



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO

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 Patrícia Pinheiro Dias Eirinha

Lisboa, setembro de 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

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 Patrícia Pinheiro Dias Eirinha
Sob orientação da Professora Isabel Rabiais

Lisboa, setembro de 2012

RESUMO

O presente Relatório diz respeito à última fase do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica que culmina na obtenção do título de Enfermeiro Especialista.

Neste documento é feita uma análise crítico-reflexiva do percurso desenvolvido ao longo da unidade curricular de Estágio, dos objetivos propostos e alcançados, das atividades e das competências adquiridas e/ou desenvolvidas.

Os três módulos que compõem o Estágio foram realizados na Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital de Santa Marta (HSM), Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) (Módulo III) e no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) (Módulo I), sendo que tive creditação ao Módulo II, referente aos Cuidados Intensivos.

O Relatório foi organizado considerando as Competências do Enfermeiro Especialista (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril) e o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) (UCP, 2010). Este trabalho está dividido em cinco capítulos, de forma a facilitar a sua leitura e compreensão.

A elaboração deste Relatório pretende espelhar a aquisição e/ou desenvolvimento de competências ao nível da Enfermagem Avançada, na prestação de cuidados ao doente adulto e idoso, em situação de doença grave e contextos assistenciais diferenciados.

O trabalho desenvolvido exigiu demonstração de conhecimentos, capacidade de compreensão e mobilização dos mesmos no sentido de identificar os problemas e oportunidades de intervenção nos diversos contextos assistenciais e multidisciplinares relacionados com a área de especialização. Para tal, tornou-se essencial a integração de conhecimentos de diversas áreas, fundamentados em quadros conceptuais e teorias de enfermagem e a tomada de decisão de forma a identificar problemas, resolver situações complexas, comunicar a integração de conhecimentos e o raciocínio subjacente à intervenção e refletir sobre as implicações na prática de cuidados.

Palavras-chave: Enfermeiro, Competências, Especialidade, Cuidados de Enfermagem, Segurança e Qualidade.

ABSTRACT

This report concerns the final phase of Specialization in Medical-Surgical Nursing which culminates in obtaining the title of Nurse Specialist.

This document presents a critical-reflexive analysis of the path developed over the apprenticeship course, the objectives that have been set and achieved, the activities and skills acquired and/or developed.

The three modules making up the Apprenticeship were developed in the Hospital Acquired Infection Control Commission in Santa Marta Hospital, Centro Hospitalar de Lisboa Central (Module III) and Emergency of São Francisco Xavier Hospital, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Module I), and had accreditation to Module II, referring to the Intensive Care Unit.

The report was organized taking into account the Nurse Specialist Skills (Decree-Law nº 161/96, of September 4 altered by Decree-Law nº 104/98, of April 21) and the Curriculum of the Master Course in Medical-Surgical Nursing at UCP (UCP, 2010). The report has been divided into five chapters, in order to facilitate its reading and understanding.

The preparation of this report is intended to demonstrate the acquisition and/or development of skills in the Advanced Nursing, in providing care to the sick and elderly adults in situations of serious illness and different care settings.

The work required demonstration of knowledge, understanding and ability to mobilize this knowledge to identify problems and opportunities for intervention and assistance in various contexts related to the multidisciplinary field of expertise. To this end, it was essential to integrate knowledge from different areas, based on conceptual frameworks, nursing theories and decision-making in order to identify problems, solve complex situations, communicate the integration of knowledge and reasoning behind the intervention and reflect on the implications for care practice.

Keywords: Nurse, Skills, Specialization, Nursing Care, Safety and Quality.

AGRADECIMENTOS

Neste espaço pretendo agradecer a todos aqueles com quem me cruzei durante este percurso de formação e crescimento pessoal e profissional, particularmente aos meus orientadores, Enfermeira Fernanda Santos e Enfermeiro José Henriques, pela disponibilidade, compreensão e aprendizagens proporcionadas.

Agradeço ainda às equipas que me receberam e possibilitaram este percurso.

À minha Professora Orientadora, Professora Isabel Rabiais, obrigada pelo apoio, orientação e disponibilidade.

Os meus amigos e família tornaram este percurso possível e é a eles que devo o facto de ter conseguido chegar até aqui. Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

AO – Assistente Operacional

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CDC – Centers for Disease Control

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DR – Doença Renal

DRC – Doença Renal Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

FA – Fibrilhação Auricular

HD – Hemodiálise

HSC – Hospital de Santa Cruz

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

HSM – Hospital de Santa Marta

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

NDNQI – National Database of Nursing Quality Indicators

NP – Norma Portuguesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

PM – Pacemaker

PNPCI – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção

SAMR – *Staphylococcus aureus* Meticilina Resistente

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

TR – Transplante Renal

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

UCP – Universidade Católica Portuguesa

LISTA DE ACRÓNIMOS

ANA – American Nurses Association

CIPE ® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

SUMÁRIO	Pág.
0. INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	20
1.1. ENFERMAGEM	20
1.2. A QUALIDADE E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	24
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DE ESTÁGIO	28
2.1. MÓDULO I: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	28
2.2. MÓDULO II: CUIDADOS INTENSIVOS	43
2.3. MÓDULO III: COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO	51
3. CONCLUSÃO	64
4. BIBLIOGRAFIA	67
APÊNDICES	73
APÊNDICE I – Recomendações para a Utilização de Material de Penso no Tratamento de Úlceras de Pressão	75
APÊNDICE II – Recomendações para Prevenção de Lesões Resultantes de Quedas	98
APÊNDICE III – Recomendações para a Implementação de Medidas de Contenção	114
APÊNDICE IV – Recomendações para a Prevenção e Controlo da Infeção Associada à Cateterização Venosa Central	126
APÊNDICE V – Recomendações para a Heparinização do Cateter Venoso Central de Terapêutica	138
APÊNDICE VI – Plano de Sessão: “Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Quedas e Úlceras de Pressão”	142
APÊNDICE VII – Formação: “Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Quedas e Úlceras de Pressão”	146
APÊNDICE VIII – Relatório da Vigilância Epidemiológica dos Microrganismos “Alerta”	162
APÊNDICE IX – Plano de Sessão: “Precauções Básicas”	176
APÊNDICE X – Fundamentação para a Formação: “Precauções Básicas”	180
APÊNDICE XI – Formação: “Precauções Básicas”	186

APÊNDICE XII – Questionário da Formação: “Precauções Básicas	204
APÊNDICE XIII – Avaliação da Formação: “Precauções Básicas”	208
APÊNDICE XIV – Folhetos Informativos para Utentes e Visitas: “Medidas de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”	214
APÊNDICE XV – Instrumento de Auditoria à Colocação e Manutenção do Cateter Venoso Central	224
APÊNDICE XVI – Instrumento de Auditoria à Inserção e Manutenção da Algália	234
APÊNDICE XVII – Questionário: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”	242
APÊNDICE XVIII – Formação: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”	248
APÊNDICE XIX – Plano de Sessão: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”	262
APÊNDICE XX – Relatório da Aplicação do Questionário: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”	276
APÊNDICE XXI – Convite para a Sessão de Formação: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”	298
APÊNDICE XXII – Avaliação da Formação: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”	302
ANEXOS	304
ANEXO I – Certificado do Gabinete de Gestão de Risco do CHLO	306
ANEXO II – Questionário de Avaliação da Formação: “Precauções Básicas”	310

0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento constituiu-se como a última etapa do percurso que iniciei no âmbito do curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e tem como finalidade refletir sobre o percurso na unidade curricular de Estágio.

De acordo com Sussams (1996), um Relatório de Estágio é um documento definitivo, o produto final de um trabalho e tem duas finalidades: fornecer um relato permanente, global e coerente de um trabalho e informação necessária para a tomada de decisões, responsabilizando quem o apresenta.

Este Relatório é a produção escrita de todas as atividades realizadas ao longo do Estágio e constitui-se como um imprescindível instrumento de análise e um promotor de reflexão, informação e comunicação. Assim, tem como objetivos:

- Esclarecer e fundamentar o percurso realizado durante os módulos do Estágio;
- Enunciar e fundamentar as competências adquiridas e/ou desenvolvidas no Estágio;
- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas nos diferentes locais de Estágio;
- Refletir sobre o percurso desenvolvido e sobre as implicações na prestação de cuidados.

Com a elaboração deste trabalho pretendo justificar e defender a aquisição e/ou desenvolvimento das competências definidas no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista e constantes no Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP.

Este Relatório de Estágio pretende, de acordo com os objetivos propostos no Projeto de Estágio, evidenciar a reflexão sobre as atividades realizadas e situações de aprendizagem emergindo a aquisição e/ou desenvolvimento de competências.

O Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado pelo ICS da UCP visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem Avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, particularmente no que respeita a assistência ao doente em estado crítico (UCP, 2010).

Os três módulos que compõem o Estágio foram realizados na CCIH do HSM, CHLC (Módulo III), no SU do HSFX, CHLO (Módulo I), sendo que tive creditação ao Módulo II, referente aos Cuidados Intensivos.

O Estágio correspondente ao Módulo I foi desenvolvido no SU do HSFX, CHLO. Este serviço pertence à instituição onde exerço funções e é um dos principais serviços através dos quais recebemos doentes na Nefrologia do HSC. Além disso, é um serviço de urgência Polivalente o que constitui o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência, possuindo diversas especialidades médicas e cirúrgicas.

O HSFX foi criado no sentido de dar uma resposta eficaz às necessidades de assistência médico-hospitalar na área ocidental de Lisboa. Em 2005, o hospital foi integrado no CHLO, que presta cuidados de saúde diferenciados a cerca de 950 mil habitantes nos concelhos de Oeiras, Cascais, Amadora e Sintra e nas freguesias de S. Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda e Santo Condestável do concelho de Lisboa (CHLO, 2011).

O SU está organizado por setores por onde são distribuídos os enfermeiros e que permitem uma eficaz resposta às necessidades da população que recorre a esta instituição. Os setores do SU são: Triage, Reanimação, Atendimento Geral, Pequena Cirurgia/Cirurgia Plástica, Trauma/Cirurgia Geral/Ortopedia/Psiquiatria, Balcão de Medicina, 2 Salas de Decisão Clínica e SO. No SU algumas especialidades estão apenas presentes em regime parcial ou de chamada como, por exemplo, neurocirurgia, urologia, gastroenterologia e cirurgia vascular, no entanto, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, cardiologia, psiquiatria, imagiologia e cirurgia plástica estão presentes 24 horas por dia. Todas as crianças que sofram trauma são observadas no SU e, posteriormente, encaminhadas para a urgência pediátrica.

Em relação ao Módulo III, optei pela CCIH do HSM, CHLC, por ser um local de referência no que respeita a intervenção na prevenção e controlo da infeção, por ser um hospital onde se prestam cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica em diferentes valências e por ter a oportunidade de trabalhar com profissionais que têm contribuído para a divulgação e desenvolvimento de conhecimento científico na área.

O HSM serve uma ampla área geográfica, nesta altura ainda mais alargada pela integração no CHLC. Este hospital presta cuidados em diversas valências: angiologia e cirurgia vascular, cirurgia cardiorácica, cardiologia, pneumologia e medicina interna. No CHLC, cada um dos hospitais tem uma CCIH na qual exerce funções uma enfermeira. As CCIH têm uma intervenção dirigida às necessidades de cada hospital e uma atividade comum e transversal que reflete a importância e investimento do CHLC nesta área (HSM, 2011).

A CCIH do HSM realiza uma ampla ação a diversos níveis: vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas e formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitas. A sua intervenção é muito próxima dos profissionais de saúde nas diversas unidades e dirigida às necessidades que vão sendo identificadas. Esta comissão é constituída por um Núcleo Executivo, coordenador e

enfermeira; um Núcleo Consultivo, médicos, farmacêutica, gestora hospitalar, microbiologista e enfermeira do Gabinete de Gestão de Risco; Membros Dinamizadores, médicos, enfermeiros e Assistentes Operacionais (AO) das diversas unidades e uma administrativa.

A creditação ao Módulo II fundamentou-se na experiência de 6 anos a trabalhar no serviço de Nefrologia do HSC, particularmente na Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) e que me permitiu a aquisição e/ou desenvolvimento de diversas competências que mais à frente fundamentarei à luz do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista e do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP.

Por motivos de interesse pessoal e pertinência no contexto profissional atual defini como linha orientadora e transversal ao percurso de Estágio o tema da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem.

A OE (2002) defende que, o desenvolvimento de um sistema de qualidade em saúde constitui uma ação prioritária, visto que, as atividades para aperfeiçoar a qualidade dos cuidados vão permitir a introdução de melhorias nas políticas de saúde. Nesse sentido, definiu padrões de qualidade em Enfermagem. Já a investigação mostra que pelo menos 10% dos doentes admitidos em estabelecimentos hospitalares vão sofrer danos decorrentes da prestação de cuidados e é da responsabilidade do profissional de saúde evitar que tal aconteça (Lage, 2010).

Torna-se essencial investir na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de forma a garantir que o exercício profissional da Enfermagem tenha em vista a redução dos danos decorrentes dos cuidados prestados.

Para melhor compreensão, o Relatório foi dividido em capítulos que possibilitam uma leitura sequencial e lógica do percurso desenvolvido. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento concetual onde faço uma breve fundamentação teórica acerca do tema transversal ao Estágio; no segundo capítulo, apresento, partindo dos objetivos de Estágio, as atividades realizadas e a análise crítico-reflexiva acerca das competências adquiridas e/ou desenvolvidas de acordo com o plano de estudos da UCP (2010) e com aquelas definidas para o Enfermeiro Especialista; na conclusão, faço uma reflexão global e crítica acerca do percurso de Estágio e elaboração do Relatório realçando as dificuldades sentidas, os aspetos que condicionaram este percurso e o contributo pessoal e profissional proporcionado pelo Estágio; apresento a bibliografia utilizada de acordo com a Norma Portuguesa (NP) 405 e, por último, encontram-se os apêndices e anexos que complementam o percurso apresentado.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo apresentam-se os contextos relevantes para a organização e desenvolvimento do Estágio, tendo em conta a temática e os objetivos definidos.

O contexto atual de prestação de cuidados de saúde é bastante complexo. A velocidade da prestação de cuidados, a evolução da medicina e da tecnologia e a necessidade frequente de tomar decisões e fazer julgamentos em situações de grande pressão e de “life saving” podem ser propícias à ocorrência de erros que se constituem como um desafio para a qualidade dos cuidados e um aspeto evitável na prestação dos mesmos (OMS, 2005; OE, 2006).

Neste sentido, a segurança do doente constitui-se como uma componente chave da qualidade dos cuidados de saúde. Esta segurança diz respeito aos doentes, familiares e visitas que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados que lhes são prestados nas instituições de saúde. (DGS, 2011).

Conscientes da importância desta problemática os enfermeiros têm desenvolvido esforços no sentido de responder adequadamente ao imperativo de prestar cuidados seguros.

1.1. ENFERMAGEM

Para a OMS, a principal missão do Enfermeiro é ajudar os indivíduos, famílias e grupos a determinarem e alcançarem o seu potencial no campo físico, mental e social. Assim, estes devem ser capazes de prestar cuidados nas áreas da promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença, cuidados curativos e de readaptação (Abreu, 2007).

A Enfermagem, devido ao seu mandato social e natureza específica, pode constituir um recurso importante na adequação da resposta do sistema de saúde às necessidades das populações. Como tal, deve preconizar-se um desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal, baseado em teorias de enfermagem que tenham por base o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições e, ainda, competências ao nível da tomada de decisão. Só assim, poderemos assistir a uma prática efetiva de Enfermagem Avançada. Partilhando da conceção de Enfermagem Avançada de Paiva e Silva (2007), considero que a evolução dos paradigmas e modelos em Enfermagem se constituiu fundamental para a evolução da Enfermagem enquanto profissão e disciplina com um quadro referencial próprio.

Assistimos na Europa ao desenvolvimento de esforços cujo objetivo é operacionalizar uma política educativa que assente na aquisição e/ou desenvolvimento de competências dos formandos, em articulação com os recursos científicos e técnicos de forma a promover

competências executórias e reflexivas. Partilho da mesma perspetiva de Mendonça (2009) e, consciente deste contexto, tenho investido na formação, aquisição e desenvolvimento de competências, com vista a promover a qualidade do exercício profissional. Segundo Alarcão (2001) ser competente é ser possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objetivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. Realça-se assim, que a competência está ligada aos comportamentos que condicionam a ação e refletem eficácia e/ou eficiência. Parece essencial que ao longo do processo formativo e nos diferentes contextos laborais se promova a aquisição de competências e uma intervenção eficaz e de qualidade por parte dos Enfermeiros (Mendonça, 2009). Hesbeen (2001) realça, no entanto, que as competências variam de acordo com a situação e a sua obtenção não tem um carácter definitivo.

Acredito que este investimento do qual faz parte este percurso no Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, me permitirá ser competente no uso das minhas capacidades, perícia e experiências anteriores para identificar necessidades, realizar diagnósticos, identificar riscos e benefícios na prestação de cuidados, tendo presente os meus valores e expectativas.

Benner (2001), no seu livro “De Iniciado a Perito”, descreve um modelo de evolução e desenvolvimento de competências estruturado em cinco estádios: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Iniciado é o profissional que não tem experiência nas situações com as quais pode ser confrontado na sua prática do cuidar; Iniciado Avançado é aquele que pode ter um comportamento aceitável pois já experienciou suficientes situações reais para identificar os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas; Competente é a enfermeira que trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos e começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente; enquanto Proficiente, a enfermeira apercebe-se das situações como uma globalidade e não em aspetos isolados e as suas ações são guiadas por máximas, por último, a enfermeira Perita é aquela que não se apoia num princípio analítico (regra, indicação ou máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. Este modelo defende que o conhecimento prático, que conduz à aquisição de competências, se adquire progressivamente com o tempo sendo necessário construir estratégias para que se alcance o saber fazer e este possa ser desenvolvido e melhorado.

Este fenómeno evolutivo de aquisição de competências é referido por Phaneuf (2005), que apresenta a definição de competência clínica em Enfermagem como um conjunto integrado que pressupõem a mobilização de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, habilidades técnicas e relacionais, capacidades cognitivas e afetivas, que permitem à enfermeira exercer a sua função ao nível da excelência. Identifico-me com esta definição e

considero essencial a reflexão sobre as competências que servem de base à prestação de cuidados, uma vez que, a exigência aos níveis da segurança, qualidade e excelência se evidenciam cada vez mais e impõem uma prática baseada na evidência e uma postura crítico-reflexiva constantes.

Em Portugal, a Enfermagem encontra-se regulamentada em documentos como o REPE (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, p. 2960), onde, no seu artigo 4º nº3 define que, Enfermeiro Especialista é aquele a quem é “atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”, sendo que, este deve desenvolver as suas competências dentro de quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O Enfermeiro deve ainda otimizar as respostas da equipa garantindo a segurança e qualidade dos cuidados e adaptando as suas estratégias de liderança e gestão às situações e contextos da prática (Regulamento 122/2011, de 18 de Fevereiro de 2011).

De acordo com o Regulamento acima referido, o Enfermeiro Especialista assume:

“ um conhecimento profundo num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”.

A especificidade e exigência espelhadas nos documentos que regulamentam a profissão refletem a evolução da Enfermagem ao longo dos últimos anos, estando neste momento dotada de um corpo de conhecimentos científicos alicerçados e desenvolvidos de acordo com o evoluir dos tempos e das necessidades. A aplicação de modelos teóricos de Enfermagem, em determinadas circunstâncias, exige frequentemente a integração e domínio de vários modelos. Os modelos teóricos devem guiar a prática e permitir fundamentar a reflexão na ação (Paiva e Silva, 2007 e Penela, 2011).

De acordo com Meleis (2007), a escolha de uma teoria que fundamente e suporte a intervenção de enfermagem, relaciona-se com fatores como:

- Motivos pessoais associados ao uso pessoal de critérios e a congruência da teoria relativamente à sua filosofia de vida;
- Mentor, visto que a exposição ao ensino da teoria ou a valorização da mesma por um elemento significativo pode influenciar a perspetiva do Enfermeiro;
- Autor da teoria, visto que aspetos relacionados com a imagem social, status ou respeito podem influenciar a adoção de determinada teoria;

- Suporte bibliográfico, relacionado com a oportunidade e disponibilidade para ler e escrever sobre a teoria;
- Congruência sociopolítica, associada à situação económica e social, com as suas limitações e tendências e mesmo imposição institucional;
- Utilidade e facilidade com que a teoria é aplicada ao contexto de trabalho.

A Enfermagem tem vindo a ser “pensada” por diferentes teóricos com o objetivo de desenvolver uma matriz concetual específica. Daí têm emergido teorias e modelos concetuais que refletem a evolução sociocultural e transformam a conceção das práticas e da formação. A Enfermagem deve incluir modelos que se complementem e estejam subjacentes à formação do Enfermeiro (Rua, 2011).

A evolução dos modelos em Enfermagem reflete agora uma abertura da disciplina perante o mundo em mudança, configurando-se o Paradigma da Transformação. Este considera a pessoa como um ser com múltiplas dimensões que constituem uma unidade que se encontra em constante interação com o ambiente, interno e externo. Esta relevância atribuída à interação pessoa e ambiente, define ainda que a saúde é a experiência que engloba a unidade pessoa-ambiente e que ambiente é uma composição do universo no qual a pessoa se integra, sendo diferente dela mas coexistindo. Neste contexto os Cuidados de Enfermagem visam, acima de tudo, manter o bem-estar tal como a pessoa o define (Kérouac et al, 1996). Perspetivo que a Enfermagem deve orientar a sua prática no sentido de ajudar o indivíduo a interagir com o ambiente em constante mudança, daí que, partilhe da posição de Meleis et al (2010) que defendem que as interações entre a pessoa e o ambiente resultam em processos transitórios de adaptação, designados de transições, e que o enfermeiro tem um papel essencial na facilitação e gestão das transições que o indivíduo experiencia.

O facto de este percurso ter sido, por si só, um período de transição, aos níveis pessoal e profissional, permitiu experienciar um processo de transição e facilitou a empatia no estabelecimento da relação terapêutica.

A OE (2009) define que o enfermeiro competente refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar. Os Enfermeiros tomam inúmeras decisões quando cuidam. Cada intervenção de enfermagem tem por base um processo de tomada de decisão. Ao tomar decisões o Enfermeiro é influenciado por inúmeros fatores como a evidência de investigação atualizada, crenças, atitudes, valores, tradição, rotina, fatores organizacionais, educação formal, conhecimento acumulado, experiências passadas e recentes, e fatores relacionados com o utente. Assim, no processo de tomada de decisão, o Enfermeiro, deve considerar a evidência atualizada e válida, com relevância direta para a situação em causa, integrando outros fatores e maximizando a

probabilidade de serem alcançados os resultados esperados (Craig e Smyth, 2004 e Abreu, 2007). A tomada decisão refere o processo de escolha entre alternativas e as decisões podem caracterizar-se pela sua qualidade e impacto das ações baseadas nas decisões. A tomada de decisões relaciona-se com o processo intelectual de utilizar de forma hábil e ativa o conhecimento de forma a concetualizar, aplicar, analisar, sintetizar ou avaliar dados e informação orientadora da ação (Paiva e Silva, 2006).

O Enfermeiro tem que tomar decisões diariamente e deve estar consciente das alternativas e impacto das decisões tomadas. A evolução dos modelos concetuais e o desenvolvimento da investigação em Enfermagem surgiram como poderosos recursos para a melhoria da qualidade assistencial, no entanto, colocaram aos Enfermeiros a dificuldade em escolher factos e conceitos relevantes para uma determinada situação. A tomada de decisão torna-se assim essencial para regular a vida e o trabalho e, promover a qualidade e segurança dos cuidados.

1.2 A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A qualidade nos cuidados de saúde justifica-se por motivos de ordem social (maior exigência e expectativas por parte dos utentes), ética (exigência ao nível da formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados) e económicas (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma cultura da qualidade) (Ribeiro et al, 2008). O acesso à informação, conhecimento e os progressos tecnológicos têm vindo a provocar uma crescente consciencialização da opinião dos utentes, o que, levou as instituições de saúde a reconhecer a temática da qualidade em saúde. Os indivíduos que recorrem aos serviços de saúde esperam que daí decorra um benefício, no entanto, têm cada vez mais consciência da possibilidade da ocorrência de erros, atribuindo aos profissionais a responsabilidade de tentar reduzir essa probabilidade. A necessidade de melhorar a segurança do doente nos sistemas de saúde tem sido aceite como um valor central na prestação de cuidados (Lage, 2010).

A OMS Europa, na declaração “Saúde para todos no ano 2000” e o Conselho da Europa na recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, identificaram a necessidade de um sistema de qualidade, referindo-o como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria contínua (Ribeiro et al, 2008).

A necessidade de implementar sistemas de melhoria da qualidade é também assumida pelo Conselho Internacional de Enfermeiro e exige reflexão sobre a prática, ou seja, a identificação das áreas de intervenção, definição de objetivos e delimitação de estratégias (OE, 2006). O primeiro passo para melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a segurança dos mesmos e tornar o erro visível para os profissionais. A monitorização do erro constituiu-se como a

primeira ferramenta para a segurança (Lage, 2010). A segurança do doente, requer um esforço contínuo de melhoria por parte das instituições prestadoras de cuidados. Cultivar a segurança é o conjunto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso da instituição (DGS, 2011). Atualmente, promover uma estratégia de segurança para o doente compõem-se de três aspetos fundamentais: prevenir efeitos adversos, identificar os efeitos adversos que ocorrem e, por último, minimizar os seus efeitos quando estes ocorrem (OMS, 2005).

A qualidade dos cuidados determina que estes sejam seguros. O contexto atual exige um investimento claro numa cultura de segurança. Para tal é essencial tonar o erro visível através de sistemas que permitam identificar as áreas de intervenção, planear e implementar as ações de melhoria e avaliar a sua eficácia. A realização de auditorias, o relato de incidentes e a criação de indicadores permitem este tipo de intervenção.

A segurança é essencial à qualidade em saúde e nos Cuidados de Enfermagem. O desenvolvimento de segurança envolve um conjunto de medidas com espectro de ação alargado. Cuidados seguros implicam informação sobre os riscos e redução dos mesmos (Nunes, 2010). Em Portugal existe um claro investimento numa política de qualidade em saúde. Foi criado o Conselho Nacional da Qualidade em Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde que desenvolvem vários projetos e programas com vista à melhoria contínua da qualidade. A Lei de Bases da Saúde, nas Base VII e XXX, realça a importância do controlo de qualidade da prestação de cuidados de saúde e da avaliação dessa qualidade por meios como a satisfação dos profissionais e grau de aceitação pelos utentes (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto de 1990).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002) preconiza a criação de indicadores de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a par de uma ampla divulgação e desenvolvimento de sistemas de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. O desafio que constituiu a definição de padrões de qualidade relaciona-se com o reflexo na melhoria dos Cuidados de Enfermagem e a reflexão sobre o exercício profissional.

A avaliação dos Cuidados de Enfermagem insere-se numa política institucional de avaliação do risco e redução do erro e deve ser reconhecida pelos profissionais como fundamental na prestação de cuidados de excelência. A OE (2002, p.11), nos Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional, salienta que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” e “...previne complicações para a saúde dos clientes”. A definição de padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem constituiu um protótipo para as organizações de saúde e para o exercício profissional dos Enfermeiros, uma vez que, são instrumentos capazes de exercer reflexão sobre o exercício profissional. Este documento tem como objetivo uniformizar e ajudar as unidades de cuidados na obtenção da máxima qualidade de cuidados

no exercício profissional, estimular os Enfermeiros a refletir e procurar novas formas de fazer e fazer melhor, com os recursos disponíveis, dando visibilidade ao contributo dos Cuidados de Enfermagem para os ganhos em saúde das populações (Ribeiro et al, 2008).

Torna-se evidente um claro investimento em políticas de qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Diversos organismos têm trabalho nessas áreas e a OE reconheceu a problemática e preconiza a definição de padrões de qualidade para os Cuidados de Enfermagem. Foi no sentido de diminuir o erro e aumentar a segurança dos cuidados que delineei a minha intervenção transversal aos estágios.

Uma análise breve do Código Deontológico possibilita imediatamente perceber diferentes referências à exigência pela qualidade dos cuidados e segurança dos doentes. O Enfermeiro deve exercer a sua atividade profissional com os mais adequados conhecimentos técnicos e científicos e adotar as medidas necessárias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Decreto-Lei nº 93/98, de 21 de Abril).

Os Enfermeiros têm o direito de exercer livremente a profissão sem limitações a não ser aquelas que decorrem do Código Deontológico, leis e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Este direito é interdependente do dever de exercer a profissão com conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, dignidade humana, saúde e bem-estar das populações de forma a tomar as medidas necessárias para a melhoria dos cuidados e serviços de enfermagem (Decreto-Lei nº 93/98, de 21 de Abril). O mesmo documento realça que o Enfermeiro deve orientar a sua intervenção pela responsabilidade perante a sociedade, excelência do exercício profissional, respeito pelos direitos humanos e pelo direito ao cuidado. Para tal, deve cumprir o dever de sigilo e de informação e respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, responsabilizando-se pelos atos que pratica ou delega e apoiando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro). No artigo 88º do Código Deontológico (Decreto-Lei nº 93/98, de 21 de Abril), realça-se que o Enfermeiro procura a excelência do exercício em todos os seus atos através da análise do trabalho efetuado e reconhecimento de eventuais falhas; adequando as normas de qualidade dos cuidados às necessidades do indivíduo; atualizando os seus conhecimentos e usando de forma competente as novas tecnologias e, assegurando as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados.

O Conselho Jurisdicional da OE (2006) emitiu uma tomada de posição em relação à segurança dos Cuidados de Enfermagem, defendendo que a segurança dos clientes e famílias deve ser preocupação dos profissionais e organizações de saúde que têm direito a cuidados seguros. Neste sentido, o exercício profissional requer o cumprimento de regras e técnicas ético-

deontológicas. O dever de excelência constituiu-se como uma exigência ética e o controlo dos riscos associados à prestação de cuidados promove a qualidade dos mesmos e corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional. Assim sendo, os Enfermeiros devem participar na identificação, análise e controlo dos potenciais riscos e, conseqüentemente, na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas identificados.

Os elementos reguladores do exercício profissional preconizam uma intervenção relativamente à segurança e qualidade dos cuidados. Daí que cultivar uma política de cuidados seguros se torne mais do que uma exigência do contexto atual, uma exigência profissional.

No que respeita a Segurança do Doente e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a ANA identificou, na National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), um conjunto de indicadores de qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Esta base de dados permite uma análise da estrutura, processo e resultados dos indicadores dos Cuidados de Enfermagem e o estabelecimento de uma relação entre os Cuidados de Enfermagem prestados e os resultados obtidos. A ANA destaca diversos indicadores entre os quais: quedas; quedas com lesões, taxa de prevalência das úlceras de pressão e taxas de infeção nosocomial (Montalvo, 2007). Diversos autores citados por Botelho (1998) defendem que a ausência de úlceras de pressão e a ausência de infeção constituem indicadores dos Cuidados de Enfermagem. Pereira et al (2005) defendem o controlo da infeção hospitalar como um parâmetro para garantir a qualidade do cuidado prestado. Por sua vez, as quedas são os eventos adversos mais frequentes nos hospitais e podem ter conseqüências físicas, psicológicas e sociais. Daí que, estes eventos sejam considerados um importante indicador da qualidade assistencial (Almeida, Abreu e Mendes, 2010).

O CHLO criou em 2009 um documento cujo objetivo era operacionalizar nos serviços alguns sistemas de gestão da qualidade, preconizando-se a criação de indicadores adequados cuja finalidade é o estabelecimento de metas de melhoria e, conseqüentemente, a melhoria dos cuidados prestados. Desta forma, o Departamento de Qualidade do CHLO sugeriu um grupo de indicadores da Qualidade dos Cuidados Prestados. De entre esses indicadores estão o controlo de infeção, úlceras de pressão e quedas (CHLO, 2009).

A compreensão e avaliação da qualidade dos Cuidados de Enfermagem poderá ser dificultada pela complexidade e dinâmica que caracterizam estes cuidados. Uma prática de Cuidados de Enfermagem de qualidade é aquela que faz sentido em determinada situação e de acordo com as expectativas dos utentes. Apesar de se verificar a necessidade de avaliar por métodos objetivos a qualidade dos cuidados, torna-se fundamental realçar que a conceção da qualidade deve inserir-se sempre numa perspetiva do cuidar, o que, circunscreve qualquer definição objetiva de uma complexidade e sensibilidade difíceis de mensurar sem atender a diversas variáveis (Hesbeen, 2001).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DE ESTÁGIO

Neste capítulo apresento uma descrição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, tendo em conta os objetivos delineados, descrevo o meu percurso profissional e as competências que adquiri e/ou desenvolvi e que foram facilitadoras do processo de aprendizagem.

O processo de aprendizagem em contexto clínico constitui um campo privilegiado de estudo no âmbito da formação contínua dos Enfermeiros e uma dimensão estruturante da socialização e formação dos profissionais de saúde. As unidades de prestação de cuidados são espaços de formação que facultam aos formandos uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvimento de competências clínicas, gerais e especializadas, integração da teoria e prática, criação de possibilidades para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional, através de experiências socio clínicas e identificação de modelos profissionais (Abreu, 2007).

De forma a planear a intervenção ao longo do Estágio foram consideradas as competências descritas no Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional da UCP (UCP, 2010). Este documento realça a intervenção na área de especialização da Enfermagem Médico-Cirúrgica como sendo aquela que visa a assistência ao doente adulto e idoso com doença grave e em especial, ao doente em estado crítico e fundamentam a concretização de três objetivos gerais que são transversais a qualquer um dos módulos do Estágio:

- Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares e alargados, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Integrar conhecimentos e lidar com questões complexas como aquelas que se relacionam com as implicações e responsabilidades éticas e sociais que decorrem de soluções ou juízos em situações de informação limitada ou complexa;
- Comunicar os conhecimentos, raciocínios e conclusões a profissionais, de forma clara e sem ambiguidades.

Tendo em conta os objetivos gerais delineei objetivos específicos para cada campo de estágio que concorrem para a comprovação de competências especializadas que, por sua vez, permitem assegurar que o enfermeiro especialista detém conhecimentos, capacidades e habilidades e é capaz de os mobilizar na sua prática clínica (UCP, 2010).

2.1. – MÓDULO I: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Enfermagem de urgência define-se pela diversidade de doentes e processos de doença que implicam variabilidade e adequação dos conhecimentos técnicos, científicos e relacionais.

Acresce ainda a importância de desenvolver processos diligentes de tomada de decisão para que a prestação de cuidados ao doente não seja comprometida (Sheehy's, 2001).

Os Cuidados de Enfermagem no contexto de urgência envolvem-se de circunstâncias particulares de atuação, no entanto, exigem a utilização do processo de enfermagem e adequação de um modelo teórico ao contexto da prática e situação do doente (Penela, 2011).

Os serviços de urgência possuem especificidades e particularidades que têm sido objeto de estudo em todo o mundo, quer pelo aumento da procura, pela crescente exigência de qualidade pelos utilizadores ou pelos problemas ao nível da escassez de profissionais e recursos materiais. A atuação do Enfermeiro em serviços de urgência envolve particularidades e articulações indispensáveis à gestão do cuidado a indivíduos com necessidades complexas, requer conhecimentos científicos atualizados, manuseamento tecnológico e humanização que se estende às famílias. A complexidade e particularidade do cuidar e a necessidade de utilização de recursos, além da interface com vários setores, exige um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade aos Enfermeiros (Rocha, 1996, Coelho et. al, 2010 e Sheehy's, 2001). Considero que um perfil que assente na responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, segurança e conhecimentos atualizados permite intervir eficazmente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades com vista à sua recuperação total (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de Fevereiro de 2011). Assim, e tendo em conta a definição de Enfermeiro Especialista constante no REPE (Decreto-Lei nº 93/98, de 21 de Abril), defini como objetivo:

OBJECTIVO I: *Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados ao doente em estado crítico, e sua família.*

Durante o período de Estágio no SU tive oportunidade de prestar cuidados em todos os setores. A admissão no SU tem início na inscrição administrativa e, por ordem de chegada, é realizada a Triagem. No SU, todos os doentes são triados por um enfermeiro utilizando o sistema de Triagem de Manchester que consiste num algoritmo de cinquenta e dois fluxogramas relativos à situação do indivíduo. Este sistema tria de acordo com o grau de gravidade da situação categorizando-a em grupos, identificados por uma cor. A triagem é um processo de avaliação das queixas e observação da aparência geral, via aérea, respiração,

circulação, incapacidade, fatores ambientais e da história relativa ao problema precipitante (Teixeira, 2006). Após a realização da triagem é atribuída uma pulseira de cor (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) ao doente e este aguarda chamada para observação médica num dos setores do SU. A passagem pela Triagem foi bastante breve, um turno, pelo que, me permitiu apenas observar e perceber a importância de dominar eficazmente os fluxogramas da Triagem de Manchester e desenvolver uma comunicação assertiva e eficaz para a recolha da informação pertinente.

Em casos de ao doente ser atribuída pulseira de cor laranja ou vermelho, este é encaminhado para a Reanimação e, quando acompanhado por médico e enfermeiro do INEM a triagem é feita na própria sala de Reanimação.

Na maioria dos turnos estive na Reanimação, onde tive oportunidade de perceber a dinâmica de prestação de cuidados ao doente. Existe uma interação muito próxima com o médico e a avaliação do doente é feita em conjunto. É fundamental proceder-se a uma monitorização intensa do doente e estar alerta a eventuais sinais de gravidade. Apesar de ser essencial tomar decisões rapidamente, o processo de enfermagem é aplicado e continua a ser orientador da prestação de cuidados, sendo que, a resolução imediata de problemas, a priorização das intervenções e a tomada de decisão assumem relevância particular. Concordo assim com Taylor e Taylor (2001) que defendem que a aplicação do processo de enfermagem no SU é possível e a sua especificidade reside na necessidade de o implementar e concluir em pouco tempo.

Prestei cuidados ao doente em situação de paragem cardiorrespiratória, aplicando os algoritmos de suporte básico e avançado de vida. Consegui priorizar as intervenções de enfermagem de acordo com cada situação em particular, demonstrando conhecimentos sobre a utilização de protocolos de terapêutica, suporte básico e avançado de vida, manutenção da via aérea e estabilização hemodinâmica do doente.

Tive oportunidade de definir prioridades de intervenção, como quando recebemos um doente queimado trazido pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Nesta situação, dado que a superfície corporal queimada era de 18%, preocupei-me em monitorizar adequadamente o doente, avaliar eventuais sinais de dificuldade respiratória, proceder ao controlo da dor, hidratação eficaz e em realizar os primeiros cuidados às queimaduras.

Prestei cuidados a doentes politraumatizados, na sua maioria vítimas de acidentes de viação, área em que tive maiores dificuldades por não ter experiência profissional relevante. Daí ter sentido necessidade de rever alguns conteúdos teóricos e práticos que me permitiram posteriormente cuidar esses doentes.

A avaliação a qualquer doente na Reanimação é feita de acordo com a abordagem ABCDE, daí que, no doente politraumatizado se mantenha esse protocolo de atuação. Obviamente, a avaliação neurológica é feita quando o doente se apresenta hemodinamicamente estável e com via aérea permeável e, preferencialmente, com a dor controlada, visto que, a sua existência pode condicionar a avaliação neurológica.

Em todas as situações em que prestei cuidados a doentes no balcão de trauma, vítimas de queda ou acidente de viação mas sem instabilidade hemodinâmica, participei na avaliação neurológica do doente, encaminhamento para realização de exames complementares de diagnóstico e imobilização e estabilização com colar cervical.

Várias foram as situações de disritmias peri paragem em que procedi a uma avaliação correta das alterações eletrofisiológicas e atuei de forma eficaz na prevenção de uma situação de maior instabilidade, nomeadamente, ao nível da administração de terapêutica e aplicação de algoritmos de suporte básico ou avançado de vida.

De entre diversas situações poderei destacar o caso de uma doente que após esforço à mobilização apresentou alteração do traçado eletrocardiográfico para Fibrilhação Auricular (FA) com resposta ventricular rápida sem outras alterações hemodinâmicas e a quem, por manutenção do estado, foi necessário administrar amiodarona endovenosa.

