encontram muitos imigrantes no nosso país.

Houve uma situação de simulacro organizado por companhias aéreas, sendo encaminhados pessoas em situações críticas fictícias para o serviço, permitindo assim avaliar a capacidade de resposta do serviço e identificar aspetos a melhorar, interiorizando, em equipa, as etapas do ciclo de Gibbs.

Acompanhei algumas pessoas que se encontravam em situação crítica para o serviço de observação após a sua estabilização, onde as patologias que surgiam mais frequentemente eram do foro cardíaco, metabólico, respiratório, neurocirúrgico e ainda situações com indicação de cirurgia urgente que ficavam a aguardar chamada para o bloco operatório.

Entre as diversas situações presenciadas, surgiram algumas que me reportaram para a situação socioeconómica que Portugal está a ultrapassar, nomeadamente utentes que voluntariamente ingerem medicamentos ou corpos estranhos de forma voluntária, com intenção de pôr fim à sua vida e/ ou não menos importante para pedir ajuda através de um grito silencioso, por não se considerarem capazes de responder às adversidades sentidas.

De acordo com os objetivos pessoais traçados, que apresentarei de seguida, o estágio desenvolveu-se sobretudo nos postos de serviço de observação e de sala de diretos, apesar de ter passado por todos os setores de forma a poder interiorizar a dinâmica em do serviço.

No meu projeto pessoal tracei como objetivo geral: **desenvolver competências técnico-científicas, relacionais, éticas e deontológicas na prestação de cuidados especializados à pessoa/ família que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em serviço de urgência.**

Dentro deste vasto tema, foi identificada uma das necessidades do serviço que, sendo uma área do meu interesse, defini como objetivo específico **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da sensibilização dos profissionais para a redução do ruído, promovendo o conforto da pessoa em situação crítica.** Neste serviço o ruído é contínuo e nem sempre propositado devido à afluência ininterrupta e imprevisível de pessoas, às situações emergentes que ocorrem, à necessidade de realizar intervenções imediatas face à

instabilidade que apresentam e em grande parte para criar estratégias para que, em conjunto, se possa promover o conforto da pessoa em situação crítica e prestar cuidados de qualidade.

O silêncio no serviço de urgência é como que um ilustre, sendo que o ruído é um som desorganizado e cuja frequência fisiologicamente incompatível com o ouvido humano (Costa, 2010).

Por seu lado, o conforto surge como uma necessidade que deve ser observada nos cuidados de saúde a toda a pessoa em situação crítica, qualquer que seja a sua situação. Integra as necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais e aparece associado à teoria do conforto, também conhecida como teoria de Katherina Kolcaba que abrange as diferentes dimensões da pessoa. O ruído insere-se nas necessidades ambientais. O objetivo foi promover uma visão holística do cuidar em enfermagem, proporcionando uma prática centrada nas necessidades dos doentes/ família com vista à excelência do cuidar (Alligood & Tomey, 2003; Apóstolo, 2009).

Também no modelo conceptual de Watson, se encontra a necessidade de, em cada ação transpessoal, existir harmonia tanto interior (mente, corpo e espírito), como exterior (universo, natureza, ambiente) (Watson,2002).

Sobre este objetivo pessoal traçado posso dizer que divergiu para a identificação das causas do ruído e para a procura de estratégias para redução do mesmo de forma a promover o conforto da pessoa que se encontra em situação crítica.

Neste contexto foram realizadas conversas informais com as pessoas em vigilância, internadas no serviço de observação, de modo a saber quais os ruídos que mais as incomodavam, bem como um questionário (Apêndice III) aplicado à equipa de enfermagem para que dessem a sua opinião sobre qual o ruído que mais se sentia no serviço e assim, deixassem sugestões de estratégias para minimizar o mesmo. Por fim, e depois de uma pesquisa bibliográfica para suportar todo o conteúdo teórico, elaborei uma sessão de sensibilização (Apêndice IV) para os enfermeiros, divulgada no serviço através de um cartaz (Apêndice II) sendo esta uma das maiores estratégias consideradas para a promoção da diminuição do ruído. Foi um tema aceite pela equipa e enriquecedor pois já era falado entre a equipa, mas ainda não tinha havido nenhum momento de partilha e reflexão sistematizada sobre o mesmo. A adesão à sessão foi aproximadamente de 70% da equipa de enfermagem, tendo obtido uma avaliação positiva no final da sessão por parte dos colegas presentes, colaborando na sessão e no preenchimento do questionário inicial e no de avaliação final. Com este trabalho senti por parte dos colegas que plantei uma pequena semente que eles se encarregarão de a fazer germinar.

O outro objetivo traçado foi **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica/ família em contexto de urgência/ emergência com particular incidência na pessoa ventilada**. Considero que foi um objetivo árduo de se conseguir alcançar, porque não havia pessoas ventiladas invasivamente em todos os turnos, o que dificultou o treino e o desenvolvimento das competências de forma eficaz. Contudo não deixei

de aproveitar todas as ocasiões surgidas para assim complementar o saber-saber com o saber-fazer que envolve o mundo da ventilação.

Quanto aos objetivos traçados pela escola e delineados para este estágio posso dizer que os alcancei com sucesso, tendo tido um progresso constante ao longo deste período de forma a fazer uma gestão adequada da informação que me era transmitida, mantendo o auto-desenvolvimento de forma autónoma, comunicando aspetos complexos e esclarecendo dúvidas sempre que surgiam. Porque, tal como diz Juan Luis Lorda, citado por Recinella (2009): “conhecer os princípios morais, pedir conselho a pessoas retas e com experiência; não considerar humilhante que nos corrijam. De facto, os outros observam-nos de fora e com mais objetividade do que nós mesmos. Também é preciso tirar experiência dos próprios atos, examinar-nos com frequência (diariamente) e corrigir os erros. É preciso ser humildes para reconhecer os erros e retificar, mas isso dar-nos-á uma grande sabedoria, e capacidade de ajudar os outros também.”.

As competências relacionais são das mais importantes a desenvolver porque delas depende uma boa interação com a pessoa em situação crítica/ família que se pode traduzir numa eficaz recuperação/ entendimento e aceitação da situação incondicionalmente.

Diariamente estabeleci com a pessoa em situação crítica/ família relações interpessoais/ comportamentos inerentes à relação de ajuda, desenvolvendo uma comunicação favorável com escuta ativa valorizando a empatia e a assertividade. O respeito pelo direito à escolha da pessoa e pelo sigilo profissional estiveram sempre presentes.

Como diz Stefanelli citado por Filha et al (2005, p.55), “A comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos, seguros e por isso em recuperação.”. Posto isto, depreende-se que o papel do enfermeiro é essencial e que um pequeno gesto, um pequeno sorriso pode contribuir para uma reabilitação mais precoce e com melhores resultados. Do mesmo modo e para concluir, Costa (2003, p.19) refere que “A humanização hospitalar passa pela importância cada vez maior atribuída ao papel da comunicação entre a pessoa em situação crítica e o enfermeiro, com o fim de permitir uma situação em que ambos fazem parte da equipa, o que contribuirá inevitavelmente para a melhoria da qualidade dos cuidados.”

Assim, pode dizer-se que a maior dificuldade que identifiquei prendia-se com as “rotinas” e os hábitos existentes, assim como a maneira de trabalhar de cada enfermeiro (pois fiquei com vários enfermeiros em turnos em que a enfermeira orientadora não podia ficar a acompanhar-me). Para mim foi uma situação proveitosa porque assim pude lidar de forma mais próxima com os colegas, tendo-me sentido mais integrada na equipa e como já tinha referido anteriormente, levo um pouco de cada um, acabando por me sentir mais rica e capaz para fazer escolhas.

Para terminar o meu breve período reflexivo sobre o primeiro módulo dando ênfase à capacidade de olhar crítico e construtivo para contribuir para a melhoria dos cuidados neste ambiente especializado, com o intuito de deixar algumas sugestões considero que as estratégias para a diminuição do ruído encontradas são fundamentais. A constante e elevada afluência de pessoas ao serviço de urgência, comparada com o número de profissionais é outra problemática identificada. Contudo a resolução da mesma não depende diretamente do serviço, mas da direção do hospital, pelo que deixo a sugestão, porque certamente os resultados que se obteriam de uma prestação de cuidados com dotações adequadas, elevaria os índices de qualidade dos mesmos.

## **2.2. MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR**

O segundo módulo de estágio realizado decorreu na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar de uma hospital central de Lisboa.

A CCI, tal como o Plano Nacional de Controlo de Infecção visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, através de uma abordagem integrada e multidisciplinar para a vigilância, a prevenção e o controlo das infeções adquiridas nos cuidados de saúde.

Durante este período tive a oportunidade de trabalhar e de desenvolver o meu trabalho contando com apoio das três enfermeiras, das duas administrativas e de um dos nove médicos que integram a equipa.

Foi um privilégio ter passado por este serviço considerado de referência a nível nacional e com profissionais reconhecidos ao mesmo nível no âmbito do controlo da infeção/ Direção Geral de Saúde.

A CCI reúne como competências a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, a formação/ informação a profissionais de saúde/ utentes/ visitantes, consultadoria e apoio.

Importa referir que todo o trabalho é desenvolvido em equipa e que existem membros dinamizadores ou elos de ligação, aproximadamente 100 enfermeiros, que desempenham funções de acordo com o “estatuto dos enfermeiros de ligação” criado pela CCI com o objetivo de realçar o seu papel, definir as suas competências e as condições necessárias para o seu desempenho, sendo possível desta forma estar mais próximo de cada serviço, existindo um representante em cada um deles. A sua função ganha relevância pelos papéis que desempenha relacionados com o controlo de infeção. Ele é o coordenador, o dinamizador e o consultor que se interliga com os enfermeiros da CCI.

Desde 23 de Setembro até 15 de Novembro várias foram as atividades desenvolvidas. No desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, a nível da prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados de saúde colaborei com as enfermeiras nas atividades desenvolvidas pela comissão. Estas compreenderam: a reunião de equipa semanal, visitas aos serviços com intuito de observação/ auditorias/ informação/ formação/ apoio.

Ressalvo a importância que a reunião de equipa tem no desenvolvimento e agendamento das atividades. A discussão e a partilha são essenciais para o bom funcionamento do serviço e para que se consiga dar resposta à quantidade de trabalho com que a equipa se depara diariamente.

Colaborei num curso que se realizou no Hospital Pulido Valente para Assistentes Operacionais sobre o controlo de infeção, a comunicação, a postura e a gestão de conflitos. No que se referia ao controlo e prevenção da infeção, ocorreu num ambiente experimental onde foram construídas situações hipotéticas, sendo que após observação e discussão das mesmas eram corrigidas e realizavam-se novas situações. Este tipo de formação exige um grande envolvimento de todos os intervenientes, sendo os próprios a fazer a apresentação das temáticas, contando sempre com o suporte da enfermeira responsável. Além disto foram realizados “roles play” para que através da perceção da realidade se percebesse a necessidade de mudança e conseqüentemente aquisição de melhores práticas, melhores cuidados, ou seja, qualidade. Foi notória a motivação, a dedicação e o empenho de todos na realização do curso.

Outra formação realizada para assistentes operacionais num internamento de Pediatria debateram-se aspetos sobre controlo de infeção, onde se discutiram as práticas usuais. O que se fazia, como se fazia e porque se fazia. Através do elogio aos corretos procedimentos, foi possível perceber que existia necessidade de mudar/ melhorar alguns procedimentos sendo mais fácil sugerir e explicar o que mudar. Esta formação agradou-me, em particular, pela proximidade que existiu com a equipa, pela participação de todos e acima de tudo pela sua personalização, permitindo assim aos próprios formandos apreender que havia necessidade de mudança.

A campanha nacional de higiene das mãos encontra-se inserida na estratégia multimodal proposta pela “World Alliance for Patient Safety”, da OMS. Promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada e abrangente é o primeiro passo para contribuir para a diminuição das IACS e para controlar as resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, tendo como meta o aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos.

Neste âmbito houve uma formação sobre a higienização das mãos destinada ao serviço de infeciologia onde foram apresentados os resultados das observações realizadas através de um guia de orientação da OMS, aos profissionais do serviço. Considero estas sessões fundamentais para que os profissionais estejam mais despertos para as suas práticas e assim as melhorarem, de forma a contribuírem para a prestação de cuidados de excelência.

Uma formação que considero de grande relevância foi sobre a atualização da norma das precauções básicas e controlo de infeção. Os destinatários foram os enfermeiros supervisores e enfermeiros chefes do hospital, ficando-lhes incumbida a função de divulgarem às suas equipas as respetivas alterações de modo a facilitar a passagem de informação sobre um tema tão importante como este. Eles são os responsáveis por garantir a existência de sistemas e recursos que facilitam a implementação das precauções básicas do controlo da infeção e a monitorização do seu cumprimento, por todos aqueles que prestam cuidados de saúde,

assegurando que todos recebam formação e treino sobre todos os componentes das precauções básicas de prevenção e controlo da infeção.

Ainda no âmbito do projeto em desenvolvimento da avaliação de recursos existentes que permitam o cumprimento das precauções básicas participei em auditorias realizadas a vários serviços com o intuito de auditar infraestruturas e higienização das mãos. A minha participação foi positiva e em simultâneo educativa, pois pude tomar atenção a certos pormenores que até então não estava tão desperta, aspetos que tinham que ser alterados ou melhorados. No fim da auditoria foi elaborado um relatório e partilhado com os chefes do serviço de modo a arranjar estratégias para melhorar os aspetos menos positivos.

Sobre as atividades desenvolvidas neste percurso, diariamente era feita a vigilância epidemiológica e o estudo das bacteriémias, sendo por vezes necessário contactar ou mesmo deslocarmo-nos de serviço em serviço para informar sobre as mesmas e as respetivas medidas a adotar caso ainda não estivessem tomadas ou avaliar as que já tinham sido postas em prática.

Entre tantas atividades e tantos projetos a desenvolver, considero que consegui atingir um dos objetivos pessoais e específicos a que me propus: **colaborar com as enfermeiras nas atividades desenvolvidas pela CCI**. Depois de identificadas as necessidades do serviço, os outros objetivos específicos são: **adquirir competências no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção face às vias de transmissão de doenças na pessoa no transporte intra-hospitalar; e sensibilizar os assistentes operacionais da UTD do CHLN para a necessidade de adotar comportamentos seguros visando a proteção do próprio profissional e dos doentes, nomeadamente relacionadas com a descontaminação das ambulâncias e as precauções básicas de controlo de infeção**. Sendo que o objetivo geral para este estágio foi: **desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito da prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados de saúde**.

Já desde Florence Nightingale que o papel da enfermagem tinha como objetivo evitar a interrupção do papel reparador e fornecer condições ótimas para a sua melhoria, não acreditava na teoria do micróbio, mas entendeu o conceito de contágio, contaminação e infeção (Alligood & Tomey, 2003).

A profissão de enfermagem para oferecer um serviço de qualidade à comunidade é detentora de saberes e competências, que tornam o enfermeiro apto para agir e cuidar, sendo o responsável pelo domínio do saber que aplica (Ferreira da Rocha et al., 1996).

As teorias de enfermagem fundamentam a prática profissional ao introduzirem no trabalho ações que geram cuidados, renovação e ampliação do conhecimento científico. Para Watson o cuidado é holístico para uma vida de qualidade, praticado de forma interpessoal (Giron et al., 2013).

Assim, em relação ao trabalho a que me propus para este estágio relacionado com a descontaminação de material e equipamento de ambulâncias que realizam o transporte inter-hospitalar, considero ter adquirido competências no desenvolvimento de procedimentos de

controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa durante o referido transporte. Atempadamente foi solicitada e realizada uma visita e observação às ambulâncias do hospital. O responsável pela equipa recebeu e acolheu o projeto com agrado e interesse. Encontravam-se numa fase em que estavam prestes a receber auditorias do INEM e também em preparação para a formação dos assistentes operacionais que integram a equipa.

Para mais facilmente chegar ao público alvo e de uma forma mais personalizada, foi realizada pesquisa de normas e protocolos do CHLN e da DGS e bibliográfica de modo a sustentar os temas abordados.

Para discutir e sensibilizar sobre o referido tema, decidiu-se realizar duas sessões de sensibilização/ formação (Apêndice V) para os responsáveis pelo transporte inter-hospitalar, de modo a permitir a presença do maior número possível de profissionais. A divulgação ficou ao cargo do responsável pela UTD, sendo esta uma formação de carácter obrigatório.

A taxa de adesão foi de cerca de 60%.

Pode verificar-se que existiam algumas lacunas no que respeita o controlo de infeção, nomeadamente nos métodos de descontaminação e precauções básicas, pelo que foi necessário um cuidado especial e abordagem dos temas em questão.

As duas sessões apesar de interativas foram divergentes. Numa considero que os formandos foram agentes facilitadores, demonstrando uma atitude participativa e colaborante, com motivação para desenvolver o que era proposto. Na outra, foram notórios os conflitos existentes em relação à chefia da UTD. Estes aspetos, em alguns momentos, sobrepuaram-se ao tema, servindo no entanto de catarse para os formadores. Após este momento tornaram-se mais recetivos à formação, tendo aproveitado para expor as suas dúvidas. Destas formações levo a aprendizagem que formar apresenta sempre algumas dificuldades, sendo necessário ter uma postura assertiva e flexível dando espaço para exporem as suas expectativas e os seus receios em relação à mudança.

Foi importante perceber que é necessária a colaboração de todos os profissionais que acompanham as pessoas doentes, nomeadamente os enfermeiros, na informação adequada sobre as precauções baseadas nas vias de transmissão. Esta necessidade foi identificada pelos assistentes operacionais responsáveis pelos transportes que referiram que muitas vezes só sabiam que estavam a transportar um doente, por exemplo, com o diagnóstico de tuberculose pulmonar no momento da chegada ao serviço de destino. Neste contexto foi realizada uma reunião com a enfermeira supervisora para que houvesse uma maior atenção e preocupação com situações como a reportada.

O tema desenvolvido deu-me prazer a desenvolver visto a sua problemática não ser, ainda, um foco de atenção de muitos profissionais. Nos cursos existentes para os tripulantes é um assunto ainda não abordado mas que seria de todo adequado. Posto isto, ainda me sinto mais orgulhosa por pensar que posso ter colaborado para o início da implementação de novas normas e protocolos a fim de minimizar a transmissão de infeções e consequentemente adquirir ganhos para a saúde! A comissão planeia continuar também com esta formação, tendo tido esta formação uma avaliação positiva por parte de todos os intervenientes.

Estes ganhos podem ser obtidos através de uma atitude otimista de mudança, de colaboração, de gestos, de atenção! E assim, em conjunto, contribuimos para a qualidade dos cuidados prestados em Portugal.

De um modo geral, este módulo de estágio contribuiu para que fossem diversas as experiências vivenciadas e as oportunidades de aprender e saber mais e mais, de crescer e de me tornar cada vez melhor no meu desempenho a todos os níveis.

Ofereceu-me um suporte transversal para a minha atividade profissional. Forneceu um “*background*” suficiente para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e para os ganhos em saúde que equivalem a ganhos em anos de vida decorrentes da redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

No que se refere aos objetivos traçados e propostos pela escola para este estágio posso dizer que de forma geral os alcancei com sucesso, tal como descrevi no módulo anterior. Contudo neste serviço não tínhamos ligação direta com os doentes, o que limitou o desenvolvimento de algumas competências. Ao longo deste período, fui dialogando com a enfermeira responsável pela minha orientação de modo a obter o melhor proveito do trabalho desenvolvido, assim como a melhorar alguns aspetos.

A CCI é um serviço complicado de trabalhar, pela necessidade de um saber-saber extenso que se traduz num imenso trabalho que é desenvolvido dia-a-dia com a dedicação e empenho dos intervenientes, de modo a conseguir responder a tantas solicitações e necessidades identificadas pela CCI. São horas, minutos, segundos que passam à sua velocidade sem que nos apercebamos. São trabalhos e trabalhos sem fim que visam que têm que ser desenvolvidos para assegurar o controlo da infeção hospitalar e consequentemente as IACS.

No fim desta etapa posso dizer que me senti mais completa e mais crescida, com um outro olhar sobre o mundo do controlo de infeção. Foi notório o volume de trabalho com apenas três enfermeiras, turnos atribulados e uma panóplia de assuntos pendentes. Numa visão crítica, mas em simultâneo construtiva fica a sugestão para a existência também de mais profissionais. Considero que só assim consigamos atingir a qualidade que tanto ambicionamos, porque a maioria dos profissionais que não conhece o serviço não imagina o trabalho que aí se desenvolve. Sugiro ainda que todos os enfermeiros tenham a oportunidade de conhecer uma CCI, porque só assim ficarão sensibilizados para toda a dinâmica que a envolve.

### **2.3. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

O terceiro, e último módulo teve lugar num dos hospitais privados mais prestigiados a nível nacional, mais precisamente na Unidade de Cuidados Intensivos. Este serviço reúne condições únicas de segurança e privacidade das pessoas, uma tecnologia impar e com

permissão para acompanhamento durante períodos prolongados. Num olhar crítico do serviço e identificando necessidades de mudança no mesmo, torna-se difícil, visto este ser diferenciado e distinto do que estamos habituados noutros hospitais. Desde o privilégio pela privacidade da pessoa em situação crítica, o espaço físico raro que primazia a luz natural, as condições únicas, a tecnologia impar e a permissão para acompanhamento durante períodos prolongados. Contudo, considero a musicoterapia uma disciplina que promove na pessoa em situação crítica a comunicação, as relações, o movimento, a expressão, a aprendizagem promovendo a sua qualidade de vida. Esta terapia, baseia-se num estudo realizado na Universidade de Ohio onde se demonstrou que pacientes em cuidados intensivos que escutavam a sua música favorita, reduziam seus níveis de ansiedade em 36% e precisavam menos 38% de analgésicos e sedativos. Podendo mesmo falar-se em conforto que surge como uma necessidade que deve ser observada nos cuidados de saúde a toda a pessoa em situação crítica, qualquer que seja a sua situação. Integra as necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais e aparece associado à teoria do conforto, também conhecida como teoria de Katherina Kolcaba que abrange as diferentes dimensões da pessoa. Assim deixo uma sugestão para este serviço tão rico (Alligood & Tomey, 2003; Universia Chile, 2013).

Nos dias de hoje os cuidados em contextos privados são cada vez mais procurados, tornando-se a preferência das pessoas doentes/ famílias. Buscam melhores cuidados, mais atenção e na tentativa de fugirem à sobrelotação que se verifica nos hospitais civis. No contexto privado há, mais do que no público, o desejo que os cuidados prestados sejam baseados na excelência, centrados nas necessidades de cada pessoa doente e delineados de acordo com os conhecimentos técnico-científicos mais recentes, privilegiando uma relação sólida e transparente com todos os seus utentes.

A satisfação das pessoas em situação crítica e das famílias perante os cuidados prestados era notória, a opção de escolha estava sempre presente, por exemplo, diariamente uma nutricionista deslocava-se ao serviço e questionava, dentro da dieta prescrita e das opções de escolha, o que a pessoa internada desejaria para as suas refeições. Também o momento que preferiam para prestação dos seus cuidados de higiene era escolhido pelos próprios. E, ainda, tinham o privilégio de visitas em períodos alargados num ambiente privado, tal como já foi referido.

Considero até que estes cuidados que promovem o bem-estar do da pessoa que se encontra em situação crítica e sua família influenciam e determinam o processo de recuperação. A ligação que estabelecem com a equipa multidisciplinar é também um elo determinante na sua melhoria, pela sua constante preocupação e dedicação.

A equipa de enfermagem é composta por cerca de 32 enfermeiros e distribuída por 5 equipas. Todos os elementos da equipa foram acolhedores, demonstrando disponibilidade para as minhas questões. Posso dizer que foi um processo evolutivo, sendo que ao terminar o estágio os colegas muitas vezes faziam-me membro integrante da equipa. No que se refere à equipa multidisciplinar, posso dizer que é exemplar. O trabalho interdisciplinar é considerado essencial para melhor aproveitamento do potencial das pessoas que fazem parte da equipe,

assim como a intensidade das trocas entre os profissionais e o grau de relação real entre as disciplinas, durante o entendimento e resolução dos problemas. As trocas de ideias, de informações e o despertar para uma visão crítica favorecem um trabalho integrado e exemplar (Abreu et. al, 2005).

O período vivenciado foi complicado, turnos difíceis, mas por sua vez com aprendizagens inesquecíveis que me permitiram aprender e saber mais e mais, de crescer e de me tornar cada vez melhor no meu desempenho a todos os níveis. Senti que dia após dia que cresci e evoluí e me transformei através de mudanças pessoais, de modo a obter o maior aproveitamento das situações, tendo sempre presente a excelência e a qualidade de cuidados que quero prestar.

Todo este progresso teve por base os objetivos traçados para este módulo de estágio. Como todos os projetos houve necessidade de fazer ajustes e mudanças de acordo com o meu processo de aprendizagem e de crescimento. Assim, tracei como objetivo geral: **Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais, éticas e deontológicas na prestação de cuidados especializados à pessoa/ família que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em UCI.** De forma a conseguir atingir este objetivo, houve necessidade de traçar dois objetivos específicos servindo como orientação mais efetiva do meu trabalho. Assim, surge: **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica/ família em contexto de UCI.**

Muitas foram as situações que vivenciei e nas quais prestei cuidados. Considero que o desenvolvimento de competências e de saberes foi constante. Todos os turnos encarava uma situação nova e diferente daquelas às quais estou habituada, podendo enumerar os casos mais frequentes: pessoas submetidas a cirurgia cardíaca (entre os quais alguns tinham balão intra-aórtico, drenagens pericárdicas), neurocirúrgica ou ortopédica, situações críticas com necessidade de realização de técnicas dialíticas e protocolo de hipotermia. Foi uma panóplia de experiências diárias que muito me ensinaram para o meu futuro a todos os níveis.

É uma unidade em que os enfermeiros têm que estar preparados para tanta diversidade de situações, necessitam de saber estabelecer prioridades e ter “know-how” sobre cada situação ou cada intervenção, em particular, o que me agradou e me fez crescer a cada momento. Cada experiência se tornou uma aprendizagem para mim, no desejo de querer saber mais e de poder aplicar no futuro.

Depois de dialogar com o enfermeiro chefe e com o enfermeiro orientador, identificou-se como necessidade do serviço promover o uso do capnógrafo. O serviço tem três aparelhos que são utilizados ocasionalmente, mas que deviam ser mais utilizados, uma vez que é considerado um método de monitorização essencial que possibilita diagnósticos precoces de distúrbios obstrutivos, gravidade da doença ou hipo/ hipercapnia, sendo desta forma uma ajuda essencial para diminuir o risco de vida do doente (Schell & Puntillo, 2005; Pereira et. al, 2005; Moore, 2013).

É um método que não tem custos implicados para a pessoa internada, podendo ainda diminuir a necessidade de realização de gasimetrias arteriais e deteção de alterações no padrão respiratório. Vários são os estudos que abordam este método (Moore, 2013).

Assim, surge outro objetivo específico: **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica internada em UCI, através da sensibilização dos enfermeiros para a importância da utilização da capnografia. desenvolver conhecimentos teórico-práticos no manuseamento/prestação de cuidados à pessoa ventilada** foi com toda a certeza atingido.

De forma a partilhar o trabalho que desenvolvi, decidi-se realizar duas sessões de sensibilização para os colegas, promovendo a reflexão sobre a temática e incentivando ao seu uso, porque segundo estudos o seu uso está diretamente relacionado com a falta de formação tanto das equipas de enfermagem, como médicas. Podendo-se constatar também, nesses mesmos estudos que o seu uso é essencial para a deteção de paragens cardiorrespiratórias precoces (Nolan & Kelly, 2011).

Depois de agendada a sessão com o enfermeiro chefe, foi divulgada aos colegas de forma pessoal e foi feito um cartaz para divulgar a mesma (Apêndice VII).

Durante a apresentação da sessão (Apêndice VIII) o interesse demonstrado por todos os colegas foi notório na sua adesão, cerca de 70%, e também pela sua participação e constantes intervenções. Foi notório que ainda existe um caminho a percorrer, mas que a vontade de aprender a fazê-lo está presente, o que será facilitador.

Foi um trabalho que elaborei com muito agrado, aprendi e cresci porque também nunca tinha utilizado este método de monitorização. Considero que este objetivo se tornou mais rico e mais completo com esta atividade desenvolvida. Este trabalho foi uma mais valia para o serviço e espero que no futuro traga resultados positivos com a sua implementação. Para tal, foi deixada uma norma que ainda aguarda aprovação e que se pode encontrar no apêndice IX. A adesão à sessão foi de cerca de 80% da equipa de enfermagem, obtendo a avaliação positiva pro parte da equipa que respondeu ao questionário de avaliação com aproveitamento.