Houve ainda outra doente a quem identifiquei um traçado cardíaco em bradicardia sinusal, 28 batimentos/minuto, que não apresentava quaisquer sinais de gravidade ou instabilidade hemodinâmica e que acabou por iniciar perfusão de isoprenalina e ser transferida para a unidade de cardiologia para colocação de Pacemaker (PM).

A identificação precoce de sinais e sintomas preditivos de uma abordagem de cuidados diferenciados e intensivos tem o potencial de melhorar os resultados (Teixeira, 2006). Procurei intervir de acordo com a premissa de que o despiste precoce de alterações no estado do doente pode ser essencial para a manutenção da vida, pelo que, só uma observação rigorosa e constante, avaliação e monitorização contínuas podem permitir antecipar focos eventuais de instabilidade.

Em várias situações tive oportunidade de antecipar focos de instabilidade em doentes que tinham sido triados com pulseira amarela para o Balcão de Medicina e, com o evoluir do tempo, acabaram por apresentar sinais de gravidade. Foi o caso de uma doente idosa que deu entrada no SU por tosse e dispneia e que, na primeira avaliação, não apresenta sinais de dificuldade respiratória, os sinais vitais estavam dentro de parâmetros normais e as saturações de oxigénio superiores a 98%. Durante o período de espera no Balcão, iniciou um quadro de sudorese, polipneia, tiragem e ingurgitamento jugular. Acabou por ser imediatamente transferida para a

Reanimação onde se verificou hipotensão, baixas saturações de oxigénio e necessidade de administração de oxigenoterapia, punção de acesso venoso periférico para administração de terapêutica, monitorização eletrocardiográfica e controlo da diurese. A avaliação posterior confirmou um quadro de choque séptico associado a infeção respiratória.

Tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente e antecipar focos de instabilidade e risco de falência orgânica e este é um exemplo de como se torna importante que os enfermeiros sejam peritos e conhecedores profundos das situações clínicas para poderem cuidar os doentes com segurança e autocontrolo (Oliveira, 1999).

Considero que demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na equipa inter e multidisciplinar e assistência ao cliente e geri e interpretei a informação proveniente da formação inicial, formação pós graduada e experiência profissional (UCP, 2010).

Realizei gestão de protocolos terapêuticos em diversos setores da urgência. Na maioria das situações os protocolos terapêuticos eram iguais aos do serviço onde trabalho por ser a mesma instituição, CHLO. Tive oportunidade de consultar os protocolos do SU e sempre que surgiram dúvidas soube onde e como esclarecer a situação de forma a atuar de acordo com os protocolos do serviço. A administração de terapêutica constitui-se como uma intervenção interdependente e exige o conhecimento da farmacodinâmica e farmacocinética da terapêutica administrada para que possa ser avaliada a sua eficácia, potenciado o efeito desejável e eliminadas ou reduzidas as possibilidades de efeitos secundários ou interações medicamentosas. No REPE fica claro que o enfermeiro administra terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, o que, para as situações de emergência significa que deve atuar de acordo com as qualificações e conhecimentos que detém, com vista a manter ou recuperar as funções vitais do doente (Decreto-Lei nº 93/98, de 21 de Abril).

O SU recebe doentes através da Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Sépsis. Analisei os documentos da Direção Geral de Saúde (DGS) relativos a esses dois protocolos de atuação de forma a perceber os critérios utilizados e as intervenções prioritárias. Existiram duas situações em que coloquei em prática estes protocolos. Não tive dúvidas relativamente aos critérios de inclusão dos doentes e forma de atuação.

O caso de um doente de 54 anos que chegou ao SU acompanhado pelo INEM por diminuição da força do membro superior esquerdo e disartria com 2 horas de evolução. Ao chegar o doente estava hemodinamicamente estável já sem défices neurológicos evidentes, apenas com ligeira dormência no membro. Tive oportunidade de acompanhar o doente durante a realização da Tomografia Axial Computorizada (TAC) e, posteriormente, proceder à sua transferência para a Unidade de AVC do HSF. O doente estava hemodinamicamente estável, sem

comprometimento da via aérea, pelo que, a minha intervenção relacionou-se com a monitorização e vigilância neurológica e dos sinais vitais. Percebi os critérios de inclusão deste doente na Via Verde de AVC e prestei cuidados de acordo as necessidades identificadas.

Numa outra situação de uma doente com suspeita de sépsis que apresentava tosse, polipneia, taquicardia, febre e diminuição aguda do nível de consciência, coloquei em prática o algoritmo relativo à Via Verde da Sépsis. Nesta situação colocou-se ainda uma questão relacionada com o controlo da infeção, visto que, após consulta pormenorizada do processo clínico da doente, percebi que tinha tido um internamento recente (uma semana) com uma infeção respiratória a *Staphylococcus aureus* Meticilina Resistente (SAMR). Esta situação foi discutida com o orientador e médica responsável e procedeu-se ao isolamento de gotículas de acordo com as normas da Comissão de Controlo da Infeção (CCI).

Ainda no setor da Reanimação, acolhi uma doente de 88 anos que tinha sido trazida ao SU pelos bombeiros, proveniente de um lar de idosos, por prostração e febre. À chegada a doente encontrava-se pouco reativa (Glasgow de 5), sudorética, hipotensa e com francos sinais de dificuldade respiratória (polipneia e tiragem). Iniciei imediatamente monitorização eletrocardiográfica, avalei sinais vitais, iniciei oxigenoterapia por máscara de alto débito, puncionei acesso venoso periférico para administração de fluidos e colhi sangue para análises. Após estabilização hemodinâmica e enquanto se aguardavam valores analíticos tive oportunidade de ler o processo da doente e nota de alta do último internamento e tomei conhecimento de alguns antecedentes de doença como: demência, infeções respiratórias de repetição e neoplasia metastizada. Durante a avaliação física posterior verifiquei ainda emagrecimento marcado e existência de várias úlceras de pressão.

Após informação analítica, nomeadamente, gasometria arterial, hemograma e bioquímica, a médica assistente solicitou a preparação de material para colheita de diversos produtos para análise (urina, expetoração e hemoculturas) e preparação de material para entubação oro traqueal. Rapidamente a doente voltou a apresentar instabilidade hemodinâmica e considerei importante promover a informação e, posterior reflexão, dos elementos da equipa no sentido de perceber a fundamentação para medidas invasivas de suporte avançado de vida, reforçando a importância de promover o conforto da doente. A equipa acabou por decidir não iniciar quaisquer medidas invasivas e proporcionar todas as medidas para que a doente se sentisse confortável e acompanhada visto se estar a verificar um agravamento progressivo e rápido do seu estado.

Apesar da prestação de cuidados no SU e, particularmente, no setor da Reanimação visar fundamentalmente a estabilidade hemodinâmica e manutenção da vida é essencial reconhecer que algumas situações exigem a responsabilidade de proporcionar uma morte digna e sem sofrimento, quando as intervenções curativas já não têm efeito. Os cuidados paliativos são os

cuidados ativos e totais prestados aos indivíduos com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida. Estes aplicam-se a todos os doentes com doença progressiva que constitua risco de vida (Twycross, 2003). Nesta situação foram tomadas medidas para promover o conforto da doente como a transferência para local calmo, instalação em cama e controlo da dor.

A dor é definida por Kolcaba (1994) como um indicador de conforto comprometido e este como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas para o alívio, facilitação ou transcendência de situações de saúde stressantes. A dor é atualmente considerada o 5º Sinal Vital, como tal, a sua avaliação, registo e controlo deve ser feita em todos os doentes que dão entrada no SU. A grande maioria dos fluxogramas da Triagem de Manchester exige essa avaliação.

No sentido de perceber se a equipa de enfermagem reconheceu a necessidade de proceder a estas intervenções observei os registos de todos os doentes internados em Serviço de Observação (SO) durante dois dias e conclui que o registo da avaliação da dor não era realizado. Como tal, decidi sensibilizar e promover a reflexão da equipa no sentido de proceder à avaliação, registo e controlo eficaz da dor. A todos os doentes a quem prestei cuidados atuei de acordo com o que é preconizado pela norma da DGS (Nº 09 de 14/06/2003) no que respeita a avaliação, registo e controlo da dor e promovi o mesmo tipo de intervenção por parte dos colegas através da discussão da temática e apresentação da referida norma nas passagens de ocorrências. Desta forma considero ter feito a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Admito assim ter promovido o desenvolvimento pessoal e profissional de outros Enfermeiros, demonstrado consciência crítica para os problemas da prática profissional e refletido na e sobre a prática de forma crítica (UCP, 2010).

Watson (2002) defende uma relação entre o cuidar humano e a interação entre seres humanos, sendo que o cuidar humano se constituiu a dimensão da prática profissional. A autora considera esta relação interpessoal a “essência” dos Cuidados de Enfermagem e realça a componente comunicacional como essencial para o estabelecimento da relação terapêutica, considerando que a congruência, empatia e calor são características essenciais nessa relação.

Partilho da perspetiva de Sheehy's (2001), que defende que no SU doente e família experienciam uma situação de grande vulnerabilidade e a comunicação é um recurso estratégico fundamental. De acordo com Lazure (1994), a relação de ajuda possibilita: ultrapassar a provação, resolver uma situação atual ou potencialmente problemática, encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório e encontrar o sentido da existência. Durante o

Estágio no SU tive oportunidade de prestar cuidados a doentes e famílias que, pela situação de doença, aguda ou crónica agudizada, se encontram vulneráveis na sua estrutura familiar e papéis sociais e a relação de ajuda e comunicação tornaram-se ferramentas fundamentais na minha intervenção.

Em todos os contextos procurei estabelecer uma comunicação empática com o doente e família, mostrando disponibilidade para escutar, respeito e interesse pela pessoa. Aproveitei todas as situações de prestação de cuidados para avaliar o doente de forma a fundamentar e adequar o tipo de comunicação e intervenção. Utilizei linguagem clara, objetiva e acessível na abordagem ao doente, na informação acerca das intervenções de enfermagem, no esclarecimento de dúvidas e na informação acerca das normas e protocolos do serviço e instituição. Assegurei-me que os indivíduos compreendiam a informação transmitida através de processos de validação. A comunicação eficaz é essencial na informação e tomada de decisão consciente e responsável e permite envolver o doente e família no processo saúde-doença tornando-os parte desse processo e ativos na recuperação.

Poderei destacar a situação de um doente de 25 anos com epilepsia e história de múltiplas idas ao SU por crises convulsivas associadas a má adesão à terapêutica e que deu entrada na Reanimação após nova crise convulsiva no domicílio. Este jovem estava acompanhado pelo pai que se apresentava extremamente ansioso com discurso repetitivo, agitação motora (movimentos bruscos do corpo e tremores dos membros superiores) e sudorese. Após prestação de cuidados ao jovem percebi que era essencial intervir junto daquele pai. Assim, saí da sala de reanimação com o senhor para um sítio mais calmo e tentei perceber a origem do estado em que se encontrava. Fiz questões não diretivas, deixei o senhor expressar-se e ouvi os motivos dos seus medos e preocupações. Percebi que efetivamente existia má adesão à terapêutica por parte do jovem. Expliquei a situação atual do doente, promovi a presença do pai durante a estadia do jovem no SU mostrando empatia e respeito pela situação em que se encontrava. Ao perceber que o filho se encontrava apenas em vigilância e que da crise convulsiva não tinham resultado outras sequelas o senhor mostrou-se mais calmo e acabou por explicar que o filho já estava a ser acompanhado por um psicólogo pois se haviam considerado diversas causas para a má adesão à terapêutica. Julgo ter demonstrado disponibilidade, respeito e empatia e ter promovido uma comunicação eficaz no sentido de apoiar aquele pai numa situação de instabilidade emocional.

Os turnos que fiz no setor da Reanimação exigiram uma grande gestão da comunicação com a família. Em diversas situações, tive que adotar uma postura de compreensão empática pela tristeza ou revolta sentidas. Utilizei tom de voz calmo, fluente, linguagem simples, manifestando compreensão relativa aos sentimentos gerados pela situação e apoio em relação à resolução

dos problemas identificados. Tornou-se essencial um domínio acerca da dinâmica de funcionamento do SU e a utilização de uma estratégia de comunicação assertiva.

Assumo que assisti a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e ou falência orgânica e tive oportunidade de demonstrar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e respeitar as suas crenças e cultura na relação terapêutica (UCP, 2010).

Pela integração que senti na equipa de enfermagem, por ter sido requisita a minha intervenção, como elemento da equipa e colaboração em situações específicas, considero que os enfermeiros do SU reconheceram a minha competência para atuar. Em várias ocasiões os colegas solicitaram a minha intervenção em situações específicas como a avaliação de úlceras de pressão e adequação de tratamento, avaliação de acessos vasculares de Hemodiálise (HD), punção de acessos venosos ou avaliação do doente em situações de instabilidade hemodinâmica. Neste contexto demonstrei conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção e manutenção do doente crítico e gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos.

Considero que fui capaz de produzir um discurso pessoal fundamentado tendo em conta os problemas com que me deparei, demonstrar um nível profundo de conhecimentos na área e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas (UCP, 2010).

Necessitei de fundamentar a minha intervenção em pesquisa bibliográfica e aproveitei os momentos de partilha com Enfermeiro Orientador para refletir sobre o meu percurso e atividades. As duas reflexões e o portfólio que elaborei proporcionaram uma análise crítica e detalhada de situações problema nas quais tive que adequar a minha intervenção. Adotei uma postura crítica e reflexiva das minhas intervenções e das situações que experienciei, utilizando um discurso pessoal fundamentado na melhor evidência científica, identificando situações particulares de atuação e promovendo a reflexão sobre essas situações na equipa de enfermagem.

Um dos turnos que realizei no Balcão de Medicina exigiu particular reflexão, isto porque, dado o excesso de trabalho, não consegui proceder a uma avaliação adequada de todos os doentes. Senti-me muito limitada nas minhas intervenções autónomas e, praticamente, só consegui realizar as interdependentes, como administração de terapêutica. Esta situação foi geradora de alguma frustração e constrangimento e, por esse motivo, deu origem a reflexão com a Professora e Enfermeiro Orientador. Dessa reflexão, decidi modificar a minha atuação e utilizar os momentos de intervenção interdependente para perceber o motivo da vinda do doente à urgência, os sintomas e problemas presentes e prioritários e se estava acompanhado ou

sozinho. Além disso, registei em suporte informático as intervenções desenvolvidas e num papel, o nome dos doentes a quem prestei cuidados e o local do SU onde estavam a aguardar reobservação. Esta estratégia mostrou-se eficaz, pelo que, em turnos posteriores consegui realizar uma intervenção adequada às necessidades dos doentes, aplicando o processo de enfermagem, sendo eficaz na passagem de ocorrências e senti domínio sobre a situação dos doentes a quem prestei cuidados.

Esta postura reflexiva tem sido muito discutida, divulgada e promovida. Na realidade, já Virgínia Henderson (2007) considerava que a capacidade das enfermeiras em reconhecer e resolver os próprios problemas, reconhecer os seus recursos e limitações, influenciava a sua capacidade de exercer a sua função. Daí, ser tão importante fazer acompanhar a prática de cuidados de uma reflexão constante e uma procura do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.

Assim, considero ter refletido na e sobre a prática de forma crítica, mantendo de forma contínua e autónoma o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, desenvolvendo uma metodologia eficaz de assistência ao cliente e gerindo a prestação de cuidados de forma eficaz (UCP, 2010).

Num contexto de implementação de sistemas de gestão da qualidade, o enfermeiro deve ser capaz de colaborar na definição de programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2006), como tal, delinee o seguinte objetivo:

OBJECTIVO II: *Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente relativamente à Prevenção das Quedas, Úlceras de Pressão e IACS.*

As quedas, úlceras de pressão e IACS foram indicadores de qualidade que escolhi trabalhar pela sua pertinência no meu local de trabalho, por interesse pessoal e por serem indicadores de qualidade sugeridos pelo CHLO (CHLO, 2009). Tenho interesse particular pelas quedas por ser uma área de trabalho recente e pelo risco acrescido dos utentes a quem presto cuidados. Relativamente às úlceras de pressão, sou elo dinamizador da Comissão de Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão no meu serviço e tenho desenvolvido formação na área. A infeção é uma das três principais causas de internamento no meu serviço (Vizinho, 2011).

Relativamente às três áreas de intervenção que escolhi, decidi conversar com a enfermeira responsável pela formação no SU e Enfermeiro Orientador na tentativa de perceber se seriam áreas de atuação pertinente e quais os trabalhos já desenvolvidos e projetos em curso. Para ter uma perceção efetiva consultei as normas e protocolos do serviço, observei as medidas utilizadas na avaliação do Risco através da Escala de Braden, critérios utilizados na escolha de material de penso para tratamento de úlceras de pressão, medidas de prevenção e controlo da

infecção associada a cateterização venosa central e, ainda, registo de quedas e contenção, critérios de prevenção de lesões resultantes de quedas e procedimento pós queda.

Durante as 2 primeiras semanas de Estágio pude perceber que o risco de úlcera de pressão era feito de forma empírica pois, apesar de se encontrar disponível a Escala de Braden, a sua avaliação não se realizava. Durante dois turnos da manhã no SO, observei o processo clínico de todos os doentes e constatei que em nenhum deles tinha sido feita a avaliação da Escala de Braden. Verifiquei ainda, através de diversas conversas com colegas, que existiam fortes dúvidas acerca da forma de utilização do material de penso disponível para o tratamento de úlceras de pressão. Relativamente às quedas, constatei que a avaliação de risco era feita de forma empírica na triagem e de acordo com os critérios de gravidade identificados. Em outros setores do SU a aplicação de medidas de redução do risco de queda ou medidas de contenção não obedece a uma avaliação ou justificação rigorosas e não é fundamentada ou registada. Em relação ao Cateter Venoso Central (CVC) verifiquei a existência de diversas formas de atuação na colocação e manutenção e inexistência de uma norma relativa a este tema no SU ou no CHLO.

A intervenção referida permite-me considerar que formulei e analisei questões/problemas de maior complexidade relacionados com a Enfermagem, demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional e avaliei a adequação dos métodos de análise de situações complexas segundo uma perspetiva académica avançada (UCP, 2010).

Decidi intervir através da sensibilização dos colegas para a avaliação da Escala de Braden e adequação das medidas preventivas de acordo com o Protocolo de Prevenção das Úlceras de Pressão do CHLO. No entanto, após conversar com a enfermeira que é o elo dinamizador do Grupo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão do CHLO e com a enfermeira responsável pela formação, percebi que tinha sido recentemente dada formação aos enfermeiros do serviço, no sentido de divulgar os protocolos referentes ao tema, que estes protocolos se encontravam disponíveis para consulta e que vários elementos da equipa estavam a participar no curso de formação do CHLO referente às úlceras de pressão. Dado este contexto, sugeri, voltar a sensibilizar a equipa para a importância da avaliação do risco de úlcera de pressão, quer pela necessidade de adequar as medidas preventivas, quer pela necessidade de medir a eficácia dessa prevenção através de taxas de efetividade da prevenção.

Esta abordagem foi feita de forma informal, através da reflexão nas passagens de ocorrências, pela discussão de situações particulares de risco e aplicação das medidas de avaliação e preventivas e, formalmente, na sessão formativa que elaborei e apresentei. Por ser uma necessidade efetiva e não existir nenhum documento nesse sentido, decidi elaborar um documento onde ficassem claras as características de todo o material de penso disponível e a

sua forma de utilização. Esse documento ficou disponível para consulta e atualização de toda a equipa (Apêndice I).

No sentido de melhorar a minha intervenção e aprofundar conhecimentos participei na 1ª Conferência Internacional de Enfermagem Geriátrica, promovida pela UCP onde um dos temas mais debatidos foi a Prevenção e o Tratamento das Úlceras de Pressão¹. Considerei pertinente a participação nesta conferência por tratar um tema de interesse pessoal e profissional e que estava a trabalhar no Estágio.

Relativamente às quedas propus a elaboração de uma norma de atuação relacionada com a prevenção das quedas, avaliação do risco de queda, atuação pós queda e respetivo registo (Apêndice II). O trabalho relativo às quedas e, como tal, a norma elaborada foi apresentada em reunião do Gabinete de Gestão do Risco do CHLO (Anexo I). Após análise, os elementos desse gabinete consideraram o documento pertinente, pelo que, decidiram propô-lo como projeto a implementar a curto prazo no SU.

A DGS divulgou em Junho uma Orientação (Nº021/2011) relativa à prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança e envolvente, por reconhecer que este tipo de intervenção se torna cada vez mais frequente em situações de comportamentos disruptivos e agressivos. Nessa norma preconiza-se o cumprimento de medidas preventivas de contenção, os critérios que justificam essa intervenção, o registo da contenção e as regras para a sua manutenção. Por estar frequentemente associada ao risco de queda ou úlcera de pressão, decidi elaborar uma norma relativa à contenção de doentes (Apêndice III).

Relativamente ao controlo de infeção propus a elaboração da norma de inserção e manutenção do CVC (Apêndice IV). Dado que uma outra aluna do Mestrado estava a trabalhar os CVC de HD, decidi apenas referir-me aos CVC para administração de terapêutica. Para a elaboração dessa norma utilizei as mais recentes normas do Centers for Disease Control (CDC) relativas aos dispositivos intravasculares. Procurei ainda a colaboração dos dois elementos do serviço que são elos dinamizadores da CCI. No sentido de complementar este trabalho e por também não existir uma norma no SU, decidi elaborar uma recomendação relativa à heparinização do CVC com fibrilin (Apêndice V).

Após avaliação dos projetos existentes no serviço e discussão com os principais responsáveis pelas áreas temáticas que pretendia trabalhar, decidi elaborar um projeto que pudesse ter continuidade efetiva pelos elementos do SU. Considero que a minha intervenção motivou e promoveu o envolvimento dos colegas, sendo que as suas opiniões e propostas foram tidas em

¹ Os certificados serão apresentados se assim se considerar pertinente.

conta para que os projetos elaborados tivessem efetiva implementação e continuidade no serviço. Liderei a intervenção com vista à melhoria da qualidade nas áreas descritas e inseri a minha atuação nos projetos já existentes no serviço e CHLO. Pretendi iniciar uma intervenção de enfermagem que poderá melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados. Essa melhoria poderá ser avaliada através do cálculo de taxas de prevalência/incidência e taxas de efetividade da prevenção.

Desta forma, considero ter tomado iniciativa e ser criativa na interpretação e resolução de problemas, mantido, de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, demonstrado compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e incorporado na prática os resultados da investigação válidos e relevantes. (UCP, 2010).

Será crucial que outros elementos da equipa de enfermagem reconheçam a importância destas temáticas e pretendam dar continuidade a estes projetos. Pretendi divulgar as normas e trabalhos elaborados, sensibilizar os colegas para a problemática e promover a continuidade destes projetos durante a realização da formação (Apêndices VI e VII).

Durante a formação os enfermeiros reconheceram que esta política poderá justificar alterações na estrutura de prestação de cuidados, aquisição de material, alterações físicas e organizacionais no serviço. A continuidade deste trabalho deverá passar pela monitorização do cumprimento das referidas normas e recomendações, pelo cálculo dos indicadores sugeridos e pela reflexão dos profissionais acerca da intervenção realizada e das possibilidades de melhorar essa intervenção.

Relativamente à avaliação do risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden, julgo que, será fácil verificar se essa avaliação é realizada em dois turnos aleatoriamente escolhidos no mês e através dos registos informáticos. Considero que esta observação será de extrema importância porque a maioria dos doentes não fica mais do que 48 horas no SO, o que torna difícil avaliar a taxa de efetividade da prevenção. O cálculo da taxa de quedas e efetividade da prevenção associada a quedas é mais fácil de executar e poderá ser um excelente indicador de qualidade. Além disso, é essencial verificar o cumprimento das recomendações preventivas e após queda e a realização dos registos de enfermagem. No que respeita a contenção de doentes deve monitorizar-se o registo e justificação para a sua ocorrência, assim como, assegurar o cumprimento de todas as medidas preventivas antes de se proceder a qualquer tipo de contenção. No que concerne a inserção e manutenção do CVC considero que a realização de auditorias poderá constituir uma forma eficaz de monitorização do cumprimento da norma elaborada.

Sugeri ainda, relativamente às úlceras de pressão, que o documento que elaborei seja continuamente atualizado de acordo com o material disponível na farmácia do CHLO e a implementação do Instrumento de Avaliação da Pele, que foi, paralelamente à Escala de Braden, validado para a população portuguesa (Lopes et al, 2007), e se torna fundamental para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Estes aspetos permitem-me considerar que liderei a equipa na prestação de cuidados especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, zelei pela qualidade dos cuidados prestados, promovi a investigação e formação no serviço, promovi o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional e o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e abordei questões complexas de modo sistemático e criativo (UCP, 2010).

Hesbeen (2000) defende que a formação, inicial e contínua, consiste em contribuir para o desenvolvimento de uma “pessoa enfermeira” cujo perfil é determinado por conhecimentos, aptidões e qualidades humanas. As ações de formação contínua são variadas e numerosas, no entanto, devem pautar-se por favorecer o que permite ao profissional alargar os seus horizontes e melhorar a sua capacidade de ir ao encontro do beneficiário do cuidado e, por outro lado, permitir o desenvolvimento ou atualização de competências técnicas ou instrumentais. Este é um processo permanente que permite aumentar as competências pessoais na prestação de cuidados.

Em cada sessão de formação sobre os Padrões de Qualidade em Enfermagem participaram 12 formandos, o que ficou longe de englobar toda a equipa, no entanto, manifestei a minha total disponibilidade para replicar a formação as vezes que fossem necessárias para englobar todos os enfermeiros. A sessão foi divulgada em todos os setores do SU e junto dos profissionais. Durou cerca de 1 hora e a participação foi bastante positiva. Os enfermeiros colocaram várias questões durante a apresentação e, no final, vários colegas pediram esclarecimentos específicos acerca dos documentos apresentados.

Durante a formação procurei realçar a importância de dar continuidade a estes projetos e alguns elementos ficaram interessados em fazer a monitorização e avaliação das normas e recomendações. Daí ter promovido a reflexão acerca da importância de, além de proceder ao cumprimento das recomendações e implementar uma política de gestão do risco, relato do erro e redução do mesmo, proceder ao registo eficaz e sistemático destas intervenções. Os registos de enfermagem são fundamentais para justificar e dar visibilidade aos cuidados prestados, neste contexto, sem registos sistemáticos é impossível fazer a avaliação de indicadores de qualidade.

Esta intervenção contribuiu para a melhoria dos conhecimentos dos profissionais que foram integrados e motivados a envolver-se nos temas e problemáticas apresentados e permitiu o

reconhecimento dos formandos acerca da necessidade de implementar medidas que permitam o estabelecimento de padrões de qualidade e políticas de gestão do risco que reflitam o empenho e investimento da Enfermagem.

Considero assim ter identificado necessidades formativas na área Médico-Cirúrgica, promovido a formação e investigação em serviço, comunicado os resultados da prática e investigação a enfermeiros e, comunicado aspetos complexos de âmbito profissional a enfermeiros (UCP, 2010).

A reflexão na e sobre a ação pode considerar-se como a análise que a pessoa faz posteriormente à sua ação. Será uma análise mais profunda em que se utilizam instrumentos conceituais e estratégias de análise de forma a compreender e (re) construir as práticas. Esta reflexão leva o profissional a progredir no desenvolvimento, construir a sua forma de conhecer e ajuda a determinar as suas ações futuras, compreender futuros problemas e descobrir novas soluções (Rua, 2011).

Tive oportunidade de refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo de todo o Estágio. Para tal, muito contribuíram os momentos de partilha com o Enfermeiro Orientador, com a Professora e as reflexões elaboradas.

Julgo que aos temas sobre os quais me debrucei são pertinentes e que a minha intervenção poderá constituir uma melhoria efetiva da qualidade dos cuidados prestados porque promoveu o envolvimento de toda a equipa de enfermagem e a sensibilização para a necessidade do estabelecimento de indicadores de qualidade que reflitam a excelência da qualidade dos Cuidados de Enfermagem e promovam a gestão do risco através da sua avaliação e relato de incidentes. A elaboração de normas e recomendações, a avaliação de risco e a existência de protocolos de atuação permitem uniformizar a intervenção dos enfermeiros e avaliar a sua eficácia e eficiência através do cálculo de taxas e monitorização das boas práticas.

No dia 27 do mês de Outubro, já após ter elaborado e apresentado as recomendações relativas ao CVC, foi divulgado no CHLO, pela CCI, a norma relativa à inserção e manutenção do CVC. Mesmo já tendo apresentado o meu trabalho e, apesar de este se referir aos cateteres centrais para administração de terapêutica, verifiquei a coerência entre as recomendações sugeridas.

Gostaria de ter tido disponibilidade para ter realizado avaliação de alguns dos indicadores que propus, no entanto, alertei para a importância de avaliar esses indicadores no sentido de reavaliar e reformular um projeto de intervenção mais adequado às características e especificidades do SU e mostrei disponibilidade para reformular as recomendações elaboradas tendo em conta os resultados da avaliação dos indicadores sugeridos.

Por todas as atividades desenvolvidas e pela reflexão aqui espelhada julgo ter refletido eficaz e criticamente na e sobre a prática clínica (UCP, 2010).

2.2. MÓDULO II: CUIDADOS INTENSIVOS

Neste capítulo irei abordar a experiência profissional creditada de uma forma resumida e reflexiva que pretendo que espelhe as competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do meu percurso profissional.

O Estágio correspondente ao Módulo II, foi-me creditado pela UCP de acordo com o artigo 45º do Decreto-Lei 74/2006, por exercer funções num serviço com UCINT onde presto, desde Setembro de 2005, Cuidados de Enfermagem ao adulto em situação crítica e/ou falência multiorgânica o que exige um domínio científico, técnico e relacional elevados e a mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil às necessidades dos indivíduos e suas famílias, intervindo com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, aguda ou crónica e assegurando o conforto e dignidade a doentes em fim de vida.

A UCINT do serviço de Nefrologia é um serviço de cuidados diferenciados que conta com nove camas, sendo que uma delas permite isolamento respiratório. As unidades individuais estão equipadas com os dispositivos essenciais à vigilância e monitorização hemodinâmicas e estão devidamente armazenados os equipamentos essenciais à prestação de cuidados ao doente crítico com necessidade de suportes ventilatórios e hemodinâmicos.

Presto Cuidados de Enfermagem a doentes adultos e idosos, na sua maioria, apesar de, ocasionalmente, estarem internadas crianças e jovens. A maioria dos doentes tem patologia nefrológica, no entanto, presto cuidados em diferentes áreas de especialidade: urologia, neurologia, gastroenterologia, cardiologia, cirurgia e ortopedia, isto porque, um doente a realizar HD, Diálise Peritoneal (DP) ou submetido a Transplante Renal (TR) que necessite de cuidados em outras especialidades fica frequentemente internado no serviço onde trabalho. Relativamente aos doentes da nefrologia, todos têm Doença Renal (DR), aguda ou crónica, e alguns estão sob Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR). Pelas comorbilidades associadas à DR e pela média elevada de idades dos doentes, presto cuidados a doentes em situação aguda ou crónica e a doentes em fim de vida.

A média de idades dos doentes é de 69,24 anos sendo que o grupo etário entre os 70 e os 79 é o mais prevalente. Cerca de 50,5 % dos doentes tem Doença Renal Crónica (DRC) e realiza HD. As 3 principais causas de internamento são: infeção, alterações cardiovasculares e sintomas digestivos (Vizinho, 2011).

As situações descritas causam na pessoa respostas no sentido da transição entre estados. Os enfermeiros encontram assim um grande desafio em compreender os processos de transição de tal forma que, possam intervir adequadamente e ajudar a pessoa a encontrar a estabilidade e uma nova sensação de bem-estar, o que exige uma compreensão e gestão efetiva do acontecimento que originou a crise (Meleis et al, 2010). Foi com esta premissa que procurei intervir junto do doente e família a vivenciar um processo de transição.

A prestação de cuidados neste serviço exige, devido à instabilidade hemodinâmica dos doentes, um grande sentido crítico e avaliativo, análise de situações complexas e o reconhecimento e estabelecimento de prioridades na prestação e organização dos cuidados. São frequentes as situações de urgência e a necessidade de elevado rigor, organização, planeamento e demonstração de competências científicas e técnicas. A instabilidade hemodinâmica dos doentes exige frequentemente a utilização de Técnicas Contínuas e Descontínuas de Substituição da Função Renal, Ventilação Mecânica Não Invasiva e Invasiva, gestão de protocolos terapêuticos e utilização de manobras de Reanimação.

Pela necessidade de receber doentes de outras especialidades, tenho tido oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a cirurgia (cirurgia geral e cardiorácica) no pré e pós-operatório. Além disso, é frequente recebermos doentes da cardiologia, com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), submetidos a angioplastia; submetidos a ablação de FA e outras alterações cardioelétricas; colocação de PM e colocação de cardiodesfibrilhador interno.

Os cuidados que presto têm por base os conhecimentos adquiridos ao longo da formação de base e que fui adquirindo e consolidando ao longo do tempo com a participação em formações em áreas relevantes, formação pós graduada e com a atualização tendo em conta os resultados da investigação em Enfermagem.

A melhoria contínua da qualidade do exercício é conseguida através da atualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de Enfermagem (Ribeiro et al, 2008). Por concordar com a afirmação, ao longo deste percurso procurei formação contínua quando considerei que tal seria importante na aquisição e/ou desenvolvimento de competências para melhorar a minha prestação de cuidados e consolidar o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Daí ter realizado formação em diversas áreas como: formação pedagógica de formadores, controlo de infeção, prevenção e tratamento de úlceras de pressão, traçados eletrocardiográficos, dor, gestão de equipas e liderança, HD, DP, TR, suporte básico de vida, técnicas de reabilitação, ventilação não invasiva e cuidados paliativos. Estas formações refletem a minha consciência de necessidade de formação complementar, interesses pessoais e ainda as oportunidades proporcionadas pelo serviço e instituição ². A formação é um

² Os certificados serão apresentados se assim se considerar pertinente.

processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e atualização e adaptação às situações) (Abreu, 2007 e Rua, 2011). Assim, optei ainda por enveredar por um curso de Pós Graduação em Geriatria e em Enfermagem Nefrológica acreditando que tal contribuiria para o meu crescimento pessoal e profissional, o que, efetivamente se verificou.

Considero assim ter conseguido manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional (UCP, 2010).

Durante este período tive oportunidade de prestar Cuidados de Enfermagem autónomos e/ou interdependentes ao doente e família de acordo com o contexto. Para tal, utilizei o processo de enfermagem de forma sistematizada desde o acolhimento até ao regresso a casa. Daí que, tenha procedido a uma cuidadosa colheita de dados do doente e família, realizado diagnósticos de enfermagem e planeado a minha intervenção tendo em vista os objetivos definidos e necessidades identificadas. Durante este processo utilizei uma metodologia científica e um quadro referencial teórico baseado no Modelo de Virgínia Henderson.

Segundo Virgínia Henderson (2007, p.3),

“ a função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível”.

A utilização deste quadro referencial relacionou-se com o facto de ser um quadro referencial familiar por já o ter utilizado em outras abordagens, nomeadamente durante o curso de Licenciatura, e por ser aquele utilizado no serviço. Considero que a utilização deste quadro concetual me permitiu uma abordagem global do doente, consciente de que, independentemente do diagnóstico, deveria avaliar as necessidades do doente de acordo com aquelas referidas por Virgínia Henderson de forma a poder elaborar um plano de cuidados. De forma complementar e paralela elaborei registos de enfermagem claros e objetivos e analisei, interpretei e avaliei os cuidados prestados aos doentes e famílias de forma a poder atualizar o plano de cuidados. A necessidade de gerir bem os recursos acelerou o movimento da informatização na saúde, impondo-se a gestão eficaz da informação (Paiva e Silva, 2006), daí que este processo tenha sofrido algumas modificações ao longo do tempo, visto que, a instituição adotou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®) e os registos passaram a ser feitos em suporte informático na plataforma Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Considero ter prestado cuidados diferenciados ao doente crítico consoante as necessidades alteradas em cada momento o que permitiu a individualização dos cuidados à Pessoa, enquanto ser holístico, perante um processo de transição e com um conjunto de condições que lhe limitam a autonomia. O reconhecimento filosófico e moral de que a Enfermagem é uma atividade centrada na Pessoa em todas as suas dimensões, implica a prestação de cuidados holísticos que incluem a responsabilidade de ajudar a recuperar a saúde, atingir o potencial máximo em caso de doença crónica ou assegurar qualidade de vida em situação de doença terminal (McSweeney, 2003).

A prestação de cuidados nas áreas referidas permitiu demonstrar um nível profundo de conhecimentos, desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao cliente, gerir e interpretar a informação proveniente da minha formação inicial, pós-graduada e experiência profissional e abordar questões complexas de modo sistemático, relacionadas com o cliente e família (UCP, 2010).

O campo de competência da Enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados, diz respeito à interação e correlação da pessoa com a sua limitação ou doença e com os que a cercam e ao seu meio (Colliére, 2003). Por me identificar com esta forma de intervenção, durante o processo de planeamento, realização e avaliação dos Cuidados de Enfermagem, promovi um clima de respeito e confiança, favorecendo a integração do doente e família no processo de saúde/doença, através da correta fundamentação das minhas intervenções, cuidadosa explicação dos cuidados prestados, esclarecimento de dúvidas e promoção da autonomia e readaptação funcional do doente e família. Procurei envolver a família nos cuidados ao doente, quer na sua capacitação para a realização desses cuidados quer através do correto encaminhamento para outros profissionais. Esta intervenção permitiu assegurar um adequado planeamento do regresso a casa, mesmo que esse planeamento exigisse a articulação com outras instituições, nomeadamente, cuidados de saúde primários ou continuados. Desta forma consegui adotar atitudes que visaram a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação, a inserção social e continuidade dos cuidados.

Pela natureza da DRC e TSFR, as intervenções de capacitação do doente e família e a correta articulação com outras instituições, nomeadamente, centros de HD torna-se fundamental. Como tal, transmiti e validei informação, oral e escrita, relevante para os doentes e famílias para que estes pudessem atingir níveis ótimos de saúde e reabilitação e assegurei-me que este processo era claro, objetivo e adequado às suas capacidades. Durante todo o processo de prestação de cuidados promovi, desenvolvi e estabeleci uma relação terapêutica com o doente e família, através da utilização de comunicação adequada, utilizando estratégias como o autoconhecimento, a escuta ativa, empatia, disponibilidade, congruência, clarificação ou

feedback. Durante o estabelecimento da relação terapêutica, adotei uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legais do doente, família e cuidadores.

Assim, considero ter conseguido demonstrar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, considerando todas as variáveis associadas aos problemas de saúde identificados e fundamentando as minhas decisões em evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas (UCP, 2010).

Por ser chefe de equipa desenvolvi atividades relacionadas com a gestão da equipa multidisciplinar, como tal, dividi a equipa de enfermagem e de AO de acordo com os diferentes setores do serviço e com as necessidades de prestação de cuidados, estimadas pelo Sistema de Classificação de Doentes, supervisionando o plano estabelecido, avaliando a sua eficácia, reorganizando a equipa se necessário e apoiando e incentivando a prestação de cuidados personalizados aos doentes e famílias, assegurando a criação e manutenção de um ambiente seguro através do cumprimento das normas e critérios do serviço, nomeadamente, Controlo da Infecção e Higiene Hospitalar. Por ser frequente no serviço e uma área de interesse pessoal, assegurei o cumprimento de medidas de isolamento e promovi a discussão e reflexão nas equipas acerca da implementação destas medidas. Considero que os colegas reconheceram a minha competência em áreas de atuação específica por me ser requisitada a colaboração e intervenção, no esclarecimento de dúvidas e na tomada de decisão acerca da implementação de medidas de isolamento, colheita de produtos e utilização de material.\

É frequentemente existirem situações de fim de vida em que promovi o bem-estar e o conforto do doente e família, como tal, preocupei-me em intervir de forma a melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias, atendendo às necessidades identificadas e aos resultados esperados. A comunicação revelou-se uma ferramenta bastante útil e o controlo da dor essencial para promover o conforto. O enfermeiro tem um papel fundamental ao acompanhar o doente e família ao longo deste percurso e deve ter consciência de como estabelecer uma relação que permita a adaptação ao processo de transição. Considero ter prestado cuidados paliativos que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias através da prevenção e alívio do sofrimento, numa abordagem global e holística e numa transição progressiva e colaboração entre os cuidados curativos e paliativos (Neto, 2010).