No que se refere aos objetivos traçados e delineados pela escola, considero que os alcancei com sucesso, tal como referi no módulo I, o que se refletiu no meu crescimento a todos os níveis.

Neste serviço, a comunicação, tal como em todos os outros é um elemento essencial para se efetivar a partilha pessoa em situação críticas-enfermeiro, família-enfermeiro e vice-versa. Muitas vezes, as pessoas internadas em situação crítica têm necessidade de ventilação invasiva, sendo necessário ter presente todo o mundo da comunicação verbal e não verbal de modo a haver um entendimento pleno.

Contactar com pessoas ventiladas conscientes e orientadas é delicado, mas mais complicado deve ser estar-se naquela situação, por isso, procurei estabelecer com a pessoas em situação críticas uma relação de partilha tendo como base os fundamentos da relação de ajuda, privilegiando momentos de escrita, livros de figuras e linguagem gestual para colaborar

com a pessoa no seu processo de recuperação de uma forma efetiva, sempre com o objetivo presente de prestar cuidados de qualidade centrados na mesma.

Apesar de considerar positiva a minha integração na equipa, foi discutido entre mim e o enfermeiro orientador algumas situações ocorridas numa fase inicial. Considero que o nervosismo e o medo do desconhecido estivessem presentes e me levassem a reagir de uma forma menos simpática, não tendo sido de todo a minha intenção em qualquer altura. A ajuda do colega responsável pela minha orientação foi essencial para deteção e mudança de algumas atitudes ou posturas menos corretas que teria tido até então.

Ao longo de todo o meu percurso procurei manter a tranquilidade que tanto me identifica, sendo que esta, é uma característica que fui tendo que adquirir ao longo dos meus anos enquanto profissional a desempenhar funções num serviço de urgência. Prende-se com a minha preocupação em querer fazer tudo bem e nos *timings* ideais para que não falhe nada e conseguir tirar o maior rendimento das situações. É dito que uma pessoa calma consegue atingir seus objetivos com maior naturalidade e sem tanto desgaste, sendo capaz de desfrutar mais do caminho e não apenas da chegada. Consegue evoluir de modo mais espontâneo, fluindo com as situações decorridas. A calma permite-me aprender mais, estar mais atenta ao que acontece ao meu redor, pensando melhor e possuindo maior autocontrolo.

Todos os momentos vivenciados foram preenchidos por tensão, stress, choro e gargalhadas, sentimentos estes que me invadiram na em todo o percurso de concretização de um sonho: ser enfermeira especialista.

Terminado o período de estágio, considero que é mais um momento de partida. Significa então, ter chegado ao fim de uma etapa que considero ter aproveitado de forma positiva. Contudo o fim desta etapa, torna-se o início de outra tanto académica, como profissional e pessoal. Deste estágio levo uma maior preparação para o futuro e para continuar o meu caminho rumo à excelência.

### **3. CONCLUSÕES GERAIS**

Ao chegar ao final deste percurso e feita uma retrospectiva de todos os momentos de aprendizagem, sinto que foram vivenciados com intensidade e empenho, pelo que, cada contexto constituiu um desafio e uma oportunidade para alcançar os objetivos a que me propus.

Considero que a minha caminhada é cada vez mais construtiva a todos os níveis. O ser enfermeiro hoje, difere do primeiro dia em que iniciei funções. Deparo-me várias vezes com situações complexas em que, para dar resposta às mesmas, se colocam questões éticas, o que requer da prática o dever de aplicar as leis, normas, direitos, deveres, valores e princípios.

A realização deste relatório foi enriquecedora não só a nível pessoal, mas também a nível profissional, pois conduziu a uma maior consciencialização da importância da qualidade dos cuidados prestados. A competência e aperfeiçoamento profissional, definido no código deontológico é considerado uma exigência ética que dá suporte à intervenção, tornando-se num ideal a atingir e a enriquecer para atuar com maior competência, sendo que, quanto maior o aperfeiçoamento, mais competente serei, o que se refletirá na qualidade dos cuidados prestados. Neste momento, sou detentora de uma visão mais global para uma prática futura mais reflexiva e fundamentada.

O meu desempenho, ao longo dos estágios, foi partilhado através da descrição quer dos objetivos traçados, análise crítica e reflexiva das atividades delineadas e desenvolvidas, assim como as competências adquiridas na área de especialização. A realização da revisão sistemática da literatura surgiu como um forte contributo para a aquisição das mesmas competências. Mais do que enriquecer conhecimentos, foi necessário aperfeiçoar a minha prática através da construção e validação de competências técnico-científicas, relacionais, éticas e deontológicas que contribuíram para uma prestação de cuidados de qualidade, permitindo uma visão holística da pessoa em situação crítica e da sua família.

A qualidade dos cuidados encontra-se diretamente relacionada com a excelência do cuidar em enfermagem, uma vez que esta ao nível dos cuidados se refere ao aperfeiçoamento da qualidade, aos melhores cuidados possíveis. Considerei importante basear todo o meu relatório na qualidade e excelência do exercício da profissão em geral, e na relação com os outros profissionais, uma vez que o seu nome, por si só, remete para algo difícil de atingir. Contudo, apreendi que é possível o enfermeiro alcança-la através do cumprimento dos deveres profissionais; da aplicação das normas de qualidade dos cuidados às necessidades individuais de cada pessoa, através também de uma atualização contínua dos conhecimentos, de uma formação permanente e de uma utilização competente das tecnologias existentes, pois espera-se que seja competente e aperfeiçoado, que preste cuidados de mais alto nível de qualidade científica, humana e tecnicamente possíveis, sendo eles designados de cuidados de excelência.

Através da realização de sessões de sensibilização promovi o desenvolvimento profissional nos serviços, fomentando a reflexão em torno da temática e sensibilizando para uma prática segura e humanizada à pessoa em situação crítica e sua família.

Todo o percurso efetuado ao longo deste trajeto traduziu o meu amadurecimento e capacidade reflexiva, quanto ao planeamento e aplicação de conceitos, comportamentos e expectativas. As experiências influenciaram e potenciaram um aprofundamento do conhecimento e na demonstração de competências clínicas especializadas como se espera duma Enfermeira Especialista.

Através da análise se SWOT enquanto metodologia complementar, estruturada e sistematizada de avaliação em contextos de estágio, foi possível verificar um maior número de pontos fortes e oportunidades comparativamente aos pontos fracos e ameaças, servindo estes, de pontos de passagem para a conversão quer dos pontos fracos em fortes, quer das ameaças em oportunidades. Ao longo do relatório já fui fazendo referência aos mesmos em particular para cada contexto, sendo que de uma forma geral depois de todo este percurso posso identificar como pontos fortes a adaptação aos diferentes contextos, tendo sempre por base a qualidade dos cuidados. Tudo isto se tornou possível face ao apoio de todos os intervenientes. As oportunidades surgidas prenderam-se com o conhecimento de diferentes contextos, a aplicação de projetos baseados na qualidade dos cuidados. A formação em enfermagem pessoal e para os outros profissionais, fomentando neles a continuação dos projetos apresentados de modo a contribuir para a melhoria do desempenho da equipa. As ameaças surgidas prenderam-se com o facto de os projetos apresentados poderem não ser compreendidos como necessidade dos serviços ou temas com pouco interesse para os colegas. Estas foram tornadas oportunidades, de modo a realizar um processo evolutivo de forma positiva. O trabalhar em simultâneo com o período de estágio dificultou muitas vezes a disponibilidade física e mental para realizar todo este processo, por outro lado tornou mais ricos os campos de estágios e o local de trabalho pois a partilha nos diferentes serviços serviu de alicerces para a mudança. Assim, os pontos fracos são tidos como fatores internos que são capazes de dificultar o processo procurando ultrapassá-los e transformá-los em pontos fortes, utilizando estratégias de conversão.

Por fim, quando olho para o passado encarando a vida como um processo construtivo tanto pessoal como profissional, obtenho sorrisos e satisfação, porque percorro um caminho de experiências, positivas ou negativas. Mas no final, o mais importante é que soube aproveitar as oportunidades, fui livre na opção de escolha, consoante os objetivos a que me propus. A excelência surge graças a cada um, quando motivado a caminhar no sentido da realização, desenvolvimento e da competência.

Considero que este relatório cumpriu com os objetivos a que me propus, conseguindo em simultâneo traduzir um melhor desempenho pessoal/ coletivo e conseqüentemente maior responsabilidade, participação e melhoria na qualidade, o que desejo continuar a desenvolver.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

⊕ Alligood, M.; Tomey, A. (2003). *Teóricas de Enfermagem e sua origem*. Lisboa: Lusociência, 5ª Edição.

⊕ Barroso J. (2003). *The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studie*. West J Nurs. Vol. 25(2). P. herry, K. (2002). *Client-Centered Therapy, Carl Rogers' non-directive approach to therapy*. Consultado a 13 de Fevereiro de 2014, disponível em: <http://psychology.about.com/od/typesofpsychotherapy/a/client-centered-therapy.htm>

⊕ Código Deontológico do enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Artigo 78º, p. 72.

⊕ Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses.

⊕ Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Consultado a 1 de Fevereiro de 2013, disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf)

⊕ Costa, A. et. al. (2000). *Ensino de enfermagem. Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto*. Lisboa: DRHS.

⊕ Dias, M. (2004) *Reflexões sobre a Ética no quotidiano da profissão - Gestão e Desenvolvimento*, (12), 81-103. Consultado em 18 de Fevereiro de 2014, disponível em: [http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD12/gestaodesenvolvimento12\\_81.pdf](http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD12/gestaodesenvolvimento12_81.pdf)

⊕ Evans D. & Pearsons, A. (2001). *Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge*. J Clin Nurs, Vol. 10(4), p. 593-9.

⊕ Figueira, F. (2004). *Valores Universais na prática de Enfermagem: competência e aperfeiçoamento* - Ordem dos Enfermeiros V Seminário de Ética de Enfermagem, (15), 20-23.

⊕ Glance, L. et al. (2012). *The association between nurse staffing and hospital outcomes in injured patients* Consultado a 1 de Fevereiro de 2013, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444311/?tool=pubmed>

⊕ Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.

⊕ Hulley et al. (2008). *Delineando a pesquisa clínica – Uma abordagem epidemiológica*. 3.ª ed. Postalegre: Artmed.

⊕ Liang, Y. et al. (2010). *Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan: the longitudinal analysis of hospital nurse staffing and patient outcome study*. Consultado a 1 de Fevereiro de 2013, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305633/?tool=pubmed>

⊕ Martins, J. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Coimbra: Pensar Enfermagem. Vol. 12, nº2.

⊕ Moore, P. (2013) *The Case for Capnography: It Saves Lives*. RT Magazine (May 2013): 8-13. Consultado a 6 de Janeiro de 2014 e disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c2c53524-9fb7-4a9d-92a6-053f408c0c66%40sessionmgr4004&vid=3&hid=4104>

⊕ Nantsupawat, A. (2011). *Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand*. Consultado a 1 de Fevereiro de 2013, disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4d6ce44d-9374-42da-92ea-12ea1e5d4b16%40sessionmgr114&vid=4&hid=118>

⊕ Nolan, J. & Kelly, S. (2011). *Airway challenges in critical care*. Journal of The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Consultado a 27 de Janeiro de 2014 e disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=847b3194-bc72-496a-a6da-ba1ca7a0a060%40sessionmgr114&vid=5&hid=108>

⊕ Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem Fundamentos e Horizontes*. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.

⊕ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Lisboa : OE.

⊕ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, Lisboa : OE.

⊕ Pereira, M. et. al (2005). *Capnografia como método de monitorização ventilatória*. Revista SPA (Dezembro 2005): 24-28. (volume 14, número 4). Consultado a 6 de Janeiro de 2014 e disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/778/1/Rev%20SPA%202006%2c%2014%5b4%5d%2024-28.pdf>

⊕ Portugal. *Dec. Lei nº104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, DR II série - Nº35 – 18 de Fevereiro de 2011.*

⊕ Quivy & Champenhoudt (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gravida.

⊕ Recinella, R. (2009). *A força da humildade*. Consultado a 3 de Fevereiro de 2014, disponível em: <http://www.rrecinella.com.br/artigo.asp?id=43>

⊕ Ribeiro, F. (2011). A competência e o aperfeiçoamento profissional. Na senda da excelência na prática de enfermagem. *Nursing*. (99), 39-43.

⊕ Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. – Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (85), p. 65-82.

⊕ Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência.

⊕ Schell, H. & Puntillo, K. (2005). *Segredos na Enfermagem na Terapia Intensiva*. Artmed Editora.

⊕ Universia Chile (2013). *A musicoterapia ajuda a combater a ansiedade e diminuir o uso de analgésicos*. Consultado a 24 de Fevereiro de 2014 e disponível em: <http://noticias.universia.com.do/translate/es-pt/en-portada/noticia/2013/06/06/1028846/musicoterapia-ayuda-combatir-ansiedad-disminuye-uso-analgesicos.html>

⊕ Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

⊕ Werley, H. et al. (1991). *The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data*. Consultado a 1 de Fevereiro de 2013, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1405031/pdf/amjph00204-0023.pdf>

⊕ Zhu, X. et al. (2012). *Nurse Staffing Levels Mae a Difference on Patient Outcomes: A Multiside Study in Chinese Hospitals*. Consultado a 1 de Fevereiro de 2013, disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=80753d77-402e-469f-98db-db5a5460981e%40sessionmgr110&vid=4&hid=103>

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I**

**Reflexão: “A QUALIDADE DOS CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA”**

## **“A QUALIDADE DOS CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA”**

Ser enfermeira foi das escolhas mais certas que fiz na minha vida. Desde que pensei em ser enfermeira, pensava também em poder ajudar o próximo, vendo-o como o propósito dos meus cuidados.

A enfermagem surge por ser diferente de todas as outras ciências humanas e biológicas no “olhar atento” que presta à pessoa, preocupando-se não apenas em tratar mas em cuidar a pessoa. Cuidar é um “ato de vida, no sentido em que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se” (Collière, 1999). O cuidar assume assim uma dimensão holística, dando maior importância ao bem-estar da pessoa e aos aspetos subjetivos da sua situação, em vez de atingir apenas a cura. O olhar da enfermagem toma a pessoa como um todo, tornando-a o foco da sua atenção.

Na realidade é que o que nos é transmitido de uma forma ideal durante a formação teórica de quatro anos, contudo durante o meu percurso atual, há situações que considero desabafos de enfermeiros que se encontram saturados de ter uma profissão desgastante e que não é valorizada, nem reconhecida pela maioria das pessoas.

Perante tudo isto e repensando as minhas experiências, tenho a certeza que não quero ser assim e que tem que se dar visão à enfermagem, mostrando que é muito mais do que se diz, sendo uma das profissões mais gratificantes.

Tal como refere Watson (2002), a história da enfermagem surge no seio familiar, em particular através da figura maternal. A enfermagem, não é apenas uma palavra, mas também um conceito filosófico que sugere ternura e tem múltiplos significados, tornando-a num conceito dinâmico e em constante transformação.

Partilhando um pouco das minhas vivências diárias, muitas são aquelas que me fazem parar para pensar. As dotações que se verificam nos hospitais e o trabalho que tem que ser desenvolvido, as inúmeras tarefas e a falta de disponibilidade para escutar as pessoas como desejaria, os corredores cheios, pessoas em macas semanas que parecem não ter fim. São situações como as referidas que me entristecem e no fim do dia me fazem ir para casa pensar, refletir e ter vontade fazer algo para ser mentora de mudança. Cada momento que passa questiono-me sobre a qualidade dos cuidados que são prestados e que prestei. Afinal quem é que tem sido o centro dos cuidados? Quem é o centro dos cuidados? É a pessoa ou são todas as tarefas que constam na lista imaginária e interminável que têm que ser cumpridas e desenvolvidas em contrarrelógio, turno a turno?

Depois de muitas horas passadas a refletir sobre o assunto, surgiu a necessidade de ler, de querer saber mais e mais sobre este tema, de ser detentora de um saber fundamentado, que poderá fazer de mim um veículo de mudança, com uma intenção singular de ter a pessoa no centro dos cuidados.

Para melhor perceber esta temática, importa numa fase inicial definir o conceito de qualidade. Qualidade é fácil de reconhecer mas difícil de definir e apresenta um desafio para a maioria dos profissionais da área da saúde. Em 1988, Juran define como qualidade a

adequação do uso, em 1990 Collière diz que “qualidade refere-se a certas propriedades tangíveis e intangíveis de um produto ou serviço que são percebidas pelo cliente como sendo superiores às da concorrência”, já em 2003 Mc Glynn et. al apresentam a definição do *Institute of Medicine* em que a “qualidade em saúde é definida como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente” (Serapioni, 2009).

A qualidade varia de acordo com o tempo, os costumes, a tecnologia e a cultura. A preocupação sobre este tema é uma constante e tem vindo a ser tema de debates internacionais pelo seu processo gradual e diferenciado detentor de avanços e algumas regressões que conduzem a uma reconfiguração das relações entre os profissionais e pacientes, entre a procura e a oferta de cuidados de saúde, sendo necessário verificar continuamente a missão do sistema de saúde e as suas prioridades (Serapioni, 2009).

Para se atingir a qualidade e sendo a enfermagem uma profissão centrada no cuidar e na relação, é esperado que o profissional de enfermagem possua, adquira e cultive os valores e princípios da sua prática, os quais são definidos no artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro.

Quando se fala em valores e princípios importa diferenciá-los. Os valores são os ideais nos quais os enfermeiros se baseiam para estabelecer uma relação profissional, são guias de comportamento que se desenvolvem e amadurecem. São normas ou critérios que influenciam o indivíduo ou o grupo na sua tomada de decisão. No que se refere aos princípios, estes não obrigam e não impõem, mas orientam a ação do enfermeiro (Nunes, 2011 e Dias, 2004).

Desta forma considero que são detentores de grande valor pois é meu objetivo pessoal conseguir atingi-los porque só assim caminharei para uma prática de qualidade.

Nesta linha de pensamento, importa dizer-se que se no passado, o aperfeiçoamento profissional não era tido como uma necessidade constante, dependendo da escolha de cada profissional; na atualidade o enfermeiro, devido à globalização, ao avanço da tecnologia; à sobrelotação do mercado de trabalho e conseqüente competitividade, procura estar sempre a par dos avanços técnico-científicos e aumentar o nível profissional, adquirindo novos conhecimentos, aperfeiçoando competências já existentes e construindo novas. O aperfeiçoamento deve ser permanente. Consiste na construção de competências através da autoformação, formação contínua e da avaliação de desempenho. É considerado como um direito e um dever, permitindo-lhe ser mais autónomo, livre e capaz de responder aos deveres e adquirir direitos (Ribeiro, 2008).

Figueira *in* Revista Ordem dos Enfermeiros (2004), acrescenta que a competência e o aperfeiçoamento profissional são um constante desafio para os enfermeiros e para a qualidade da resposta a oferecer aos utentes, pois somos diariamente confrontados com situações que nos obrigam a tomar decisões, baseadas numa reflexão sobre as vivências, a experiência, a formação, a criatividade e sabedorias de cada um de nós.

A competência de enfermagem implica uma responsabilização, um compromisso de cuidado com a sociedade, com os utentes e com a família. De forma a responder à exigência e complexidade dos cuidados, o enfermeiro deve revelar no seu desempenho estes valores. Só assim irá conseguir ter uma maior responsabilização e consciencialização das suas ações, maior poder de ação, assim como uma melhor humanização e qualidade dos cuidados.

Ao longo de toda a minha caminhada profissional tenho reparado que, tal como os dias enublados que por vezes abrem uma pequena fresta de sol no meio de tanta escuridão, também nos cuidados de saúde quando tudo parece perdido, há uma solução! Quero com isto dizer que quando penso que as coisas não estão a decorrer como desejaria, há sempre a esperança de haver possibilidade de mudar. Após dias árduos de reflexão sobre a minha prestação, sobre a minha vontade própria de querer ser melhor, quero sentir diariamente que as minhas funções são desempenhadas como planeado, na sua totalidade e com a maior qualidade possível. Quero ter períodos para privilegiar a escuta com as pessoas que assim o desejem, quero senti-las satisfeitas e com um sorriso que transmita coragem e sinceridade que os ajude a ultrapassar e/ ou a adaptar ao seu problema que pode ou não ser apenas transitório. Não quero ouvir mais as pessoas hospitalizadas dizerem umas para as outras “coitados! São tão poucos para tantos!” ou “fazem o que podem (...) não conseguem mais”. Todos estes pensamentos, estas citações que ecoam dentro da minha cabeça, fazem-me debruçar sobre o assunto e procurar estratégias para conseguir que tudo seja diferente.

Assim, surge a importância dos cuidados centrados na pessoa! Porquê? Porque sinto que é para a pessoa que queremos ser enfermeiros e não para meramente tarefas. Sinto necessidade de dar mais de mim, sinto que as pessoas merecem mais e melhor.

Diversas conceptualizações sobre o cuidar em enfermagem foram baseadas nos contextos socioculturais, educacionais e experimentais, bem como nos interesses da enfermagem ao longo dos tempos. A interação é o elemento chave para a conceptualização do cuidado de enfermagem centrado na pessoa. A pessoa passa a ser o foco da atenção do enfermeiro, baseado numa relação interpessoal, onde o cuidado não é um ato mecânico, mas sim humanístico (Costa et. al, 2000).

Em estudos realizados sobre os cuidados centrados na pessoa, a comunicação surge como um componente fundamental, acrescenta-se ainda que há evidência de que as necessidades da pessoa em situação crítica/ família vão mudando ao longo da trajetória da doença. A forma como se aborda a pessoa é fundamental para facilitar o seu processo de hospitalização, nomeadamente a empatia, a congruência e a aceitação pelo outro, que fazem aumentar a confiança e reduzem a probabilidade de surgirem pensamentos negativos que devem mesmo ser suprimidos (Green, 2006).

A relação entre pessoa/ família em situação crítica e enfermeiro é fundamental para promover uma mudança positiva e recuperação na pessoa (Green, 2006).

Por seu lado Edelman (2013), desenvolveu um estudo baseado em observação sobre a qualidade de vida dos doentes com demência, resumindo todo o seu estudo com uma citação que se tornou popular: *“If you don’t know where you are, how will you get to where you want to*

be?”, sendo que mais uma vez a relação enfermeiro – pessoa em situação crítica se prende com a relação, passando pelo incentivo à sua autonomia e realização das suas atividades de vida diárias e fundamentalmente para a qualidade dos cuidados assim como para a satisfação das pessoas em situação crítica, suas famílias e também dos profissionais.

O cuidado centrado na pessoa é sustentado na terapia desenvolvida por Carl Rogers no século XX, com o objetivo de oferecer aos pacientes a oportunidade de desenvolverem a sua autonomia capacitando-os para perceber as suas atitudes, sentimentos e comportamentos que possam estar a ser afetados de forma negativa para, desta forma, conseguirem ser uma melhor pessoa. A relação é estabelecida num ambiente confortável, empático e sem juízos de valor. Esta terapia é não diretiva, em que os profissionais permitem que o paciente oriente a sua discussão sem influenciar a sua opinião, ao mesmo tempo que é dado reforço positivo incondicional, demonstrando aceitação e apoio incondicional pelas decisões tomadas (Cherry, 2002).

A mesma autora acrescenta que vários estudos têm demonstrado que a qualidade preconizada por Roger para os profissionais são benéficos, contudo alguns estudos descobriram que esses fatores, por si só, não são suficientes para promover a mudança duradoura na pessoa.

Assim, os cuidados centrados na pessoa são aqueles que compreendem o respeito pelos valores e preferências, a informação clara e atempada, que promovem a autonomia na tomada de decisão e as necessidades de conforto e suporte emocional/ social. A escuta é a base da relação de forma a atingir cuidados de excelência.

Este respeito deverá ser considerado uma exigência ética que suporta a intervenção do enfermeiro, encarando um ideal a atingir e a enriquecer para atuar com maior competência, sendo que, quanto maior o aperfeiçoamento mais competente serei. Tudo isto, refletir-se-á na qualidade dos cuidados prestados.

Deixo um testemunho citado por Walter Hesbeen que transmite o que muitas vezes as pessoas que vivenciam situações da sua vida que lhes comprometem as atividades de vida diárias sentem, sem que os enfermeiros se apercebam do que estão realmente a sentir:

*“Escute-me, senhora enfermeira!  
Eu tinha fome e não podia comer sozinho,  
A senhora deixou o tabuleiro fora do meu alcance e depois  
Discutiu as minhas necessidades nutricionais num colóquio.  
Eu tinha sede e não podia beber sem ajuda.  
A senhora pôs-me a garrafa de água na mesa-de-cabeceira  
e depois tomou nota de que eu não tinha bebido nada.  
Sentia-me só e tinha medo.  
A senhora deixou-me sozinho porque eu era um doente  
cooperante e nunca pedi nada.  
Pensavam que eu ia morrer.  
Pensando que eu não ouvia, a senhora disse que esperava que  
eu não morresse durante o seu turno da noite.  
Ocupe-se de mim!  
Estou tão cansado, tão só e tenho medo!  
Fale comigo – pegue-me na mão.  
Reconheça o que é importante para mim.  
Por favor, senhora enfermeira, escute-me!”*

(Hesbeen, 2000, p. 57)

Os cuidados têm que ser centrados na pessoa! Este testemunho demonstra que a prestação dos cuidados não teve uma visão holística. Nenhum enfermeiro gostava de vivenciar algo semelhante, por isso urge mudar, e passa por nós, enfermeiros, construir melhores cuidados, saber atribuir o devido valor à pessoa, olhando-a de forma individual e singular, ser empático, promover o relacionamento interpessoal, respeitando a dignidade e a privacidade, sendo capaz de reconhecer as diferenças e necessidades específicas tais como culturais e religiosas e mais importante que tudo isto, ser flexível e ter poder de adaptação a cada um porque todos somos únicos.

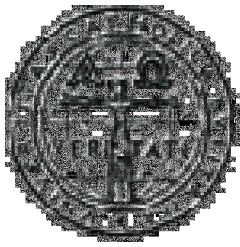
## **Apêndice II**

**Divulgação da sessão de sensibilização: “O ruído no SUC”**



## **Apêndice III**

**Questionário aplicado aos enfermeiros sobre o ruído no SUC**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Curso de Mestrado na área de Especialização**  
**Médico-Cirúrgica**



**QUESTIONÁRIO**

**- ruído no SUC -**

Eu, Ana Rita Costa, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, estou a realizar estágio no vosso serviço. Neste contexto considere pertinente saber a vossa opinião sobre os ruídos que consideram que possam ter uma maior implicação no conforto do doente em situação crítica.

Assim, solicito a vossa colaboração no preenchimento deste breve questionário, garantido o anonimato.

Desde já agradeço a vossa atenção e tempo disponibilizado!

**Questão:**

**- Quais os ruídos que considera que podem comprometer o conforto do doente que se encontra em situação crítica? –**

(assinale as **3 opções** que considera mais evidentes no contexto que vivencia)

- **Diálogo entre os profissionais de saúde.....**
- **Ruido provocado por outro doente.....**
- **Realização de procedimentos médicos.....**
- **Funcionamento dos equipamentos.....**
- **Alarmes dos monitores/ ventiladores/ seringas/ bombas.....**
- **Meios audiovisuais.....**
- **Movimento dos profissionais.....**
- **Passagem/ transferência contínua de macas/ camas.....**
- **Toques de telefones.....**
- **Abrir/ fechar portas.....**
- **Outros \_\_\_\_\_**

**Para que seja possível reduzir os ruídos existentes e mesmo a sua intensidade e de forma a promover o bom funcionamento do serviço e dos cuidados de saúde, compreendendo o conforto como uma necessidade física, psico-espiritual, social e ambiental, sugira medidas para redução do mesmo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Apêndice IV**

**Sessão de sensibilização: “O ruído no SUC”**



# O RUÍDO NO SUC

Lisboa, 13 de Junho de 2013

1



**DURAÇÃO:** 15min.

**Destinatários:** Equipa enfermagem

**Formador:** Rita Costa

## OBJECTIVOS

Que no final da sessão os formandos:

- identifiquem as principais causas do ruído no SUC;
- fiquem sensibilizados para a necessidade de reduzir o ruído.

2

## INTRODUÇÃO

- **Silêncio:** ilustre desconhecido no ambiente hospitalar
- **ruído = o som desorganizado e em frequência fisiologicamente incompatível com o ouvido humano**
- **ruído pode causar:**
  - stress;
  - alterações psíquicas;
  - fisiológicas;
  - comportamentais.
- surdez;
- fadiga;
- alteração do sono.