Desta forma, considero ter desenvolvido uma metodologia eficaz na assistência ao cliente, demonstrando capacidade de trabalhar na equipa inter e multidisciplinar, demonstrando um nível profundo de conhecimentos na área e produzido um discurso pessoal fundamentado tendo em conta os problemas com que me deparei (UCP, 2010).

Em situações de urgência coordenei a equipa de enfermagem de forma a cumprir as normas e protocolos instituídos e assegurar a qualidade dos cuidados prestados, para tal, distribui os

enfermeiros de acordo com as áreas de intervenção (ventilação, circulação e protocolos de terapêutica). Nestas situações tornou-se fundamental conhecer os elementos da equipa, ter em conta as suas dificuldades ou potencialidades e, promover um ambiente saudável de liderança e apoio aos colegas. Participei ainda na prestação de cuidados diretos em situações de urgência de forma eficaz, de acordo com as prioridades identificadas e antecipando potenciais focos de instabilidade ou sinais de gravidade.

Considero assim, ter demonstrado capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e liderado as equipas na prestação de cuidados (UCP, 2010).

A promoção de um clima positivo e boas relações interpessoais manifestou-se essencial, para tal, mostrei disponibilidade e compreensão perante os problemas identificados e promovi a reflexão e implementação de estratégias na tentativa de resolução de problemas, contribuindo assim, para um trabalho de equipa eficaz. Nesta área a consolidação de estratégias de liderança e gestão de conflitos foi essencial, pelo que, realizei formação nessas áreas e fomentei o diálogo entre a equipa, mostrando disponibilidade e respeito pelas opiniões dos outros, confiando na sua prestação e exprimindo as minhas opiniões com objetividade e clareza. Realizei reuniões periódicas com a equipa para avaliação dos cuidados, discussão de problemas, dúvidas e necessidades, bem como, transmiti informações provenientes da equipa à chefia e divulguei informações à equipa provenientes da chefia.

Em diversas situações dei a conhecer e esclareci dúvidas relativas à prevenção e tratamento de úlceras de pressão e outras feridas, normas relativas à prevenção e controlo da infeção, gestão de protocolos terapêuticos, otimização da utilização de material, cuidados ao doente em estado crítico, nomeadamente, na sua monitorização e alerta para sinais de gravidade ou instabilidade hemodinâmica.

Enquanto chefe de equipa mantive atualizado o plano de doentes, geri e supervisionei o controlo de estupefacientes, registei em local apropriado ocorrências importantes e promovi a correta utilização do material, informando acerca dos custos, maximizando as formas de redução dos mesmos, organizando os cuidados de acordo com princípios de eficácia baseados no respeito pelo outro, pela dignidade e liberdade da pessoa humana, garantindo a sua continuidade e humanização através de uma orientação e supervisão adequadas. Quando necessário, substitui o Enfermeiro Responsável nas suas ausências ou impedimentos, no sentido de manter o normal funcionamento do serviço, gerindo os acolhimentos e regressos a casa dos doentes, assegurando a dotação mínima de enfermeiros e AO para cada turno, gerindo a organização do serviço no que respeita a internamentos, realização de exames ou outras intervenções específicas como, colaboração na colocação de cateteres, realização de exames auxiliares de diagnóstico ou biópsias.

Assisti e participei nas reuniões de passagem de turno, transmitindo todas as informações que considere relevantes para o bom funcionamento do serviço, promovendo a reflexão sobre a prática, esclarecendo dúvidas e garantindo a continuidade dos cuidados prestados. Participei na divulgação de normas à equipa de enfermagem, nomeadamente, no que respeita o protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do CHLO e prevenção da infeção associada à cateterização venosa central, tendo definido normas específicas de atuação e registo para o serviço. Por concordar com Rua (2011) e considerar que o enfermeiro deve orientar o seu exercício profissional autónomo, numa abordagem sistémica e sistemática, incorporando os resultados da investigação na sua prática, quando considere pertinente, procurei, discuti e divulguei resultados e implicações de investigação em áreas relevantes para a prestação de cuidados no serviço e, frequentemente, realçadas pelas formação contínua que desenvolvi.

Assumo assim que consegui zelar pela qualidade dos cuidados prestados, promover o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros, incorporar na prática resultados da investigação válidos e relevantes, gerir os cuidados prestados e demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência (UCP, 2010).

Tive oportunidade de identificar necessidades de formação da equipa de enfermagem (UCP, 2010) relacionadas com a classificação, prevenção e tratamento das úlceras de pressão, ou seja, identifiquei erros nestas áreas que condicionavam a intervenção de enfermagem e a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, daí ter manifestado interesse em intervir em termos formativos. Por ser o elo dinamizador do Grupo de Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão do CHLO, realizei formação para os enfermeiros nas áreas temáticas referenciadas e vi reconhecidas as minhas competências por ser solicitada a minha intervenção na avaliação e diagnóstico diferencial de úlceras de pressão no serviço. Participo ainda num grupo homólogo no serviço onde exerço funções e que tem a sua atividade fundamentada, planeada e aprovada pela chefe do serviço e Direção de Enfermagem. De entre as atividades do grupo referido destaco a realização de estudos de incidência e prevalência, e a realização de auditorias aos procedimentos e registos. No âmbito do tema Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão participei em 2 estudos: um de prevalência no CHLO e outro de incidência e prevalência no HSC. O ao CHLO ainda não foi divulgado ou discutido, no entanto, o relativo ao HSC foi analisado e as enfermeiras responsáveis apresentaram já os resultados obtidos. Com o intuito de melhorar a qualidade assistencial realizei formação aos AO do CHLO no âmbito do tema Comunicação e seus obstáculos. Esta atividade irá continuar a ser desenvolvida num âmbito temático mais alargado.

Fortin (1999) considera que o desenvolvimento da investigação, no seio de uma disciplina, promove a evolução da profissão, o ensino e a prática através da resolução e explicação dos

fenómenos do mundo. A autora considera que a investigação científica é um processo ordenado e sistemático na procura das respostas pretendidas para a questão colocada e visa a produção de uma base científica para guiar a prática. Por considerar que a investigação permite a resolução de problemas e, conseqüentemente, melhoria da qualidade assistencial participei nos projetos acima referenciados.

Assumo assim que comuniquei aspetos complexos de âmbito profissional a enfermeiros e AO, identifiquei necessidades de formação, promovi a formação e investigação em serviço, comuniquei os resultados da investigação a enfermeiros, demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional e tomei iniciativa na interpretação e resolução de problemas (UCP, 2010).

O processo de supervisão existe quando uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional num percurso que exige monitorização da prática através da experimentação e reflexão (Rua, 2011). O facto de ser chefe de equipa desde 2007 e responsável pela integração de novos elementos no serviço e orientação de estudantes permitiu a articulação de competências relacionais, formativas, gestão de equipas, supervisão e planeamento dos cuidados. A exigência destas atividades constituiu-se um grande desafio mas também uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal. Exigiu a mobilização de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais e a sua articulação para fornecer suporte, orientação e formação aos estudantes e colegas.

Colaborei nos ensinamentos clínicos de estudantes do 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, pelo que, tive oportunidade de consolidar competências relacionadas com a transmissão de conhecimentos, a supervisão e orientação da prestação de cuidados, a promoção de uma prática de Enfermagem reflexiva e fundamentada em modelos concetuais e resultados da investigação clínica. Nas diversas ocasiões em que integrei elementos no serviço ou colaborei em ensinamentos clínicos, dei relevância ao planeamento do percurso no que respeita a oportunidades de experimentação e momentos de reflexão sobre a prática, favorecendo a integração dos referenciais teóricos na prática, a fundamentação na melhor evidência científica e a (re) formulação de estratégias de aprendizagem, promovendo a sua autonomia e capacitando-os para uma prática de Enfermagem de acordo com critérios de excelência, respeito pelos direitos dos doentes e tendo em conta os princípios éticos e deontológicos da prestação de Cuidados de Enfermagem. Esta postura reflete a preocupação com a qualidade das práticas, a segurança dos cuidados, a implicação pessoal e a integridade do eu e a promoção de uma atitude reflexiva como estruturante do processo de desenvolvimento pessoal e profissional (Abreu, 2007).

Considero assim que integrei no serviço vários elementos e exerci supervisão do exercício profissional (UCP, 2010).

A reflexão é uma competência essencial e implícita na prática da Enfermagem. Schön defendeu uma abordagem reflexiva na formação dos profissionais que se baseia na reflexão na ação (reporta-se ao pensamento reflexivo no decurso da ação) e sobre a ação (ocorre após a ação e experiência vivenciadas). Só através da reflexão o profissional consegue concretizar diagnósticos clínicos e intervir em contextos de cuidados de enfermagem. (Abreu, 2007; Alarcão e Tavares, 2003). Durante o meu percurso profissional fomentei esta abordagem que se revelou essencial no meu processo de aprendizagem. Todo este percurso exigiu constante reflexão sobre a prática de cuidados e sobre a minha intervenção. Essa reflexão foi feita com elementos de referência no serviço e com outros chefes de equipa ou responsáveis. Também a avaliação de desempenho e o planeamento de atividades e objetivos se revelou fundamental na reflexão crítica na e sobre a prática (UCP, 2010).

2.3 MÓDULO III: COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO

Florence Nightingale foi das primeiras a preocupar-se com aspetos dos cuidados que se relacionam diretamente com o controlo das condições ambientais e, conseqüentemente, capazes de prevenir doenças, suprimi-las ou contribuir para elas. A teoria de Nightingale centra-se no ambiente e, apesar de nunca o ter definido especificamente, descreveu pormenores relacionados com ventilação, luz, calor, limpeza e barulho e realçou a importância do seu controlo no cuidado aos doentes. A função do Enfermeiro seria equilibrar o meio ambiente e oferecer ao doente as melhores condições possíveis de forma a que a natureza pudesse agir e o doente recuperasse a sua independência (Nightingale, 2005).

O pensamento de Florence Nightingale constitui um marco na definição e consolidação dos Cuidados de Enfermagem. O seu espírito inovador e vanguardista é hoje reconhecido, nomeadamente na, amplamente debatida, área do controlo da infeção.

A IACS, que é a condição sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas e que é adquirida no contexto da prestação dos cuidados de saúde, constitui um problema grave no que respeita a segurança do doente (DGS, 2007). A sua vigilância e prevenção devem ser prioritárias nos diversos contextos da prestação de cuidados de saúde. O impacto das IACS está identificado em diversas áreas: aumenta o período de internamento, implica frequentemente incapacidade dos doentes, aumenta a resistência aos antimicrobianos, tem custos excessivos e repercussões para a família dos doentes e entidades empregadoras (OMS, 2009).

A prevenção e o controlo das IACS constituem uma prioridade estratégica ao nível nacional consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. As IACS, não sendo um problema novo, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo. O aumento da esperança média de vida e o desenvolvimento de tecnologias médicas mais avançadas e mais

invasivas, a par do aumento do número de pessoas sob terapêutica imunossupressora aumenta o risco de infecção. Estudos atuais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (DGS, 2007).

A responsabilidade em controlar a infecção é inerente aos profissionais de saúde. Torna-se essencial promover uma cultura de prevenção como condição necessária para concretizar eficazmente a prevenção e controlo da infecção (Pereira et al, 2005). Acredito que o Enfermeiro deve ser capaz de responder eficazmente na prevenção e controlo da infecção e que a diversidade e complexidade dos contextos em que presta cuidados constituem um desafio para a implementação de medidas que visem a qualidade e segurança dos cuidados.

O Departamento da Qualidade em Saúde realça que para promover a qualidade dos cuidados prestados se torna essencial investir na formação de todos os grupos profissionais, particularmente no que respeita a prevenção e controlo da infecção. O objetivo final será criar um grupo de profissionais especializados que possam gerir o PNCI em cada instituição (DGS, 2011).

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção (PNPCI) da IACS considera as vertentes da vigilância epidemiológica, monitorização do cumprimento das normas e das recomendações de boas práticas, e formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes essenciais na operacionalização da estratégia divulgada neste documento (DGS, 2007). Tendo em conta as diversas áreas de atuação definidas no PNPCI defini como objetivo:

OBJECTIVO I: *Adquirir e desenvolver competências científicas e técnicas no âmbito da vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento das normas e das recomendações de boas práticas e formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes de forma a promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados.*

Durante o Estágio tive oportunidade de realizar pesquisa bibliográfica nas áreas da vigilância epidemiológica, prevenção e controlo da infecção, microbiologia, prevenção da infecção associada a dispositivos intravasculares e cateteres vesicais, entre outras. Tinha já conhecimentos na área, resultantes da formação de base, da experiência e formação profissionais e da formação do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Apesar disso, sempre que considerei que os conhecimentos eram insuficientes, procurei, junto das entidades e publicações de referência, a informação que me permitisse fundamentar as intervenções de enfermagem.

Dadas as especificidades inerentes à realidade do HSM, tive também que conhecer o regulamento, normas, protocolos e procedimentos que regem a atuação específica da CCI e,

ainda, aqueles que lhe estão indiretamente ligados e se relacionam com o Programa de Melhoria da Qualidade do CHLC.

Esta competência refletiu-se no domínio dos temas tratados nas duas formações que realizei, na elaboração dos folhetos para utentes e visitas, na interpretação dos resultados do questionário e vigilância epidemiológica, assim como, na reflexão acerca das atividades desenvolvidas. Considero que na fundamentação das minhas atividades e intervenções, durante os momentos de partilha com a Enfermeira e Professora Orientadora e na abordagem aos profissionais de saúde nos serviços consegui demonstrar através de um discurso científico coerente, o domínio sobre os temas.

Desta forma considero ter sido capaz de gerir e interpretar a informação proveniente da formação e experiência profissional e demonstrar um nível profundo de conhecimentos na área (UCP, 2010).

Aquando da fundamentação das minhas intervenções, realização das auditoras, elaboração dos instrumentos de auditoria e elaboração das formações realizei pesquisa bibliográfica e selecionei as recomendações decorrentes da melhor evidência científica e mais atualizadas.

Considero que o profissional deve integrar na sua prática individual a melhor evidência possível, proveniente da pesquisa científica, ou seja, os Enfermeiros devem procurar evidência e aplicá-la na sua prática quotidiana, com uma proporção crescente de participação ativa em investigação. No âmbito de campanhas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde muito se tem falado em prática baseada na evidência. Esta tem sido descrita como fazer as coisas de uma forma mais eficaz, com os mais elevados padrões possíveis e assegurar que o que é feito é feito “bem” para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos, ou seja, é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde (Craig e Smyth, 2004).

Sempre que surgiu necessidade de aprofundar ou validar informação, procurei aquela mais relevante em termos de evidência científica, baseada em estudos recentes e divulgada por organizações ou instituições de reconhecido mérito na área, isto porque, considero que uma abordagem baseada na evidência na prática clínica permite prestar os cuidados apropriados de modo eficiente. É essencial conhecer formas de procurar a informação mais credível e a melhor evidência científica, sendo que utilizei bases de dados internacionais como a Ebsco, na pesquisa de artigos científicos, e entidades de referência como a Organização Mundial de Saúde (OMS), DGS e CDC.

Assumo que consegui incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes (UCP, 2010).

Consegui demonstrar domínio em relação aos temas abordados e arguir eficazmente perante os problemas identificados. Este processo foi sendo consolidado ao longo de percurso de Estágio, de tal forma que os profissionais reconheceram que poderia constituir uma fonte de esclarecimento de dúvidas e divulgação das recomendações e normas de boas práticas e solicitaram a minha intervenção em diversas situações. Foram diversas as situações em que tive oportunidade de divulgar e esclarecer os profissionais em situações como: medidas de isolamento, realização de tratamento a feridas limpas, utilização de antibioterapia, utilização de desinfetantes, inserção e manutenção de cateteres periféricos, centrais e algalias.

Várias foram as situações que conduziram a uma reflexão mais profunda, uma delas, relacionada com a gestão do risco e controlo da infeção associada ao material utilizado. A situação relacionou-se com a utilização de um tipo de urimeter que, no bloco operatório, não permitia a fixação eficaz na maca e que conduziu à manipulação do material pela empresa fornecedora, manipulação essa que colocou em causa a esterilidade dos urimeters.

Esta situação exigiu grande sensibilidade e uma forte fundamentação e conhecimentos nas áreas de controlo de infeção e gestão do risco. Tive oportunidade de esclarecer as colegas envolvidas na situação acerca das especificidades de utilização dos dispositivos médicos e a importância de relatar imediatamente estas situações pois colocam em causa a segurança do doente, associada ao aumento da probabilidade de existir um foco de contaminação e, conseqüentemente, uma IACS. Tornou-se ainda importante conversar com a empresa que forneceu o material alertando para as eventuais conseqüências da situação e exigindo e verificando o cumprimento das normas em situações futuras.

O Enfermeiro Especialista deve reconhecer as situações em que tem que intervir de forma a fazer cumprir as normas de prevenção e controlo da infeção, no entanto, para o fazer deve ser possuidor dos conhecimentos necessários de forma a conseguir produzir um discurso coerente, objetivo e fundamentado nas recomendações de boas práticas e nos resultados da investigação.

Neste contexto, considero ter conseguido produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diversas perspetivas sobre os problemas de saúde e refletido criticamente na e sobre a prática (UCP, 2010).

No sentido de ter um papel mais autónomo na realização de investigação e posterior interpretação dos resultados dessa investigação na prática clínica, realizei vigilância epidemiológica relativamente às infeções da corrente sanguínea e microrganismos Alerta. Para tal procedi a análise dos processos dos doentes, análise dos resultados microbiológicos de produtos colhidos e registo em folha própria da DGS. A vigilância epidemiológica permite perceber o percurso do doente desde a entrada no hospital até à manifestação de sinais ou

sintomas de infecção e, finalmente, resposta do doente às medidas implementadas. Esta metodologia permite orientar e avaliar o desempenho das instituições com vista à prevenção das infeções.

Realizei análise de dados da vigilância epidemiológica dos microrganismos Alerta, ou seja, microrganismos epidemiologicamente importantes. Para tal, atualizei os registos informáticos relativos ao período entre 1 de Janeiro de 2011 e 30 de Abril de 2011. Utilizei uma plataforma de dados, criada pela CCI, e que tem por base a folha da vigilância epidemiológica da DGS relativa às infeções da corrente sanguínea. Da elaboração deste trabalho resultou um relatório (Apêndice VIII) onde são descritos os objetivos e as implicações desta intervenção.

A resposta às questões colocadas e aos objetivos fixados neste trabalho, permitiu uma caracterização eficaz das infeções por microrganismos Alerta no HSM que permitirá a adequação da intervenção da CCI no que respeita os processos e procedimentos de redução das infeções por microrganismos Alerta. Tornou-se evidente que a prevenção da contaminação por MRSA terá que constituir um objetivo crucial, dado o número significativo de infeções causadas por este agente. Visto que os sistemas de informação são, atualmente, ferramentas importantes na nossa prestação de cuidados, considero importante a maximização das suas potencialidades no sentido de extrair e analisar de forma mais eficaz os resultados da vigilância epidemiológica, daí ter enunciado algumas sugestões para posterior análise e que poderão melhorar a qualidade da intervenção relativamente a este tema (Apêndice VIII).

O planeamento e realização destas atividades permitiu gerir e interpretar a informação decorrente da formação e experiência profissional, formular e analisar questões/problemas de maior complexidade, abordando questões complexas de modo sistemático, tomar a iniciativa na interpretação e resolução de problemas e promover a investigação (UCP, 2010).

O papel do Enfermeiro responsável pela CCI deve promover o envolvimento de todos os profissionais prestadores de cuidados de saúde. O trabalho a realizar nesta área reveste-se de grande abrangência e, por esse motivo, torna-se fundamental recorrer ao apoio dos profissionais dos diferentes serviços. Estes profissionais, elos dinamizadores da CCI, têm um papel ativo na divulgação das normas e boas práticas, no esclarecimento de dúvidas e na identificação das necessidades de intervenção. Procurei estabelecer com estes colegas uma relação de confiança e responsabilização. Para tal, demonstrei conhecimentos científicos pertinentes e atualizados e procurei integrar esses conhecimentos nas abordagens nos serviços, quer pela intervenção em situações específicas quer pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas. Considero ter conseguido ser um elemento de referência por ter sido requisitada a minha intervenção para a clarificação de dúvidas respeitantes à aplicação de normas, implementação de medidas de isolamento baseadas nas vias de transmissão, realização de auditorias, elaboração de documentos e realização de formação.

O Enfermeiro Especialista deve ter um papel promotor do desenvolvimento pessoal e profissional da equipa, reforçando a importância do papel de cada um e analisando as possíveis dificuldades ou necessidades formativas nesta área em particular. Ao ser responsável pelo cumprimento das normas e boas práticas, é também responsável por manter a equipa a par dessas recomendações, proporcionando espaços de partilha de reflexão conjunta.

Esta forma de intervenção permitiu promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais e demonstrar um nível profundo de conhecimentos na área (UCP, 2010).

As Precauções Básicas constituem uma área de formação fundamental na prestação de cuidados diretos ao doente, quer pela importância na adoção de comportamentos preventivos da disseminação de microrganismos, quer pela proteção dos próprios profissionais relativamente aos riscos decorrentes da própria prestação de cuidados. Os AO são um grupo profissional que contacta de forma direta com o doente, no entanto, dadas as condições laborais atuais, são um grupo que frequentemente inicia a sua atividade profissional sem formação específica e os profissionais com mais experiência acabam também por não atualizar frequentemente os seus conhecimentos. Daí ter identificado uma oportunidade de intervenção e melhoria da qualidade assistencial, até porque, tive oportunidade de identificar em diversos serviços a utilização incorreta do equipamento de proteção individual e o não cumprimento das Precauções Básicas.

De forma a maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção considerei a realização de formação aos AO na área das “Precauções Básicas”. O objetivo da formação era que os assistentes operacionais fossem capazes de enunciar e compreender as Precauções Básicas associadas à prevenção das IACS (Apêndice IX e X). Após a realização da formação (Apêndice XI) e análise do Questionário de Avaliação (Apêndice XII e Anexo II) assumo que consegui alcançar os objetivos a que me propus, visto que, os formandos consideraram os conteúdos pertinentes face às suas expectativas e adequados às suas atividades profissionais. Além disso, os formandos responderam às questões colocadas durante a sessão de forma correta e de acordo com os conteúdos programáticos abordados.

Aquando da correção do Questionário (Apêndice XII) aplicado no início da sessão, não se verificaram dúvidas quanto às respostas corretas e os formandos conseguiram fundamentar as suas opções e compreender os erros identificados. Também não se verificaram erros ou dúvidas relativamente à manipulação do equipamento de Proteção Individual (Apêndice XIII).

Desta forma, julgo ter identificado as necessidades formativas, promovido a formação em serviço e o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais, zelado pela

qualidade dos cuidados prestados e avaliado a adequação dos métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada (UCP, 2010).

As situações de isolamento são frequentes nas unidades do HSM. A única situação em que se recorre à transferência do doente é no caso de um isolamento de via aérea. Ao longo do Estágio, tive oportunidade de perceber que a intervenção da CCI era frequentemente requisitada para esclarecer dúvidas relativas a este tema, daí que, na tentativa de abranger os diferentes intervenientes na prestação de cuidados, elaborei panfletos para os utentes e visitas referentes às situações de isolamento baseadas nas vias de transmissão. Esta opção relaciona-se com o reconhecimento de que utentes e visitas devem receber informação pertinente relativa à prestação de cuidados o que tem fundamento ético no respeito pelo dever da informação (Decreto-Lei nº 93/98, de 21 de Abril) e também na promoção da responsabilidade do doente perante o processo de saúde/doença (Apêndice XIV). Estes panfletos são relativos às quatro formas de isolamento baseadas nas vias de transmissão, ou seja, isolamento de gotículas, via aérea, contato e protetor. Existe uma dimensão comum a todos os panfletos relativa a cuidados gerais que utentes e visitas devem ter e um conjunto de recomendações específicas para cada um dos tipos de isolamento. É ainda dada especial ênfase à higiene das mãos, pela sua comprovada capacidade em diminuir o risco de contaminação se realizada em número e com a qualidade defendidas. Nestes trabalhos utilizei linguagem simples, frases curtas e informação pertinente. Considero que estes panfletos poderão apoiar a intervenção dos enfermeiros em situações de isolamento no sentido de completar e validar a informação que é essencial transmitir aos utentes e visitas.

A implementação de medidas de isolamento coloca em causa a autonomia do doente e é geradora de ansiedade. O Enfermeiro tem um papel fundamental na informação ao doente, no esclarecimento de dúvidas, no ensino à família sobre o equipamento a utilizar, portanto, considereei que a elaboração dos panfletos seria uma mais-valia na consolidação e validação dessa informação.

Com esta atividade considero ter abordado questões complexas de modo sistemático e criativo, comunicado aspetos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros e ao público e demonstrado consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente e família (UCP, 2010).

De forma a assegurar a implementação e desenvolvimento de procedimentos de acordo com as normas, protocolos e PNPCI propus-me a elaborar a norma respeitante à prevenção da infeção associada ao CVC, no entanto, não consegui levar a cabo esta atividade. Isto porque, a elaboração de normas e procedimentos no CHLC, deve verificar-se apenas após a deliberação do Conselho de Administração, o que acabou por não acontecer durante o período de Estágio. Como tal, toda a pesquisa bibliográfica relevante e que tinha desenvolvido de forma a

fundamentar a elaboração da norma, ficou disponível na CCI para permitir o esclarecimento de dúvidas, a fundamentação das intervenções e a elaboração da norma referida.

No sentido de validar o cumprimento das normas respeitantes à colocação e manutenção do CVC e inserção e manutenção do cateter vesical procedi à realização de auditorias. Para tal, considerei essencial rever as recomendações emanadas pelas entidades competentes e os procedimentos setoriais específicos do CHLC. A partir destes documentos elaborei dois instrumentos de auditoria que serviram de base para a avaliação do cumprimento dessas normas (Apêndices XV e XVI).

Para proceder à realização das auditorias convidei as enfermeiras chefes de alguns serviços do HSM. Considero que o trabalho em equipa foi eficaz e as equipas auditoras foram capazes de uniformizar as estratégias para auditar as práticas. Após a realização das auditorias elaborei relatórios que foram entregues nas unidades auditadas. Nos relatórios são identificados os aspetos que estão em conformidade e aqueles que não estão em conformidade com as práticas recomendadas, e sugerem-se propostas de melhoria. Da intervenção sugerida nos relatórios elaborados destacam-se a necessidade de manter a divulgação contínua e eficaz dos procedimentos setoriais, a realização de formação aos diversos grupos profissionais, a integração dos temas nos planos de formação das unidades, a promoção da reflexão sobre a prática e a realização de auditorias ³. As unidades devem proceder à implementação das propostas de melhoria para que a adesão dos profissionais e conformidade dos procedimentos sejam verificadas e tal se repercuta na qualidade dos cuidados prestados.

Com o intuito de garantir o cumprimento das normas definidas torna-se essencial manter a realização sistemática de auditorias, a atualização frequente das normas de acordo com as sugeridas pelos organismos responsáveis e a divulgação aos profissionais.

Com a realização destas atividades julgo ter demonstrado um nível profundo de conhecimentos na área, demonstrado capacidade de trabalhar na equipa inter e multidisciplinar, demonstrado compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, incorporado na prática os resultados da investigação e exercido supervisão do exercício profissional (UCP, 2010).

A excelência na prática dos Cuidados de Enfermagem relaciona-se com o agir ético. Para atingir essa excelência torna-se essencial a reflexão sobre a ação de forma a poderem verificar-se melhorias no futuro. A reflexão sobre o agir é um dos critérios inseridos no dever de excelência (Deodato, 2008). Procurando a excelência, ao longo do Estágio refleti com a Enfermeira e Professora Orientadora sobre diversas situações. Para fundamentar essa reflexão

³ Os relatórios serão apresentados se assim se considerar pertinente.

tive oportunidade de realizar pesquisa bibliográfica e discutir os resultados dessa pesquisa. Considero que as duas reflexões e portfólio elaborados demonstraram a minha capacidade de identificar situações problema. Aproveitei as atividades desenvolvidas e as situações para refletir sobre o contexto de intervenção da enfermeira da CCI e, particularmente, do Enfermeiro Especialista.

Ao longo do Estágio tive oportunidade de participar em várias atividades e formações que deram origem a reflexão, nomeadamente: Campanha das Mãos, Ética e Infecção, Gestão de Risco, 1º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente e IACS 2011 em direção a um controlo global ⁴.

Percebi que é primordial que as CCI participem nas atividades recomendadas pela DGS no que respeita a prevenção e controlo da infeção, quer pelas alterações significativas que tal possa produzir na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, quer pela importante avaliação das necessidades de intervenção que essas campanhas permitem fazer e que constitui a base do planeamento de novas atividades e reformulação de estratégias.

A segurança do doente é fundamental quando se fala na prestação de cuidados de saúde em unidades hospitalares. O doente internado, quer pela sua condição física, quer pela exposição a determinadas condições específicas, incorre em diversos riscos. A identificação desses riscos permite monitorizar e identificar as situações de forma a que esse risco seja, posteriormente, reduzido. A aplicação informática da Gestão do Risco implementada no CHLC permite um relato de incidentes imediato, uma análise efetiva e conclusiva das condições que conduziram a esse incidente, com recomendações para melhorias que permitam a redução do risco identificado e, ainda, manter o anonimato do profissional que regista o incidente. Estes aspetos promovem o relato de incidentes e a implementação de estratégias de redução do risco associado aos cuidados de saúde.

Reconheço a importância de manter uma prática reflexiva sobre os procedimentos, técnicas e comportamentos no sentido de diminuir o risco de IACS. Estas são um grave problema de saúde pública e, enquanto profissionais de saúde, impõe-se o dever e exigência de prestar cuidados seguros. Este Estágio permitiu o reconhecimento da importância do papel da enfermeira na CCI e a importância do seu trabalho no controlo das IACS. O Enfermeiro Especialista deve ter um papel interventivo e pró-ativo quer seja responsável pela CCI, quer preste cuidados. Daí estar alerta para as situações mais frequentes, promovendo a discussão e esclarecimento de dúvidas na equipa, fazendo cumprir as normas de boas práticas e colaborando na vigilância epidemiológica.

⁴ Os certificados serão apresentados se assim se considerar pertinente.

Cabe ao Enfermeiro Especialista ser detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitam identificar, no seu contexto de prestação de cuidados, necessidades relativas à prevenção e controlo da infeção. A partir daí terá que mobilizar as suas competências de forma alcançar resultados que permitam a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Na gestão dos cuidados prestados deverá ter particular sensibilidade para incluir os critérios de ambiente seguro e redução do risco na articulação e funcionamento da equipa multiprofissional. Em todo o processo é essencial que invista na sua formação e competências relacionais de forma a basear a sua prática em conhecimentos válidos e sólidos. A sua intervenção deverá ser consistente e, além de baseada em conhecimentos científicos sólidos, baseada numa prática ética e deontológica que promova a proteção dos direitos humanos, o direito de informação e a cuidados seguros.

Após a realização desta reflexão considero ter sido capaz de promover e refletir sobre o meu desenvolvimento pessoal e profissional, refletir na e sobre a prática, demonstrando consciência crítica sobre os problemas da prática profissional (UCP, 2010).

Considerando que a intervenção do enfermeiro na implementação de sistemas de gestão da qualidade passa pela identificação de erros e debilidades no processo de assistência (Abreu, 2007), elaborei o seguinte objetivo:

OBJECTIVO II: *Elaborar e desenvolver um plano de intervenção ao nível da prevenção e controlo da infeção, de acordo com as normas e evidência científica, de forma a dar resposta às necessidades de um ou mais serviços do HSM, contribuindo assim para a melhoria da prática.*

Tendo em conta os motivos que mais justificaram os pedidos de esclarecimento de dúvidas e intervenção da CCI, considerei que se justificava uma intervenção profunda na área das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Decorridas algumas semanas de Estágio, percebi que os enfermeiros das unidades recorriam com frequência à CCI no sentido de esclarecer dúvidas acerca das medidas a implementar em casos de isolamentos de determinados microrganismos. Também nas diversas visitas que fiz às unidades identifiquei a incorreta utilização do equipamento de proteção individual e incumprimento das medidas de isolamento.

Esta análise permitiu-me formular e analisar questões/problemas de maior complexidade, relacionados com a formação em Enfermagem e a prestação de cuidados de saúde e participar e promover a investigação em serviço (UCP, 2010).

A investigação pode integrar-se numa política de gestão e desenvolvimento dos profissionais e oferecer oportunidades em matéria de formação contínua, sendo que, pode considerar-se um

processo sistemático, orientado e ajustado de forma a inovar ou aumentar o conhecimento num determinado campo. No que respeita a Enfermagem, o ganho relaciona-se com o aumento dos conhecimentos em que os profissionais possam basear a sua prática e a melhoria da sua capacidade para inovar. (Hesbeen, 2000).

No sentido de melhor perceber os motivos que justificam estas situações, elaborei um questionário (Apêndice XVII) cujo objetivo era caracterizar a população de enfermeiros tendo em conta a sua participação em formação, conhecimentos acerca dos procedimentos setoriais relativos aos temas definidos e conhecimentos acerca dos mesmos temas.

Foram distribuídos 64 questionários em todas as unidades do HSM, dos quais só recolhi 54. Os questionários foram entregues no dia 17 de Maio, para serem preenchidos pelos profissionais a trabalhar no turno da manhã. Foram recolhidos nos dois dias seguintes. A amostra corresponde a 18,2% dos enfermeiros do HSM. Para análise dos dados criei uma plataforma em excell e introduzi os dados. Discuti com a Enfermeira Orientadora os resultados e a sua apresentação. Os dados do questionário foram trabalhados e a partir dessa análise elaborei uma formação para apresentação dos resultados e informação relativa aos conteúdos onde se verificaram maiores dúvidas (Apêndice XVIII e XIX). Foi também elaborado um relatório (Apêndice XX) para a CCI com toda a análise estatística.

Considero que a utilização do questionário permitiu responder às questões colocadas e analisar adequadamente os possíveis fundamentos das dúvidas identificadas na área dos Isolamentos Baseados nas Vias de Transmissão e Precauções Básicas, no entanto, numa aplicação posterior, sugiro proceder a algumas alterações: a utilização de uma amostra maior de enfermeiros, inclusão de outros grupos profissionais de forma a adequar a intervenção da CCI às suas necessidades, análise dos dados de cada um dos serviços em particular para que a intervenção programada seja mais pertinente, retirar as questões 1.1 e 1.2 por se terem revelado pouco pertinentes na análise dos dados e, eventualmente, aprofundar a análise dos conhecimentos/conteúdos de forma a conhecer especificamente as necessidades de formação dos profissionais.

Assumo que desta forma tomei a iniciativa na interpretação e resolução de problemas na área e avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, de acordo com uma perspetiva académica avançada (UCP, 2010).

A formação realizada teve em conta a melhor evidência científica e as recomendações emanadas por entidades competentes como o CDC e a DGS e, particularmente, os procedimentos setoriais do CHLC relativos aos temas tratados.

No sentido de respeitar os princípios éticos e legais, conversei com a Enfermeira Orientadora para perceber qual a melhor estratégia para a elaboração do pedido de autorização para aplicação do questionário. No entanto, visto ter sido aplicado apenas a enfermeiros que, ao terem efetuado o seu preenchimento em regime de anonimato, deram implicitamente o seu consentimento; porque, os resultados foram apresentados apenas às unidades e em regime académico e, porque, à CCI pertencem responsáveis da Comissão de Ética do HSM que tomaram conhecimento deste trabalho, a Enfermeira Orientadora considerou não ser necessário elaborar um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração ou Comissão de Ética.

Desta forma tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas (UCP, 2010).

No sentido de promover a adesão dos profissionais à sessão de apresentação dos resultados do questionário foram enviados convites (Apêndice XXI) aos enfermeiros chefes, elos dinamizadores da CCI e outros enfermeiros envolvidos em trabalhos nas áreas da Qualidade e Gestão do Risco. A sessão foi ainda divulgada em todos os serviços através de panfletos e da comunicação direta com os profissionais.

Durante a sessão estiveram presentes todos os enfermeiros chefes dos diversos serviços e elementos das equipas de enfermagem, num total de 16. O relatório foi disponibilizado a todos os profissionais para consulta e análise. Considero que teria sido pertinente replicar a formação a maior número de enfermeiros (Apêndice XX). Tive oportunidade o fazer, mas de forma mais resumida, para os enfermeiros de uma das unidades do HSM. Esta situação justificou-se por, após análise dos resultados do processo de Acreditação, se ter identificado uma falha ao nível do cumprimento das medidas de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão nesse serviço. Assim propus a realização de uma sessão formativa no serviço, à qual assistiram 16 enfermeiros e onde foram apresentados os resultados específicos da amostra referente àquele serviço e reforçados os conteúdos temáticos.

Considero ter conseguido comunicar os resultados da prática clínica e investigação a uma audiência especializada e identificar necessidades de formação da equipa de enfermagem (UCP, 2010).

A partir da análise dos dados da aplicação do questionário, selecionei os conteúdos para a realização da formação. Verifiquei a necessidade de formação relativamente a Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão, com particular ênfase, na Higiene das Mãos, Equipamento de Proteção Individual, Controlo do Ambiente e Medidas específicas associadas aos diversos tipos de isolamento. Durante a sessão de formação foi motivada a discussão e participação de todos os profissionais e, no final,

discutiram-se exemplos de situações das diversas unidades. No sentido de validar a compreensão dos conteúdos abordados, foi pedido aos formandos que identificassem o tipo de isolamento adequado a quatro situações diferentes e apenas surgiram dúvidas no isolamento em caso de varíola e a situação foi discutida e esclarecida (Apêndice XXII).

Considero ter utilizado a metodologia adequada relativamente à elaboração, aplicação e análise dos resultados do questionário. As conclusões retiradas foram analisadas com sentido crítico visto a amostra não ser significativa comparativamente ao número total de enfermeiros do HSM, no entanto, considero ter sido suficiente para planear a minha intervenção formativa e esperar uma melhoria dos cuidados prestados.

Assumo assim, ter conseguido avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações (UCP, 2010).

A elaboração deste trabalho tinha, inicialmente, prevista a avaliação da eficácia da formação através da intervenção, em período de estágio posterior, de uma colega do Curso de Mestrado. A realização de auditorias aos procedimentos e re avaliação dos conhecimentos através da aplicação do questionário seriam formas de intervenção possíveis. No entanto, por forma a dar resposta ao solicitado pela CCI, a intervenção descrita teve continuidade com a aplicação do mesmo questionário, a uma amostra de médicos. Desta forma foi possível adequar a intervenção formativa às necessidades específicas de cada uma das populações de profissionais.

Este trabalho terá continuidade através da manutenção da estreita relação entre a CCI e os profissionais das unidades, da promoção e realização de formação nas áreas de Higiene das Mãos, Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão, da divulgação e reflexão sistemáticas sobre os procedimentos na área do controlo da infeção e avaliação contínua das práticas através da realização de auditorias. Acredito que esta intervenção terá repercussões diretas na qualidade da assistência ao doente.

Assumo assim, ter conseguido promover o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais e desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente (UCP, 2010).

3. CONCLUSÃO

Após término do Estágio impôs-se uma análise reflexiva do percurso desenvolvido. Do estágio no SU destaco a possibilidade de prestar cuidados num contexto diferente do habitual e a identificação de oportunidades de uma intervenção especializada em diversas áreas. Reconheço que os projetos das quedas, úlceras de pressão e prevenção da infeção do CVC me motivaram especialmente pela sua exigência e por terem sido pioneiros no serviço. Relativamente ao estágio na CCI realço o papel interventivo e pró ativo que se torna essencial no contexto de prestação de cuidados. Diversas são as situações em que se colocam dúvidas relativamente à prevenção e controlo da infeção e são ainda exigentes os contextos de prestação no que concerne o respeito das recomendações pela equipa multidisciplinar. Tive oportunidade de reconhecer uma área de intervenção muito alargada em que a atualização de conhecimentos, divulgação de recomendações e normas e monitorização do seu cumprimento se torna essencial. Tive algumas dificuldades em limitar a minha área de intervenção pois poderia ter considerado várias outras hipóteses.