3

## INTRODUÇÃO (cont.)

Promoção do  
necessidades:

**CONFORTO**

- físicas,
- psico-espirituais,
- sociais
- ambientais
- fisiológicas.



4

## INTRODUÇÃO (cont.)

- Necessidade que deve ser observada nos serviços de saúde;
- T. do conforto = Kolcaba, abrange as diferentes dimensões;
- Promover uma visão holística do cuidar em enfermagem;
- Proporcionar uma prática centrada nas necessidades dos doentes/ família.

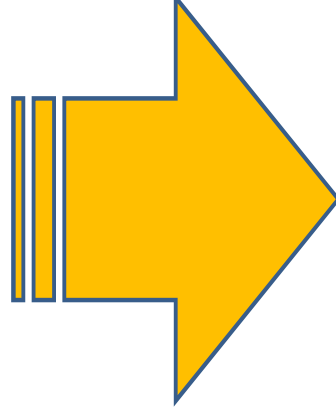


5

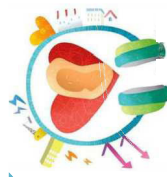
## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O nível de ruído  do recomendado;

Provém + de dentro, do que de fora do ambiente hospitalar!



**CAUSAS!!!**



6

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO (estudos)

- aspiradores,
  - monitores,
  - ventiladores mecânicos,
  - telefone,
  - computadores/ impressoras,
  - diálogo entre profissionais,
  - visitas,
  - passagem de pessoas,
  - ...
- equipamentos

## NO SERVIÇO...

Conversas  
informais com os  
doentes!

Questionário  
à  
eq. de enfermagem!



**QUESTIONÁRIO**

- ruído no SUC -

Eu, Ana Rita Costa, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, estou a realizar estágio no vosso serviço. Neste contexto considero pertinente saber a vossa opinião sobre os ruídos que consideramos que possam ter uma maior implicação no conforto do doente em situação crítica.

Agradeço a vossa colaboração ao preenchimento deste breve questionário, garantindo o anonimato.

Desde já agradeço a vossa atenção e tempo disponibilizado!

**Questão:**

- Quais os ruídos que considera que podem comprometer o conforto do doente que se encontra em situação crítica? -

(marcar as 3 opções que consideram mais evidentes nas seguintes que vivencia)

- Diálogo entre os profissionais de saúde.....
- Ruído provocado por outro doente.....
- Realização de procedimentos médicos.....
- Funcionamento dos equipamentos.....
- Alarmes dos monitores/ ventiladores/ seringas/ bombas.....
- Movimento dos profissionais.....
- Passagem/ transferência continua de macas/ camas.....
- Meios audiovisuais.....
- Toques de telefones.....
- Abrir/ fechar portas.....
- Outros.....

Para que seja possível reduzir os ruídos existentes e mesmo a sua inexistência e de forma a promover o bom funcionamento do serviço e dos cuidadores de saúde, compreendendo o conforto como uma sustentabilidade física, psico-espiritual, social e ambiental, segue mediada para redução do mesmo:

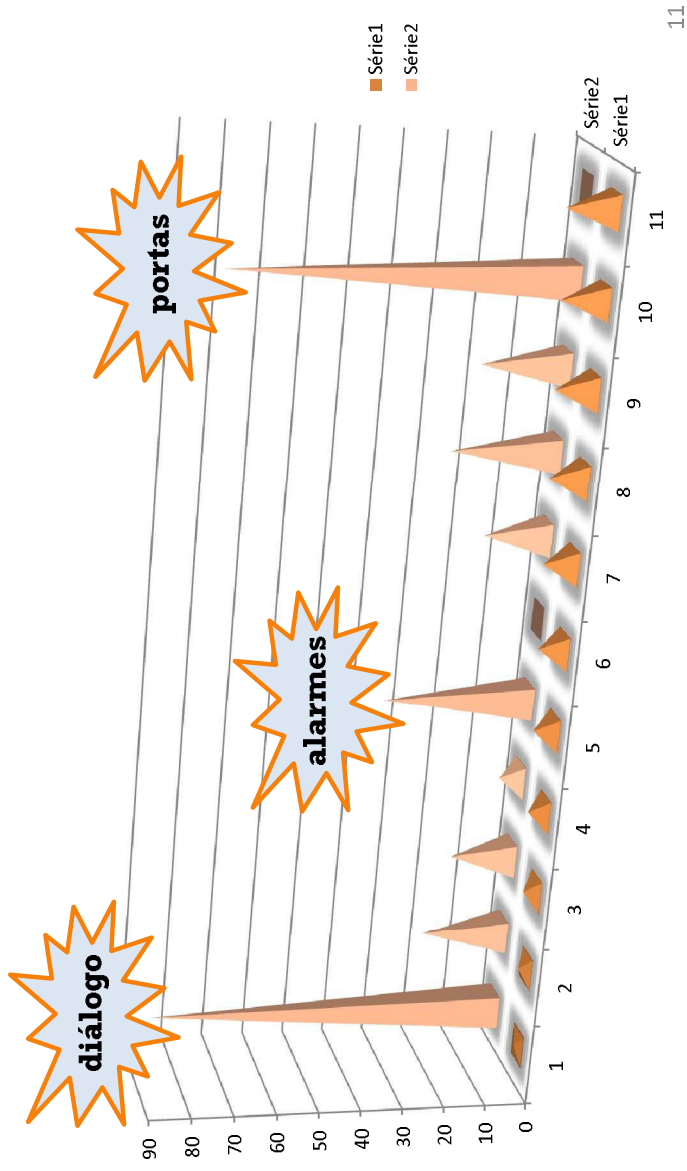
SUC, Maio 2013



## NO SERVIÇO... (resultados)

1. Diálogo entre os profissionais de saúde.....	17/20 = 85%
2. Ruído provocado por outro doente.....	4/20 = 20%
3. Realização de procedimentos médicos.....	3/20 = 15%
4. Funcionamento dos equipamentos.....	1/20 = 5%
5. Alarmes dos monitores/ ventiladores/ seringas/ bomba.....	7/20 = 35%
6. Meios audiovisuais.....	0 = 0%
7. Movimento dos profissionais.....	3/20 = 15%
8. Passagem/ transferência continua de macas/ camas.....	5/20 = 25%
9. Toques de telefones.....	4/20 = 20%
10. Abrir/ fechar portas.....	16/20 = 80%
11. Outros.....	0 = 0%

## NO SERVIÇO... (resultados)



## NO SERVIÇO... (sugestões)

portas

alarmes

diálogo

sensibilização

procedimentos

médicos

transferências

ESTRATÉGIAS



## ▲ NOS ESTUDOS... (sugestões)

**Programa de educação/ formação**

**contínua para a equipa  
multidisciplinar!**



13



## ▲ NOS ESTUDOS... (sugestões) (cont.)



- **falar baixo,**
- **diminuir o som da campanha do telefone, tlm, TV, rádio,...**
- **av. os níveis de ruído antes da aquisição de equipamentos,**
- **cuidado ao arrastar cadeiras e carro de emergência,**
- **cuidados ao fechar portas e janelas.**

## CONCLUSÃO

- Sensibilização!
- Adopção de medidas promotoras de conforto!
- Mais conforto!
- Melhores cuidados!
- Melhores resultados!
- Satisfação dos doentes e profissionais!



15

## CONCLUSÃO



"Sabei escutar,  
e podeis ter a certeza  
de que o silêncio produz, muitas vezes,  
o mesmo efeito que a ciência."

Bonaparte



16

## BIBLIOGRAFIA



- Alligood & Tomey. "Teóricas de Enfermagem e sua origem" (2003). Lisboa: Lusociência, 5ª Edição.
- Costa. "Avaliação do nível de ruído em ambiente hospitalar" (2010). Pesquisado em 2 de Abril de 2013 e disponível em: [http://universidadetuiuti.utp.br/proppe/pesquisa/seminarios\\_de\\_pesquisa/trienio\\_2008-2010/UTP\\_XIV\\_sempesq\\_IX\\_IC\\_2010/pdfs/pdf\\_cbs/resumo\\_amp\\_cbs\\_aval\\_do\\_nivel.pdf](http://universidadetuiuti.utp.br/proppe/pesquisa/seminarios_de_pesquisa/trienio_2008-2010/UTP_XIV_sempesq_IX_IC_2010/pdfs/pdf_cbs/resumo_amp_cbs_aval_do_nivel.pdf)
- Muniz & Stroppa. "Desconfortos dos pacientes internados na UTI, quanto a poluição sonora" (2009). Pesquisado em 2 de Abril de 2013 e disponível em: <http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/808/682>
- Regulamento geral do ruído - Decreto-Lei n.º 292/2000 de 14 de Novembro. Pesquisado em 2 de Abril de 2013 e disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2000/11/263A00/65116520.pdf>
- Sousa. "Influência do ruído na comunicação interpessoal" (2006). Pesquisado em 2 de Abril de 2013 e disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/733/1/LC159.pdf>

17



# ETIEMI

Rita Costa  
Orientadora: Enf.ª Suzana José

18

## **Apêndice V**

**Sessão de formação: “Descontaminação de equipamento e material no transporte inter-hospitalar”**

# DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL

## - TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR -



Lisboa, 13 de Novembro 2013

## INTRODUÇÃO

### **Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS):**

- infeção não estava presente aquando da admissão hospitalar.

## INTRODUÇÃO (cont.)

### Transmissão das infeções:

- contacto;
- gotículas;
- via aérea.



3

## INTRODUÇÃO (cont.)

### Precauções Básicas:

- LUVAS???



Fluidos orgânicos (excepto suor)

Usar SEMPRE solução alcoólica no fim de qualquer procedimento



4

## INTRODUÇÃO (cont.)

### Precauções Básicas:

- Máscara???



Espirros/ tosse



- Aventais/ Batas???



???

## INTRODUÇÃO (cont.)

**“NÃO HÁ DOENTES DE RISCO,  
HÁ COMPORTAMENTOS DE RISCO!”**

## DESCONTAMINAÇÃO

- Os materiais podem ser veículos da transmissão de microrganismos se a sua descontaminação for inadequada.

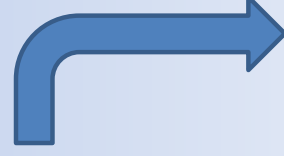
**ZONAS  
DE TOQUE  
FREQUENTE!!!**

- Os **métodos de descontaminação** devem estar bem definidos e o seu cumprimento é da responsabilidade dos profissionais.

7

## DESCONTAMINAÇÃO (cont.)

- Na descontaminação deve ter-se em conta o nível de risco que representa de acordo com utilização que vai ter.
- Classificação dos materiais em 3 níveis de risco e o necessário tipo de descontaminação 2º Spaulding (1968):



8

## DESCONTAMINAÇÃO (cont.)

NÍVEL DE RISCO	TIPO DE DESCONTAMINAÇÃO	EXEMPLOS
<b>Material Crítico</b> Todo o material que penetra nas cavidades estéreis ou no organismo do doente por ruptura das camadas da pele e mucosas	Esterilização	Implantes, instrumentos cirúrgicos, agulhas, sistemas de soros
<b>Material Semi-Crítico</b> Todo o material que entra em contacto com mucosas ou pele não íntegra	Desinfecção de alto nível ou esterilização	Lâminas de laringoscópio, endoscópios
<b>Material Não Crítico</b> Todo o material que entra em contacto com a pele íntegra ou que não entra em contacto com o doente	Limpeza Desinfecção de baixo nível *	Braçadeiras, marquesas, mesas de apoio, chão

9

## DESCONTAMINAÇÃO (cont.)

- **Limpeza:** remoção da sujidade (ex. matéria orgânica) por ação mecânica, geralmente com a ajuda de um detergente, reduz em mais de 80% os microrganismos existentes nos materiais e superfícies.

10

## DESCONTAMINAÇÃO (cont.)

Pode utilizar-se:

- ★ Detergente de Uso Comum – para superfícies (chão, paredes, etc.);
- ★ Detergente/ Desinfetante (ex. Anios®) – zonas de toque frequente;
- ★ Desinfetante à base de cloro (ex. Presept®)
- ★ Detergente com cloro – para loiças sanitárias (ex. lavatório)

11

## DESCONTAMINAÇÃO DE AMBULÂNCIAS

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



	Frequência	Método/ Produto
Puxadores/ varões e todas as zonas de toque frequente		Limpeza com detergente desinfetante (ex. Anios® toalhetes ou pulverizador)
Maca (colchão e zonas de toque frequente)	"	"
Estrutura da maca (pés/ rodas)	manter limpa	Lavagem com detergente de uso comum (na presença de sangue, utilizar detergente à base de cloro ou detergente desinfetante Anios®)
Cadeiras	"	"
Bala de O;	"	"
Resuscitador manual (Ambú)	após utilização	Enviar em saco plástico à Central de Esterilização do HPV
Roupa	"	Enviar à lavanderia
Aspirador	"	
Arrastadeira com proteção de saco	"	Descontaminar com detergente desinfetante a superfície (ex. Anios®)
Urinal descartável	"	Despertigar para um contentor de resíduos
Lavatório/ bancada	" / 1x dia	Lavagem e desinfeção com detergente com cloro

12

Chão	1x/dia	Lavagem com detergente de uso comum (na presença de vestígios de sangue, utilizar detergente desinfetante com cloro)
Paredes/ teto/ vidros	1x/sem	"
Suporte de papel mãos	"	Lavagem com água quente e detergente/ desinfetante (ex. Anios® toalhetes ou pulverizador)
Qualquer zona com derrame de sangue ou fluidos orgânicos, com exceção da urina	SOS	Aplicação de grânulos Presept® sobre o derrame de modo a cobri-lo completamente. Deixar atuar pelo menos 2min. Remover utilizando um toalhete descartável e limpar com água e detergente.

NOTAS:

- O operador sempre que proceder à descontaminação dos materiais deve utilizar equipamento de proteção adequados (luvas, máscara, bata, avental);
- A frequência da descontaminação poderá ter que ser alterada em SOS;
- Não misturar produtos, nomeadamente desinfetantes e detergentes, pois pode provocar reação química tóxica e/ou amular o efeito do desinfetante.

## CONCLUSÃO

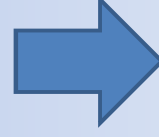
- Atenção!!

-Mudança!!