O facto de ter definido uma linha orientadora transversal do meu percurso possibilitou uma intervenção particularmente direcionada para a segurança dos cuidados e diminuição do risco que lhes está associado. No que respeita a Segurança do Doente, outras áreas poderiam ter sido definidas, no entanto, considero adequadas aqueles que escolhi tendo em vista o futuro do meu projeto profissional.

As formações inicial, pós graduada e experiência profissional condicionaram a minha prestação, a decisão de frequentar este curso e, conseqüentemente, o percurso desenvolvido. A elaboração deste Relatório resume reflexão da minha prática ao longo do Estágio. Desde o início, procurei integrar-me nas equipas multidisciplinares, desenvolvendo a minha autonomia de forma sustentada, procurando aplicar o projeto a que me propus e identificando e aproveitando todas as oportunidades de formação pessoal e profissional. Procurei tomar a iniciativa ao nível da interpretação e resolução dos problemas identificados na minha área de especialização, de tal forma, a consolidar o papel do Enfermeiro Especialista. Julgo ter demonstrado uma postura pró-ativa, fundamentada na melhor evidência científica e divulgada através de um discurso coerente e cientificamente fundamentado. Esta postura permitiu que tivesse um papel interventivo nas equipas onde trabalhei, deixando contributos para a prática dos Cuidados de Enfermagem e para a melhoria contínua da qualidade. Procurei ser coerente na minha intervenção, identificar e gerir problemas/questões reais e cuja resolução se pudesse manifestar na melhoria efetiva da qualidade dos cuidados prestados. Durante o Estágio coloquei em prática os resultados da investigação sem esquecer que a reflexão é componente fundamental na procura contínua da qualidade dos cuidados. Na perspetiva da Enfermagem Avançada, procurei avaliar e analisar a minha prática fundamentada e enquadrada em modelos teóricos e evidência científica consistentes e adequados ao contexto da minha intervenção.

Qualquer mudança na prática requer o envolvimento de profissionais e gestores. Enquanto Enfermeira Especialista deverei ser percursora de mudança se esta se revelar importante para os Cuidados de Enfermagem. É importante que se identifiquem situações problema, se abordem questões complexas e que, a partir daí, se implementem as medidas necessárias para a qualidade na prestação de Cuidados de Enfermagem. Promover a qualidade nos Cuidados de Enfermagem é uma responsabilidade dos Enfermeiros e uma expectativa dos utentes dos serviços de saúde. Cuidados de qualidade devem ter em consideração os benefícios e os riscos e, o Enfermeiro, no processo de tomada de decisão e na sua intervenção diária, deve minimizar o risco de complicações decorrentes dos cuidados prestados.

Este curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica possibilitou a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências que irão permitir uma intervenção profissional mais atenta, fundamentada em modelos teóricos e evidência científica, motivadora do desempenho pessoal e das equipas e orientada pela reflexão. Espero que as competências que adquiri e/ou desenvolvi me permitam ser um elemento de referência no serviço e zelar pela qualidade dos Cuidados de Enfermagem promovendo a dignificação da profissão e o reconhecimento da sua importância na obtenção de ganhos em saúde.

De forma a resumir o percurso de aprendizagem decidi realizar um análise SWOT que pretendo evidencie os aspetos essenciais desta jornada:

PONTOS FORTES:

- Aprendizagem de conhecimentos técnicos e científicos,
- Desenvolvimento e/ou aquisição de competências na área de especialização,
- Consolidação de uma prática crítico-reflexiva sobre a intervenção de enfermagem,
- Promoção e consolidação de uma Enfermagem Avançada e da prática baseada em evidência,
- Partilha de experiências entre o grupo profissional e com os docentes,
- Conhecimento de novas realidades de prestação de cuidados,
- Supervisão dos docentes e enfermeiros orientadores.

PONTOS FRACOS:

- Limitações relacionadas com as escolhas da área opcional de estágio,
- Períodos de estágios curtos para a implementação de projetos de maior dimensão e para avaliação de alguns projetos implementados,
- Limitações no tempo para a pesquisa e desenvolvimento de atividades,
- Seleção das fontes de informação.

OPORTUNIDADES

- Implementação de uma cultura de qualidade e segurança dos Cuidados de Enfermagem,
- Oportunidade de implementar projetos pioneiros nos serviços
- Implementar alguns dos trabalhos desenvolvidos no meu serviço.

AMEAÇAS

- Reconhecimento diminuído do investimento pessoal e profissional,
- Impossibilidade de monitorização da continuidade dos projetos iniciados,
- Conciliação entre os interesses académico-profissionais e os das instituições e serviços.

A elaboração deste documento foi difícil porque exigiu a descrição e análise crítica e reflexiva de um longo percurso e a seleção das atividades que melhor fundamentassem a aquisição e/ou desenvolvimento de cada uma das competências. Considero, no entanto, tê-lo feito de forma pertinente. Este percurso foi árduo no sentido em que exigiu a mobilização de competências em diversas áreas do conhecimento e uma reflexão permanente e crítica do percurso percorrido, das decisões tomadas e da intervenção futura.

Considero que seria importante promover a discussão e reflexão com colegas de cursos posteriores a frequentar os mesmo locais de estágio. Esta postura poderá permitir, em áreas que não tenham sido exploradas, uma intervenção planeada e a avaliação e continuação de projetos anteriormente implementados. Numa perspetiva mais simples, essa reflexão deve ser fomentada em colegas do mesmo curso que podem partilhar projetos de intervenção que melhor se adequem às necessidades identificadas e que, por condicionantes relativas ao tempo, possam não possíveis de implementar de forma isolada. Assumo ser relevante possibilitar um período de contato com os locais de estágio antes da elaboração do Projeto de Estágio pois, poderá facilitar a elaboração de um projeto mais direcionado para as especificidades de cada serviço e instituição.

A Enfermagem facilitadora das transições tem a responsabilidade de prestar cuidados seguros consciente de que os riscos, não podendo ser totalmente eliminados, podem ser identificados e reduzidos. Os indivíduos são os principais beneficiários de uma cultura de segurança e qualidade e os enfermeiros deverão ser promotores dessa cultura, num contexto em que a profissão sofre com as limitações impostas pelos contextos económicos e sociais que, eles próprios, criam novos desafios à profissão. Ser Enfermeira Especialista é uma grande responsabilidade na prestação de cuidados, na reflexão na e sobre a prática e na promoção do desenvolvimento pessoal, profissional e de outros colegas. Deverei demonstrar um nível profundo de conhecimentos, capacidade de identificação, análise e intervenção em situações complexas mantendo a vontade de investir num percurso pessoal e profissional consistente e fundamentado. O contexto socioeconómico atual constituirá um enorme desafio quer pela necessidade de redimensionar os cuidados de acordo com prioridades e limitações diferentes e, ainda, pela necessidade de manter uma postura de intervenção e interesse permanentes.

Este Relatório acaba por ser o assumir de um compromisso na promoção de Cuidados de Enfermagem de Qualidade e Seguros. Julgo ter conseguido alcançar as competências a que me propus e as competências definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as definidas pelo ICS/UCP e que, me permitirão, mesmo num contexto adverso, manter uma intervenção eficaz na obtenção de ganhos em saúde para as populações.

4. BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. C. – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0.

Alarcão, I. – Formação Reflexiva. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 6 (2001), p. 53-59.

Almeida, R. A. R.; Abreu, C. C. F.; Mendes, A. M. O. C. – Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série Nº 2 (Dezembro 2010). p. 163-172.

Benner, P. - **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora: Coleção Enfermagem n.º 3. 2001. ISBN 972-558-052-5.

Botelho, J. R. – Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos Cuidados de Enfermagem. **Servir**. ISSN 0871/2370. Vol. 46 nº 5 (Setembro-Outubro 1998). p. 262-266.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – **Hospital de S. Francisco Xavier**. Lisboa. [Em linha]. [Consult. 10 de Março de 2011] Disponível em: <http://www.hsfxavier.min-saude.pt/>.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – **Hospital de S. Francisco Xavier**. Lisboa. [Em linha]. [Consult. 10 de Março de 2011] Disponível em: http://www.hsfxavier.min-saude.pt/InfoUtente/InfoUteis/Caract_area_Influencia.htm.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – **Indicadores de Qualidade para 2009**. Lisboa. 2009.

Coelho et. al, M. - Análise dos aspetos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo. ISSN: 0104-1169. Vol. 18 nº 4 (Julho-Agosto, 2010).

Colliére, M. F. – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 2003. 385p. ISBN 972-757-109-3.

Craig, J. V.; Smyth R. L. – **Prática Baseada na Evidência Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. 309p. ISBN 972-8383-61-4.

Decreto-Lei n.º 104/98. **Diário da República I Série**. 104 (21-04-1998) 1739-1757.

Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República I Série A**. 205 (04-09-1996) 2959-2962.

Decreto-Lei n.º 93/98. **Diário da República I Série-A**. 93 (21-04-1998) 1753-1756.

Deodato, S. – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.

Direção Geral de Saúde – **Circular Normativa Nº 09/DGCG**. Lisboa, Junho 2003. 4 p. [Em linha] [Consult. 4 de Agosto de 2010] Disponível em: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.

Direção Geral de Saúde – **Informação: Avaliação da Cultura de Segurança**. Lisboa. Junho de 2011. 1p.

Direção Geral de Saúde – **Orientação da DGS Nº 021/2011**. Lisboa, Junho 2011. 4 p.

Direção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa, Março de 2007. 20 p. [Em linha]. [Consult. 23 de Março de 2011] Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>.

George et al – **Teorias de Enfermagem Os fundamentos à Prática Profissional**. 4ª Edição Porto Alegre: Artmed, 2000. 375p. ISBN 85-7307-587-2.

Henderson, V. – **Princípios básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta, 2007.4p. ISBN 978-989-8075-00-0.

Hesbeen, W. – **Cuidar no hospital enquadrar os Cuidados de Enfermagem no perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8.

Hesbeen, W. – **Qualidade em enfermagem pensamento e Ação na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7.

Hospital de Santa Marta – **Hospital de Santa Marta, EPE**. Lisboa. [Em linha]. [Consult. 10 de Março de 2011] Disponível em: http://www.hsmarta.min-saude.pt/ServiceClinicos/OfertaService/?sm=1_0.

Kérouac et al – **El pensamiento enfermo**. Barcelona: Masson, 1996. 167p.

Kolcaba, K. Y. – A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. [s. l.]. ISSN 1365-2648. Vol. 19 nº 6 (1994). p. 1178-1184.

Lage, M. J. – Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 10 (2010). p. 11-16.

Lazure, H. – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência do enfermeiro**. Loures: Lusodidacta, 1994. 214 p. ISBN 978-972-95399-5-4.

Lei n.º 48/90. **Diário da República I Série**. 195 (24-08-1990) 3452-3459.

Lopes et al – **Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden**. Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-37-0.

McSweeney, G. – A enfermeira: prestação de cuidados holísticos. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871/2370. Nº 51 (Junho 2003). p.282-288.

Meleis, A. – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007. ISBN 978-1-60547-211-9.

Mendonça, S. S. – **Competências Profissionais dos Enfermeiros A Excelência do Cuidar**. 1ª Edição. [s. l.]: [Editorial Novembro. 2009. ISBN 978-989-8136-34-3.

Montalvo, I – The National Database of Nursing Quality Indicators. **The Online Journal of Issues in Nursing**. [s. l.]. ISSN: 1091-3734 [Em linha]. Vol. 12 nº 3 (Setembro, 2007). [Consult. 2 de Abril de 2011]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx>.

Neto, I. G.- Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Neto, I.G., Barbosa, A. – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. 814 p. ISBN 978-972-9349-22-5.

Nightingale, F. – **Notas sobre Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005. 201 p. ISBN 972-8383-92-4.

Nunes, L. – **Perspetiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros**. Lisboa. 2010. [Em linha]. Acedido a 3/04/2011. Disponível em: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf

Oliveira, D. – As urgências exigem motivação pessoal e profissional. Lisboa. ISSN 0871-65196. Vol. 11 nº 136 (1999). p. 13-16.

OMS – **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**. [s. l.]. OMS. 2009. 33 p. ISBN 9789241597906.

OMS – **World Alliance for Patient Safety**. [s. l.]. OMS. 2005. 270 p. ISBN 9241592443.

Ordem dos Enfermeiros – **Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)/Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa. 2009, 45 p.

Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual Enunciados descritivos. **Divulgar**. Lisboa. 2002, 16 p.

Ordem dos Enfermeiros – **Tomada de posição sobre segurança do cliente**. Lisboa. 2006.

Paiva e Silva, A. – “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina”. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871/2370. Nº 55 (Janeiro/Fevereiro 2007). p. 11-20.

Paiva e Silva, A. – **Sistemas de Informação em Enfermagem uma teoria explicativa da mudança**. Coimbra: Formasau, 2006. 398 p. ISBN 972-8485-76-X.

Penela, V. – **Reflexão: Adequação de um modelo teórico de enfermagem aos cuidados de urgência**. Viana do Castelo: [s. n.], 2011. 24 p. Trabalho do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde.

Pereira et al – A infeção hospitalar e suas implicações para o cuidar da Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. [s. l.]. ISSN 0104-0707. Vol. 14 nº 2 (Abril-Junho 2005) p. 250-257.

Phaneuf, M. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3.

Regulamento n.º 122/2011. **Diário da República 2.ª Série**. 35 (18-02-2011) 8648-8653.

Regulamento n.º 124/2011. **Diário da República 2.ª Série**. 35 (18-02-2011) 8656-8657.

Ribeiro et al – Qualidade dos Cuidados de Saúde. **Revista Millenium**. Viseu. ISSN 1647-662X. Nº 35 (Novembro, 2008). [Em linha]. [Consult. 22 de Outubro de 2010] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19//357>.

Rocha, M. L. – Enfermagem de Urgência: uma perspetiva de intervenção. **Informar**. Porto. ISSN 1677-7042. Nº 7 (Outubro/Dezembro 1996).

Rua, M. S. – **De Aluno a Enfermeiro desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico**. Loures: Lusociência, 2011. 309p. ISBN 978-972-8930-68-4.

Sheehy's, S. – **Enfermagem de Urgência da teoria à prática**. 4ª Edição Loures: Lusodidacta, 2001. 896p. ISBN 978-972-8383-16-9.

Sussams, J. E. – **Como Fazer um Relatório**. Barcarena: Editorial Presença, 1996. 49p. ISBN 9789722312905.

Taylor, J. P., Taylor jr J. E. – O processo de enfermagem de urgência e diagnóstico de enfermagem. In Sheehy's, S. – **Enfermagem de Urgência da teoria à prática**. 4ª Edição Loures: Lusodidacta, 2001. 896p. ISBN 978-972-8383-16-9.

Teixeira – Conceitos de Triagem. In Ponce, P., Teixeira, J. – **Manual de Urgências e Emergências**. Lisboa: Lidel, 2006. 34 p. ISBN 978-972-757-365-3.

Twycross, R. – **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 207 p. ISBN 972-796-093-6.

UCP – **Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. Regulamento Geral**. [s.l.]: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2010. 14p.

Vizinho, R. – **Estatística Enfermaria 2010**. Lisboa: HSC.2011. 33 diapositivos.

Watson, J. – **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. 182p. ISBN 972-8383-33-9.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Recomendações para a Utilização de Material de Penso no Tratamento de Úlceras de Pressão

RECOMENDAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DE MATERIAL DE PENSO NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Elaborado por:

**Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha, no âmbito do Curso de Mestrado em
Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
Sob Orientação da Professora Isabel Rabiais e Enfermeiro José Henriques**

Serviço de Urgência
Hospital São Francisco Xavier, CHLO

Eritema Branqueável

Área avermelhada que fica temporariamente branca ou pálida quando é aplicada pressão com a extremidade do dedo. O eritema branqueável num local sobre pressão é habitualmente devido a uma resposta hiperémica recativa normal.



Classificação das Úlceras de Pressão (UP)

CATEGORIA I – ERITEMA NÃO BRANQUEÁVEL

Eritema não branqueável em pele intacta. Descoloração da pele, calor, edema; induração ou rigidez podem também ser utilizados como indicadores, particularmente em indivíduos com pele escura.



CATEGORIA II – FLICTENA

Destrução parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão ou flitena.



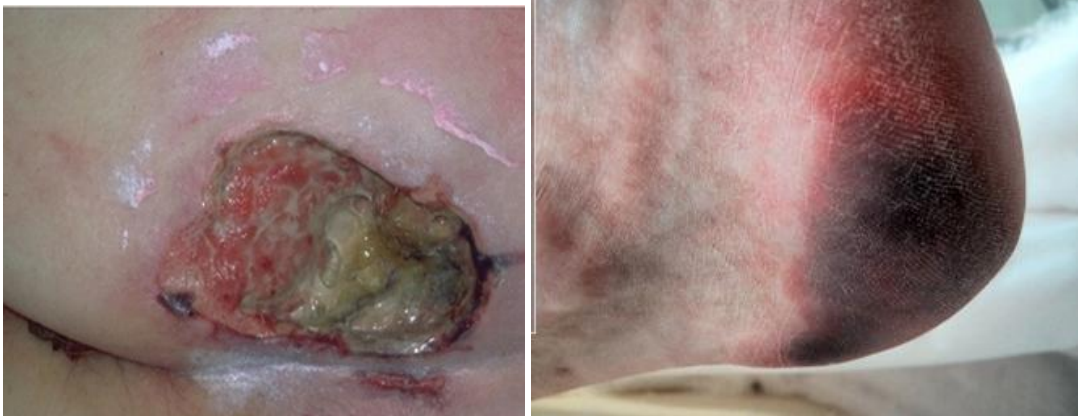
CATEGORIA III – ÚLCERA SUPERFICIAL

Destrução total da pele envolvendo necrose do tecido subcutâneo que pode estender-se até, mas não através, da fáscia subjacente.

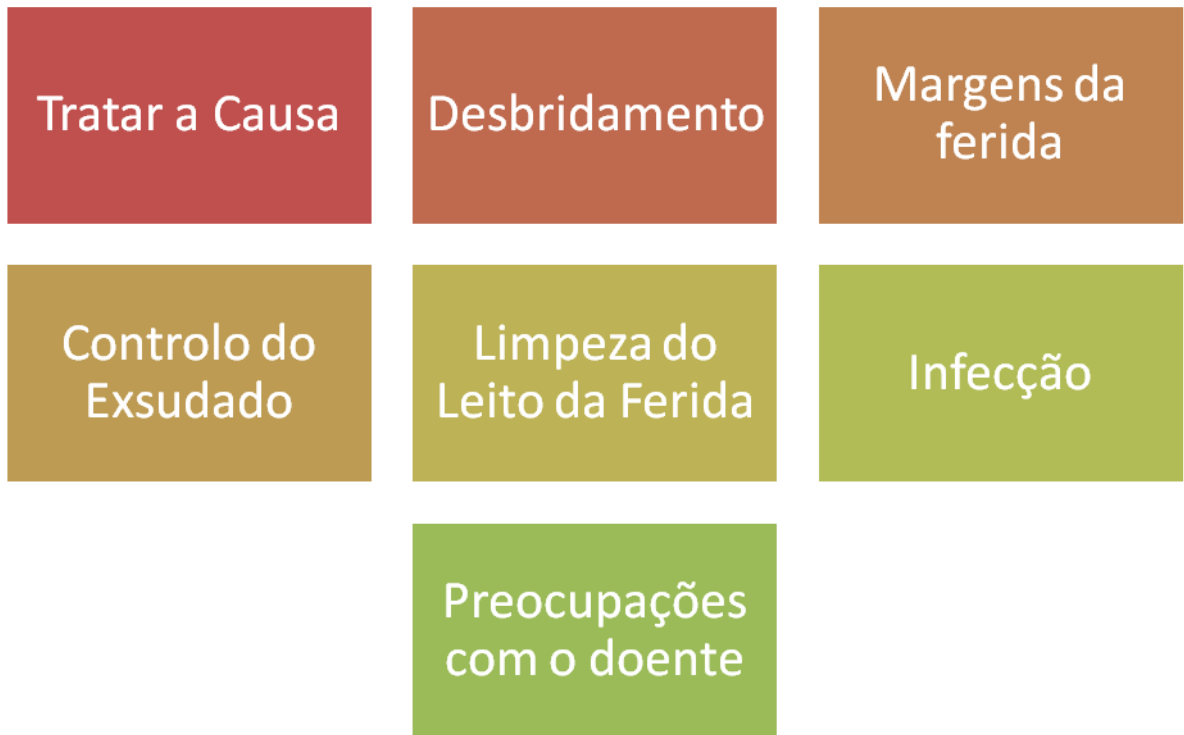


CATEGORIA IV – ÚLCERA PROFUNDA

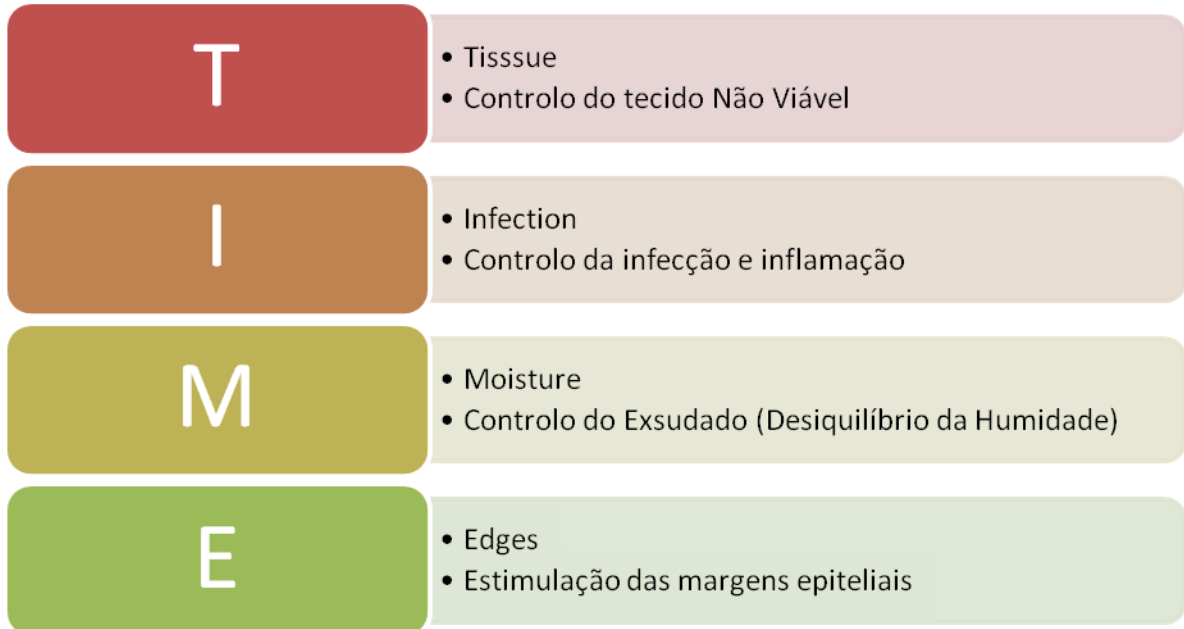
Destrução extensa, necrose tecidual; ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição total da pele.



A Pessoa com Úlcera de Pressão



Objetivos



Prioridades

EXSUDADO

ODOR

INFECÇÃO

TECIDO NÃO
VIÁVEL

CICATRIZAÇÃO

Penso Ideal

Proporcionar ambiente húmido
Remover o excesso de exsudado
Permitir as trocas gasosas
Manter a temperatura ideal
Proteger a Ferida de microorganismos e contaminantes tóxicos
Fácil aplicação e remoção
Manter a integridade da pele circundante

Material de Penso: Cuidados Gerais

- Conservar os pensos dentro da embalagem original,
- Guardar em local limpo, seco e à temperatura ambiente,
- Rejeitar toda a embalagem caso algum penso esteja molhado, contaminado ou sujo,
- Lavar as mãos antes de contactar com o material de penso,
- Preparar previamente todo o material necessário ao tratamento da ferida,
- Aplicar de acordo com as instruções do fabricante.

Material de Penso: -Classificação

Medicamentos usados em Afecções Cutâneas

- Emolientes e Protectores
- Adjuvantes da Cicatrização

Penso para Feridas Crónicas-Dispositivos Médicos

1. Absorventes de Odores (carvão activado, carvão activado+prata)
2. Alginatos (alginato, alginato+prata)
3. Gazes impregnadas (iodoformada, oxigenada, vaselinada)
4. Hidrogeles (hidrogel)
5. Hidropolímeros (poliuretano e hidropolímero)

ÁCIDO ALGÍNICO, ESTEÁRICO E SÓRBICO – Biafine

Emulsão Cutânea: Adjuvante da Cicatrização

- Hidratante e Emoliente
- Promove a epitelização e regeneração tecidual
- Funciona como penso oclusivo porque inibe a perda de água e protege da contaminação bacteriana

INDICAÇÕES

- Eritema de Radioterapia e Solar
- Queimaduras de 1º e 2º Graus
- Feridas Não Infestadas

CONTRA INDICAÇÕES

- Feridas com Hemorragia
- Dermatites de origem alimentar ou medicamentosa

EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Hiperémia: Queixas de dor moderada e transitória 15 a 30'

UTILIZAÇÃO

- Aplicar em camada de cerca de 1 cm
- Aplicar com compressas embebidas em soro fisiológico
- Repetir aplicação quando absorvido
- Não se remove

PENSO DE ALGINATO DE CÁLCIO – Algisite, Curasorb, Sorbalgon, Suprasorb

Polissacarídeo derivado de algas castanhas compostas por ácido algínico

- Grande capacidade de absorção do exsudado
- Promove o desbridamento autolítico
- Hemostático (cálcio)
- Alívio da dor (Ação humectante sobre as terminações nervosas)
- Permite a troca de gases e vapor de água (semi oclusivo)

INDICAÇÕES

- Feridas altamente exsudativas (incluindo exsudado hemorrágico)
- Controlo da hemorragia após desbridamento

CONTRA INDICAÇÕES

- Úlceras não exsudativas
- Queimaduras de 3º Grau
- Hemorragias abundantes
- Implantes cirúrgicos

UTILIZAÇÃO

- Colocar seco no leito da ferida
- Aplicar dentro das margens da ferida para evitar a maceração dos bordos
- Gelifica em contacto com o exsudado
- Humidificar com solução salina para remover (O sódio do soro fisiológico gelifica o alginato e facilita a sua remoção sem dor)
- Pode ser cortado
- Disponível em tiras para feridas cavitárias
- Remover por completo porque não é absorvido e deixa resíduos
- Necessário utilizar Penso Secundário
- 1-3 dias (De acordo com a úlcera de pressão)
- 7 dias no máximo (Avaliar necessidade de manter)

PENSO DE CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA – Aquacell

Carboximetilcelulose Sódica

- Grande capacidade de absorção do exsudado
- Exsudado fica retido e não extravasa
- Absorção vertical
- Remoção sem dor
- Adapta-se ao leito da ferida

INDICAÇÕES

- Úlceras categoria II ou III muito exsudativas e difíceis de cicatrizar

CONTRA INDICAÇÕES

- Úlceras pouco exsudativas
- Úlceras com tecido necrótico

UTILIZAÇÃO

- O penso deve ultrapassar o leito da ferida em 1 cm
- Pode ser utilizado um hidrogel para desbridamento autolítico, se necessário (avaliar de acordo com a quantidade de exsudado)
- Humidificar com solução salina ou água se o penso estiver desidratado
- Pode ser cortado
- Remover por completo porque não é absorvido e deixa resíduos
- Necessário utilizar Penso Secundário (manter equilíbrio húmido)
- 3 a 7 dias (inicialmente poderá ser necessário realizar diariamente; avaliar de acordo com a úlcera de pressão)

PENSO COM CARVÃO ACTIVADO – Carbosorb

Carboximetilcelulose, alginato, espumas com compressa impregnada em carvão cativado

- Neutraliza os odores
- Absorve microrganismos

INDICAÇÕES

- Feridas com odor intenso

CONTRA INDICAÇÕES

- Feridas secas e necrosadas

UTILIZAÇÃO

- Aplicar a camada branca diretamente no leito da ferida com uma margem de 2 a 3 cm
- Humidificar com solução salina para remover
- Não deve ser cortado
- Podem ser aplicados vários sobrepostos (úlceras de grande área)

- Pode ser usado como penso secundário sobre um hidrogel ou alginato de cálcio
- Necessário utilizar Penso Secundário que retenha a humidade
- 1 a 2 dias

PENSO DE ESPUMA (POLIURETANO, HIDROPOLÍMERO, SILICONE) – Permafoam, Tielle

Camada interna hidrofílica (contacto com o leito da ferida): silicone. Poliuretano:

- *Rebordo adesivo*
- Camada central de espuma absorvente: poliuretano, poliéster, viscosa, celulose
- Camada externa hidrofóbica: poliuretano ou poliéster
- Adesivo pode causar irritação
- Absorção de exsudado retendo-o no seu interior
- Permite trocas gasosas (vapor de água e oxigénio)
- Impermeável a bactérias e fluidos
- Adapta-se aos contornos da ferida
- Protegem/”Almofadam”

INDICAÇÕES

- Lesões moderada a altamente exsudativas em fase de granulação

UTILIZAÇÃO

- Escolher o tamanho apropriado (cavitário, plano, com ou sem rebordo)
- A zona central deve ultrapassar em 1 cm as margens da ferida
- No preenchimento de cavidades as espumas não devem ficar demasiado juntas porque aumentam de volume e podem exercer pressão sobre os tecidos
- Não deixa resíduos
- Para remover levantar um canto e puxar para trás sobre o próprio penso
- Algumas espumas podem ser cortadas (Tielle ou Permafoam)
- Pode ser usado como penso secundário no hidrogel ou carvão cativado
- Não necessita de Penso Secundário
- Máximo de 7 dias

PENSO DE HIDROCOLÓDE – Hidrocoll, Askina Biofilm, Askina Hidro

Carboximetilcelulose, gelatina, pectina e alguns contêm alginato

Penso: película externa de poliuretano

Pasta: base de poliéster, goma ou excipiente gordo

- Capacidade moderada de absorção do exsudado
- Permeável ao vapor de água e oxigénio, impermeável a bactérias e líquidos
- Mantém ambiente húmido
- Promove desbridamento autolítico

INDICAÇÕES

- Úlceras ligeira a moderadamente exsudativas, em fase de granulação ou epitelial

CONTRA INDICAÇÕES

- Feridas muito exsudativas, muito secas ou necrosadas
- Feridas infestadas

EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Hipergranulação por uso muito prolongado (selecionar penso mais permeável às trocas)

UTILIZAÇÃO

- Aquecer o penso nas mãos durante 3 a 5 minutos de forma a torná-lo maleável e adaptável
- Deixar o penso 2 a 3 cm fora dos bordos da ferida, para evitar fugas do gel
- Selar o penso no local com o calor das mãos
- Utilizar adesivo em moldura para evitar enrolamento das pontas devido a humidade
- Pode ser usado como penso secundário a um hidrogel
- Pode ser cortado
- Pensos extrafinos - remover por estiramento
- Pensos mais espessos - remover por enrolamento sobre si mesmo

- O gel tem uma coloração amarelada e cheiro característico, não confundir com sinais de infecção
- Não necessita de Penso Secundário
- 1 a 7 dias (depende da quantidade de exsudado)

PENSO DE HIDROGEL – Nugel, Varehesive Gel

Gel amorfo constituído por rede polimérica sintética impregnada de 70-96% de água

Carboximetilcelulose, alginato ou goma

Propilenoglicol e glicerina

Pectina-substância gelatinosa

- Hidratação dos tecidos lesionados por cedência de água e cloreto de sódio, desbridamento autolítico
- Pouco aderente ao leito da ferida
- Reduz a inflamação e estimula a angiogénese, favorece a epitelização e granulação
- Permite trocas gasosas mas é uma fraca barreira bacteriana

INDICAÇÕES

- Úlceras pouco exsudativas com tecido necrótico
- Feridas em fase de epitelização ou granulação com tecidos friáveis e que necessitem de hidratação

CONTRA INDICAÇÕES

- Feridas exsudativas, pelo risco de maceração da pele perilesional

UTILIZAÇÃO

- Aplicar diretamente no leito da ferida sem deixar extravasar para a pele circundante e numa espessura de 5 mm
- Se placa necrótica, realizar pequenos cortes para otimizar a hidratação
- Remover através da irrigação com soro fisiológico
- Necessário Penso Secundário que permita trocas gasosas, impermeável a bactérias e que não absorva o gel

- 1 a 3 dias

Hidrogel com Alginato de Cálcio - Nugel: Maior capacidade de retenção de água

PENSO DE PELÍCULA POLIMÉRICA – Cavillon

Copolímero acrílico+plastificante+solvente volátil

Spray, cotonetes ou creme

- Protege: barreira mecânica que protege a pele íntegra das agressões com o exterior
- Impermeável a bactérias e fluídos
- Permeável ao oxigénio e vapor de água
- Em creme tem uma função hidratante

INDICAÇÕES

- Proteção da pele sã ou macerada nas zonas circundantes à úlcera de pressão

CONTRA INDICAÇÕES

- Feridas exsudativas, pelo risco de maceração da pele perilesional

UTILIZAÇÃO

- Não exista necessidade de lavagem do local, as novas aplicações podem ser feitas em cima das anteriores
- Não utilizar cremes, loções ou produtos de limpeza hidratantes
- A película formada é muito resistente aos fluidos orgânicos
- Não necessita de Penso Secundário
- Máximo 3 dias

PENSO DE POLIACRILATO IMPREGNADO COM LACTATO DE RINGER – Tenderwet

Camada externa hidrofóbica: polipropileno

Camada interna: 2 camadas de celulose que envolvem grânulos de poliacrilato saturados com soluto de Ringer

- Promove o desbridamento autolítico
- Mantém ambiente húmido
- Não adere ao leito da ferida
- Regula o exsudado e prepara a granulação

INDICAÇÕES

- Desbridamento de tecidos necrosados secos
- Tratamento húmido de feridas de difícil cicatrização

UTILIZAÇÃO

- Aplicar o lado branco no leito da ferida
- Aplicar o penso apenas no leito da ferida de forma a não macerar os bordos
- Se necessário impregnar com solução de Ringer para remover
- Proteger a pele perilesional
- Não deve ser cortado
- Necessário Penso Secundário para prevenir a deslocação
- 1 dia

PENSO COM PRATA

Prata sob a forma iónica, nanocristalina

- Antimicrobiano com largo espectro
- Baixo potencial de desenvolvimento de resistências
- Evita a formação de biofilmes
- Anti-inflamatório

INDICAÇÕES

- Feridas infestadas
- **Carboximetilcelulose Sódica com Prata (CMC) – Aquacell Ag:** Feridas muito exsudativas, difíceis de cicatrizar e infestadas. A CMC absorve o exsudado e liberta a prata para o leito da ferida
- **Carvão Cativado com Prata – Actor Silver:** Feridas com odor intenso e infestadas

- **Alginato de Cálcio com Prata – Silvercel:** Feridas com exsudado moderado a muito e infestadas. O alginato de cálcio absorve o exsudado e liberta a prata para o leito da ferida

EFEITOS SECUNDÁRIOS

- O uso prolongado pode atrasar a cicatrização (se não se verificar evolução positiva durante duas semanas, reavaliar utilização)

UTILIZAÇÃO

- Necessário Penso Secundário
- Máximo 7 dias

PENSO IMPREGNADO EM IODO – Betadine

Gaze impregnada em iodo

- Se o leito da ferida for rico em exsudado ou detritos orgânicos o iodo fica inativado
- Em concentrações elevadas é tóxico para os fibroblastos
- Amplo espectro de Ação (Gram positivos e negativos, anaeróbios, *Staphylococcus aureus* *Meticilina Resistente* (MRSA), fungos e esporos)

INDICAÇÕES

- Feridas infetadas

UTILIZAÇÃO

- Limpeza eficaz do leito da ferida
- Aplicar diretamente no leito da ferida
- Máximo 7 dias ou quando a compressa estiver descolorada

PENSO IMPREGNADO EM VASELINA – Grassolin

Compressa de gaze com vaselina

- Promove a cicatrização
- Mantém ambiente húmido

INDICAÇÕES

- Feridas não infestadas
- Feridas em fase de epitelização

CONTRA INDICAÇÕES

- Feridas infestadas e exsudativas

UTILIZAÇÃO

- Aplicar diretamente no leito da ferida
- Máximo 7 dias

Monitorização de Úlceras de Pressão

As UP devem ser avaliadas a cada realização de penso.

Localização

Categoria

Dimensões

Tipo de tecido

Exsudado
(quantidade,
cheiro, tipo)

Estado da pele
circundante
(macerada, seca)

Presença de
Odor

Material de Penso	Marca
Carboximetilcelulose sódica com prata	Aquacell Ag
Espumas (Poliuretano, Hidropolímero, Silicone)	Tielle, Allevyn (incluindo Cavity), Permafoam
Hidrocolóide	Hydrocoll, Askina Hidro, Askina Biofilm Transparent, Askina Biofilm Pasta
Colagenase	Ulcerase
Poliacrilato impregnado em Lactato de Ringer	Tenderwett
Compressa impregnada em vaselina	Grassolind
Compressa impregnada em Iodopovidona	Inadine, Betadine
Ácido Algínico, Ác. Esteárico e Ác. Sórbico	Biafine
Alginato de Cálcio	Algisite, Sorbalgon, Suprasorb, Curasorb

Carvão Cativado	Carbosorb
Carvão Cativado com Prata	Actor Silver
Gel Hidrocolóide	Varehesive Gel Askina Gel
Gel Hidrocolóide com Alginato de Cálcio	Nugell
Penso de Película Polimérica	Cavillon
Penso de colagénico e celulose regenerada oxidada	Promogran
Carboximetilcelulose Sódica	Aquacell
Carboximetilcelulose sódica com prata	Aquacell Ag
Alginato de Cálcio com prata	Silvercell

BIBLIOGRAFIA

Furtado, *et al* (2001) – **Prevenção e tratamento de úlceras**. Coimbra, Edições Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Duque, *et al* (2009) – **Úlceras de Pressão Uma abordagem estratégica**. Coimbra, Edições Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Wound Management and dressing selection, **Wound essenciais**. Vol 1, 2006. Pág. 178-183.

Indicações laboratoriais do material de penso.

APÊNDICE II

Recomendações para Prevenção de Lesões Resultantes de Quedas

RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE LESÕES RESULTANTES DE QUEDAS

Elaborado por:

**Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha, no âmbito do Curso de Mestrado em
Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
Sob Orientação da Professora Isabel Rabiais e Enfermeiro José Henriques**

**Serviço de Urgência
Hospital São Francisco Xavier, CHLO**

Introdução

As quedas constituem um importante facto de preocupação dos enfermeiros e instituições de saúde.

Atualmente consideradas um indicador sensível aos cuidados de enfermagem, as quedas têm sido frequentemente discutidas no âmbito da prestação dos cuidados de saúde.

As quedas contribuem para o aumento da necessidade de Exames Complementares de Diagnóstico (ECD), dor, incapacidade, risco de complicações, stress de familiares e doentes, diminuição da Qualidade de Vida e aumento de custos caso resultem em aumento do período de internamento e lesões incapacitantes. Em situações limite podem resultar na morte do doente.

Várias instituições têm trabalhado a importância deste tema e fundamentado o empenho dado à discussão deste facto.

No sentido de diminuir o número de quedas torna-se essencial a implementação de medidas preventivas de acordo com o grau de risco avaliado.

Prevenção da Ocorrência de Quedas

Objetivo

Definir procedimentos que evitem ou minimizem a ocorrência de quedas em doentes.

Destinatários

Enfermeiros.

Definições

Queda é uma mudança não intencional de posição inesperada do corpo para um nível inferior à posição inicial, determinada por circunstâncias multifactoriais e comprometendo a estabilidade.

Fatores Extrínsecos de Risco de Queda

Referem-se a eventos únicos e esporádicos de queda accidental que dificilmente se voltarão a repetir e são decorrentes de causas extrínsecas ao indivíduo. São circunstâncias sócio ambientais como, por exemplo: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, obstáculos no caminho, ausência de corrimões em corredores e casas de banho, calçado inadequado, roupas excessivamente compridas, piso em mau estado e défices de sinalização de obstáculos ou escadas.

Fatores Intrínsecos de Risco de Queda

Podem relacionar-se com doenças crónicas, polimedicação, distúrbios do equilíbrio corporal ou défices sensoriais.

Alterações Fisiológicas relacionadas com o processo de envelhecimento (diminuição da acuidade visual ou auditiva, défices da sensibilidade, hipotensão postural, distúrbios vestibulares ou músculo-esqueléticos, deformidades nos membros inferiores e sedentarismo.

Patologias específicas como doenças cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, pulmonares ou psiquiátricas.

Medicação como, por exemplo, ansiolíticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, diuréticos, antiarrítmicos, antidiabéticos e a polimedicação (uso diário de 5 ou mais drogas).

Estado Mental – confusão, desorientação, depressão e défices cognitivos.

Mobilidade – astenia, desequilíbrio e défices motores.

Histórias de Queda – as quedas surgem mais frequentemente em doentes que já têm história de quedas anteriores.

Idade – doentes com idades superiores a 60-65 anos apresentam maior risco de queda. Sendo este ainda mais elevado em doentes com idade superior a 80 anos.

Necessidades Fisiológicas – doentes incontinentes que necessitem de apoio.

Avaliação do Risco de Queda

Utilização de uma adaptação da Escala de Morse (Anexo I). A Escala de Morse é constituída por 6 subescalas cujo score é o valor numérico resultante da aplicação do instrumento de avaliação do risco de queda.

Escala de Morse

Grau de Risco Escala de Morse	Pontuação	Etiqueta
Risco Baixo	0-24	Verde
Risco Moderado	25-50	Amarelo
Risco Elevado	≥51	Vermelho

Procedimentos

Para prevenir a ocorrência de quedas devem aplicar-se os seguintes procedimentos:

- O enfermeiro avalia o risco de queda através da aplicação da Escala de Morse:
 - ✓ No acolhimento do doente
 - ✓ De 48 em 48 horas
 - ✓ Após a ocorrência de queda
 - ✓ Sempre que se justificar
- O enfermeiro regista no processo clínico informatizado a intervenção correspondente à Avaliação do Risco de Queda.

- O enfermeiro informa o doente e família acerca do risco de queda e das medidas preventivas a implementar.
- O enfermeiro coloca em prática um conjunto de intervenções preventivas de quedas:
 - ✓ Escolha de cadeira de rodas/maca/cama adequada ao doente e suas limitações.
 - ✓ As grades laterais das camas devem estar sempre levantadas, excerto nos doentes conscientes e independentes.
 - ✓ As camas devem estar reguladas para a posição mais baixa e travadas, excerto aquando da prestação direta de cuidados.
 - ✓ Os cuidados devem ser adequados ao grau de dependência do doente e suas limitações.
 - ✓ Durante a prestação de cuidados o doente deve ser mantido sob vigilância, não podendo o enfermeiro afastar-se sem subir as grades de proteção da cama, mesmo que por instantes.
 - ✓ Assegurar a segurança e bom estado dos meios auxiliares de marcha que coloca à disposição dos doentes.
 - ✓ Assegurar a remoção imediata de derrames ou salpicos do chão.
 - ✓ Manter os percursos utilizados pelos doentes livres de obstáculos.
 - ✓ Utilizar correta e adequadamente as imobilizações em caso de agitação psicomotora ou agressividade (de acordo com norma), tendo em conta que o ajuste terapêutico é a primeira opção.
 - ✓ A campainha, comando da luz ou objetos pessoais do doente devem estar ao seu alcance.
 - ✓ Deve ser disponibilizado um degrau antiderrapante para a subida e descida da cama. Em casos de maior dependência o enfermeiro deve ajudar o doente ou supervisionar a mobilização.
 - ✓ Ensinar o doente a sair da cama pelo lado dominante.
 - ✓ Encorajar o uso de calçado antiderrapante e fechado atrás.
 - ✓ Providenciar adequada iluminação.
 - ✓ Encorajar o doente e família a prevenir quedas e solicitar apoio no levantar, transferências e mobilizações.
 - ✓ Considerar colocar o doente em área que permita maior vigilância.

Indicadores

Número de quedas de doentes – Taxa de Prevalência

N.º de utentes com queda (cair) X 100

N.º total de Utentes

Risco de Cair – Taxa de Efetividade da Prevenção

N.º de utentes com risco de cair/sem cair X 100

N.º Utentes com queda

Atuação Pós Queda

Objetivo

Uniformizar a prestação de cuidados de enfermagem no período pós queda de modo a garantir que o doente seja devidamente avaliado.

Destinatários

Enfermeiros

Procedimentos

- Na ocorrência de uma queda esta deve ser registada em impresso próprio (Anexo II) e deve ser realizado o registo na intranet como Registo de Evento Adverso. O Serviço de Urgência deve disponibilizar uma pasta onde devem ser arquivadas todas as ocorrências de quedas.
- Após a queda o doente deve ser imediatamente avaliado pelo enfermeiro e este deve proceder ao contacto com o médico para avaliação.
- Após o registo de queda deve ser desencadeado um processo de averiguação das causas da queda com implementação de medidas corretivas e preventivas.

Avaliação das circunstâncias:

- ✓ Como
- ✓ Onde
- ✓ Quando
- ✓ Presenciada por alguém
- ✓ Terapêutica administrada

Avaliação Inicial:

A - Via Aérea

- ✓ Avaliar e assegurar a permeabilidade da via aérea
- ✓ Extrair próteses dentárias ou corpos estranhos. Realizar aspiração se necessário.

B - Ventilação

- ✓ Avaliar movimentos respiratórios, frequência respiratória e oximetria
- ✓ Manter oxigenação adequada com administração de oxigenoterapia, se necessário.

C - Circulação

- ✓ Avaliar pressão arterial e frequência cardíaca.
- ✓ Avaliar temperatura e coloração da pele.
- ✓ Se hemorragia visível, controlar com compressão externa. Avaliar possíveis lesões ocultas.

D - Avaliação Neurológica

- ✓ Avaliar estado de consciência.
- ✓ Avaliar défices neurológicos focais evidentes.

Bibliografía

Conde *et al* - **Estrategia de Prevención, Detección y actuación ante el Riesgo de Caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.** Observatório para la Seguridad del Paciente Andalucía. 2009.

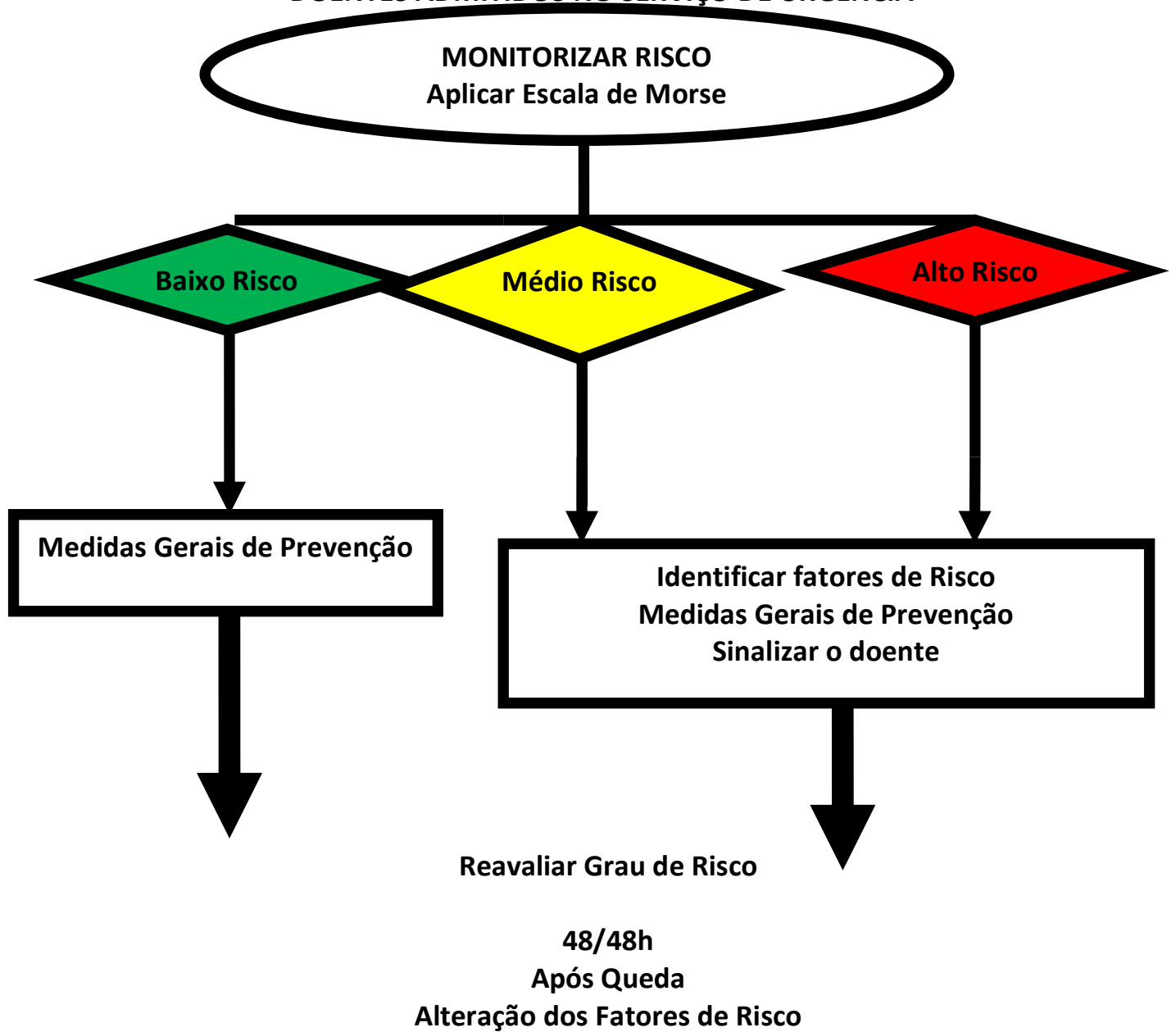
Direção Geral de Saúde – **Circular Normativa Nº 08/DSPSM/DSPCS.** Lisboa. Maio 2007. 5 p..

Joint Comission International – **Normas Internacionais.** 2011.

Barnett, K. – **Reducing Patient Falls Project.** Mid Yorkshire. 2002.

ANEXO I

**FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DE RISCO
DOENTES ADMITIDOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**



ANEXO II

ETIQUETA DO DOENTE

Data _____

Hora _____

Local _____

Presenciada: Sim **Não**

Parâmetros					
Pulso	Pressão Arterial	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar	Estado de Consciência

O que estava a fazer antes da queda			
<input type="radio"/> Caminhava sozinho	<input type="radio"/> Sentado em cadeira	<input type="radio"/> Deitado em maca	<input type="radio"/> Tomava banho
<input type="radio"/> Caminhava com ajuda	<input type="radio"/> Sentado em cadeirão	<input type="radio"/> Deitado em Cama	<input type="radio"/> Subia/Descia Escadas
<input type="radio"/> Caminhava com ajuda técnica	<input type="radio"/> Sentado em cadeira de rodas	<input type="radio"/> Deitado com grades	<input type="radio"/> Subia/Descia Cama
Estava imobilizado			
Outra situação (descreva)			

O que sentiu antes da queda

O que motivou a queda

- Mobilizava-se no leito
- Tentava levantar-se do leito
- Tentava levantar-se da cadeira
- Pretendia ir ao wc
- Outra situação (descreva)

Lesões decorrentes da queda

- Sem lesão aparente
- Abrasão
- Hematoma
- Escoriação
- Corte
- Traumatismo Craneo-Encefálico
- Luxação (local) _____
- Fatura (local) _____

Tratamento	
<input type="radio"/> <i>Sem necessidade de tratamento</i>	<input type="radio"/> Tratamento a feridas
<input type="radio"/> <i>Observado pelo médico</i>	<input type="radio"/> Sutura de feridas
<input type="radio"/> <i>RX</i>	<input type="radio"/> Intervenção cirúrgica
<input type="radio"/> <i>Análises</i>	<input type="radio"/> Tratamento ortopédico
<input type="radio"/> <i>ECG</i>	
<input type="radio"/> <i>TAC</i>	
<input type="radio"/> <i>Transferência para outra unidade</i>	

Fatores de Risco

<input type="radio"/> Agitação	<input type="radio"/> Doença Neurológica	<input type="radio"/> Sedativos/Anestésicos
<input type="radio"/> Desorientação	<input type="radio"/> Doença Psiquiátrica	<input type="radio"/> Ansiolíticos/Hipnóticos/Antipsicóticos
<input type="radio"/> Hábitos Alcoólicos	<input type="radio"/> Perturbações visuais	<input type="radio"/> Antidepressivos
<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Perturbações auditivas	<input type="radio"/> Anti-hipertensivos
<input type="radio"/> História de quedas	<input type="radio"/> Défices motores	<input type="radio"/> Antiarrítmicos
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Alterações do equilíbrio	<input type="radio"/> Diuréticos
<input type="radio"/> Hipotensão	<input type="radio"/> Fraqueza muscular	<input type="radio"/> Antidiabéticos
<input type="radio"/> Vertigens ou tonturas	<input type="radio"/> Degeneração articular	<input type="radio"/> Polimedicação

Follow up

- A queda prolongou o internamento
- A queda agravou a situação clínica
- A queda provocou diminuição da mobilidade

Enfermeiro _____ **Número Mecanográfico** _____

APÊNDICE III

Recomendações para a Implementação de Medidas de Contenção

RECOMENDAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE CONTENÇÃO

Elaborado por:
Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha, no âmbito do Curso de Mestrado em
Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Serviço de Urgência
Hospital São Francisco Xavier, CHLO

Introdução

Nas instituições de saúde os episódios de agressividade, com passagem ao cato da pessoa doente, são uma crescente preocupação das equipas de enfermagem.

Torna-se assim essencial que as instituições e equipas estejam dotadas de pessoal em número suficiente e com competências técnicas específicas de forma a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente.

Os episódios de comportamento agressivo e disruptivo dos doentes pode surgir de forma inesperada, nessas condições, torna-se essencial adotar medidas de contenção física para a proteção do doente e meio envolvente. Em situações limite, as medidas podem incluir o isolamento do mesmo e imobilização no leito, para se proceder à administração de terapêutica que permita a melhoria desse comportamento.

Estes procedimentos devem estar fundamentados em decisões conjuntas da equipa multidisciplinar e respeitar os princípios bioéticos e relativos à proteção dos direitos humanos e dignidade da Pessoa.

Objetivo

Implementação de medidas que previnam os comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.

Destinatários

Enfermeiros

Definições

Contenção Física é a situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.

Contenção Terapêutica é a medida utilizada para controlar a catividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo o seu conforto e dignidade.

Contenção Ambiental é o recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente (quarto, espaço limitado).

Contenção Mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.

Contenção Química ou Farmacológica é a utilização de medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento especial.

O recurso a medidas de contenção física deve ter lugar após uma avaliação do risco clínico e deve ser visto pelos profissionais como incidentes para a segurança do doente.

Considerando as alternativas e impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente deve ser considerada como último recurso e depois de esgotadas todas as medidas preventivas.

Fundamentos

- A aplicação de medidas de contenção deve ser precedida de todas as medidas preventivas, incluindo, técnicas comunicacionais de interrupção da escalada de agressividade, técnicas de contenção ambiental e expressão de emoções e sentimentos, ajudando a pessoa a libertar tensões e reconhecer em si as emoções expressas.
- Devem utilizar-se medidas terapêuticas para controlo de episódios de agitação psicomotora, agressividade ou violência.
- A aplicação de medidas de contenção deve ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos, éticos).
- As medidas de contenção devem salvaguardar a especificidade de cuidados dos doentes (adultos, crianças, idosos, grávidas).
- Os doentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção física, quando: manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos; recusem tratamento compulsivo, nos termos legais ou recusem tratamento vital urgente.
- Se o doente reunir condições necessárias deverá ser-lhe solicitado o consentimento informado, no entanto, se tal não for possível as diligências devem ser efetuadas junto do representante legal.
- A família ou pessoa significativa do doente deve ser informada da adoção das medidas de contenção.
- A contenção física deve ser realizada sob prescrição médica e registada em processo clínico.
- Em situações de urgência, o enfermeiro pode iniciar contenção física de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e com o Código Deontológico. Estes procedimentos devem ser comunicados ao médico para que este proceda a avaliação clínica do doente.
- A equipa deve decidir qual a medida mais adequada para a continuidade de cuidados e assegurar a sua prescrição e avaliação.

- A contenção física é, obrigatoriamente, limitada no tempo e deve ser alvo da avaliação da equipa multidisciplinar.
- Os profissionais devem receber formação sobre técnicas preventivas à contenção, técnicas de contenção, aplicação correta dos instrumentos de contenção e como cuidar do doente que necessita de contenção.

Medidas Preventivas de Contenção Física

- Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão.
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza.
- Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro.
- Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente.
- Convidar e organizar catividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente.
- Tratamento farmacológico.

Regras para a utilização de Contenção Física

- No processo do doente devem ser registados os seguintes elementos:
 - ✓ Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção,
 - ✓ Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto,
 - ✓ Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decida,
 - ✓ Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção,
 - ✓ Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção (evolução do estado do doente, rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção).
- Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê.
- Ajustar a medida de contenção à situação do doente.
- Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção.
- Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção.

- Ter lugar num quarto isolado ou local apropriado e que garanta privacidade, bem ventilado e com temperatura adequada.
- Colocar o doente num local onde possa ser permanentemente vigiado e ajustar a frequência dessa vigilância ao estado do doente.
- Garantir que não existam objetos perigosos para o doente.
- Utilizar faixas concebidas e apropriadas para tal.
- Equipar a cama com grades laterais, que permitam a proteção, apoio e segurança do doente.
- Colocar as faixas nos membros superiores, inferiores e tórax do doente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros.
- Aplicar material de proteção para prevenção de lesões resultantes da fricção.
- Vigiar com periodicidade não superior a 15-30 minutos, sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos que possam resultar de compressão pelas despectivas faixas.
- Efetuar prevenção de acidentes trombo-embólicos.
- Posicionar o doente em decúbito dorsal, com a cabeça ligeiramente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir o acesso venoso. Sempre que necessário deve ser utilizado um posicionamento alternativo, nomeadamente, em decúbito lateral.
- Fazer alternância de decúbitos para prevenção de úlceras de pressão devido à imobilização.
- Manter a comunicação com o doente no âmbito do seu processo terapêutico.
- Vigiar frequentemente os parâmetros vitais e analíticos do doente.
- Proceder ao exame físico periódico do doente.
- Hidratar o doente em caso de sedação prolongada.
- Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção física e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.
- Retirar a contenção física de acordo com a eficácia da medicação e a avaliação do estado clínico do doente.
- Registrar, obrigatoriamente, no processo clínico do doente os motivos e as particularidades da contenção física, especificando o que antecedeu a necessidade do procedimento, o insucesso de outras medidas e os eventos inesperados (Anexo I).

Bibliografia

Direção Geral de Saúde – **Circular Normativa Nº 08/DSPSM/DSPCS**. Lisboa. Maio 2007. 5 p..

Direção Geral de Saúde – **Orientação Nº 021/2011**. Lisboa. Junho, 2011. 4 p..

ANEXO I

FOLHA DE REGISTO DO EPISÓDIO DE CONTENÇÃO FÍSICA

Instituição: _____

Serviço: _____

Idade: _____

Sexo:

Masculino

Feminino

Tipo de unidade/serviço:

Urgência/S.O.

Cuidados intermédios/intensivos

Enfermaria

Unidade de Cuidados Continuados:

Convalescença

Média duração

Longa duração

Outra. Especifique: _____

Tipo de contenção física:

Imobilização no leito

Isolamento no quarto

Motivos da contenção física:

Risco de queda, após insucesso de outras medidas de protecção

Agitação motora, após insucesso de outras medidas

Insucesso da medicação

Agressividade

Outros. Especifique: _____

Data e hora de início da contenção física: ___/___/___ às _____ horas

Data e hora de término da contenção física: ___/___/___ às _____ horas

Episódios de contenção física anteriores:

- Não
- Sim. Quantos? _____ Data do último: __/__/____

Internamento compulsivo:

- Não
- Sim. Data de início __/__/____

Medidas de suporte utilizadas durante a contenção:

- Medicação via endovenosa
- Soros via endovenosa
- Alimentação por SNG
- Algaliação

Eventos adversos/complicações surgidos no período da contenção física:

- Não
- Sim. Especifique:
- Desidratação
- Depressão respiratória
- Alterações da consciência
- Sintomas extra-piramidais
- Convulsões
- Acidente cardíaco-circulatório
- Outros. Especifique: _____

Data __/__/____

O médico ou enfermeiro (nome legível e nº. Mecanográfico)

APÊNDICE IV

Recomendações para a Prevenção e Controlo da Infecção Associada à
Cateterização Venosa Central de Terapêutica

RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO

associada a Cateterização Venosa Central

Elaborado por:

**Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha, no âmbito do Curso de Mestrado em
Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
Sob Orientação da Professora Isabel Rabiais e Enfermeiro José Henriques**

Serviço de Urgência
Hospital São Francisco Xavier, CHLO

Introdução

Estas recomendações foram desenvolvidas com o objetivo de reduzir as complicações inoficiosas associadas à utilização do cateter venoso central (CVC) e são baseadas na evidência científica. Não pretendem ser protocolos de procedimentos mas sim orientações para a Ação.

Os cateteres intravasculares são um instrumento indispensável à prática clínica diária mas podem constituir uma importante fonte de infecção localizada ou sistêmica, conduzindo a quadros sistêmicos graves.

A sua incidência varia de acordo com fatores de risco do doente, tipo de cateter, frequência da manipulação do cateter e com as práticas de inserção e manutenção.

Os microrganismos mais frequentemente responsáveis pelas infecções da corrente sanguínea são os *Staphylococcus* colagenase negativo e os *Staphylococcus aureus*, seguidos do Gram negativos e fungos.

Objectivo

A elaboração deste documento visa estabelecer recomendações sobre práticas de prevenção e controlo da infecção associada ao CVC.

Destinatários

Médicos e Enfermeiros

Conceitos e Definições

Colonização do cateter – crescimento significativo de microrganismos da ponta do cateter, segmento subcutâneo do cateter ou da conexão do cateter.

Infeção do local de inserção do cateter – eritema ou enduração com cerca de 2 cm no local de inserção do cateter, na ausência concomitante de infecção da corrente sanguínea e de exsudado purulento.

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde – condição sistêmica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente inoficioso ou das suas

toxinas. É adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e resultante desses cuidados.

Infeção Nosocomial - Infeção que não estava presente nem em incubação no momento da admissão do doente no hospital.

Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea - Infeção sistémica que não estava presente nem em incubação no momento da admissão do doente na Unidade de Saúde.

Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central – Infeção de origem primária que não está associada a uma infeção noutra local do corpo, ou seja, tem como ponto de partida a confirmação laboratorial e o mesmo microrganismo isolado na ponta do cateter.

Cateter Venoso Central – Cateter que termina no coração ou perto da aurícula ou num dos grandes vasos (subclávia, jugular, basílica, cefálica, femoral, umbilical, etc).

Cateter Venoso Central Não Tunelizado – Cateter inserido por via percutânea numa veia central.

Sistema de Categorização das Recomendações

Cada recomendação é categorizada segundo os critérios do Centers for Disease Control (CDC) com base nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico. As categorias são estabelecidas do seguinte modo:

Categoria IA. Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

Categoria IB. Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

Categoria IC. Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.

Categoria II. Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.

Questão não resolvida. Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

Recomendações

Formação e Treino dos Profissionais

1. Dar formação aos profissionais de saúde sobre as indicações para o uso do CVC, procedimentos adequados para a sua inserção e manutenção e medidas de controlo adequadas para prevenir a infeção **(Categoria IA)**.
2. Avaliar periodicamente o conhecimento e a adesão às normas relativas à inserção e manutenção do CVC **(Categoria IA)**.
3. Designar apenas pessoal treinado que demonstre competência para a inserção e manutenção do CVC **(Categoria IA)**.

Seleção de Cateteres

1. Selecionar o tipo de cateter, técnica e local de inserção com o menor risco de complicações (inoficiosas e não inoficiosas, para o tipo e duração prevista e de acordo com a experiência do profissional **(Categoria IB)**.
2. Não fazer por rotina culturas das pontas de cateter **(Categoria IA)**.
3. Ponderar os riscos e benefícios de colocar um CVC no local recomendado para reduzir as complicações inoficiosas contra os riscos de complicações mecânicas **(Categoria IA)**.
4. Evitar o uso da veia femoral para acesso venoso central em doentes adultos **(Categoria IA)**.
5. Dar preferência à veia subclávia, ao invés da jugular ou femoral, em doentes adultos para minimizar o risco de infeção **(Categoria IB)**.
6. Evitar a punção da veia subclávia em doentes em hemodiálise e doentes com doença renal avançada, para evitar estenose da veia subclávia **(Categoria IA)**.
7. Usar orientação ecográfica para colocar o CVC (se esta tecnologia estiver disponível) para reduzir o número de tentativas de canulação e complicações mecânicas **(Categoria 1B)**.
8. Usar um CVC com o número mínimo de lúmens necessários **(Categoria IB)**.
9. Retirar imediatamente qualquer CVC que não seja essencial. **(Categoria IA)**.

10. Quando a adesão à técnica asséptica não pode ser garantida (ou seja, cateteres inseridos durante uma emergência médica), substituir o cateter o mais rapidamente possível, ou seja, dentro de 48 horas **(Categoria IB)**.

Higiene das Mãos

1. Realizar higiene das mãos, seja através da lavagem das mãos com sabão e água convencional ou com solução antisséptica de base de alcoólica (SABA). A higiene das mãos deve ser realizada antes e após palpar o local de inserção do CVC. A palpação do local de inserção não deve ser realizada após a aplicação do antisséptico, a menos que seja mantida a técnica asséptica **(Categoria IB)**.
2. O uso de luvas não dispensa a necessidade de lavagem das mãos **(Categoria IA)**.

Técnica Asséptica na Inserção do Cateter

1. Manter a técnica asséptica para a inserção e manutenção do CVC **(Categoria IB)**.
2. Usar luvas estéreis na inserção do CVC **(Categoria IA)**.
3. Usar precauções de barreiras estéreis, incluindo touca, máscara, bata esterilizada, luvas esterilizadas e campo esterilizado para a inserção de CVC ou troca através de fio-guia **(Categoria IB)**.

Desinfecção Cutânea

1. Utilizar um antisséptico adequado antes da colocação do CVC, sendo a escolha preferencial a clorhexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%. Em doentes com hipersensibilidade conhecida à clorhexidina, utilizar iodopovidona ou álcool isopropílico a 70%. **(Categoria IA)**.
2. Permitir que o antisséptico actue no local, até secar ao ar, antes da inserção do cateter **(Categoria IB)**.

Pensos de Cateter

1. Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção do cateter **(Categoria IA)**.

2. Em doentes diaforéticos ou com hemorragia no local de punção utilizar penso de gaze **(Categoria IA)**.
3. Substituir o penso do CVC caso esteja húmido, solto, visivelmente sujo ou exista necessidade de inspecionar o local de inserção **(Categoria IB)**.
4. Não usar pomada antibiótica tópica ou cremes no local de inserção, devido ao seu potencial de promover infeções fúngicas e resistência antimicrobiana **(Categoria IB)**.
5. Não molhar o CVC ou local de inserção de forma a reduzir o risco de infeção pela presença de meio húmido. No duche, o CVC, local de inserção e conexões devem ser protegidos com material impermeável **(Categoria IB)**.
6. Os pensos de gaze devem ser mudados ao fim de 2 dias **(Categoria II)**.
7. Os pensos transparentes não devem ser substituídos antes de 7 dias, excerto se sujos, descolados ou húmidos **(Categoria IB)**.

Vigilância do Local de Inserção do Cateter

1. Monitorizar diariamente, visualmente e por palpação, o local de inserção do CVC e região circundante. Se o doente apresentar edema, dor, inflamação no local de inserção, febre sem fonte óbvia ou outras manifestações sugestivas de infeção, é necessário remover o penso para visualizar o local e ponderar a substituição do cateter **(Categoria IB)**.
2. Encorajar os doentes a relatar todas as mudanças no local de inserção do cateter ou qualquer dor ou desconforto **(Categoria II)**.
3. Registrar numa folha própria o nome do profissional, a data e a hora da inserção e remoção do cateter e as mudanças do penso **(Categoria II)**.

Profilaxia Antimicrobiana Sistémica

1. Não administrar profilaxia antimicrobiana sistémica rotineiramente antes da inserção ou durante o uso de um CVC para prevenir a colonização ou infeção do cateter e infeção da corrente sanguínea **(Categoria IB)**.

Uso de Anticoagulantes

1. Não usar rotineiramente terapia anticoagulante para reduzir o risco de infeção relacionada com o CVC em populações de doentes em geral **(Categoria II)**.

Substituição do Cateter

1. Não substituir rotineiramente CVC's para prevenir infecções relacionadas ao cateter **(Categoria IB)**.
2. Não fazer por rotina substituições de CVC's por fio-guia com o objetivo de prevenir a infecção **(Categoria IB)**.
3. Não usar troca por fio-guia para substituir um CVC se houver evidência de infecção **(Categoria IB)**.
4. Usar novas luvas esterilizadas ao manusear o novo cateter quando as trocas são realizadas por fio-guia **(Categoria II)**.
5. Quando não for possível garantir o total cumprimento da técnica asséptica (situações de urgência) substituir o CVC o mais rápido possível num prazo máximo de 48 horas **(Categoria IB)**.
6. Não retirar CVC's com base somente na presença de febre. Usar o julgamento clínico sobre a adequação da remoção do cateter se a infecção é evidenciada em outros locais ou se se suspeita de uma causa não inoficiosa **(Categoria II)**.
7. Substituir todos os CVC's de curta permanência quando existir exsudado purulento no local de inserção **(Categoria IB)**.
8. Substituir todos os CVC's se o doente estiver hemodinamicamente instável ou se existir suspeita de infecção da corrente sanguínea relacionada com o cateter **(Categoria II)**.

Substituição de Sistemas de Administração

1. Substituir os sistemas de administração incluindo torneiras e prolongamentos em intervalos não superiores a 96 horas mas, pelo menos, a cada 7 dias **(Categoria IA)**.
2. Substituir sistemas de administração de sangue, produtos sanguíneos, ou emulsões lipídicas após 24 horas do início da infusão **(Categoria IB)**.
3. Substituir as seringas e sistemas de administração de propofol a cada 6 ou 12 horas, quando o frasco é alterado ou por recomendação do fabricante **(Categoria IA)**.
4. Substituir as tampas dos sistemas a cada 72 horas ou de acordo com as indicações do fabricante **(Categoria II)**.
5. Garantir que todos os componentes do sistema são compatíveis para minimizar fugas e ruturas **(Categoria II)**.

6. Desinfetar torneiras de 3 vias ou outros dispositivos de acesso intravascular com álcool a 70% ou clorhexidina (**Categoria IA**).
7. Utilizar apenas dispositivos estéreis no acesso ao sistema intravascular (**Categoria IA**).
8. Manter as tampas nas torneiras de 3 vias quando o acesso não está a ser utilizado (**Categoria IB**).

Recomendações para a “Central-Line Bundle”

A “Central –Line Bundle” é um grupo de intervenções baseadas na evidência científica que implementadas em conjunto conduzem a melhores resultados do que implementadas individualmente. Tem 5 componentes essenciais:

1. Higiene das Mãos
2. Barreiras de Proteção Máxima
3. Antissepsia da pele com clorhexidina 2% em álcool isopropílico a 70%
4. Seleção ótima do local de inserção, com a veia subclávia como local preferencial de inserção de cateteres não tunelizados em adultos
5. Avaliação diária da necessidade de manter o cateter com a remoção imediata dos cateteres desnecessários

Bibliografia

Direção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa, Março de 2007, 20p. [Em linha]. [Consult. 23 de Março de 2011] Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>.

O'Grady, et al., ***Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections***, 2011. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Department of Health and Human Services (CDC). 2009: p. 67.

Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Clin Infect Dis 2011; 52 (9): p.162-193.

APÊNDICE V

Recomendações para a Heparinização do Cateter Venoso Central de Terapêutica

RECOMENDAÇÕES PARA A HEPARINIZAÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE TERAPÊUTICA

Elaborado por:

**Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha, no âmbito do Curso de Mestrado em
Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
Sob Orientação da Professora Isabel Rabiais e Enfermeiro José Henriques**

Serviço de Urgência
Hospital São Francisco Xavier, CHLO

Os frascos de Fibrilin contêm 20UI de Heparina Sódica por cada mililitro. Existem frascos de 3ml e de 5ml.

Objetivo

A heparinização dos lúmens do cateter venoso central (CVC) permite manter a sua permeabilidade, prolongando a sua vida e evitando a troca dos mesmos por obstrução dos lúmens.

Contra – Indicações

O Fibrilin está contra indicado em doentes com hipersensibilidade à heparina ou qualquer um dos excipientes (metilparabeno, propilparabeno, cloreto de sódio e água para injetáveis).

Procedimento

Para proceder à heparinização dos lúmens do CVC deve proceder-se à lavagem de cada um dos lúmens com 20cc de soro fisiológico e instilação de 1, 5 ml de solução de Fibrilin 20UI/ml.

Bibliografia

Folheto Informativo Fibrilin 20UI/ml. Laboratórios Farmacêuticos Rovi, S. A.. 2010. Lisboa.

APÊNDICE VI

Plano de Sessão:

“Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Quedas e Úlceras de Pressão”

Plano de Sessão

TEMA: Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Quedas e Úlceras de Pressão

PRELETORA: Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha

DATA: 9 e 10 de Novembro de 2011 das 15h às 16 horas

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHLO

TEMPO PREVISTO: 1 Horas

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Sala de Enfermagem do Serviço de Urgência, CHLO



Objetivo Geral: Sensibilizar os formandos para a problemática das Quedas e Úlceras de Pressão na prestação de Cuidados de Enfermagem de excelência, reconhecendo a necessidade de implementação de medidas que permitam o estabelecimento de padrões de qualidade que reflitam o empenho e investimento dos enfermeiros.

OBJETIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Que a pessoa seja capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecer a importância de criar e implementar medidas que diminuam os riscos para o doente, nomeadamente, risco de quedas e úlceras de pressão ✓ Compreender e implementar as medidas apresentadas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Padrões de Qualidade em Enfermagem ✓ Avaliação do risco de úlcera de pressão ✓ Avaliação do risco de queda ✓ Prevenção de quedas ✓ Atuação pós queda ✓ Utilização de contenção física 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo e interrogativo oral ✓ Resposta às questões colocadas ✓ Discussão com os intervenientes da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espaço físico: sala de Enfermagem do SU ✓ Material: computador portátil e datashow 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação, durante a sessão, do nível de compreensão dos intervenientes acerca dos assuntos abordados

APÊNDICE VII

Formação:

“Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Quedas e Úlceras de Pressão”

**PADRÕES DE QUALIDADE
EM ENFERMAGEM**

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

CONTENÇÃO FÍSICA

ANA PATRÍCIA EIRINHA
ORIENTADOR: ENF. JOSÉ HENRIQUES
DOCENTE: PROFESSORA ISABEL RABIAIS

NOVEMBRO, 2011

Objectivo Geral

Sensibilizar os formandos para a problemática das Quedas e Úlceras de Pressão na prestação de Cuidados de Enfermagem de excelência, reconhecendo a necessidade de implementação de medidas que permitam o estabelecimento de padrões de qualidade que reflectam o empenho e investimento dos enfermeiros.

Objectivos Específicos

Que os formandos sejam capazes de:

•Reconhecer a importância de criar e implementar medidas que diminuam os riscos para o doente nomeadamente , risco de quedas e úlceras de pressão.

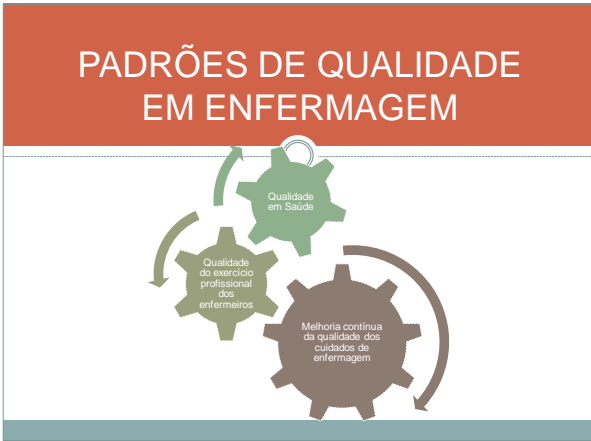
•Compreender e implementar as medidas apresentadas no que respeita a avaliação do risco de úlcera de pressão, avaliação do risco de quedas, medidas de prevenção de quedas, actuação pós queda e utilização da contenção física para promover a segurança do doente.

PADRÕES DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM



Promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população.

(Artigo 3º Estatuto OE)



PADRÕES DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM

Indicadores de Qualidade para 2009 - CHLO

Qualidade dos Cuidados Prestados

Identificar a ocorrência de situações indesejáveis, que funcionem como sinais de alerta para a investigação de causas e para o desencadear de eventuais ações preventivas.



PADRÕES DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM

Prevenção de complicações

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.

PADRÕES DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM



Segurança e Qualidade dos Cuidados



AValiação de Risco



RISCO

“como um potencial para um resultado não desejado ou não esperado.”

(Furtado, 2001)

AValiação de Risco

Identificar os doentes que poderão beneficiar de medidas especiais de protecção.

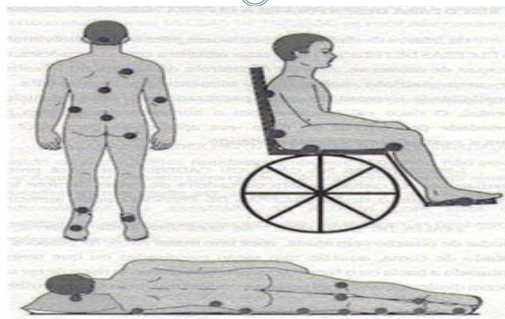
As escalas de avaliação de risco são instrumentos testados e previamente considerados válidos.

AVALIAÇÃO DE RISCO

A utilização de ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO PERMITE:

- ✓ Aumentar a atenção aos factores de risco
- ✓ Fornecer um padrão mínimo de avaliação de risco
- ✓ Fornecer um motivo para avaliação de risco
- ✓ Melhorar os registos
- ✓ Fornecer uma base de trabalho para a prestação de cuidados
- ✓ Fornecer um indicador bruto de risco

Úlceras de Pressão



AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Direcção-Geral da Saúde
Orientação 017/2011 de 19/05/2011
Assunto: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

Os instrumentos validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a Escala de Braden e o instrumento de avaliação da pele.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

São critérios de exclusão da aplicação da Escala de Braden:

- a) Doentes em situação de assistência ambulatorial ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista mudança do estado clínico do doente;
- b) Portadores de doença mental;
- c) Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.