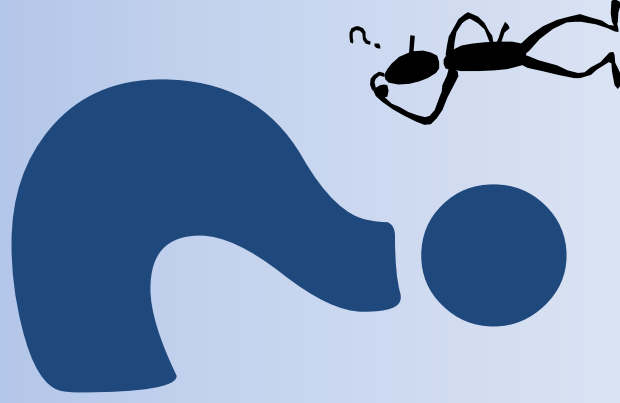
-Gestos!!

-Atitude!!

... } qualidade nos cuidados!!!!

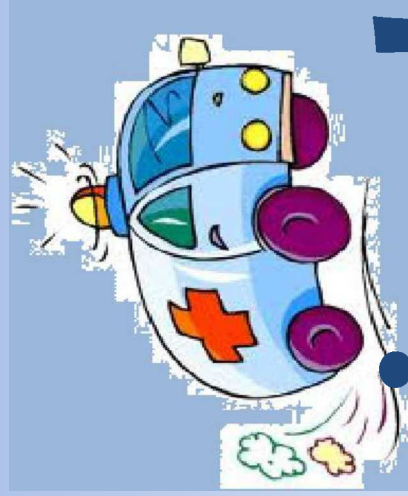


**Ganhos em Saúde!**



## BIBLIOGRAFIA

- CCI. "Recomendações para a descontaminação de materiais" – norma interna, HSM 2009. Disponível na intranet
- CCI. "Isolamento" – norma interna, HSM 2002. Disponível na intranet
- CCI. "Utilização de equipamento protector individual no transporte de doentes dentro do hospital HSM" – norma interna, HSM 2009. Disponível na intranet
- D.G.S. "Precauções básicas do controlo de infeção" – norma da Direção Geral da Saúde (Dezembro 2012). Pesquisado em 6 de Outubro de 2013 e disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/NOCSpdfs/NOCS29de2012.pdf>
- Gomes & Sousa. "Biossegurança para ambulâncias" (Julho 2007). Pesquisado em 6 de Outubro de 2013 e disponível em: [http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih\\_biosseguranca\\_para\\_ambulancia.pdf](http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_biosseguranca_para_ambulancia.pdf)
- Lopes, Costa & Noronha. "Rotinas de enfermagem sobre limpeza e desinfeção de ambulâncias: uma revisão de literatura" (s.d.). Pesquisado em 6 de Outubro de 2013 e disponível em: <http://www.sismepe.pe.gov.br/caosaude/arquivos/md/RotinasDesinfeccaoAmbulancia.pdf>
- Prefeitura de França. "Por limpeza desinfeção e esterilização de materiais e equipamentos ambulância suporte básico de vida e suporte avançado" – normas gerais 2012. Pesquisado em 6 de Outubro de 2013 e disponível em: [file:///C:/Users/Paulo%20Rui/CASADOAIDO/Downloads/POP\\_%20BIOSEGURAN%C3%87A.pdf](file:///C:/Users/Paulo%20Rui/CASADOAIDO/Downloads/POP_%20BIOSEGURAN%C3%87A.pdf)
- Virox, technologies inc. "Cleaning and disinfection protocol for emergency services fire, ambulance, police, search & rescue" (2006). Pesquisado em 6 de Outubro de 2013 e disponível em: [http://www.virox.com/files\\_docs/content/pdf/msds/EmergencyServicesProtocolCanada.pdf](http://www.virox.com/files_docs/content/pdf/msds/EmergencyServicesProtocolCanada.pdf)



# Obrigado 😊

Trabalho realizado por Rita Costa

Orientação: Enf.ª Teresa Amores

Tutoria: Prof.ª Patrícia Pontífice



**Detergente de uso comum:**

[4000000524]



## Detergente/ Desinfetante Anios®:

Pulverizador/ Toalhetes

[40000000552]/ [40000000772]



19

## Desinfetante Presept® grânulos:

[40000000559]



20

## Detergente com cloro:

[4000000539]



## **Apêndice VI**

**Guia orientador de descontaminação de ambulâncias**

# DESCONTAMINAÇÃO DE AMBULÂNCIAS

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



Comissão de Controlo de Infecção

	Frequência	Método/ Produto
Maca (colchão e zonas de toque frequente)	entre doentes	Limpeza com detergente/desinfetante (ex. Anios® toalhetes ou pulverizador)
Puxadores/ varões e todas as zonas de toque frequente	“	“
Estrutura da maca (pés/ rodas)	manter limpa	Lavagem com detergente de uso comum (na presença de sangue, utilizar detergente à base de cloro ou detergente desinfetante Anios®)
Cadeiras (tripulantes e doentes de ambulatório)	“	“
Cadeiras (doentes internados)	entre doentes	“
Ressuscitador manual (Ambú)	após utilização	Enviar em saco plástico à Central de Esterilização do HPV
Bala de O <sub>2</sub>	manter limpa	Lavagem com detergente de uso comum (na presença de sangue, utilizar detergente à base de cloro ou detergente desinfetante Anios®)
Aspirador	“	Desperdiçar o sistema de aspiração. Exterioirmente utilizar detergente desinfetante Anios®
Roupa	“	Enviar à lavandaria
Arrastadeira com proteção de saco	“	Descontaminar com detergente desinfetante a superfície (ex. Anios®)
Urinol descartável	“	Desperdiçar para um contentor de resíduos
Lavatório/ bancada	“ / 1x/dia	Lavagem e desinfeção com detergente com cloro
Chão	1x/dia	Lavagem com detergente de uso comum (na presença de vestígios de sangue, utilizar detergente desinfetante com cloro)
Paredes/ teto/ vidros	1x/sem	“
Suporte de papel mãos	“	Lavagem com água quente e detergente/desinfetante (ex. Anios® toalhetes ou pulverizador)
Qualquer zona com derrame de sangue ou fluidos orgânicos, com exceção da urina	SOS	Aplicação de grânulos Presept® sobre o derrame de modo a cobri-lo completamente. Deixar atuar pelo menos 2min. Remover utilizando um toalhete descartável e limpar com água e detergente.

## NOTAS:

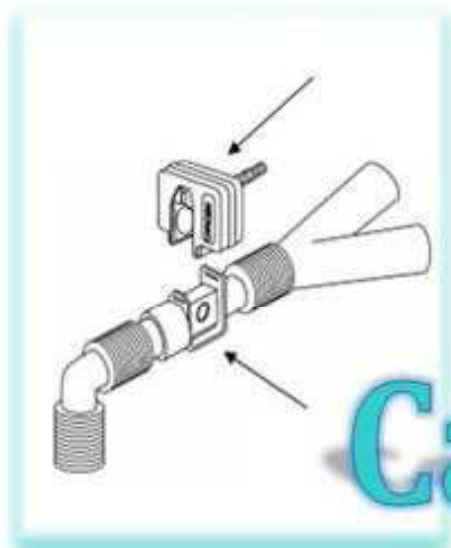
- O operador sempre que proceder à descontaminação dos materiais deve utilizar equipamento de proteção adequados (luvas/máscara/bata/ avental);
- A frequência da descontaminação poderá ter que ser alterada em SOS;
- Não misturar produtos, nomeadamente desinfetantes e detergentes, pois pode provocar reação química tóxica e/ ou anular o efeito do desinfetante.



## **Apêndice VII**

**Divulgação da sessão de sensibilização: “Capnografia”**

## SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO



# Capnografia

**LOCAL** – Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital da Luz

**TEMA** – “Capnografia”

**DATA** – 29 e 30 de Janeiro de 2014

**HORA** – 15h00

**Destinatários** – Equipa de enfermagem

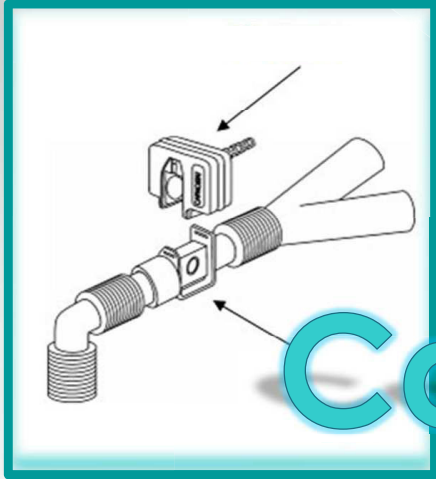
**Formador** – Rita Costa

**Orientador** – Enf.º Renato Baião

**Tutora** – Professora Doutora Patrícia Pontífice

## **Apêndice VIII**

**Sessão de sensibilização: “Capnografia”**



# Capnografia

Rita Costa nº192012014  
29 e 30 de Janeiro 2014, Lisboa

## 1. INTRODUÇÃO

### **Objetivo geral:**

- sensibilizar os Enfermeiros para a importância da utilização/funcionamentos da capnografia na unidade.

### **Objetivos específicos:**

- definir capnografia;
- conhecer o funcionamento de um capnógrafo;
- interpretar um capnograma.

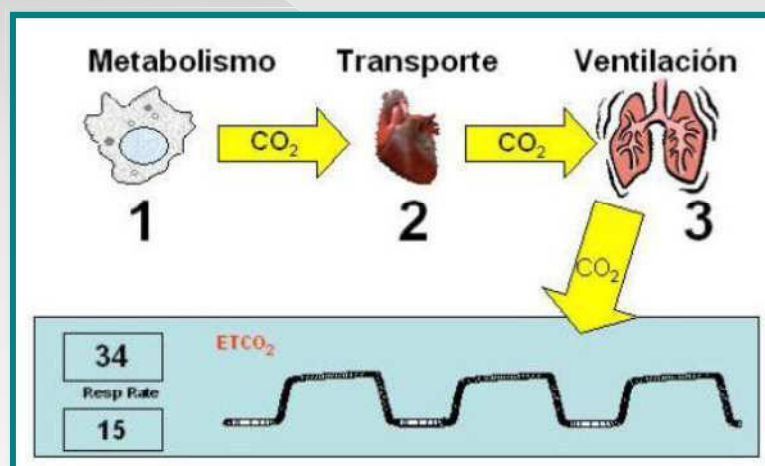
## 2. CAPNOGRAFIA

### Definição:

- medida não-invasiva de CO<sub>2</sub> expirado
- valor numérico etCO<sub>2</sub>
- expresso em % ou mmHg
- forma de onda = capnograma

## 2. CAPNOGRAFIA (cont.)

- fisiologia básica da capnografia:



## 2. CAPNOGRAFIA (cont.)

### Enfª de uma unidade médico-cirúrgica:

*"Before, we relied solely on pulse oximetry to detect respiratory depression, but that only showed previous*

*breathing patterns. EtCO<sub>2</sub> monitoring tells us what is currently going on with the patient. The breath-by-breath measurement very precisely reveals a patient's condition."*



## 2.1 Evolução histórica

### 1980:

- começou por ser conhecida e usada nas salas de cirurgia nos EUA.

### 198...:

- rapidamente se ampliou pois várias Organizações de referência propuseram o seu uso mais frequentemente de forma a monitorizarem os doentes, através da Demonstração de benefícios que a oximetria não oferece.



## 2.1 Evolução histórica



- Intensive Care Society

“...the use of capnography (...) is **STRONGLY** recommended during tracheal intubation in the critically ill”

*In Journal of The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011*

## 2.2 Estudos...

2011

UCI do Reino Unido e na República da Irlanda

capnografia

padrão adequado nos pacientes ventilados

discussão

face às dificuldades técnicas que existentes,

mas...

ultrapassadas pelas sua utilização



## 2.3 Indicações



- sedação profunda/ prolongada,
- sedação moderada com risco de depressão respiratória,
- PCR,
- EOT difícil.

### Na unidade:

- Decúbitos ventrais
- ARDS
- protocolo hipotermia
- ...?

## 2.4 Papel do enfermeiro

- seguir as orientações da instituição e do fabricante na montagem do sistema e na verificação de rotina de precisão e de calibragem dos sensores.
- conhecer o funcionamento da capnografia.
- ser capaz de reconhecer situações clínicas em que o  $\text{etCO}_2$  pode não refletir com precisão o  $\text{CO}_2$  arterial.



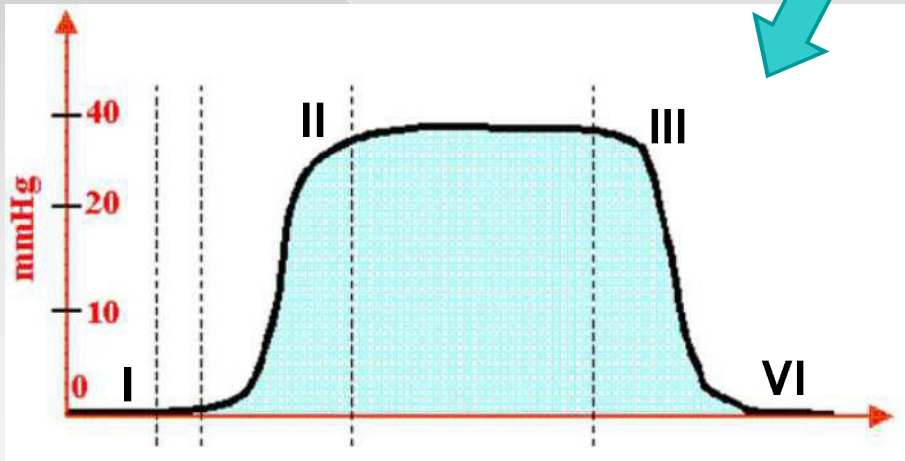
**Cuidar da pessoa, não do equipamento!**



## 2.5 Monitorização



representação gráfica de CO<sub>2</sub> → capnograma



## NORMA

**HOSPITAL DA LUZ**  
ESPÍRITO SANTO SAÚDE

**MANUAL DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

PROCEDEMENTO N.º: 11  
TÍTULO: CURA DE ENFERMAGEM  
ÁREA: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS  
DATA: 24 DEZEMBRO 2014

**1. NOME:**  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM CAPNOGRAFIA EM CURSO

**2. ÂMBITO:**  
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

**3. PESSOAL ABRANGIDO:**  
ENFERMEIROS DA LUZ

**4. PONTOS IMPORTANTES:**

A capnografia é uma medida não invasiva de CO<sub>2</sub> exalado. É expressa em percentagem ou como pressão parcial em mmHg. Resulta da capacidade de absorção de luz do CO<sub>2</sub> na região infravermelha de um espectro eletromagnético. Isto traduz-se numa curva de capnografia que se denomina capnograma<sup>(1)</sup>. Este reflete a atividade respiratória do cliente em tempo real, permitindo uma apreciação qualitativa da ventilação do doente e proporcionando uma deteção precoce de eventuais episódios de depressão respiratória.

O valor numérico exibido é chamado de CO<sub>2</sub> no ar exalado no final de exalação (etCO<sub>2</sub>). Esta medida reflete aproximadamente a pressão parcial arterial do dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>). O valor de referência de PaCO<sub>2</sub> é 35-45mmHg, sendo que o etCO<sub>2</sub> costuma ser de 1-5mmHg inferior, em pacientes sem doença ventilatória significativa ou problemas circulatorios.

**Indicações:**

- sedação profunda prolongada,
- sedação moderada com risco de depressão respiratória,
- POR,
- EOT (tCI),

Em particular na unidade:

- Decúbitos ventrais,
- ARDS,
- protocolo hipotermia
- etc.

O capnógrafo utilizado no serviço é "Cocostat etCO<sub>2</sub>" que integra os monitores das unidades - Ortop.

Versão: 1.0 | Elaborado por: | Aprovado por: | Revisão em:

## 2.5 Monitorização (cont.)

- possíveis causas da variação do  $etCO_2$ :

↑  $etCO_2$  { Febre;  
Embolismo;  
HTA;  
Hipoventilação;  
Obstrução parcial das vias aéreas;  
Problemas nas válvulas;  
Problemas com o ventilador.

↓  $etCO_2$  { Hipotermia;  
Hipotensão;  
Hipovolémia;  
Embolismo pulmonar;  
Hiperventilação;  
Apneia;  
Obstrução total das vias aéreas;  
Exteriorização do TOT.

## 2.5 Monitorização (cont.)

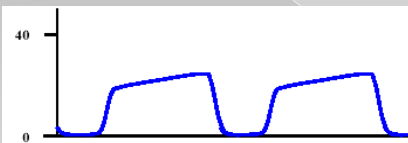


Gráfico 1



Gráfico 2

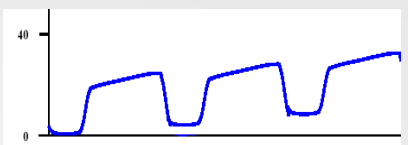


Gráfico 3



Gráfico 4

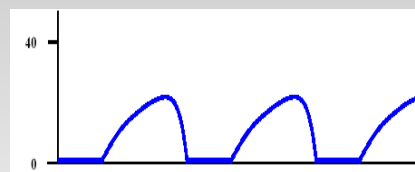


Gráfico 5

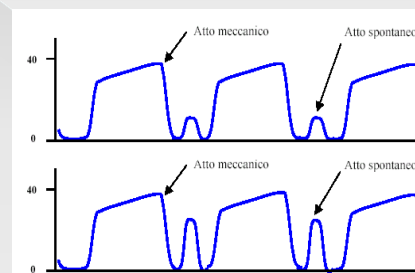


Gráfico 6



Gráfico 7



### 3. CONCLUSÃO

método de monitorização essencial

Possibilita diagnósticos precoces de:

- distúrbios obstrutivos
- gravidade da doença
- hipo/ hipercápnia

↓ **risco vida do paciente**

### REFLEXÃO CRÍTICA

#### PORQUE UTILIZAR CAPNOGRAFIA EM UCI?

- “...there is often variable expertise among different ICU...”
- “... undiagnosed inadvertent endotracheal tube displacement ...”
- “... effectiveness of CPR.”
- “... diagnosing bronchospasm, airway obstruction, or kined tracheal tube...”
- “... estimation spontaneous breaths during weaning process..”

# REFLEXÃO CRÍTICA

## PORQUE UTILIZAR CAPNOGRAFIA EM UCI?

- Estudo 2011 (update 2013)

Inglaterra – Royall College of Anesthesiologists / Difficult Airway Society

**Permissa:** encorajar equipa de UCI a utilizar capnografia

2008 – 2009

BO - 16 mortes – 3 MILHÕES DE DOENTES

UCI – 18 mortes – 48 mil doentes

**Conclusão:** É 66X mais provável existir alteração abrupta na via área na UCI



“somos seres preocupados em agir, fazer, resolver, providenciar. Estamos sempre tentando planear uma coisa, concluir outra, descobrir uma terceira.”

Paulo Coelho

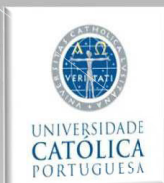


UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA



ESPÍRITO SANTO SAÚDE

Obrigada a todos os que me ajudaram a crescer a todos os  
níveis desde o meu primeiro dia de estágio!  
Daqui levo aprendizagens que jamais esquecerei.  
PARTILHA >>>>> CRESCIMENTO!



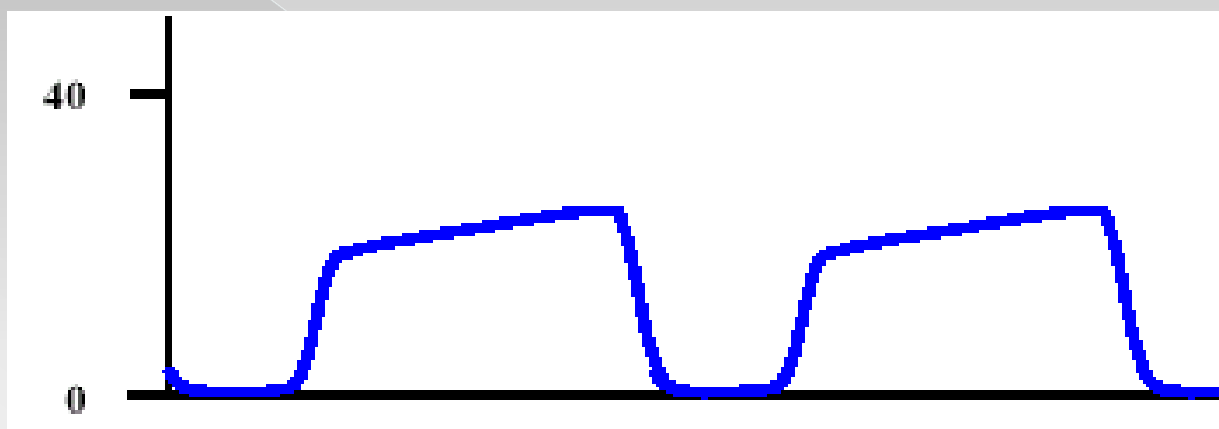
UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

## 4. BIBLIOGRAFIA

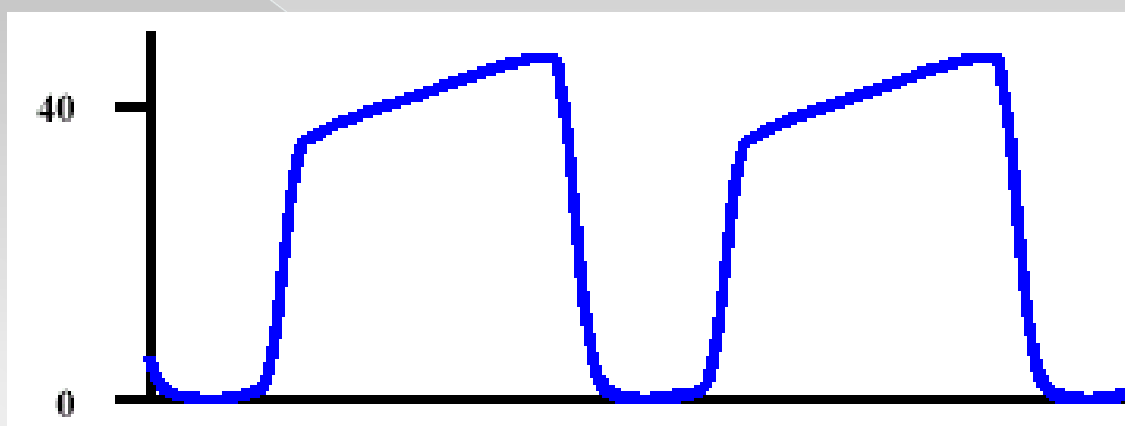


HOSPITAL DA LUZ  
ESPÍRITO SANTO SAÚDE

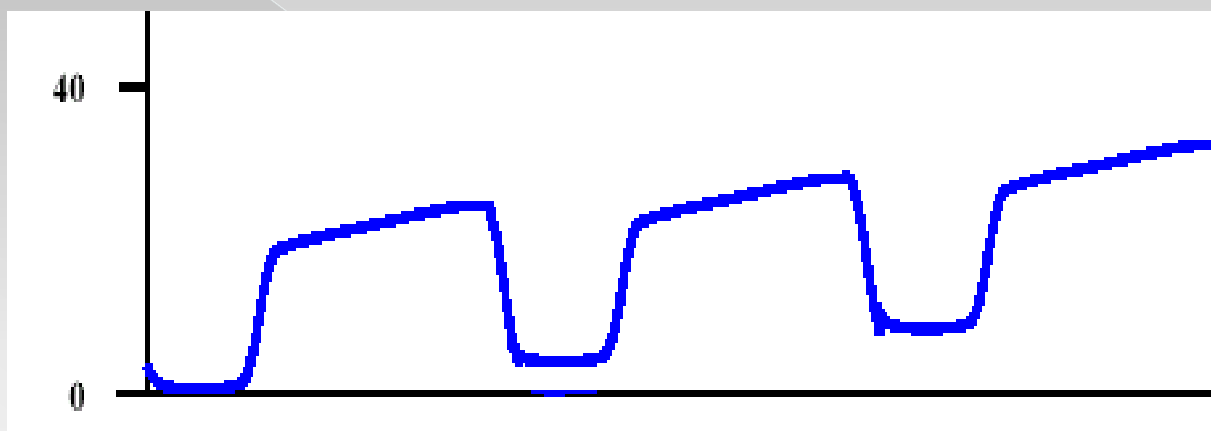
- Drager Medical. "Infinity Delta Series – Instruções de uso". EUA: Dezembro 2005.
- Marcelino, P. "Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – abordagem ao doente crítico". Lusociência: 2008.
- Moore, P. "The Case for Capnography: It Saves Lives". *RT Magazine* (May 2013): 8-13.
- Pesquisado em 6 de Janeiro de 2014 e disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c2c53524-9fb7-4a9d-92a6-053f408c0c66%40sessionmgr4004&vid=3&hid=4104>
- Moraes, M. & Tadine, R. "The Importance of Measuring Constant Capnography in The Intensive Care Unit". Pesquisado em 6 de Janeiro de 2014 e disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ibrati.org%2Fsei%2Fdocs%2Ftese\\_582.doc&ei=y2TiUr\\_-ArKy7AaD7oGwCA&usg=AFQjCNHdCfDpjH0J\\_y3l2ZvO8WWQD5rGzg&sig2=WkzufyxN7qDgKy9xmc8g6A&bvm=bv.59930103,d.Yms](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ibrati.org%2Fsei%2Fdocs%2Ftese_582.doc&ei=y2TiUr_-ArKy7AaD7oGwCA&usg=AFQjCNHdCfDpjH0J_y3l2ZvO8WWQD5rGzg&sig2=WkzufyxN7qDgKy9xmc8g6A&bvm=bv.59930103,d.Yms)
- Pereira, M.; Vilela, H. & Pina, L. "Capnografia como método de monitorização ventilatória". *Revista SPA* (Dezembro 2005): 24-28. (volume 14, número 4). Pesquisado em 6 de Janeiro de 2014 e disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/778/1/Rev%20SPA%202006%2c%2014%5b4%5d%2024-28.pdf>
- Picazo et. Al. "La capnografía en los servicios de emergencia Médica". *Revista Sermegen* (2009):138-143. Pesquisado em 13 de Janeiro de 2014 e disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ficcuem.com%2Fdescargar.php%3Farchivo%3Dpdf%2Farticulos%2F2009\\_04\\_la\\_capnograf%25EDa\\_sem.pdf%26n%3D2009\\_04\\_la\\_capnograf%25EDa\\_sem.pdf%26PHPSESSID%3Dad8e5c5f1824470cd2831373a2cfc46b&ei=7GjiUuKhLfCw7Abx\\_YHQc&usg=AFQjCNFJTiiPurVs3ib921mZsNEixLkoQ&sig2=tPw1Jrp6zrJORMBEjVh6A&bvm=bv.59930103,d.Yms](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ficcuem.com%2Fdescargar.php%3Farchivo%3Dpdf%2Farticulos%2F2009_04_la_capnograf%25EDa_sem.pdf%26n%3D2009_04_la_capnograf%25EDa_sem.pdf%26PHPSESSID%3Dad8e5c5f1824470cd2831373a2cfc46b&ei=7GjiUuKhLfCw7Abx_YHQc&usg=AFQjCNFJTiiPurVs3ib921mZsNEixLkoQ&sig2=tPw1Jrp6zrJORMBEjVh6A&bvm=bv.59930103,d.Yms)
- Schell, H. & Puntillo, K. "Segredos na Enfermagem na Terapia Intensiva". Artmed Editora: 2005.
- Walsh, B. et al. "Capnography/Capnometry during mechanical ventilation: 2011". *Respiratory Care* (Abril 2011): 503-509 (volume 56, número 4). Pesquisado a 6 de Janeiro de 2014 e disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21255312>
- Nolan, J. & Kelly, S. "Airway challenges in critical care". *Journal of The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland* (2011): 81-92. Pesquisado em 27 de Janeiro de 2014 e disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=847b3194-bc72-496a-a6da-ba1ca7a0a060%40sessionmgr114&vid=5&hid=108>