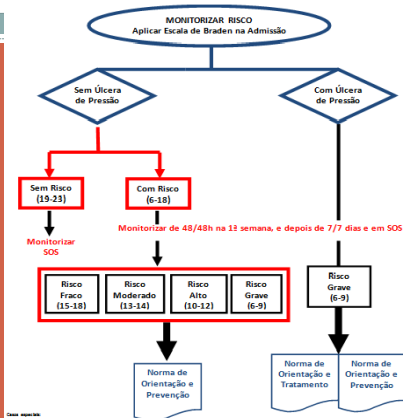
AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Monitorizar o risco na admissão ou, logo que possível, nas primeiras 24 h

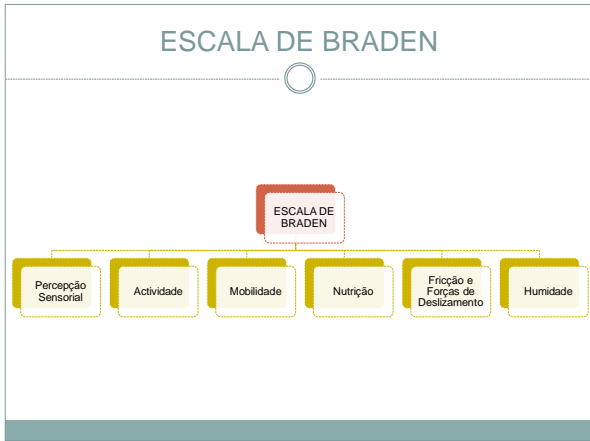
Monitorizar o risco de 48/48 h durante a primeira semana e posteriormente de 7/7 dias e/ou sempre que existirem alterações significativas no estado de saúde dos doentes

- *Intervenção cirúrgica prolongada (> 2 a 3 horas);
- *Períodos de hipotensão prolongada;
- *Exames de diagnóstico ou terapêutico que impliquem repouso no leito por mais de 24 horas;
- *Perda de sensibilidade ou mobilidade ou aparecimento de isquémia de qualquer origem.

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DO RISCO

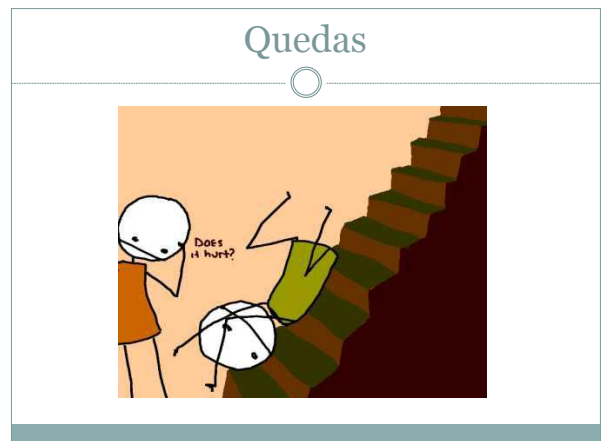


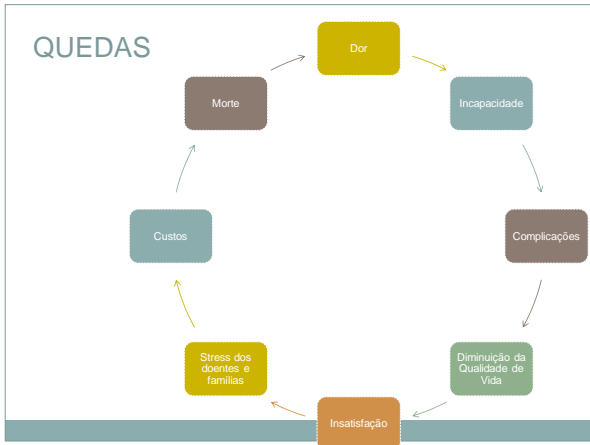
ESCALA DE BRADEN



Indicadores

Taxa de Prevalência/Incidência – Número de UP	Taxa de Efectividade da Prevenção – Risco de UP
$\frac{\text{N.º de utentes com UP}}{\text{N.º total de Utentes}} \times 100$	$\frac{\text{N.º de utentes com risco de UP/sem UPX 100}}{\text{N.º Utentes com queda}}$



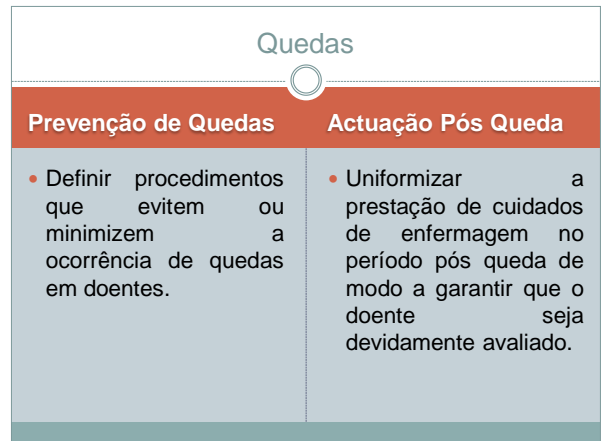


FACTORES ASSOCIADOS AO RISCO DE QUEDA

- Estado Mental**
 - Confusão, desorientação, défices cognitivos, depressão
- História de quedas**
 - As quedas surgem em cerca de 16 a 52% dos doentes com história de queda anterior
- Medicação**
 - Variada terapêutica que pode condicionar o risco de queda

FACTORES ASSOCIADOS AO RISCO DE QUEDA

- Mobilidade**
 - Astenia, desequilíbrio
 - Défices motores
- Idade**
 - Doentes com idades entre os 60 e 65 anos
 - Idades superiores a 80 anos
- Necessidades Fisiológicas**



HISTÓRIA DE QUEDAS

Últimos 3 meses

- Não (Zero pontos)**
O doente não caiu nos últimos 3 meses.
- Sim (25 pontos)**
Existe registo de queda no presente episódio de internamento ou história de queda imediatamente antes do internamento.

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

- Não (Zero pontos)**
O doente tem um único diagnóstico.
- Sim (15 pontos)**
O doente tem mais do que um diagnóstico médico evidenciado no processo clínico.

AJUDA NA MOBILIZAÇÃO

- Zero pontos**
 - O doente anda sem ajuda mesmo que assistido pela enfermeira ou está em repouso no leito ou acamado.
- 15 pontos**
 - O doente anda com ajuda de bengala, andarilho ou canadianas.
- 30 pontos**
 - O doente utiliza próteses para andar.

TERAPIA ENDOVENOSA

- Não (Zero pontos)**

O doente não faz terapia endovenosa.
- Sim (15 pontos)**

O doente tem terapia/acesso endovenoso.

MARCHA

- Zero pontos**
 - O doente consegue andar com a cabeça direita, balancea os braços junto ao corpo, passadas largas sem hesitações.
- 15 pontos**
 - O doente tem marcha lenta com paragens mas com a cabeça levantada. Utiliza passos curtos e pode arrastar os pés.
- 30 pontos**
 - A marcha está comprometida, o doente pode parar, pode ter dificuldade em se levantar da cadeira necessitando de se apoiar nos braços da cadeira e/ou levanta-se com impulso. O doente tem a cabeça em baixo e com o balanço dos braços agarra-se ao mobiliário, a pessoas ou a ajudas de marcha, não conseguindo andar sem ajuda. Os passos são curtos e arrasta os pés.

Estado Mental

- Orientado (Zero pontos)**

O doente responde consistentemente a perguntas simples.
- Desorientado/Confuso (15 pontos)**

O doente responde incoerentemente ao questionado.

Risco de Queda: Score Escala de Morse

Grau de Risco	Pontuações	Etiqueta
Baixo	0-24	Verde
Moderado	25-50	Amarelo
Elevado	≥51	Vermelho

Prevenção de Quedas

- O enfermeiro avalia o risco de queda através da aplicação da Escala de Morse:
 - ✓ No acolhimento do doente
 - ✓ De 48 em 48 horas
 - ✓ Após a ocorrência de queda
 - ✓ Sempre que se justificar
- O enfermeiro regista no processo clínico informatizado a intervenção correspondente à Avaliação do Risco de Queda.
- O enfermeiro informa o doente e família acerca do risco de queda e das medidas preventivas a implementar.

Prevenção de Quedas: Medidas

- Escolha de cadeira de rodas/maca/cama adequada ao doente e suas limitações.
- As grades laterais das camas devem estar sempre levantadas, excepto nos doentes conscientes e independentes.
- As camas devem estar reguladas para a posição mais baixa e travadas, excepto aquando da prestação directa de cuidados.
- Os cuidados devem ser adequados ao grau de dependência do doente e suas limitações.
- Durante a prestação de cuidados o doente deve ser mantido sob vigilância, não podendo o enfermeiro afastar-se sem subir as grades de protecção da cama, mesmo que por instantes.
- Assegurar a segurança e bom estado dos meios auxiliares de marcha que coloca à disposição dos doentes.
- Assegurar a remoção imediata de derrames ou salpicos do chão.

Prevenção de Quedas: Medidas

- Manter os percursos utilizados pelos doentes livres de obstáculos.
- Utilizar correcta e adequadamente as imobilizações em caso de agitação psicomotora ou agressividade (de acordo com norma), tendo em conta que o ajuste terapêutico é a primeira opção.
- A campainha, comando da luz ou objectos pessoais do doente devem estar ao seu alcance.
- Deve ser disponibilizado um degrau antiderrapante para a subida e descida da cama. Em casos de maior dependência o enfermeiro deve ajudar o doente ou supervisionar a mobilização.
- Ensinar o doente a sair da cama pelo lado dominante.
- Encorajar o uso de calçado antiderrapante e fechado atrás.
- Providenciar adequada iluminação.
- Encorajar o doente e família a prevenir quedas e solicitar apoio no levantar, transferências e mobilizações.
- Considerar colocar o doente em área que permita maior vigilância.

Actuação Pós Queda

•Na ocorrência de uma queda esta deve ser registada em impresso próprio e deve ser realizado o registo na intranet como Registo de Evento Adverso. O SU deve disponibilizar uma pasta onde devem ser arquivadas todas as ocorrências de quedas.

•Após a queda o doente deve ser imediatamente avaliado pelo enfermeiro e este deve proceder ao contacto com o médico para avaliação.

•Após o registo de queda deve ser desencadeado um processo de averiguação das causas da queda com implementação de medidas correctivas e preventivas.

Actuação Pós Queda

Como

Onde

Quando

Presenciada
por alguém

Terapêutica
administrada

Actuação Pós Queda

Via Aérea

Ventilação

Circulação

Avaliação
Neurológica

Indicadores

Taxa de Prevalência –
Número de Quedas

Taxa de Efectividade da
Prevenção – Risco de Cair


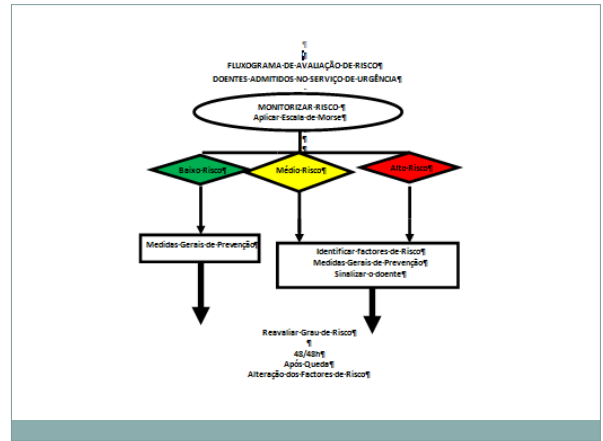
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com queda (cair)} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de Utentes}}$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com risco de cair/sem cair} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Utentes com queda}}$

QUEDAS

NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

CONTENÇÃO

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ASSUNTO: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente

PALAVRAS-CHAVE: Contenção de Doentes

PARA: Administrações Regionais de Saúde, Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

CONTACTOS: Departamento de Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Francisco Henrique Moura George

111 *abertos*

NÚMERO: 021/2011
DATA: 06/06/2011

CONTENÇÃO

Implementação de medidas que previnam os comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.

CONTENÇÃO FÍSICA

É a situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.

CONTENÇÃO

O recurso a medidas de contenção deve ter lugar após uma avaliação do risco clínico e deve ser visto pelos profissionais como incidente para a segurança do doente.

Considerando as alternativas e impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente deve ser considerada como último recurso e depois de esgotadas todas as medidas preventivas.

CONTENÇÃO : Medidas Preventivas

- Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão.
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza.
- Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro.
- Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente.
- Convidar e organizar actividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente.
- Tratamento farmacológico.

CONTENÇÃO : Regras de Utilização



FOLHA DE REGISTO DO EPISÓDIO DE CONTENÇÃO FÍSICA

Instituição: _____
 Serviço: _____
 Unidade: _____
 Data: _____
 Hospital
 Casa-lar

Tipo de contenção física: Ligadura (V.O.)
 Cinto de segurança/Restrição
 Sela

Unidade de Contenção (Qualificação): Comunitária
 Não Comunitária
 Outra (Especificar): _____

Tipo de contenção física: Substituída ou não
 Substituída ou não

Motivos de contenção física: Risco de queda, após avaliação de outros métodos de prevenção
 Risco de queda, após avaliação de outros métodos
 Ausência de mobilidade
 Agitação
 Outra (Especificar): _____

Data e hora de início da contenção física: _____
 Data e hora de término da contenção física: _____

Episódio de contenção física (contém): Não
 Sim (Quem?) _____ Data de início: _____

Intermittente (contém): Não
 Sim (Tipo de episódio) _____

Motivos de episódio (qualificação) durante a contenção: Redução da mobilidade
 Risco de quedas
 Agitação por DDC
 Agitação

Outros motivos (qualificação) durante o período de contenção física: Não
 Sim (Especificar): _____
 Incapacidade
 Risco de quedas
 Ausência de mobilidade
 Agitação
 Outra (Especificar): _____

Data: _____
 Local: _____

Bibliografia

- Direcção Geral de Saúde – **Circular Normativa Nº 08/DSPSM/DSPCS**. Lisboa, Maio 2007. 5 p..
 Direcção Geral de Saúde – **Orientação Nº 021/2011**. Lisboa, Junho, 2011. 4 p..
 Direcção Geral de Saúde – **Orientação Nº 017/2011**. Lisboa, Maio, 2011. 10 p..
 Conde et al - **Estrategia de Prevención, Detección y actuación ante el Riesgo de Caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía**. Observatorio para la Seguridad del Paciente Andalucía. 2009.
 Direcção Geral de Saúde – **Circular Normativa Nº 08/DSPSM/DSPCS**. Lisboa, Maio 2007. 5 p..
 Joint Comission International – **Normas Internacionais**. 2011.
 Karen B., House, R. – **Reducing Patient Falls Project**. Mid Yorkshire. 2002.
 Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa, Março de 2007. 23p. [Em linha]. [Consult. 23 de Março de 2011] Disponível em: http://www.scs.mn-saude.pt/ons2011-2016/files/2010/07/INCI_2007.pdf.
 O'Grady, et al., **Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections**. 2011. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), Department of Health and Human Services (CDC). 2009: p. 67.
 Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Clin Infect Dis 2011; 52 (9): p.162-193.

APÊNDICE VIII

Relatório da Vigilância Epidemiológica dos Microrganismos “Alerta”

Relatório da Vigilância Epidemiológica dos Microrganismos “Alerta”

Elaborado por:

**Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha, no âmbito do Curso de Mestrado em
Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
Sob Orientação da Professora Isabel Rabiais e Enfermeira Fernanda Santos**



Sumário

1. Introdução	3
2. Âmbito	4
3. Objectivos	4
4. Apresentação dos Resultados.....	6
5. Conclusões	10



1. Introdução

A vigilância epidemiológica é uma das atividades da Comissão de Controlo de Infeção (CCI) e que está definida no Plano Nacional de Controlo da Infeção. No sentido de conhecer a realidade epidemiológica das unidades clínicas do Hospital de Santa Marta procedeu-se à realização de vigilância epidemiológica dos microrganismos “alerta”, baseada nos isolamentos microbiológicos diários, emitidos pelo Laboratório de Microbiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC).

Os resultados correspondem a todos os isolamentos microbiológicos não duplicados, identificados em doentes admitidos nas unidades clínicas. Foram excluídos os isolamentos obtidos em amostras de doentes com menos de 48h, após o internamento no hospital.

Os dados, previamente recolhidos no sistema informático Clinidata e registados em suporte de papel, foram introduzidos na base de dados, desenvolvida pela CCIH.



2. Âmbito

Todas as unidades clínicas do Hospital de Santa Marta, CHLC.

Consideraram-se apenas os microrganismos “alerta” identificados nos diversos produtos enviados para análise microbiológica. Assim, são considerados microrganismos “alerta”:

- Staphylococcus aureus e colagenase-negativo resistentes à meticilina/oxacilina e vancomicina;
- Enterococcus spp resistente à vancomicina;
- Klebsiella spp e Enterobacter spp resistentes às cefalosporinas de 3ª geração;
- Escherichia coli resistente à ciprofloxacina e/ou cefalosporinas de 3ª geração;
- Pseudomonas aeruginosa resistente à piperacilina/tazobactam, ciprofloxacina, ceftazidima e meropenemo/imipenemo;
- Acinetobacter spp resistente aos carbapenemos.

Foram excluídos os isolamentos de Mycobacterium tuberculosis por se terem considerado infeções de origem na comunidade e todas as outras infeções em que não houvesse evidência de estarem associadas à prestação de cuidados de saúde.

Os dados foram recolhidos entre os dias 1 de Janeiro de 2011 e 31 de Abril de 2011.



3. Objetivos

- Determinar o número de doentes com isolamento de microrganismos “alerta” e a sua distribuição mensal,
 - Determinar o número de microrganismos “alerta” identificados e a sua distribuição por frequência,
 - Identificar o microrganismo “alerta” mais frequente,
 - Caracterizar o TSA do microrganismo mais frequente,
 - Identificar o número de isolamentos por produto colhido,
 - Identificar o número de isolamentos de microrganismo “alerta” em ponta de Cateter Venoso Central (CVC).



4. Apresentação dos Resultados

- Determinar o número de doentes com isolamento de microrganismos “alerta”

Foram identificados 84 doentes com isolamento de microrganismos “alerta”

**Distribuição do Isolamento de Microrganismos “alerta”
durante os meses de Janeiro a Abril de 2011**

<i>Mês</i>	<i>Número de doentes com isolamento de microrganismos “alerta”</i>
<i>Janeiro</i>	21
<i>Fevereiro</i>	21
<i>Março</i>	21
<i>Abril</i>	21
<i>Total</i>	84

- Determinar o número de microrganismos “alerta” identificados

Foram identificados 15 microrganismos “alerta” diferentes.



Distribuição do número de isolamentos por Microrganismo “alerta”

Microrganismos “alerta”	Número de Isolamentos
<i>Staphylococcus aureus Meticilina Resistente (MRSA)</i>	48 (3 segundo agente)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	5
<i>Enterococcus faecalis</i>	2 (1 segundo agente)
<i>Enterococcus faecium</i>	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1
<i>Escherichia coli</i>	8
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2
<i>Klebsiella sp</i>	2
<i>Acinetobacter baumani</i>	9 (1 segundo agente)
<i>Acinetobacter sp</i>	1 (como segundo agente)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	5 (1 segundo agente)
<i>Enterobacter cloacae</i>	1
<i>Enterobacter sp</i>	1
Outros fungos	1 (Clostridium clostridiforme)
Total	89

O total de isolamentos corresponde a um número de doentes superior a 84 porque em alguns doentes foi isolado mais do que um microrganismo.

- Identificar o microrganismo “alerta” mais frequente

O microrganismo “alerta” mais frequente é o **MRSA**, com isolamento em 48 doentes.



- Caracterizar o TSA do microrganismo mais frequente (MRSA)

Sensibilidade do MRSA aos Antibióticos

Antibiótico	Sensibilidade
Penicilina	Resistente
Oxacilina	Resistente
Vancomicina	Sensível
Levofloxacina	Intermédio/Resistente
Cotrimoxazol	Sensível

- Identificar a frequência de isolamentos por produto colhido

Distribuição da frequência de isolamentos por produto colhido

Produto	Número de isolamentos
Hemoculturas	10
Uroculturas	14
Expetoração/Aspiração Lavado Brônquico/Secreções	25
Exsudado Superficial	22
Outro	13
Total	84

- Identificar o número de isolamentos de microrganismos “alerta” em ponta de CVC

Verificou-se um isolamento de 1 microrganismo “alerta” numa hemocultura, correspondente a uma Infeção relacionada com o CVC.

Este facto é bastante positivo porque pressupõe o cumprimento das recomendações relativas à prevenção da infeção relacionada com o CVC.



No entanto, pelo facto de, se terem apenas analisado os microrganismos “alerta”, não poderemos concluir acerca do número de bacteriemias associadas ao CVC, porque podem não ter sido causadas por microrganismos “alerta”.

Seria pertinente, em relação às infeções associadas ao CVC analisar os dados relativos a todas as colheitas de ponta de CVC+Hemoculturas feitas durante um período de tempo, para que as conclusões sejam mais fiáveis.



5. Conclusões

A utilização efetiva da base de dados informática permitiu a identificação de situações que podem ser melhoradas em termos de registo, pelo que, se procedeu às seguintes alterações:

- Introdução do *Clostridium difficile* na lista de microrganismos “alerta”
- Alteração do Campo relativo a resistência antimicrobiana no que respeita ao Cotrimoxazol nas situações de 2º e 3º microrganismos isolados
- Alteração na área “Produto” através da introdução da opção “Biópsia/Fragmento de tecido” de forma a que se distingam esses produtos dos exsudados superficiais colhidos através de zaragatoa e cuja evidência microbiológica é menor.

A realização deste relatório de vigilância epidemiológica poderá ser uma mais-valia para a adequação da intervenção da CCI a necessidades específicas. Na minha perspetiva a principal intervenção terá que ser na área da prevenção da infeção por MRSA por este ser o microrganismo mais frequente. No entanto, outros como o *Acinetobacter baumannii* devem merecer especial atenção.

Só faz sentido realizar vigilância epidemiológica se esta servir de base a uma intervenção específica.

Pude concluir que o isolamento de microrganismos “alerta” na ponta de CVC e relacionados com bacteriemias não justifica uma intervenção particular.

Constatei uma frequência muito semelhante de microrganismos “alerta” ao longo dos 4 meses analisados e um grande e diferenciado número de microrganismos apesar de uma prevalência significativa se MRSA e *Acinetobacter baumannii*.

Os produtos colhidos com maior frequência são a expetoração/lavado brônquico/secreções e o exsudado superficial.

Propostas de Melhoria

Os sistemas de informação são, atualmente, ferramentas importantes na nossa prestação de cuidados. Maximizar as potencialidades desses sistemas deve constituir um objetivo importante. Na situação particular da vigilância epidemiológica, seria fundamental



possuir uma ferramenta informática que permite-se compilar dados relativos a sistemas como o Clinidata ou o Sonho.

A plataforma onde foram feitos os registos tem lacunas que condicionaram os dados retirados e não permitem a manipulação de variáveis que seriam importantes analisar.

Apesar disso, esta caracterização já permite adequar determinadas intervenções e servir de padrão para comparações futuras.

Sugestões de Análise

De forma a efetivar e maximizar os resultados da vigilância epidemiológica a base de dados deveria permitir retirar informação relativa a:

- Análise dos produtos colhidos por unidades clínicas
- Análise dos microrganismos isolados por unidades clínicas
- Análise dos microrganismos isolados por produtos
- Análise dos fatores extrínsecos e intrínsecos da amostra
- Comparação de TSA de diversos microrganismos

Estes são alguns dados que considero serem de extrema importância para a consolidação da vigilância epidemiológica como instrumento de adequação da intervenção para verificação efetiva do controlo da infeção e, conseqüentemente, melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

APÊNDICE IX

Plano de Sessão: “Precauções Básicas”



Plano de Sessão

TEMA: Precauções Básicas

Preletora: Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha

DATA: 8/06/2011

POPULAÇÃO ALVO: Assistentes Operacionais do Hospital de Santa Marta, CHLC

TEMPO PREVISTO: 2 Horas

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Museu Hospital de Santa Marta, CHLC

Objetivo Geral: Que os formandos sejam capazes de enunciar e compreender as precauções básicas associadas à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).



OBJETIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Que o formando seja capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) ✓ Compreender as diferenças entre os conceitos de infeção, colonização e contaminação ✓ Conhecer as variáveis determinantes da infeção ✓ Definir Precauções Básicas ✓ Identificar as atividades implicadas no cumprimento das Precauções Básicas ✓ Compreender as medidas gerais associadas a um isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução – 15 ‘ ✓ Definição de IACS – 5’ ✓ Variáveis associadas à transmissão da infeção – 10’ ✓ Objetivos das Precauções Básicas – 10’ ✓ Precauções Básicas e seus determinantes – 30’ ✓ Definição de Isolamento – 5’ ✓ Medidas gerais associadas ao isolamento – 5’ ✓ Avaliação – 35’ ✓ Conclusão – 5’ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo oral ✓ Resposta às questões colocadas ✓ Realização de exercício prático sobre higiene das mãos e utilização do EPI ✓ Realização de exercício prático sobre conhecimentos prévios ✓ Discussão com os intervenientes da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espaço físico: sala de formação ✓ Material: computador portátil e datashow ✓ Material: luvas, batas, máscaras, sacos, óculos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação, durante a sessão, do nível de compreensão dos intervenientes acerca dos assuntos abordados ✓ Avaliação do uso do EPI por 2 formandos ✓ Correção do questionário preenchido no início da sessão

APÊNDICE X

Fundamentação para a Formação: “Precauções Básicas”



FORMAÇÃO PARA OS ASSISTENTES OPERACIONAIS “PRECAUÇÕES BÁSICAS”

1 – FUNDAMENTAÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um grave problema de saúde pública. Na tentativa de combater este problema impõe-se a divulgação e cumprimento de determinadas medidas.

De entre essas destacam-se as Precauções Básicas, que são um conjunto de práticas preventivas da infeção que se aplicam a todos os doentes independentemente do diagnóstico suspeito ou confirmado, ou do presumível estado inofensivo. Estas medidas permitem um eficaz controlo das IACS e, portanto, devem ser rigorosamente aplicadas.

Neste contexto, torna-se necessário, sensibilizar e formar os profissionais de saúde nesta área, no sentido de melhorar continuamente o seu desempenho, contribuindo para o incremento da qualidade dos cuidados prestados.

2 – OBJECTIVOS

2.1 – Objetivo Geral

Que os formandos sejam capazes de enunciar e compreender as precauções básicas associadas à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

2.2 – Objetivos específicos

Pretende-se que no final da formação os formandos sejam capazes de:

- Definir Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS);
- Compreender as diferenças entre os conceitos de infeção, colonização e contaminação;
- Conhecer as variáveis determinantes da infeção;
- Definir Precauções Básicas;
- Identificar as catividades implicadas no cumprimento das Precauções Básicas;
- Compreender as medidas gerais associadas a um isolamento.



3 – PROGRAMA

3.1 – Introdução

3.2 – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

3.2.1 - Definições e conceitos

3.2.2 – Vias e fontes de transmissão

3.3 – Precauções Básicas

3.3.1 – Determinantes das Precauções Básicas

- Higiene das Mãos
- Equipamento de Proteção Individual
- Etiqueta respiratória
- Controlo do ambiente
- Têxteis e roupa
- Reprocessamento do equipamento
- Saúde e segurança do profissional

3.4 – Isolamento

3.4.1 – Definições

3.4.2 – Medidas gerais

3.5 – Avaliação

4 – DESTINATÁRIOS: Assistentes Operacionais que direta ou indiretamente estão em contacto com o doente e que têm um papel importante na prevenção e controlo da infeção.

5 – CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DE FORMANDOS

- Motivação do próprio e/ou indicação das chefias
- Interesse do Serviço
- Distribuição equitativa pelos Serviços clínicos e de apoio.

6 – FORMADORES: Enfa. Fernanda Santos e Enfa. Patrícia Eirinha

7 – CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS FORMADORES

- Conhecimentos técnicos na área temática;
- Experiência;
- Eventual Certificado de Aptidão Pedagógica.



8 – METODOLOGIA DA FORMAÇÃO

Pretende uma abordagem teórica/prática, utilizando o método expositivo e interrogativo, apoiado em meios audiovisuais e na discussão com os intervenientes da sessão.

9 – METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

A avaliação do curso será efetuada pelos formandos, através da realização de dois exercícios práticos sobre higiene das mãos e equipamento de proteção individual e preenchimento de um questionário.

10 – DURAÇÃO DO CURSO: 2 Horas

11 - NÚMERO DE ACÇÕES: 1

12 - NÚMERO DE FORMANDOS: 12


13 - DATA DE REALIZAÇÃO: 8 de Junho de 2011

14 - HORÁRIO DE REALIZAÇÃO: 14H00 às 16H00


15 – LOCAL DE REALIZAÇÃO: Hospital de Santa Marta - Museu

APÊNDICE XI

Formação: "Precauções Básicas"



UNIVERSIDADE DE COIMBRA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE




PRECAUÇÕES BÁSICAS

CHLC, EPE – Hospital de Santa Marta


Ana Patrícia Eirinha
Orientadora: Enfa. Fernanda Santos
Docente: Professora Isabel Rabiais

Junho, 2011



OBJECTIVO GERAL:

Que os formandos sejam capazes de enunciar e compreender as precauções básicas associadas à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).



PRECAUÇÕES BÁSICAS

Objectivos Específicos:


- Definir Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
- Compreender as diferenças entre os conceitos de infecção, colonização e contaminação
- Conhecer as variáveis determinantes da infecção
- Definir Precauções Básicas
- Identificar as actividades implicadas no cumprimento das Precauções Básicas
- Compreender as medidas gerais associadas a um isolamento

Precauções Básicas

10 Questões de Escolha Múltipla


Pequeno Exercício

Florence Nightingale



"...o mínimo que se espera dos hospitais é que não façam mal aos seus doentes."

Infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados ou pelos profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.



Precauções Básicas: Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

Figure 1: HOW MICROORGANISMS ARE ACQUIRED

CONTACT	Direct	Indirect	Droplet < 1 metre
	AIRBORNE > 1 metre	VEHICLE	VECTOBORNE

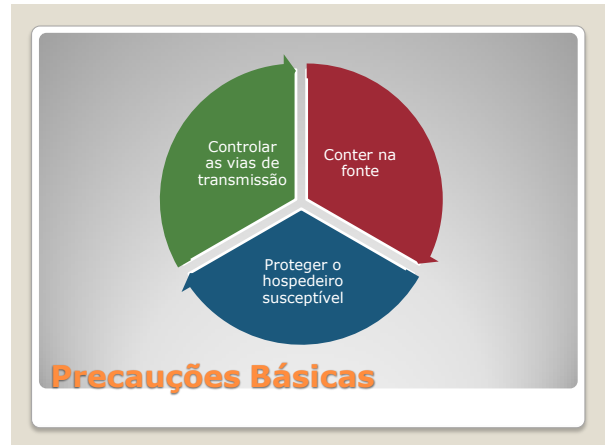
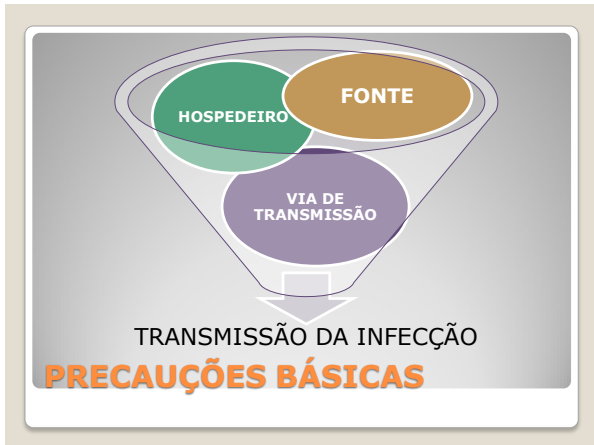
Precauções Básicas: Vias de Transmissão

INFECÇÃO
Presença e multiplicação de microrganismos nos tecidos e fluidos orgânicos, com manifestações clínicas adversas.

COLONIZAÇÃO
Presença e multiplicação de microrganismos sem efeito clínico adverso.

CONTAMINAÇÃO
Presença de microrganismos à superfície do corpo ou em objectos inanimados.

Precauções Básicas



Grupo de práticas preventivas da infecção que se aplicam a todos os doentes indiferentemente do diagnóstico suspeito ou confirmado, ou do presumível estado infeccioso.

Precauções Básicas

Prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde.

Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos

Prevenir a infeção relacionada com a prestação de cuidados de saúde

Precauções Básicas

Considerar todos os doentes potencialmente infecciosos

Assumir que todo o sangue e fluidos corporais possam estar potencialmente contaminados

Assumir que todas as agulhas e outros objectos cortantes usados estão contaminados

Precauções Básicas

Todos os doentes

Todas as situações

Precauções Básicas

Higiene das Mãos

Equipamento de Protecção Individual

Etiqueta Respiratória

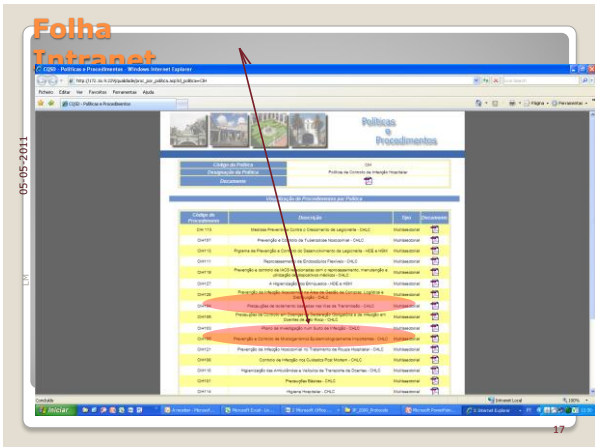
Reprocessamento de equipamento

Controlo do ambiente

Têxteis e roupa

Saúde e Segurança dos Profissionais

Precauções Básicas



Recomendações categorizadas segundo os critérios do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e HICPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) baseado nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto econômico.

Categoria IA - Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos (estudos bem desenhados).

Categoria IB - Fortemente recomendado para implementação, baseada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos, experimentais e por uma forte fundamentação teórica.

Recomendações-Categorização

Recomendações categorizadas segundo os critérios do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e HICPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) baseado nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto econômico.



Categoria IC - Recomendações sugeridas por outras federações e associações.

Categoria II - Recomendações sugeridas para implementação e apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos, ou uma forte fundamentação teórica.

Questão não resolvida. Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

Recomendações - Categorização



Higienização das mãos

Precauções Básicas – Higiene das Mãos

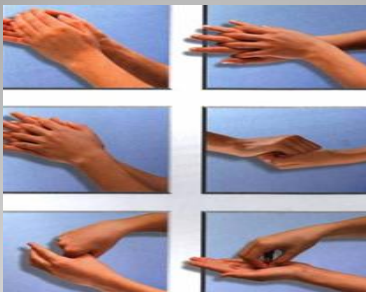
As mãos são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS.

Precauções Básicas – Higiene das Mãos

Proteger o doente de microrganismos prejudiciais transportados nas mãos ou presentes na pele do doente

Proteger o profissional de saúde e o ambiente envolvente dos microrganismos prejudiciais

Precauções Básicas-Higiene das Mãos



Precauções Básicas – Higiene das Mãos



Precauções Básicas – Higiene das Mãos

Precauções Básicas – Equipamento de Protecção Individual



Seleccionar o EPI de acordo com a avaliação de risco de transmissão de microrganismos para o doente, e o risco de contaminação da pele, mucosas e vestuário dos profissionais, pelo sangue, fluidos corporais, secreções e excreções de doentes.

Precauções Básicas: EPI

- Manter as mãos afastadas da face.
- Trabalhar da zona mais limpa para a zona mais suja.
- Limitar a superfície de toque.
- Mudar o equipamento quando danificado ou contaminado.
- Efectuar higiene das mãos.

Precauções Básicas: EPI

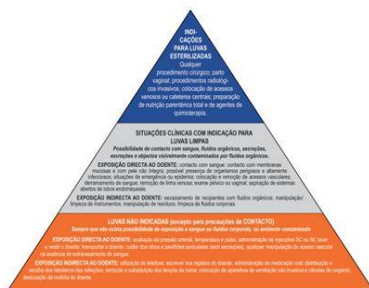


Precauções Básica: EPI-Luvas

HIGIENE DAS MÃOS E O USO DE LUVAS



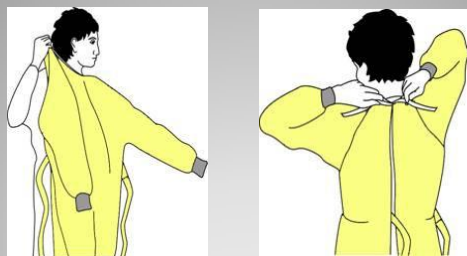
As luvas devem ser usadas de acordo com as PRECAUÇÕES BÁSICAS e de CONTACTO. A pirâmide explica alguns exemplos clínicos em que as luvas não estão indicadas, e outras em que estão indicadas luvas limpas ou esterilizadas.



Usar batas ou aventais, apropriados para a tarefa, para prevenir sujar ou contaminar a roupa durante actividades no doente em que se prevê contacto com a roupa/pele exposta com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções.



Precauções Básicas: EPI-Batas e Aventais



Precauções Básicas: EPI-Batas e Aventais

Usar bata/avental no contacto directo em doentes que não contêm as secreções ou excreções.

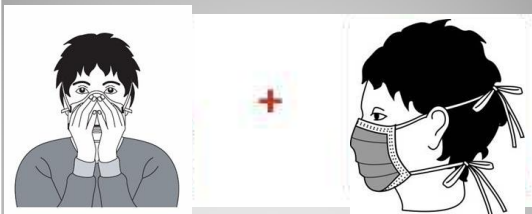
Remover a bata/avental e lavar as mãos antes de sair da unidade do doente.

Não reutilizar a bata, mesmo em contactos frequentes no mesmo doente.

Mudar a bata/avental de doente para doente.

Utilizar batas por rotina para entrar em unidades de risco elevado (UCI, UCIN, ...) não está indicado.

Precauções Básicas: EPI-Batas e Aventais



Precauções Básicas: EPI-Máscara, Máscara com Viseira, Óculos

- Usar protecção para a boca, nariz e olhos durante procedimentos e cuidados ao doente em que se prevê a formação de salpicos e aerossóis com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções.

- Seleccionar máscaras, óculos, máscaras com viseira ou combinações de cada de acordo com a previsão da tarefa a desempenhar.

Precauções Básicas: EPI-Máscara, Máscara com Viseira, Óculos

- Durante procedimentos geradores de aerossóis (broncoscopia, aspiração de secreções, intubação endotraqueal) usar um dos seguintes: máscara com viseira que cubra a frente e os lados da face, ou máscara e óculos (além de luvas e bata).

Precauções Básicas: EPI-Máscara, Máscara com Viseira, Óculos



Utilizar apenas em procedimentos invasivos

Precauções Básicas: Touca

Precauções Básicas: Calçado

Como colocar o Equipamento de proteção individual

BATA

- Despele a bata colocando-a sobre o corpo
- Não se pode puxar o cinto
- Não se pode usar o cinto se o cinto não estiver devidamente ajustado
- Não se pode usar a bata se o cinto não estiver devidamente ajustado

MASCARA

- Colocar a máscara sobre o nariz, boca e olhos
- Não se pode tocar no nariz, boca ou olhos
- Segurar a máscara com as mãos
- Não se pode tocar na máscara

RESPIRADOR

- Selecionar o respirador
- Colocar o respirador sobre o nariz, boca e olhos
- Não se pode tocar no nariz, boca ou olhos
- Segurar o respirador com as mãos
- Não se pode tocar no respirador
- Não se pode tocar no respirador
- Não se pode tocar no respirador

OCULOS/VEJERA

- Selecionar os óculos sobre o nariz e olhos
- Não se pode tocar no nariz, boca ou olhos
- Segurar os óculos com as mãos
- Não se pode tocar nos óculos

LUVAS

- Colocar as luvas no braço
- Não se pode tocar no braço
- Não se pode tocar no braço
- Não se pode tocar no braço

Colocar EPI

Como remover o Equipamento de proteção individual

LUVAS

Primeira etapa:

- Pegar no braço da luva
- Pegar no punho da luva
- Pegar no punho da luva
- Segurar com o outro punho

Segunda etapa:

- Não se pode tocar no punho da luva por dentro da outra luva
- Não se pode tocar no punho da luva por dentro da outra luva
- Não se pode tocar no punho da luva por dentro da outra luva
- Não se pode tocar no punho da luva por dentro da outra luva

OCULOS/VEJERA

- Não se pode tocar no nariz, boca e olhos
- Não se pode tocar no nariz, boca e olhos
- Não se pode tocar no nariz, boca e olhos

BATA

- Despele a bata
- Não se pode puxar o cinto
- Não se pode puxar o cinto
- Não se pode puxar o cinto

MASCARA

- Despele a máscara
- Não se pode tocar no nariz, boca e olhos
- Não se pode tocar no nariz, boca e olhos

RESPIRADOR

- Despele o respirador
- Não se pode tocar no nariz, boca e olhos
- Não se pode tocar no nariz, boca e olhos

Retirar o EPI



Desenvolver políticas e procedimentos de rotina, limpeza e desinfecção das superfícies do ambiente, especialmente as superfícies manuseadas com mais frequência nas áreas de cuidados aos doentes e de acordo com o grau de sujidade.