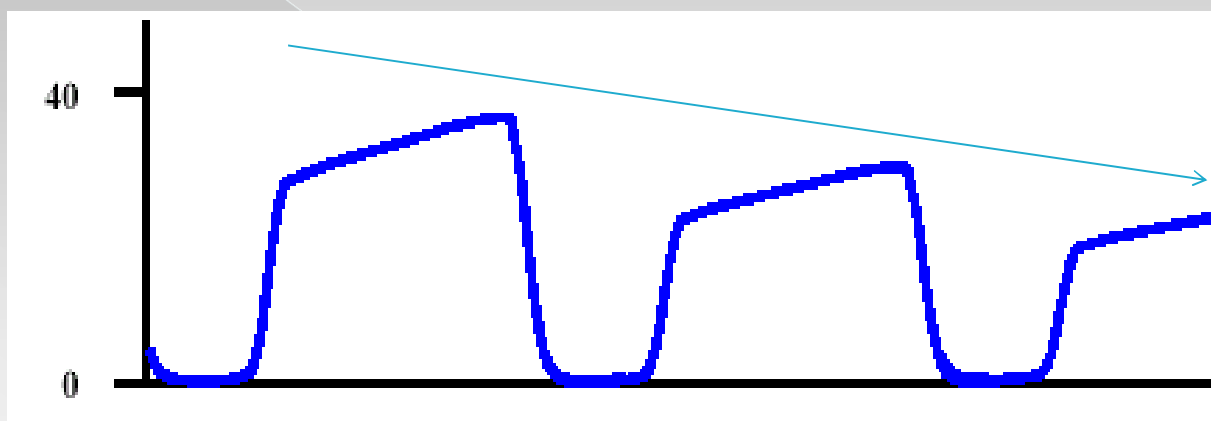
**Gráfico 1:** Capnograma normal



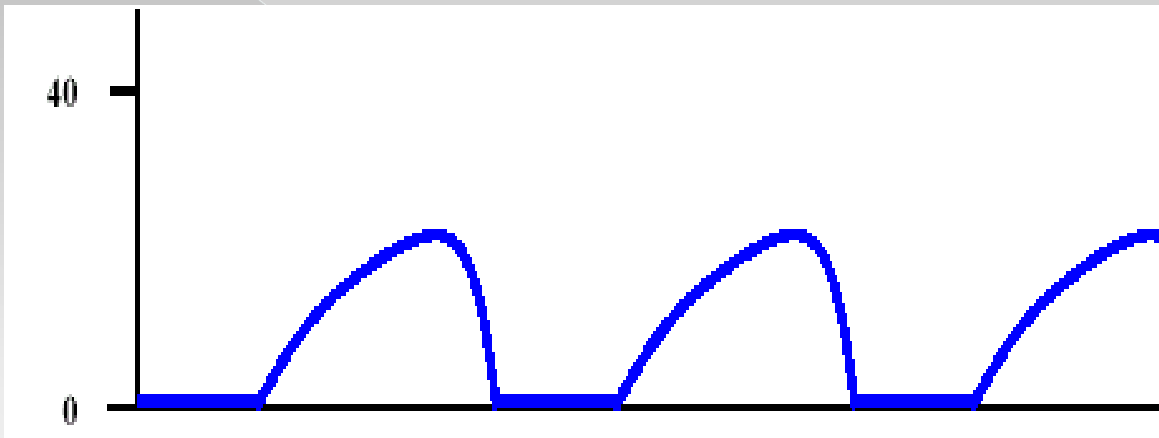
**Gráfico 2:** Hipoventilação



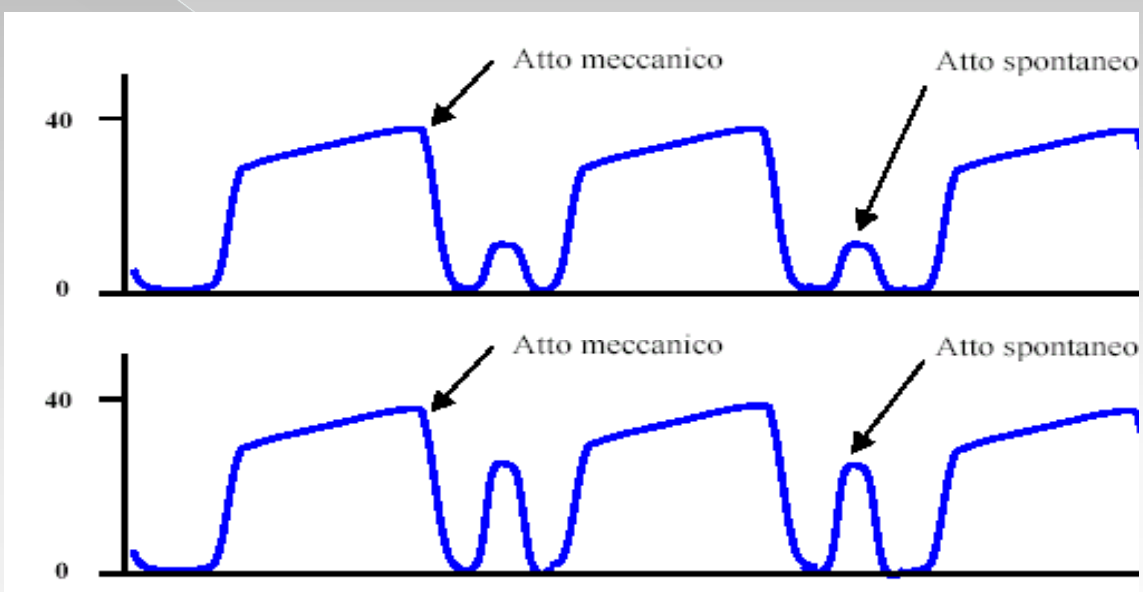
**Gráfico 3:** Hipoventilação



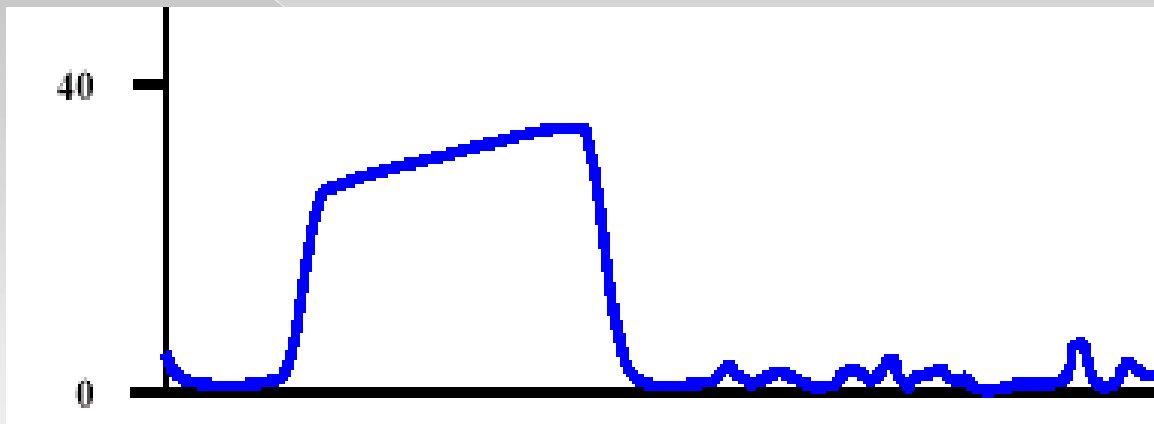
**Gráfico 4:** Hiperventilação



**Gráfico 5:** Expiração incompleta  
TOT parcialmente ocluído  
Broncoespasmo  
(mantendo - se baixo nos platôs alveolares)



**Gráfico 6:** Ventilação espontânea durante  
assistência ventilatória  
(Modos - modalidades)



**Gráfico 7:** Obstrução da via aérea  
Deslocamento do TOT para o esófago ou  
oclusão.  
Falha na VM (Ausência de curva)

**Apêndice IX**  
Norma: “Capnografia”

**MANUAL DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

1|3

---

PROCEDIMENTO N.	X
POLÍTICA N.º	1 DA DSE
ÁREA	PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
DATA	JANEIRO 2014

---

**1. NOME:**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM CAPNOGRAFIA EM CURSO

**2. ÂMBITO:**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

**3. PESSOAL ABRANGIDO:**

ENFERMEIROS DA UCI

**4. PONTOS IMPORTANTES:**

A capnografia é uma medida não invasiva de CO<sub>2</sub> expirado. É expressa em percentagem ou como pressão parcial em mmHg. Resulta da capacidade de absorção de luz do CO<sub>2</sub> na região infravermelha de um espectro electromagnético. Isto traduz-se numa curva de capnografia que se denomina capnograma(\*). Esta reflecte a atividade respiratória do cliente em tempo real, permitindo uma apreciação qualitativa da ventilação do doente e proporcionando uma deteção precoce de eventuais episódios de depressão/ alteração respiratória.

O valor numérico exibido é chamado de CO<sub>2</sub> no ar expelido no final da expiração (etCO<sub>2</sub>). Esta medida reflete aproximadamente a pressão parcial arterial do dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>). O valor de referência da PaCO<sub>2</sub> é 35-45mmHg, sendo que o etCO<sub>2</sub> costuma ser de 1-6mmHg inferior, em pacientes sem doença ventilatória significativa ou problemas circulatórios.

Indicações:

- sedação profunda/ prolongada,
- sedação moderada com risco de depressão respiratória,
- PCR,
- EOT difícil,

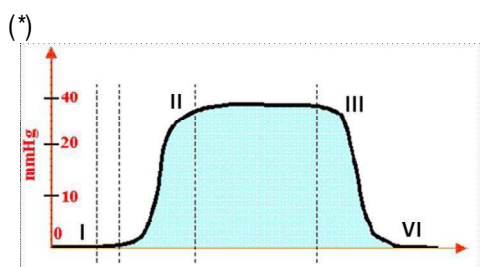
Em particular na unidade:

- Decúbitos ventrais,
- ARDS,
- protocolo hipotermia
- etc.

O capnografo utilizado no serviço é "Capnostat etCO<sub>2</sub>" que integra os monitores das unidades – Drager.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf.		
	Data: xx/01/2014	Data: xx/02/2014	Data: xx/xx/xxxx

---



I – linha basal que marca o fim da pausa inspiratória e lavagem do espaço morto durante o início da expiração. Ocorre eliminação do ar das grandes vias aéreas onde a  $[CO_2]$  é próxima de zero ou zero;

II – início da expiração há um aumento abrupto da  $[CO_2]$ , à medida que o ar mais próximo dos alvéolos começa a misturar-se com o ar do espaço morto;

III – platô da concentração de  $CO_2$  alveolar (expiratório), não é sempre

horizontal. A maior parte do  $CO_2$  de cada ciclo respiratório é expelido nesta fase, onde ocorre a eliminação do gás contido no parênquima pulmonar;

IV – início da inspiração, ocorrendo uma ligação com a fase I, iniciando um novo ciclo respiratório, é o ponto mais baixo de tensão de  $CO_2$ .

## 5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

A sequência de ações é baseada no manual de instrução de uso

### CONFIGURAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO DO FLUXO PRINCIPAL

- 1 - Inserir na parte posterior do monitor o módulo até que encaixe firmemente.
- 2 - Conectar uma extremidade do cabo ao conector do PodCom no lado esquerdo do monitor e a outra extremidade ao módulo.
- 3 - Posicionar verticalmente o adaptador das vias aéreas para evitar que as secreções obscureçam as janelas do adaptador.
- 4 - Clicar no ecrã de parâmetros de  $etCO_2$  para aceder ao menu Configuração de  $etCO_2$ .
- 5 - Clicar em Modo de medição.
- 6 - Clicar em Principal.
- 7 - Selecionar um adaptador das vias aéreas, certificando-se de que as janelas se encontram limpas e secas. Se necessário, limpar ou trocar o adaptador.
- 8 - Alinhar as marcas na base do adaptador com o sensor.
- 9 - Encaixar firmemente no lugar.
- 10 - Inserir o adaptador na vertical entre o cotovelo e o "Y" do circuito do ventilador.
- 11 - Posicionar o cabo do sensor afastado do cliente.
- 12 - Confirmar a configuração correta no menu de Configuração de  $etCO_2$ .

### CALIBRAÇÃO DO ADAPTADOR

- 1 - Clicar no quadro de parâmetros de  $etCO_2$  para aceder ao menu de configuração.
- 2 - Clicar em Cal. adaptador, surge uma mensagem:  $etCO_2$  Colocar o adaptador no ambiente. Conectar o sensor de  $CO_2$  sobre o adaptador das vias aéreas, mantendo-os afastados de qualquer fonte de  $CO_2$  (incluindo a boca do paciente e do profissional).
- 3 - Clicar em Continuar, a calibração tem uma duração média de 15seg., aparecendo uma mensagem a dizer que o  $etCO_2$  adaptador está sendo calibrado.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf.		
	Data: xx/01/2014	Data: xx/02/2014	Data: xx/xx/xxxx

4 - Quando a calibração é bem sucedida, o monitor exibe a mensagem: etCO2 Cal. adaptador aceita. Caso a calibração falhe, o monitor exibe uma mensagem de status.

#### VERIFICAÇÃO E CALIBRAÇÃO DO SENSOR

- 1 - Verificar se o monitor está ligado e conectado corretamente aos módulos.
- 2 - O monitor exibe uma mensagem informando que o sensor está a aquecer (aproximadamente 2min.).
- 3 - Quando o sensor alcança uma temperatura estável, o monitor sugere para colocar o sensor na célula zero.
- 4 - Localizar as células zero e de referência no cabo do sensor.
- 5 - Colocar o sensor na célula zero, o processo de calibração inicia-se automaticamente e dura aproximadamente 20seg.
- 6 - Depois da calibração estar completa, o monitor exibirá as instruções de colocação do sensor na célula de referência.
- 7 - Colocar o sensor na célula de referência e o monitor mostrará a mensagem: etCO2 Cal. do sensor verificada.
- 8 - Após finalizar a verificação, o monitor exibirá a mensagem: etCO2 Cal. do sensor verificada.

#### LIMPEZA E DESINFECÇÃO

- 1 - Módulo: Limpar o módulo com compressa levemente humedecida com água e sabão ou álcool isopropílico, secar sem deixar vestígios.
- 2 - Sensor Capnostat: Limpar as superfícies do sensor, inclusive as suas janelas com um pano húmido. Nunca mergulhar nem esterilizar. Secar com um pano que não deixe vestígios. Certificar-se de que as janelas do sensor ficam limpas e secas.
- 3 - Adaptador das vias aéreas: Enxaguar os adaptadores das vias aéreas numa solução morna de água e sabão, colocá-los de molho num desinfetante líquido ou em gluteraldeído que tenha sido esterilizado a frio. Secar com um pano que não deixe vestígios, e antes de usar, certificar de que as janelas dos adaptadores se encontram secas e sem qualquer resíduo.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf.		
	Data: xx/01/2014	Data: xx/02/2014	Data: xx/xx/xxxx