Precauções Básicas – Controlo Ambiental

Desenvolver, por rotina, procedimentos de higienização das superfícies ambientais, com maior frequência nas áreas de maior risco e nas superfícies mais manipuladas, nas áreas de cuidados aos doentes.

Precauções Básicas: Controlo Ambiental

- Lavar e/ou desinfetar superfícies com maior probabilidade de contaminação com agentes patogénicos, incluindo as superfícies junto do doente (p.ex.; grades da cama, mesas de apoio) e as superfícies do ambiente frequentemente manuseadas (p. ex.; manipulados das portas, instalações sanitárias dos doentes).

- Nas unidades com doentes pediátricos ou com áreas de brinquedos estabelecer políticas e procedimentos de limpeza e desinfecção.

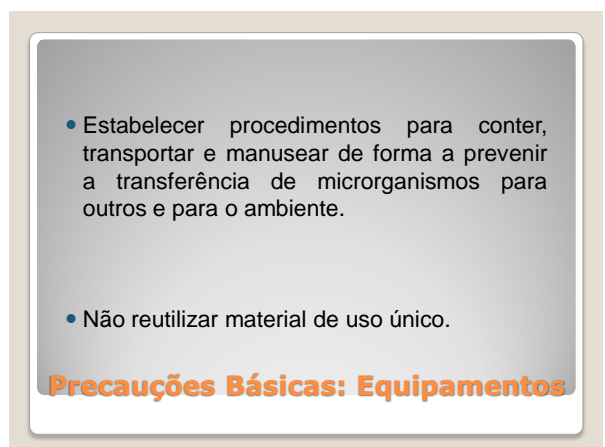
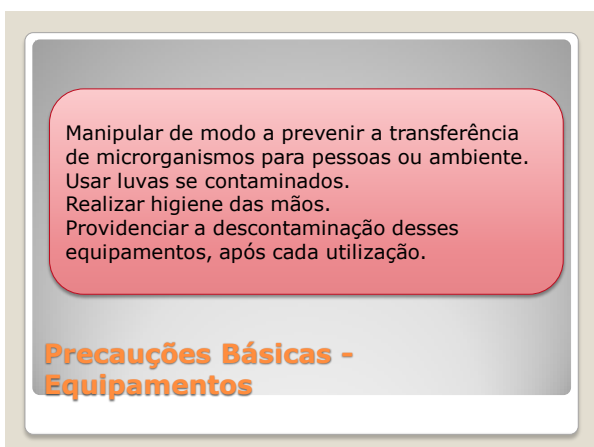
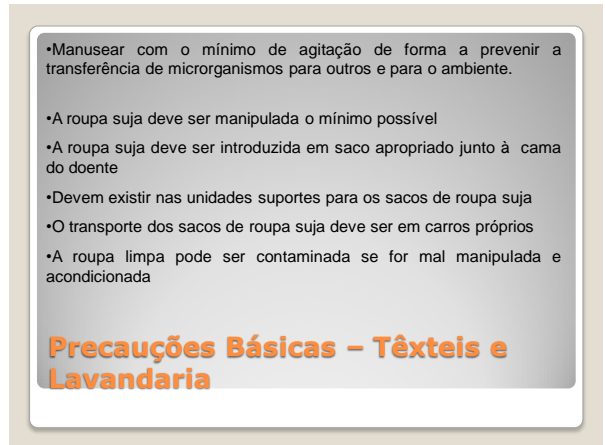
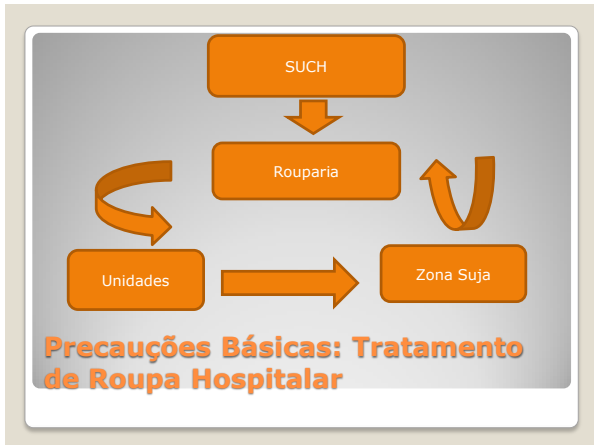
- Incluir os equipamentos electrónicos multi-uso nos procedimentos de limpeza e/ou desinfecção.

- Não existe recomendação para o uso de protecção lavável ou teclados laváveis.

Precauções Básicas-Controlo Ambiental

Manipular com cuidado para evitar a transferência de microrganismos para pessoas ou para o ambiente e acondicionar segundo as regras estabelecidas.

Precauções Básicas: Tratamento de Roupa Hospitalar



• Educar os profissionais de saúde sobre a importância das medidas de contenção das secreções respiratórias para prevenir a transmissão de gotículas de agentes respiratórios patogênicos, especialmente em épocas de surtos de infecções virais do trato respiratório em comunidades.

• Implementar as medidas de contenção das secreções respiratórias em doentes e acompanhantes com sinais e sintomas de infecção respiratória, desde o local de admissão na unidade de saúde (recepção e salas de espera).

Precauções Básicas – Etiqueta Respiratória

Evite a disseminação de microrganismos



Aderir aos requisitos nacionais dos programas de saúde e segurança ocupacional para proteger os profissionais dos acidentes de exposição ao sangue.

- **Contenção de corto-perfurantes imediatamente após utilização em contentores resistentes à perfuração**
- **Vacinação dos profissionais**

Precauções Básicas – Saúde e Segurança dos Profissionais

- Não recapsular, dobrar, quebrar ou manipular com as mãos as agulhas usadas.
- Usar dispositivos seguros quando conveniente.
- Colocar os corto perfurantes em contentor rígido.



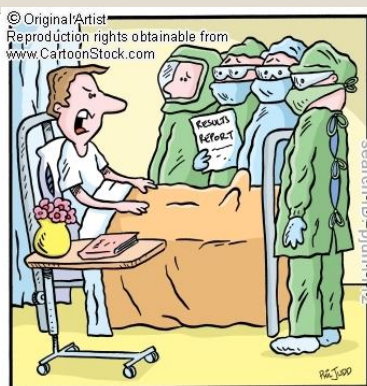
Precauções Básicas: Cortantes



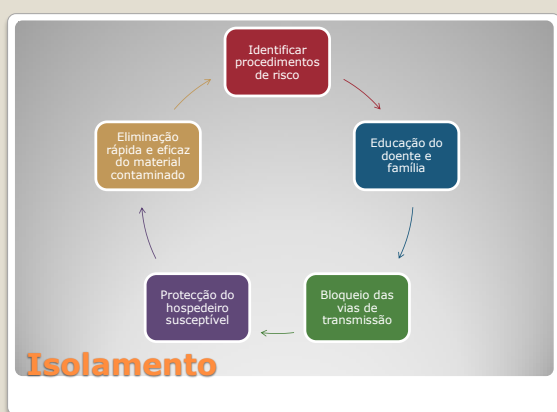
É o estabelecimento de barreiras físicas para prevenir a transmissão cruzada de microrganismos infecciosos de um indivíduo a outro.



Isolamento



"Let me guess...it's contagious!"



- Equipar o isolamento apenas com o material e equipamento necessários à prestação de cuidados
- Limitar ao mínimo os objectos pessoais do doente
- Identificar a área/quarto, de acordo com o tipo de isolamento
- Restringir o número de visitas
- Não partilhar objectos pessoais ou outros
- Realizar higiene das mãos ao entrar e sair da unidade do doente
- Realizar ensino ao doente e família

Isolamento

Realizar Higiene das Mãos

4 Elementos: 2 grupos de 2 elementos .

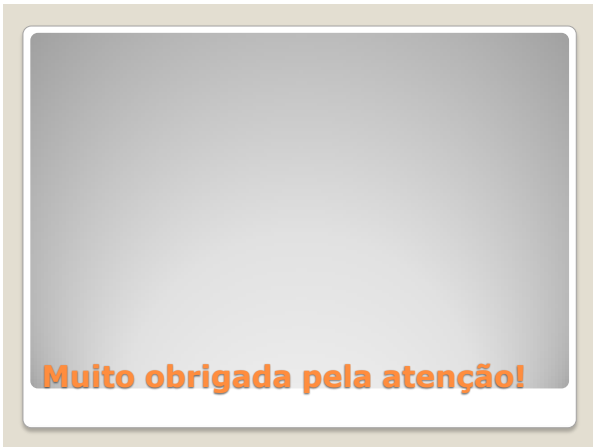
1 dos grupos coloca e retira o EPI enquanto o outro grupo identifica os possíveis erros.

Avaliação

Questão		
1	Verdadeiro	
2	A todos os doentes e em todas as situações	
3	À entrada do serviço À saída do serviço Antes do contacto com o doente Após o contacto com o doente	
4	Aquando da prestação de cuidados entre doentes No mesmo doente em situações de possível contaminação	
5	Verdadeiro	
6	Falso	
7	Falso	
8	Verdadeiro	
9	Verdadeiro	
10	Falso	

Procedimento Multisectorial CIH 101 – Precauções Básicas.
Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.

Bibliografia



APÊNDICE XII

Questionário da Formação: “Precauções Básicas”



Questionário

Este questionário é constituído por 10 questões. Selecione a(s) resposta(s) que considera correta(s).

1. A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde é a infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados ou pelos profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

Verdadeiro

Falso

2. As Precauções Básicas devem ser aplicadas:

A todos os doentes e em todas as situações

Aos doentes com suspeita de infeção

Nas situações em que exista risco de contaminação

3. A Higiene das Mãos deve ser realizada:

À entrada do serviço

À saída do serviço

Antes do contacto com o doente

Após o contacto com o doente

4. As luvas devem ser trocadas:

Aquando da prestação de cuidados entre doentes

No manuseamento de qualquer material

No mesmo doente em situações de possível contaminação



5. O avental deve ser usado sempre no contacto direto com o doente.

Verdadeiro

Falso

6. Os sacos para colocar a roupa contaminada dos doentes não devem sair da zona suja.

Verdadeiro

Falso

7. Se um doente estiver em isolamento deve proceder-se à higiene das mãos apenas à saída da unidade do doente.

Verdadeiro

Falso

8. Os profissionais de saúde devem cumprir o plano de vacinação.

Verdadeiro

Falso

9. Ao vestir o Equipamento de Proteção Individual, a bata deve ser colocada em primeiro lugar?

Verdadeiro

Falso

10. Ao retirar o Equipamento de Proteção Individual, as luvas devem ser retiradas por último.

Verdadeiro

Falso

APÊNDICE XIII

Avaliação da Formação: “Precauções Básicas



Avaliação da Formação aos Assistentes Operacionais – Precauções Básicas

	1	2	3	4	5
Esta Ação correspondeu às suas expectativas				8	4
Conteúdo adequado para a sua atividade profissional				8	4
Duração da Ação face aos objetivos enunciados		1		8	3
Adequação do ritmo face aos conteúdos desenvolvidos			1	9	
Adequação dos métodos e atividades pedagógicas			1	6	5
Qualidade das instalações			2	6	
Utilidade do material e documentação fornecida			1	9	2
Qualidade dos meios audiovisuais utilizados			1	8	2
Capacidade do formador para captar e manter o interesse			1	3	8
Capacidade do formador para desenvolver os conteúdos programáticos			1	3	8
Resultados alcançados com a frequência desta Ação				5	7



1 Formando sugeriu que esta formação fosse de frequência anual.

Participaram na sessão 12 Assistentes Operacionais do Hospital de Santa Marta.

Analisando os resultados do Questionário de Avaliação faço uma avaliação positiva, visto que, os formandos consideraram os conteúdos pertinentes face às suas expectativas e adequados à sua atividade profissional.

Como formadora consegui captar e manter o interesse dos formandos e desenvolver os conteúdos a que me propus, no entanto, numa próxima sessão, deverei promover ainda mais a intervenção dos formandos desde uma fase mais inicial da sessão.



Avaliação da Formação aos Assistentes Operacionais

“Precauções Básicas”

Considero que a sessão correspondeu aos objetivos delineados inicialmente.

Os formandos responderam a um questionário no início da sessão e, no final, após apresentação dos conteúdos programáticos, procedeu-se à avaliação das respostas. Não se verificaram dúvidas quanto às respostas corretas e os formandos conseguiram fundamentar as suas opções e perceber os erros que tinham cometido aquando do preenchimento inicial.

Relativamente ao exercício prático, uma formanda procedeu à manipulação do Equipamento de Proteção Individual e, outra fez a avaliação dessa manipulação. Não se verificaram dúvidas ou erros na colocação e retirada do Equipamento de Proteção Individual.

APÊNDICE XIV

Folhetos Informativos para Utentes e Visitas:

“Medidas de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”

Colabore com a equipa de saúde no melhor tratamento do seu familiar ou amigo.

- Respeite as orientações do médico ou enfermeiro.
- Evite sentar-se nas camas (pode levar ou trazer infecções sem dar conta).
- Restrinja o seu contacto à unidade do doente que visita .
- Respeite as regras de isolamento estipuladas pela unidade de saúde.
- Não traga objectos para a unidade do doente sem conhecimento da enfermeira.

Se tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento, não hesite em contactar a equipa de enfermagem.

As mãos são as principais responsáveis pela transmissão da infecção nos hospitais. A sua correcta lavagem é essencial para a prevenção da infecção hospitalar.

Proteja o seu doente, procedendo à lavagem das mãos à entrada e à saída do quarto.



A equipa de enfermagem deseja-lhe uma estadia breve e uma rápida recuperação.

Bibliografia:

Preventing transmission of infectious agents in health-care settings, Center for Disease Control and Prevention, 2007

Procedimento Multisectorial CIH 101 – Precauções Básicas. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.

Procedimento Multisectorial CIH 104 – Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Medidas de Isolamento de Contacto

Informação para Utentes e Visitas

O seu familiar ou amigo encontra-se em isolamento, o que significa que quando o visitar terá que ter alguns cuidados.

O isolamento é um importante instrumento no controlo da infecção hospitalar.

Contribua para o controlo da infecção hospitalar cumprindo as seguintes recomendações.

Se o seu familiar ou amigo se encontrar em isolamento, vai ter que usar algum equipamento de protecção individual, antes de entrar no quarto ou unidade. Por esse motivo não leve os seus pertences (por ex. casacos, sacos, carteiras) para junto do doente.



ISOLAMENTO CONTACTO



1 - Higiene das mãos com solução alcoólica à entrada do quarto.

Pressione 2 vezes o doseador e friccione a solução nas mãos até que esta seque. A duração total do procedimento deve durar entre 20 a 30 segundos.



2 - Coloque o avental, vestindo pela frente e apertando-o atrás das costas.



3- Calce as luvas de acordo com as recomendações da equipa de enfermagem.

Proceda à sua visita de modo normal. O facto do seu familiar ou amigo estar em isolamento pode ser angustiante. Poderá trazer algo que o distraia, devendo antes falar com o enfermeiro.

Antes de sair do quarto ou da unidade do doente retire:

- 1º luvas
- 2º avental



O avental e as luvas devem ser descartados no saco de plástico branco e não devem sair do quarto ou da unidade individual.



4- Retire as luvas faça a higiene das mãos com solução alcoólica, à saída do quarto

Colabore com a equipa de saúde no melhor tratamento do seu familiar ou amigo.

- Respeite as orientações do médico ou enfermeiro.
- Evite sentar-se nas camas (pode levar ou trazer infecções sem dar conta).
- Restrinja o seu contacto à unidade do doente que visita .
- Respeite as regras de isolamento estipuladas pela unidade de saúde.
- Não traga objectos para a unidade do doente sem conhecimento da enfermeira.

Se tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento, não hesite em contactar a equipa de enfermagem.

As mãos são as principais responsáveis pela transmissão da infecção nos hospitais. A sua correcta lavagem é essencial para a prevenção da infecção hospitalar.

Proteja o seu doente, procedendo à lavagem das mãos à entrada e à saída do quarto.



A equipa de enfermagem deseja-lhe uma estadia breve e uma rápida recuperação.

Bibliografia:

Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings, Center for Disease Control and Prevention, 2007

Procedimento Multisectorial CIH 101 – Precauções Básicas. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.

Procedimento Multisectorial CIH 104 – Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Medidas de Isolamento de Gotículas

Informação para Utentes e Visitas

O seu familiar ou amigo encontra-se em isolamento, o que significa que quando o visitar terá que ter alguns cuidados.
O isolamento é um importante instrumento no controlo da infeção hospitalar.

Contribua para o controlo da infeção hospitalar cumprindo as seguintes recomendações.

Se o seu familiar ou amigo se encontrar em isolamento, vai ter que usar algum equipamento de protecção individual, antes de entrar no quarto ou unidade. Por esse motivo não leve os seus pertences (por ex. casacos, sacos, carteiras) para junto do doente.



ISOLAMENTO GOTICULAS



1 - Higiene das mãos com solução alcoólica à entrada do quarto.



2-Coloque a máscara de modo a cobrir o nariz, boca e queixo, ajuste ao nariz e aperte as fitas na parte posterior da cabeça.



Luvas e Avental

3 - Coloque a bata, vestindo pela frente e apertando-a atrás das costas. Calce as luvas.



Quarto privativo

4- Se quarto de isolamento - mantenha a porta fechada! Limite entradas e saídas ao m í n i m o indispensável.

Antes de sair do quarto ou da unidade do doente retire:
1º luvas
2º bata
3ª máscara



A máscara, bata e luvas devem ser descartadas no saco de plástico branco e não devem sair do quarto ou da unidade individual.



5 - Retire as luvas e faça a higiene das mãos com solução alcoólica à saída do quarto.



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Colabore com a equipa de saúde no melhor tratamento do seu familiar ou amigo.

- Respeite as orientações do médico ou enfermeiro.
- Evite sentar-se nas camas (pode levar ou trazer infecções sem dar conta).
- Restrinja o seu contacto à unidade do doente que visita .
- Respeite as regras de isolamento estipuladas pela unidade de saúde.
- Não traga objectos para a unidade do doente sem conhecimento da enfermeira.

Se tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento, não hesite em contactar a equipa de enfermagem.

As mãos são as principais responsáveis pela transmissão da infecção nos hospitais. A sua correcta lavagem é essencial para a prevenção da infecção hospitalar.

Proteja o seu doente, procedendo à lavagem das mãos à entrada e à saída do quarto.



A equipa de enfermagem deseja-lhe uma estadia breve e uma rápida recuperação.

Bibliografia:

Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings, Center for Disease Control and Prevention, 2007.

Procedimento Multisectorial CIH 101 – Precauções Básicas. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.

Procedimento Multisectorial CIH 104 – Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.



Medidas de Isolamento Protector

Informação para Utentes e Visitas

ELABORADO POR:

Patrícia Eirinha no âmbito do estágio de Opção-CCIH, sob orientação da Enf. Fernanda Santos e Prof. Isabel Rabiais Data: Junho 2011

HOSPITAL DE SANTA MARTA

O seu familiar ou amigo encontra-se mais susceptível a infecções e para o proteger quando o visitar terá que ter alguns cuidados.

O isolamento protector é um importante instrumento na prevenção da infecção.

Contribua para a protecção do seu familiar cumprindo as seguintes recomendações.

Se o seu familiar ou amigo se encontrar em isolamento, vai ter que usar algum equipamento de protecção, individual antes de entrar no quarto ou unidade. Por esse motivo não leve os seus pertences (por ex. casacos, sacos, carteiras) para junto do doente.



ISOLAMENTO PROTECTOR



1 - Higiene das mãos com solução alcoólica à entrada do quarto.



2-Coloque a máscara de modo a cobrir o nariz, boca e queixo, ajuste ao nariz e aperte as fitas na parte posterior da cabeça.



Luvras e Avental

3 - Coloque a bata, vestindo pela frente e apertando-a atrás das costas. Calce as luvas.



Quarto privado Quarto privado

4- **Se quarto de isolamento** - mantenha a porta fechada! Limite entradas e saídas ao mínimo indispensável.

Proceda à sua visita de modo normal. O facto do seu familiar ou amigo estar em isolamento pode ser angustiante. Poderá trazer algo que o distraia, devendo antes falar com o enfermeiro.

A bata, máscara e as luvas devem ser descartadas no saco plástico preto que se encontrará no exterior do quarto.



5 - Retire as luvas e faça a higiene das mãos com solução alcoólica à saída do quarto.

Colabore com a equipa de saúde no melhor tratamento do seu familiar ou amigo.

- Respeite as orientações do médico ou enfermeiro.
- Evite sentar-se nas camas (pode levar ou trazer infecções sem dar conta).
- Restrinja o seu contacto à unidade do doente que visita .
- Respeite as regras de isolamento estipuladas pela unidade de saúde.
- Não traga objectos para a unidade do doente sem conhecimento da enfermeira.

Se tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento, não hesite em contactar a equipa de enfermagem.

As mãos são as principais responsáveis pela transmissão da infecção nos hospitais. A sua correcta lavagem é essencial para a prevenção da infecção hospitalar.

Proteja o seu doente, procedendo à lavagem das mãos à entrada e à saída do quarto.



A equipa de enfermagem deseja-lhe uma estadia breve e uma rápida recuperação.

Bibliografia:

Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings, Center for Disease Control and Prevention, 2007.

Procedimento Multisectorial CIH 101 – Precauções Básicas. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.

Procedimento Multisectorial CIH 104 – Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL,EPE



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Medidas de Isolamento de Via Aérea

Informação para Utentes e Visitas

ELABORADO POR:

Patrícia Eirinha no âmbito do estágio de Opção-CCIH, sob orientação da Enf. Fernanda Santos e Prof. Isabel Rabiais Data: Junho 2011

HOSPITAL DE SANTA MARTA

O seu familiar ou amigo encontra-se em isolamento, o que significa que quando o visitar terá que ter alguns cuidados. O isolamento é um importante instrumento no controlo da infeção hospitalar.

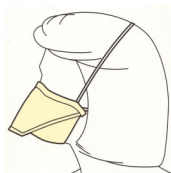
Contribua para o controlo da infeção hospitalar cumprindo as seguintes recomendações.

Se o seu familiar ou amigo se encontrar em isolamento, vai ter que usar algum equipamento de protecção individual, antes de entrar no quarto ou unidade. Por esse motivo não leve os seus pertences (por ex. casacos, sacos, carteiras) para junto do doente.

ISOLAMENTO VIA AÉREA



1 - Higiene das mãos com solução alcoólica à entrada do quarto.



2-Coloque a máscara de modo a cobrir o nariz, boca e queixo, ajuste ao nariz e aperte as fitas na parte posterior da cabeça.



Luvas e Avental

3 - Coloque a bata, vestindo pela frente e apertando-a atrás das costas. Calce as luvas.



Quarto privativo



Quarto privativo

4- **No quarto de isolamento** - mantenha a porta fechada! Limite entradas e saídas ao mínimo indispensável.



Proceda à sua visita de modo normal. O facto do seu familiar ou amigo estar em isolamento pode ser angustiante. Poderá trazer algo que o distraia, devendo antes falar com o enfermeiro.

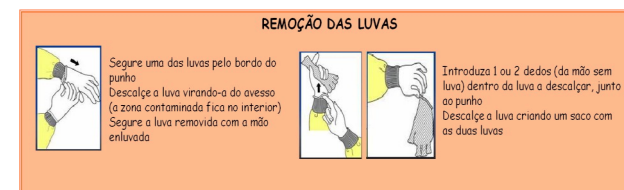
Antes de sair do quarto ou da unidade do doente retire:

1º luvas

2º bata

3º máscara

Retire a máscara após sair do quarto e descarte para o saco preto.



A bata e luvas devem ser descartadas no saco de plástico branco e não devem sair do quarto ou da unidade individual.



5—Retire as luvas e faça a higiene das mãos com solução alcoólica à saída do quarto.

APÊNDICE XV

Instrumento de Auditoria à Colocação e Manutenção do Cateter Venoso Central

RELATÓRIO DE AUDITORIA

TEMA: **Práticas de prevenção e controlo da infeção associada à colocação e manutenção do CVC**

OBJECTIVOS: **Verificar o cumprimento das orientações definidas e dos critérios constantes na Norma 7 (CHKS) em relação a esta área.**

ORGANIZAÇÃO: **CCIH HSMarta**

ÂMBITO:

DATA DE INÍCIO:

DURAÇÃO:

EQUIPA AUDITORA:

REFERENCIAIS/CRITÉRIOS: **Manual de acreditação do CHKS, 2006 - Norma 7; Critérios 7.7, 7.8, 7.9, 7.18, 7.21, 7.22, 7.23**

Procedimento Multisectorial - Prevenção da infeção relacionada com dispositivos intravasculares

O'Grady., et al., *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*, 2011. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Department of Health and Human Services (CDC). 2009: p. 67.

1- SUMÁRIO EXECUTIVO

PROPOSTAS DE MELHORIA:

NORMAS E CRITÉRIOS:

2 – CONSTATAÇÕES E ACÇÕES DE MELHORIA

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
Organização e Gestão =					
1	Os Profissionais conhecem o Procedimento multisectorial da CIH.				
2	O procedimento Sectorial está disponível na Unidade.				
3	O Plano de Formação da Unidade contempla formação nesta área.				
Motivos de colocação do CVC =					
4	Difícil acesso venoso				
5	Colocação por cateterismo				
6	Necessidade administração terapêutica EV				
7	Outro				
Local de Inserção =					
8	Femoral				
9	Subclávia				
10	Jugular				
11	CVC com o mínimo número de lúmens				
Higiene das mãos =					
12	Antes da descontaminação do local de				

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
	inserção CVC.				
13	Antes de calçar luvas.				
14	Após remoção das luvas.				
15	Antes do contacto com o doente.				
16	Após contacto com o doente.				
17	Quando há suspeita de contaminação das mãos.				
18	Água e sabão.				
19	Solução antisséptica de base alcoólica (SABA).				
Pensos do cateter =					
20	Nas mudanças de penso, desinfeta a pele durante 30 segundos com antisséptico apropriado (p. ex.: Cloreto de benzalcónio em propanol), sendo a escolha preferencial a Clorohexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%.				
21	Permite que o desinfetante seque durante 30 segundos.				
22	Utiliza pensos transparentes semipermeáveis substituídos a cada 7 dias, quando descolados ou repassados.				
23	Nos locais com lesões e/ou sangrantes utiliza penso de gaze, substituído cada 24h ou quando repassado.				
24	Nos doentes alérgicos aos pensos transparentes usa pensos de gaze substituídos cada 48h.				

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
25	Não coloca antibióticos tópicos nos locais de inserção.				
26	Cumpre técnica asséptica.				
Remoção do cateter =					
27	O CVC é removido assim que não é essencial a sua utilização.				
28	O CVC não é substituído por rotina/protocolo da Unidade.				
29	O CVC é substituído se há sinais de infiltração.				
30	O CVC é substituído se a data de inserção não é conhecida.				
31	O CVC é substituído se há suspeita de infeção da corrente sanguínea relacionada com o cateter (CVC com pelo menos uma hemocultura positiva obtida através de veia periférica).				
Substituição dos sistemas de administração=					
32	Os sistemas de administração intravenosos, torneiras e prolongamentos, são substituídos com uma frequência de 72 horas.				
33	Os sistemas utilizados para administração de sangue, derivados de sangue ou emulsões lipídicas são substituídos dentro de 24 horas após início da infusão.				
34	Os prolongamentos utilizados na administração das infusões de Propofol são substituídos cada 6 a 12 horas.				
35	São utilizados filtros com o objetivo de controlo de infeção.				

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
Substituição dos dispositivos de acesso intravascular sem agulha =					
36	As conexões e seus componentes são substituídos pelo menos com a mesma frequência do sistema de administração.				
37	As torneiras de 3 vias ou os dispositivos de acesso intravascular sem agulha são desinfetados (álcool a 70%) antes de aceder ao sistema.				
38	Utiliza apenas dispositivos estéreis no acesso ao sistema intravascular.				
39	As tampas nas torneiras de três vias são mantidas quando o acesso não está a ser utilizado.				
Preparação e controlo de qualidade da medicação intravenosa =					
40	Na utilização de frascos multidose é feita a sua refrigeração após terem sido abertos, se for recomendado pelo fabricante.				
41	É desinfetado o diafragma de borracha dos frascos multidose (álcool a 70º) antes de inserir um dispositivo dentro do frasco.				
42	É utilizado dispositivo estéril para aceder ao frasco multidose (evitar contaminar o material após a perfuração do diafragma de borracha).				
Vigilância de infeção relacionada com o cateter =					
43	Inspecciona regularmente, (palpação através do penso intacto ou visualmente) o local do cateter, em função da situação clínica de cada				

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
	doente.				
44	É instruído o doente para comunicar aos profissionais qualquer alteração no local de inserção do cateter ou algum novo desconforto.				
45	É registado em folha própria o nome do profissional, a data e a hora de inserção do CVC.				
46	É registado em folha própria o nome do profissional, a data e a hora de remoção do CVC, e as mudanças de penso.				
47	É registado em folha própria a mudança dos pensos do CVC.				
48	As culturas das pontas de cateter não são feitas por rotina.				
49	A ponta de CVC é sempre acompanhada de uma colheita de sangue para hemocultura.				
Inserção do cateter =					
50	O Profissional cumpre a técnica asséptica incluindo o uso de barrete, máscara, bata estéril, luvas estéreis e campo esterilizado de grandes dimensões, durante a inserção ou na substituição por fio-guia dos CVC.				
51	Na colocação do cateter, desinfeta a pele durante 30 segundos com antisséptico apropriado (p. ex.: Cloreto de benzalcónio em propanol), sendo a escolha preferencial a Clorhexidina a				

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
	2% em álcool isopropílico a 70%.				
52	Permite que o desinfetante seque durante 30 segundos.				
53	Utiliza anestesia ou sedação.				
54	Coloca o doente em posição de Trendelenburg (se colocação na jugular ou subclávia) ou em supinação (femoral ou contra indicação a Trendelenburg).				
55	Mantém o campo esterilizado durante a inserção do cateter.				
56	Assegura a integridade dos lúmens do cateter.				
57	Aspira sangue de cada um dos lúmens do cateter.				
58	Lava cada um dos lúmens do cateter com soro fisiológico.				
59	Confirma a posição do cateter através da realização de RX.				
	TOTAL				
	Índice de Conformidade Total				

APÊNDICE XVI

Instrumento de Auditoria à Inserção e Manutenção da Algália

RELATÓRIO DE AUDITORIA

TEMA: **Práticas de prevenção e controlo da infeção associada à inserção e manutenção da algália**

OBJECTIVOS: **Verificar o cumprimento das orientações definidas e dos critérios constantes na Norma 7 (CHKS) em relação a esta área.**

ORGANIZAÇÃO: **CCIH HSMarta**

ÂMBITO:

DATA DE INÍCIO:

DURAÇÃO:

EQUIPA AUDITORA:

REFERENCIAIS/CRITÉRIOS: **Manual de acreditação do CHKS, 2006 - Norma 7; Critérios 7.7, 7.8, 7.9, 7.18, 7.21, 7.22, 7.23, Procedimento Multisectorial - Prevenção da infeção relacionada com a algália**

1- SUMÁRIO EXECUTIVO

PROPOSTAS DE MELHORIA:

NORMAS E CRITÉRIOS:

2 – CONSTATAÇÕES E ACÇÕES DE MELHORIA

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
Organização e Gestão					
1	Os Profissionais conhecem o Procedimento multisectorial da CIH.				
2	O procedimento Sectorial está disponível na Unidade.				
3	O Plano de Formação da Unidade contempla formação nesta área.				
Motivos de colocação da Algália					
4	Monitorização rigorosa do débito urinário.				
5	O doente não consegue efetuar esvaziamento vesical completo.				
6	O doente tem incontinência urinária e sinais de Doença Renal Crónica.				
7	O doente apresenta feridas na zona perineal que são frequentemente contaminadas com urina.				
8	O doente está severamente doente ou incapacitado de se mover.				
9	Procedimentos cirúrgicos.				
10	Existe evidência de registo do motivo que justifique a algaliação.				
Tamanho da algália					

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
11	Escolheu-se a algália com menor calibre.				
12	Está registado o calibre da algália.				
13	Está registado o material da algália.				
14	Está registado o volume de água destilada colocado no balão.				
15	Está registada a data de inserção.				
16	Está registado o nome do profissional que insere a algália.				
17	Foi explicado o procedimento ao doente.				
Higiene das mãos					
18	Antes do contacto com o doente.				
19	Antes de calçar luvas.				
20	Após remoção das luvas.				
21	Após contacto com o doente.				
Durante o procedimento					
22	Foi realizada a limpeza do meato urinário com soro fisiológico esterilizado.				
23	Foram utilizadas luvas e campo esterilizados.				
24	Foi utilizado lubrificante esterilizado em embalagem unitária.				
24	O cateter foi ligeiramente mais introduzido, mesmo após o aparecimento de urina e antes de insuflar o balão.				

	Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
			SIM	NÃO	N/A	
25	A algália foi adaptada a saco coletor esterilizado.					
Cuidados de manutenção						
26	As características da urina são avaliadas.					
27	As características da urina são registadas.					
28	É efetuada colheita de urina asséptica se as características da urina o justificarem.					
29	É feita colocação do saco em suportes próprios para manter o saco coletor a um nível inferior ao da bexiga e sem tocar o chão.					
30	O circuito de drenagem urinário é o circuito fechado – a urina é despejada pela torneira do saco coletor e não há manipulação da junção algália/saco.					
31	O método de despejo do saco coletor é o individualizado (despejo para jarro ou urinol individualizado).					
32	Ao fazer os despejos, a torneira é seca no final, com compressa/toalhete/celulose.					
33	As luvas são mudadas entre doentes e removidas logo que termina o despejo da urina.					
34	É colocado avental para os despejos.					
35	É colocada máscara com viseira para os despejos.					
36	É feita avaliação diária sobre a necessidade de manter a algáliação.					

Critério	Constatações dos auditores	Avaliação dos auditores			ACÇÃO DE MELHORIA (se aplicável) A ser desenvolvida pelo auditado
		SIM	NÃO	N/A	
Formação					
37	As recomendações para a prevenção da infeção urinária em doente algaliado já foram discutidas pela Equipa.				
38	As recomendações para colheita asséptica de urina já foram discutidas pela Equipa.				
39	É fornecida ao doente/família a informação verbal e/ou escrita com linguagem apropriada, sobre o procedimento de algaliação e sua manutenção.				
TOTAL					
Índice de Conformidade Total		= -----%			

APÊNDICE XVII

Questionário: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”



Ana Patrícia Eirinha, enfermeira com a cédula profissional 5-E-52291, a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontra-se a realizar o Estágio referente ao Módulo III - Opção - em Comissão de Controlo de Infeção.

A Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar revestem-se de uma importância fundamental no tratamento do doente. Em Portugal 10% dos doentes internados adquirem uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, estimando-se que mais de um terço possam ser prevenidas através das práticas de Prevenção e Controlo da Infeção.

Pretende-se com este questionário, identificar a adesão dos profissionais aos procedimentos da Comissão de Controlo da Infeção no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.

Neste contexto, os dados recolhidos serão anónimos e sujeitos às regras da confidencialidade. Os resultados serão divulgados após tratamento e análise dos dados recolhidos.

Desde já, grata pela sua colaboração,
Ana Patrícia Eirinha.



QUESTIONÁRIO

I

Sexo: F M

Ano de Nascimento:

Categoria Profissional: Médico

Enfermeiro

Tempo de Catividade Profissional:

Serviço onde Trabalha Atualmente:

II

1. Participou em formação da Comissão de Controlo da Infeção desta Instituição?

Sim Não

1.1. Se sim, há quanto tempo?

Menos de 1 Ano Entre 1 a 2 Anos Entre 2 a 3 anos Há mais de 5 anos

2. Realizou formação em Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão?

Sim Não

2.1. Se sim, há quanto tempo?

Menos de 1 Ano Entre 1 a 2 Anos Entre 2 a 3 anos Há mais de 5 anos

III

Assinale com X, a(s) respostas que considera mais adequada(s).

3. Conhece o procedimento CIH.101 (Precauções Básicas)?

Sim Não

4. Conhece o procedimento CIH.104 (Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão)?

Sim Não

5. Sabe como pode aceder a esses procedimentos?

Sim Não

6. Como teve conhecimento dos procedimentos?

Elos dinamizadores da Comissão de Controlo de Infeção

Intranet

Através de colegas

Divulgação no serviço

Outro _____



7. Na sua opinião, qual/quais os fatores que dificultam o cumprimento das Medidas de Isolamento?

- Falta de formação sobre esta temática
- Inexistência de material disponível para cumprir os procedimentos
- Não ter evidência dos benefícios do cumprimento das medidas de isolamento
- Considerar que o cumprimento das medidas de isolamento não é uma prioridade
- Complexidade do doente
- Falta de tempo
- Falta de uma unidade adequada para isolamentos
- Nenhum dos anteriores
- Outros - _____

8. Na sua opinião, qual/quais os Procedimentos Básicos mais frequentemente descurados na abordagem ao doente em isolamento?

- Higiene das mãos nos 5 momentos recomendados
- Colocação do equipamento de proteção individual
- Prevenção de picadas/cortes por cortantes
- Manuseamento de roupa/material/equipamento
- Controlo Ambiental
- Conhecimento das Precauções Básicas
- Nenhum dos anteriores
- Outros - _____

9. Quanto à Higiene das Mãos, qual/quais os momentos em que considera ocorrerem mais falhas?

- À entrada do serviço
- À saída do serviço
- Antes do contacto com o doente
- Após o contacto com o doente
- Antes de colocar luvas
- Após retirar luvas
- Antes da realização de um procedimento asséptico
- Após a exposição a fluidos corporais
- Após o contacto com o ambiente próximo ao doente
- Antes de sair da unidade do doente em isolamento
- Entre prestação de cuidados a diferentes doentes
- Entre procedimentos diferentes no mesmo doente (em zonas com grau de contaminação diferente)
- Nenhum dos anteriores
- Outros - _____



10. A implementação de Medidas de Isolamento precoce, após a suspeita de infeção, é uma medida de redução da transmissão de microrganismos. Preencha o quadro seguinte, assinalando com um X a Medida de Isolamento que considera adequada.

	Isolamento Protetor	Isolamento de Contacto	Isolamento de Gotículas	Isolamento da Via Aérea
MRSA na ferida cirúrgica				
<i>Clostridium difficile</i> nas fezes				
<i>Acinetobacter baumani</i> nas secreções brônquicas				
Tuberculose Bacilífera				
MRSA nas secreções brônquicas				

11. Se durante a prestação de cuidados tiver dúvidas quanto à implementação de Medidas de Isolamento, como as esclarece?

Procura informar-se junto do chefe de serviço

Procura informar-se junto do chefe de equipa

Procura informar-se junto de colegas

Recorre ao elo dinamizador da comissão de controlo de infeção do serviço

Procura informação disponível no serviço – Procedimentos da CCI


Nenhum dos anteriores


Outros - _____

Muito obrigada pela colaboração.

APÊNDICE XVIII

Formação: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”


 INSTITUTO DE AVALIAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DE EFICIÊNCIAS DA SAÚDE




Adesão dos profissionais aos procedimentos da CCIH: Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão

CHLC, EPE – Hospital de Santa Marta


Ana Patrícia Eirinha
Orientadora: Enfa. Fernanda Santos
Docente: Professora Isabel Rabiais

Junho, 2011



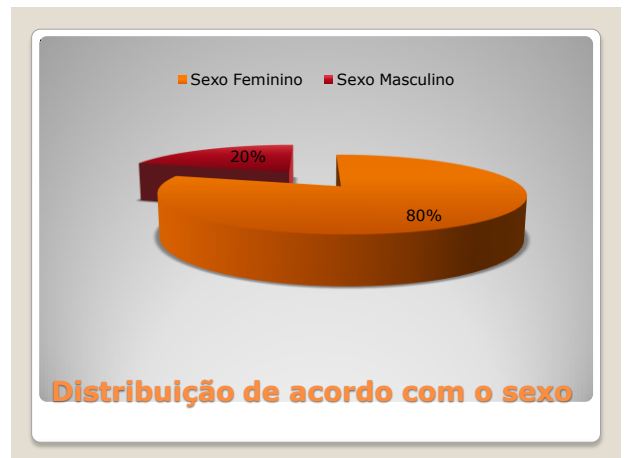
OBJECTIVO GERAL:

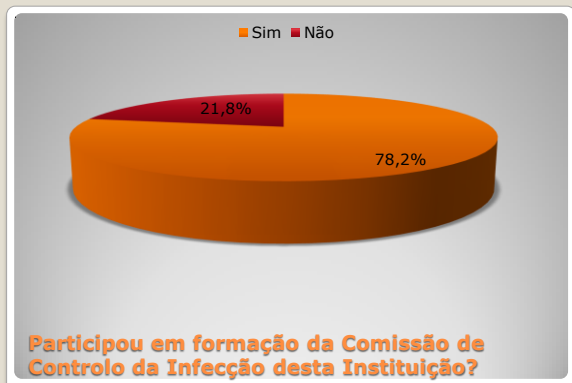
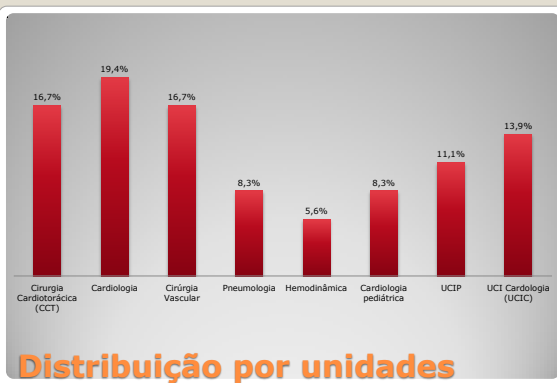
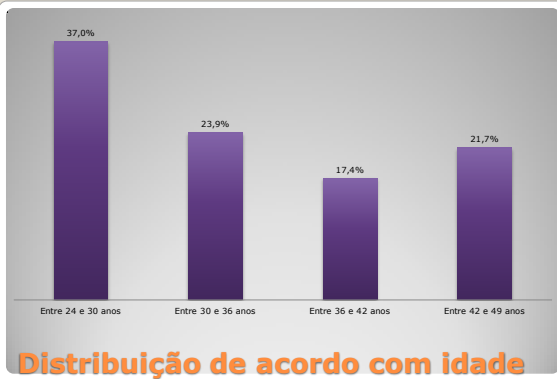
Dar a conhecer e discutir as implicações dos resultados do questionário aplicado reforçando conteúdos pertinentes relativamente às Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.

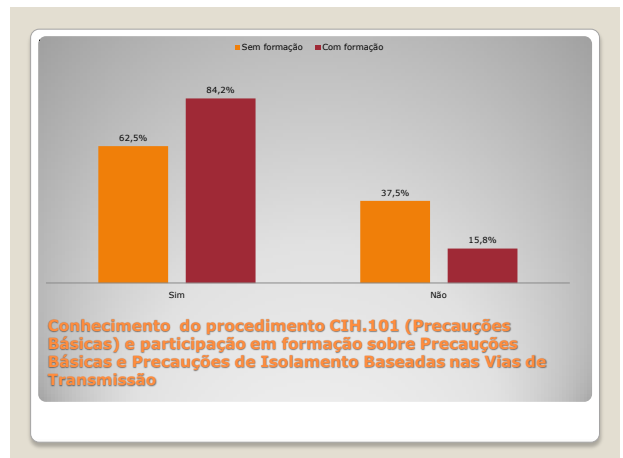
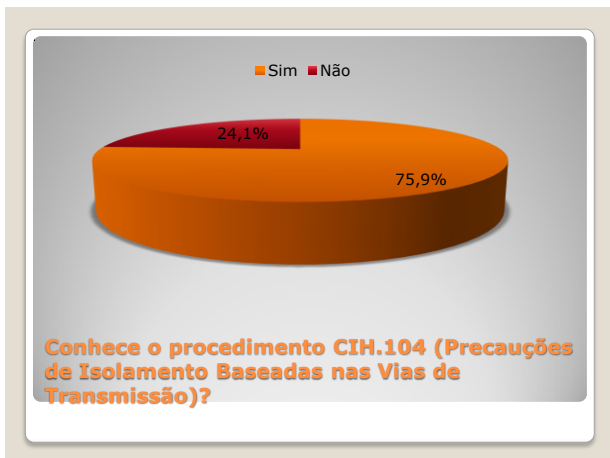
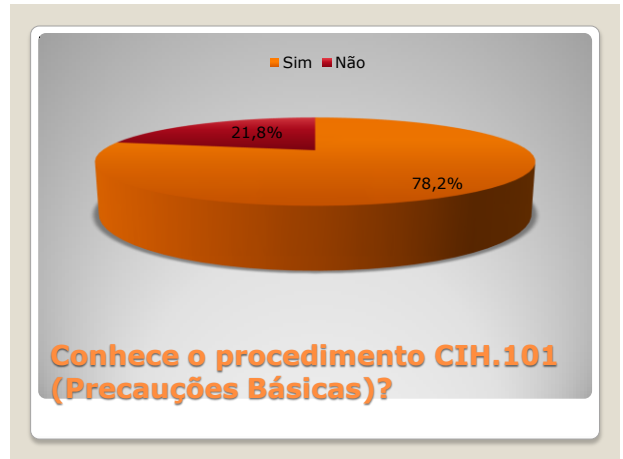
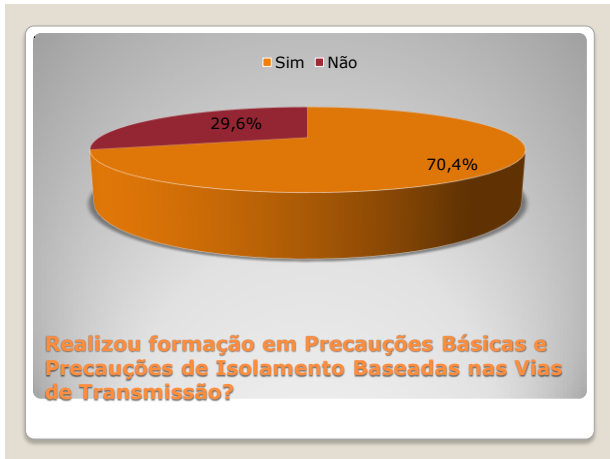


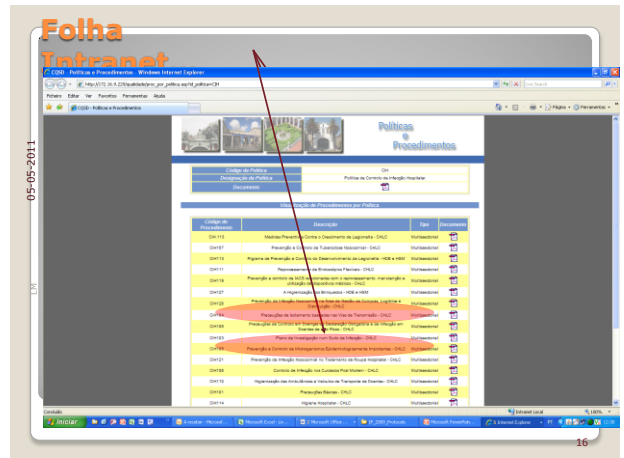
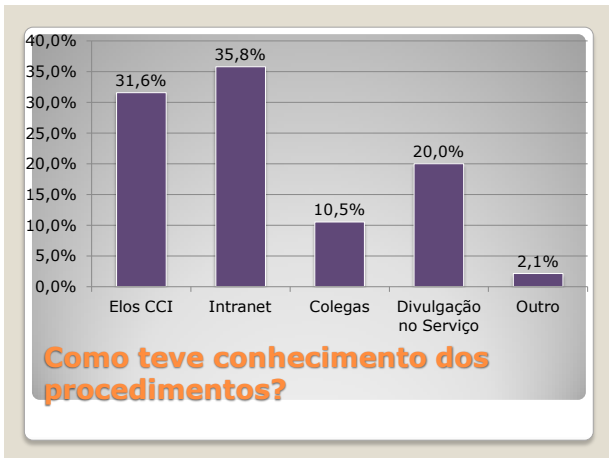
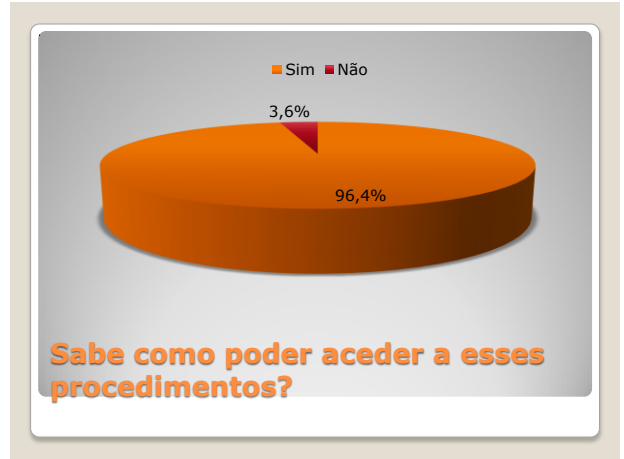
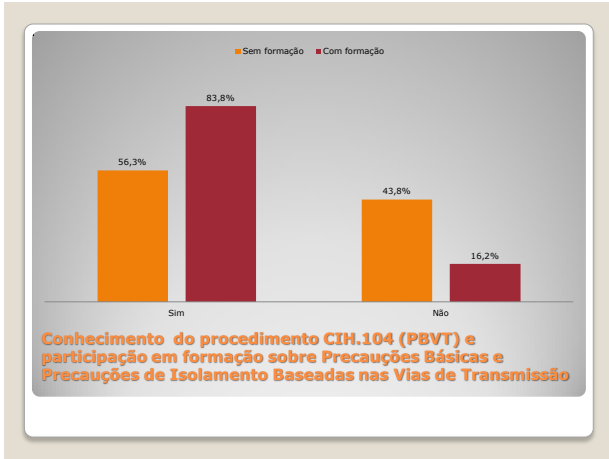
Identificar a adesão dos profissionais de saúde aos procedimentos da Comissão de Controlo da Infecção, no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.

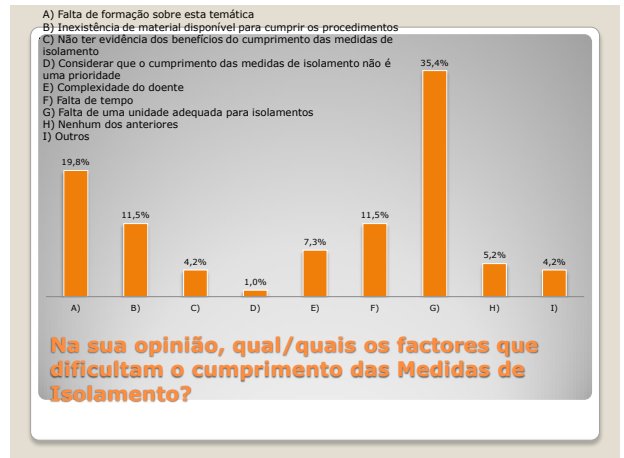
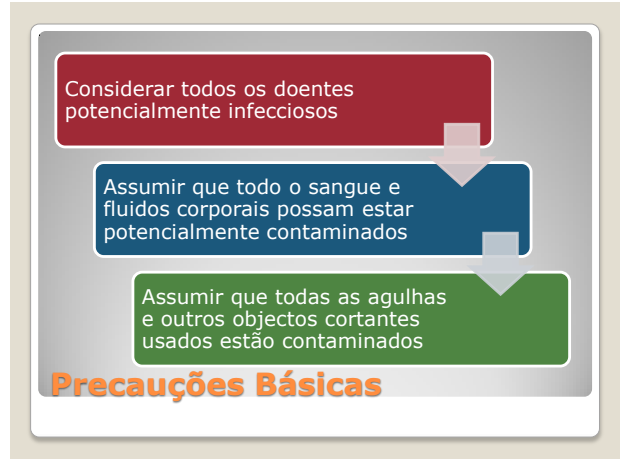
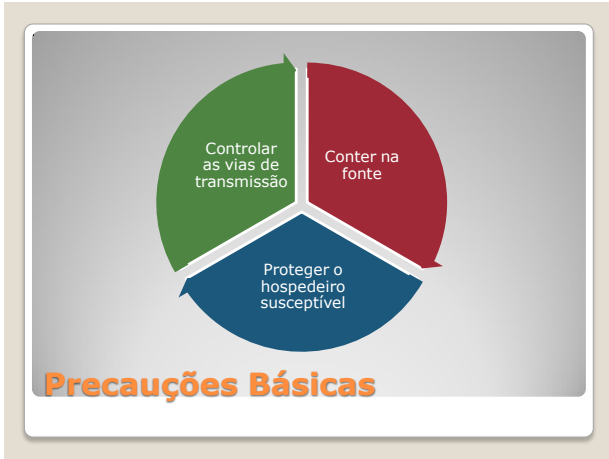
Questionário

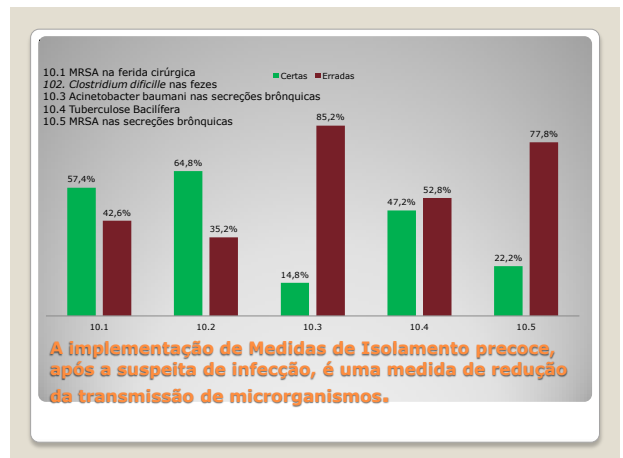
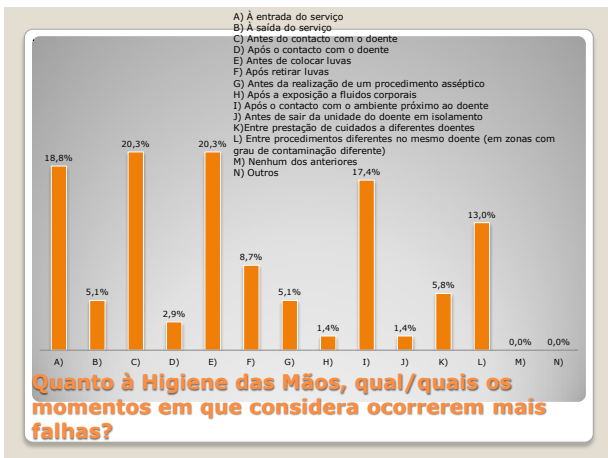
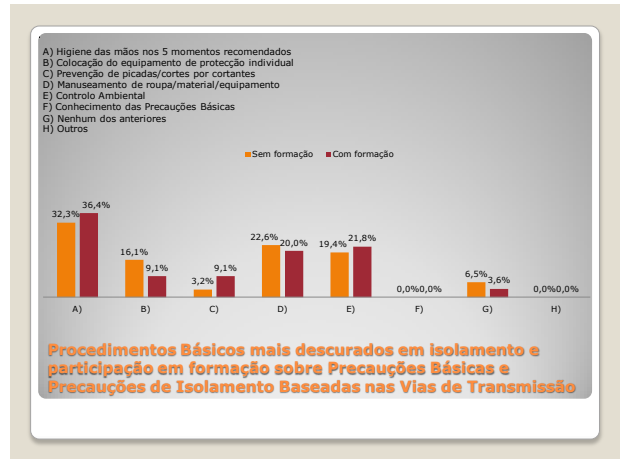
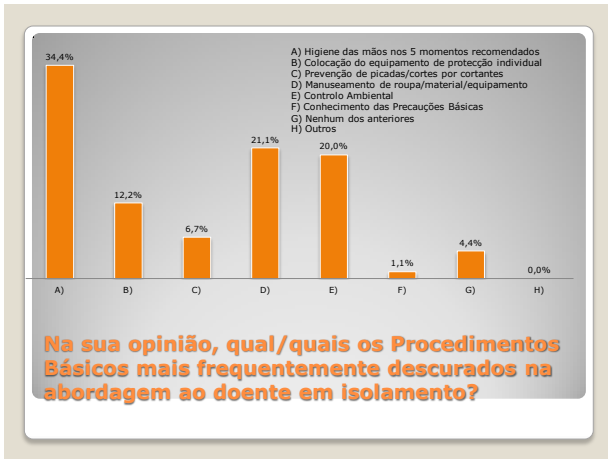


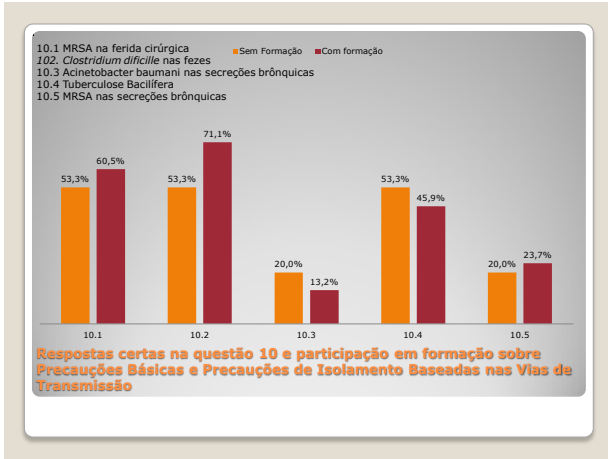






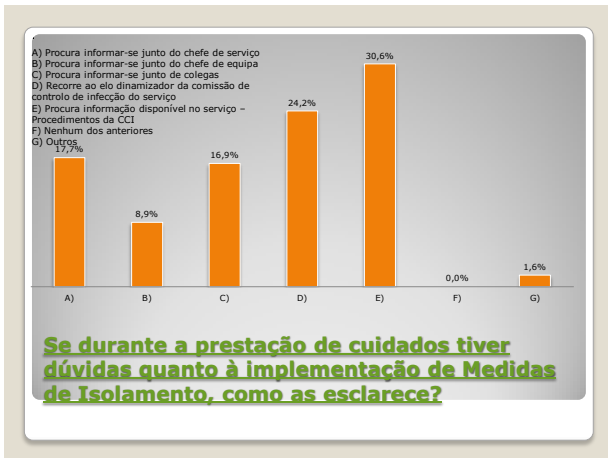






	Isolamento Protector	Isolamento Contacto	Isolamento Gotículas	Isolamento Via Aérea
MRSA na ferida cirúrgica		X		
Clostridium difficile nas fezes		X		
Acinetobacter baumani nas secreções brônquicas			X	
Tuberculose Bacilífera				X
MRSA nas secreções brônquicas			X	

A implementação de Medidas de Isolamento precoce, após a suspeita de infecção, é uma medida de redução da transmissão de microrganismos.



É o estabelecimento de barreiras físicas para prevenir a transmissão cruzada de microrganismos infecciosos de um indivíduo a outro.

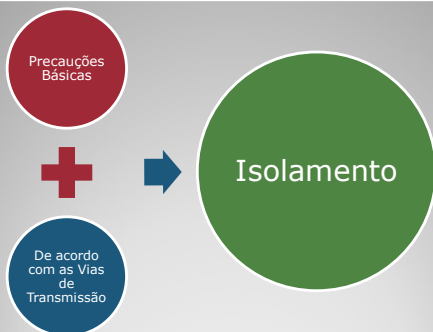
Isolamento



"Let me guess...it's contagious!"

- Prevenir a disseminação, de agentes infecciosos e/ou infecções nas áreas de prestação de cuidados de saúde do hospital.
- Prevenir a exposição de doentes, profissionais e visitantes a doenças infecciosas.

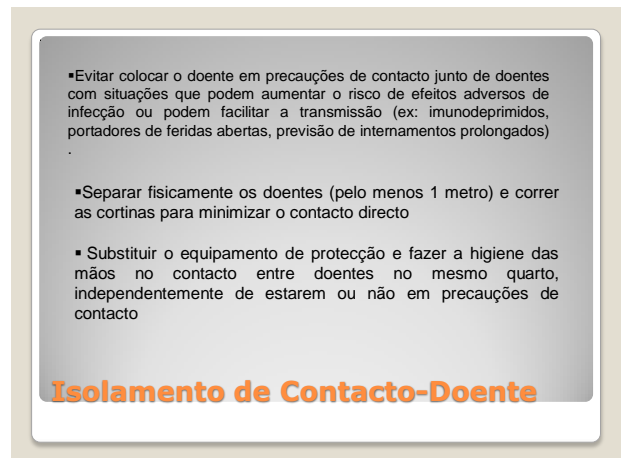
ISOLAMENTO - Objectivos



Isolamento

Isolamento Protector

Isolamento Contenção



- Limitar o transporte/movimentações do doente para fora do quarto (medidas pertinentes) .
- Durante o transporte assegurar que as áreas infectadas/colonizadas do doente estão cobertas e/ou contidas .
- Remover o equipamento de protecção individual contaminado e fazer a higiene das mãos antes do transporte do doente em precauções de contacto .
- No local de destino do transporte colocar equipamento de protecção individual limpo para contacto com o doente .

Isolamento de Contacto-Transporte

Transmissão através de gotículas respiratórias ($> 5 \mu\text{m}$) expelidas a curta distância ($< 1\text{m}$) pela tosse, espirro, fala ... (não permanecem suspensas no ar)

Isolamento de Gotículas

Se for sempre possível:

- Colocar em quarto individual os doentes com tosse mais frequente e com expectoração mais abundante
- Colocar no mesmo quarto os doentes infectados com o mesmo agente (*cohort*)
- Se for necessário colocar um doente em precauções de gotículas com outro doente não infectado com o mesmo agente evitar os que, são imunodeprimidos ou têm previsão de internamentos prolongados

Isolamento de Gotículas - Doente

Se não for sempre possível:

- Separar fisicamente os doentes pelo menos a 1 metro de distância e fechar as cortinas para minimizar o contacto

Isolamento de Gotículas - Doente

- Limitar o transporte/movimentação do doente para fora do quarto (medidas pertinentes)

- Se o transporte é necessário, instruir o doente para usar uma máscara e seguir as recomendações da higiene respiratória/etiqueta respiratória

- Não é necessário a colocação de máscaras nas pessoas que transportam os doentes

- Descontinuar as precauções de gotículas após a resolução dos sinais/ sintomas ou de acordo com as recomendações para o agente específico

Isolamento de Gotículas - Transporte

Transmissão por pequenas partículas ($\leq 5 \mu\text{m}$) que permanecem suspensas no ar por longos períodos e podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar

Isolamento da Via Aérea

- Colocar o doente em quarto individual com pressão negativa, 6 -12 renovações de ar/hora e exaustão directa do ar para o exterior do edifício ou recirculação do ar por filtro HEPA

- A pressão no quarto deve ser monitorizada diariamente com indicadores visuais (ex: folhas de papel, canetas de fumo) independentemente da existência de manómetros. Manter a porta do quarto fechada.

Isolamento da Via Aérea - Doente

- Quando não existir quarto com pressão negativa o doente deve ser transferido para um hospital com essas condições.

- Na indisponibilidade imediata de quarto com pressão negativa o doente deve ser colocado num quarto individual com a porta fechada e utilizando os profissionais máscaras de protecção respiratória (EN149:2001 FFP2) no contacto com o doente.

Isolamento da Via Aérea - Doente

- Limitar o transporte/movimentação do doente para fora do quarto
- Se necessária a saída do quarto com pressão negativa, utilizar uma máscara cirúrgica no doente e cumprir com as recomendações da higiene respiratória/etiqueta respiratória

- Nos doentes com lesões cutâneas de varicela, varíola ou lesões cutâneas exsudativas por M. tuberculosis, cobrir as áreas afectadas para prevenir a formação de aerossóis ou o contacto com o agente infectante

- Os profissionais de saúde que transportam os doentes em precauções de via aérea não necessitam de usar máscara durante o transporte se o doente estiver com máscara e as lesões cutâneas estiverem cobertas

Isolamento da Via Aérea - Transporte

	Isolamento Protector	Isolamento Contacto	Isolamento Gotículas	Isolamento Via Aérea
Doente Pós Transplante Imediato	✗			
Pseudomonas aeruginosa na ferida cirúrgica		✗		
Vírus influenza nas secreções brônquicas			✗	
Varíola				✗

Procedimento Multisectorial CIH 101 – Precauções Básicas. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.

Procedimento Multisectorial CIH 104 – Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.

Bibliografia

Muito Obrigada pela Atenção!!!

APÊNDICE XIX

Plano de Sessão: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”



Plano de Sessão

TEMA: Apresentação e discussão dos resultados do Questionário “Adesão dos Profissionais aos procedimentos da CCIH no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”

Preletora: Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha

DATA: 14/06/2011 das 14h às 16 horas

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros e Assistentes Operacionais do Hospital de Santa Marta, CHLC

TEMPO PREVISTO: 2 Horas

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Museu Hospital de Santa Marta, CHLC

Objetivo Geral: Dar a conhecer e discutir as implicações dos resultados do questionário aplicado reforçando conteúdos pertinentes relativamente às Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.



OBJETIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Que o formando seja capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecer as implicações práticas dos resultados apresentados na prestação de cuidados ✓ Compreender e implementar as medidas de isolamento baseadas nas vias de transmissão 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação dos resultados do questionário ✓ Objetivos das Precauções Básicas ✓ Precauções Básicas e seus determinantes ✓ Definição de Isolamento ✓ Medidas gerais associadas ao isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo e interrogativo oral ✓ Resposta às questões colocadas ✓ Discussão com os intervenientes da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espaço físico: sala de formação ✓ Material: computador portátil e datashow 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação, durante a sessão, do nível de compreensão dos intervenientes acerca dos assuntos abordados ✓ No final da sessão os formandos deverão responder a um exercício coletivo

APÊNDICE XX

Relatório da Aplicação do Questionário: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”

Relatório da Aplicação do Questionário

“Adesão dos profissionais aos procedimentos da Comissão de Controlo da Infecção no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”

Elaborado por:

Ana Patrícia Pinheiro Dias Eirinha, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sob Orientação da Professora Isabel Rabiais e Enfermeira Fernanda Santos



• Resumo

No âmbito da realização do Estágio na Comissão de Controlo da Infeção (CCI) no Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLC) procedeu-se à elaboração de um questionário para avaliação da adesão dos profissionais aos procedimentos da CCI no que concerne as Precauções Básicas e as Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.

A elaboração deste questionário está inserida na consecução de um dos objectivos definidos no Projecto de Estágio:

Elaborar e desenvolver um plano de intervenção ao nível da prevenção e controlo da infeção, de acordo com as normas e evidência científica, de forma a dar resposta às necessidades de uma ou mais unidades clínicas do HSM, no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, contribuindo assim para a melhoria da prática.

Apesar do objectivo referir especificamente o contexto da pessoa em situação crítica, pela pertinência dos resultados que se poderiam alcançar foi solicitada a aplicação a todas as unidades clínicas do Hospital de Santa Marta, o que permitirá uma caracterização mais fiável da situação e extrair dados para todas as unidades.

• Justificação

De acordo com a informação recolhida em reunião informal com a Sra. Enfermeira Fernanda, no HSM ainda existem diversas falhas na implementação e cumprimento das normas emanadas pela CCI. Apesar da sensibilização, formação e apoio dado pela CCI, verifica-se, empiricamente e através das auditorias realizadas, que ainda existem problemas na adesão dos profissionais às normas e protocolos que visam a prevenção e controlo da infecção. Torna-se assim importante identificar os motivos que condicionam esta adesão e intervir de forma adequada para que os resultados correspondam a padrões elevados de qualidade de cuidados.

• Instrumento de Colheita de Dados

Foram utilizados questionários elaborados de acordo com os objectivos definidos.

Foram considerados os Procedimentos:



- ✓ Procedimento Multisectorial CIH 101 – Precauções Básicas. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.
- ✓ Procedimento Multisectorial CIH 104 – Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2009.
- ✓ Recomendações do Centers for Disease Control (CDC)

• Âmbito

O questionário foi aplicado a 54 enfermeiros de todas as unidades do Hospital de Santa Marta, ou seja, 18,12% do número total de enfermeiros (298).

Foi solicitada a participação de todos os enfermeiros presentes nas unidades a trabalhar no turno da manhã.

• Autorização

Para a consecução deste objectivo e, particularmente, aplicação do questionário elaborada, conversei com a Enfa. Orientadora no sentido de perceber qual seria a melhor estratégia para a elaboração do pedido de autorização para aplicação do mesmo.

No entanto, visto este ter sido aplicado apenas a enfermeiros que, ao terem efectuado o seu preenchimento em regime de anonimato, estariam a dar implicitamente o seu consentimento e, porque, os resultados foram apresentados apenas às unidades e em regime académico, a Enfa. Orientadora considerou não ser necessário elaborar um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração.

• Data

Os questionários foram entregues nas unidades no dia 18 de Maio, no turno da manhã e recolhidos entre os dias 18 e 19 de Maio.

Foram entregues 64 questionários mas foram apenas recolhidos 54.



• Objetivos

Objetivo Geral:

Identificar a adesão dos profissionais aos procedimentos da CCI no que concerne as Precauções Básicas e as Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.

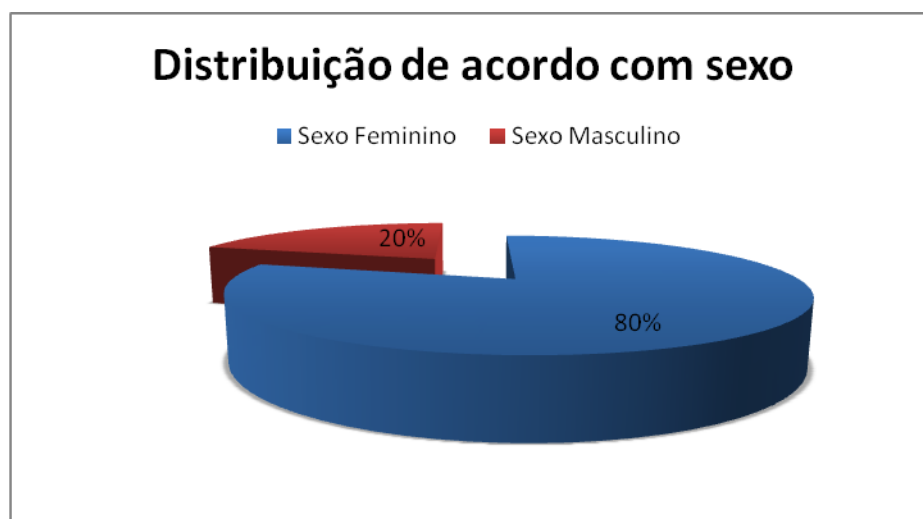
Objetivos Específicos:

Caracterizar a população de enfermeiros do Hospital de Santa Marta em relação a:

- Participação em formação da Comissão de Controlo da Infecção
- Participação em formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamentos Baseadas nas Vias de Transmissão
- Conhecimento dos Procedimentos CIH 101 e CIH 104
- Conhecimento acerca das possíveis formas de aceder a esses procedimentos e/ou esclarecer dúvidas que se relacionem com Controlo de Infecção
- Avaliar os conhecimentos acerca de Precauções Básicas
- Avaliar os conhecimentos acerca de Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

• Apresentação dos Resultados

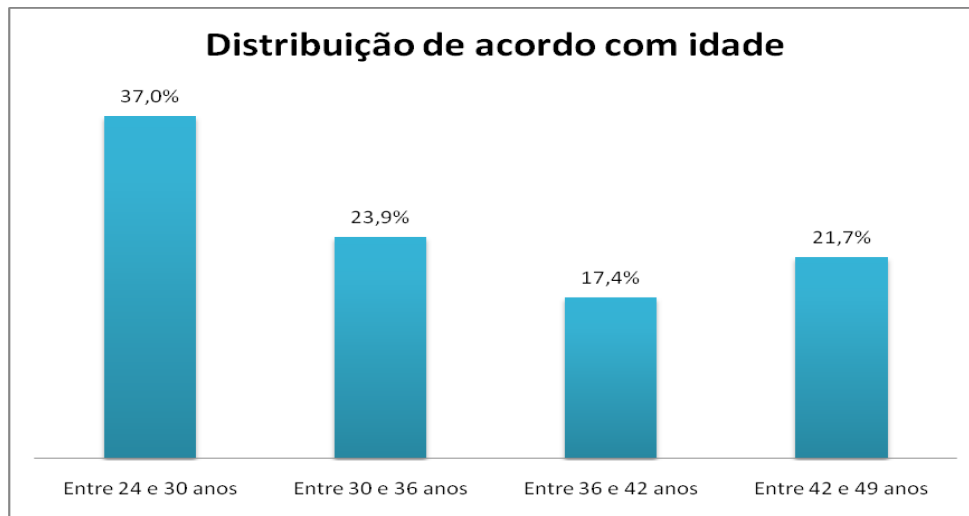
- Distribuição de acordo com o sexo





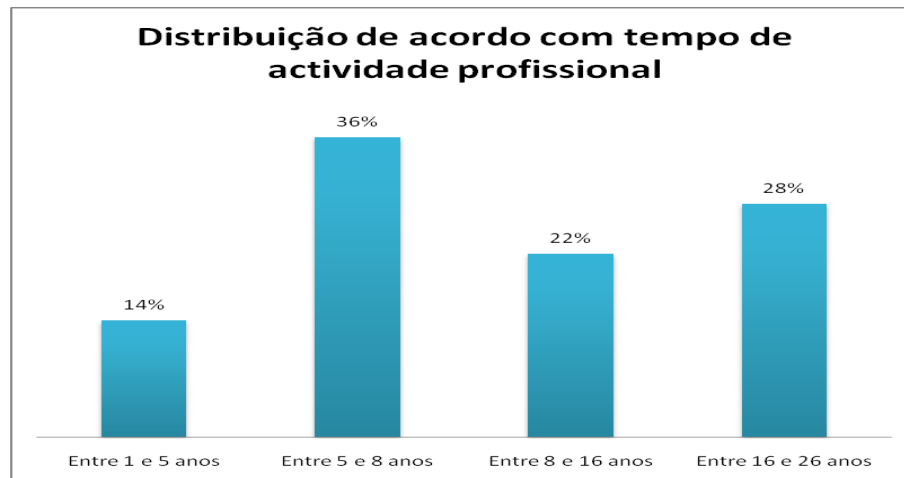
Da análise do gráfico verifica-se um número 4 vezes superior de elementos do sexo feminino em relação aos elementos do sexo masculino.

▪ Distribuição de acordo com a idade



Para facilitar a análise, partindo dos dados relativos à variável “Ano de Nascimento”, foi criada uma variável relativa à idade e compostas 4 classes. Verifica-se que a maioria dos enfermeiros tem idades compreendidas entre os 24 e os 30 anos, seguidos do grupo correspondente a idades entre os 42 e os 49 anos.

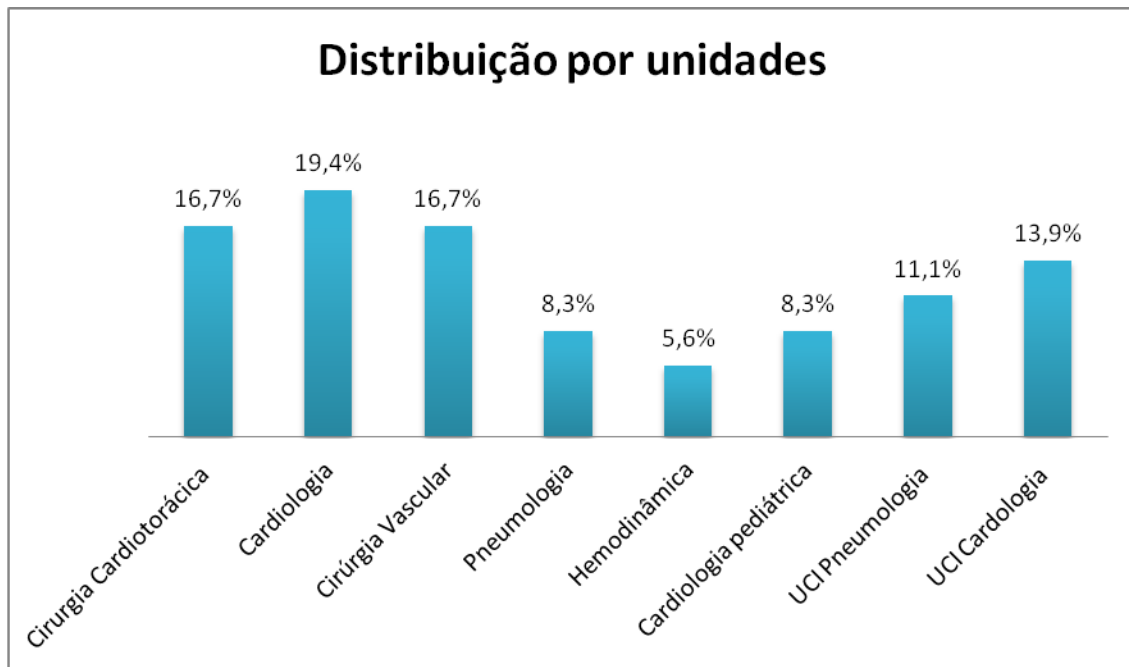
▪ Distribuição de acordo com o tempo de actividade profissional





A maioria dos enfermeiros tem entre 5 e 8 anos de serviço, seguido do grupo entre os 16 e os 26 anos. Estes dados são compatíveis com as idades, visto que, o grupo mais prevalente em tempo de actividade profissional poderá fazer-se corresponder do grupo de profissionais com idades compreendidas entre os 24 e os 30 anos.

▪ Distribuição por unidades

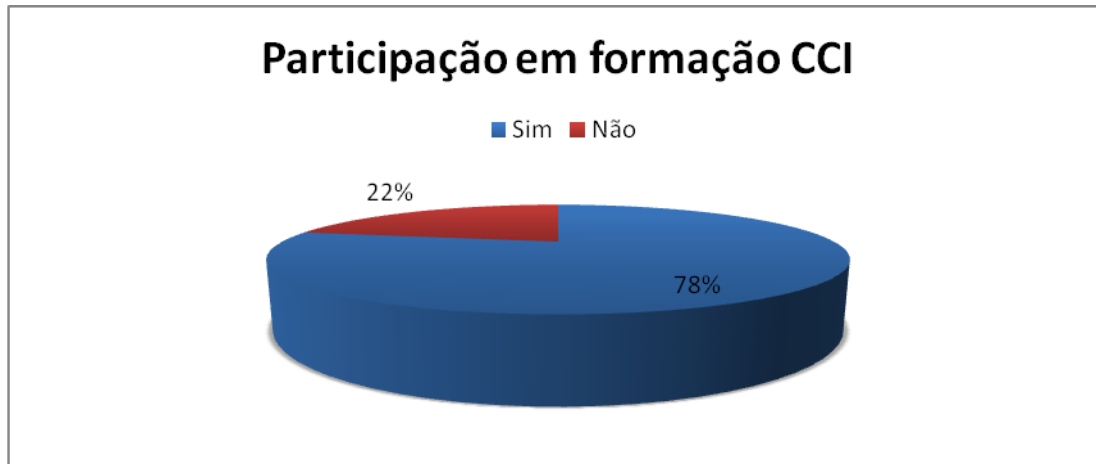


A unidade mais representada na amostra corresponde à cardiologia e, a menos representada, a hemodinâmica. No entanto, relativamente às restantes a adesão ao preenchimento do questionário foi semelhante e pode ter sido influenciada pelo número de profissionais a trabalhar no dia 18 de Maio no turno da manhã.

É também importante referir que várias pessoas (14) não responderam a esta questão e outras responderam com o número de anos correspondente ao trabalho na sua unidade actual, o que, pode enviesar os dados se analisados por unidades.



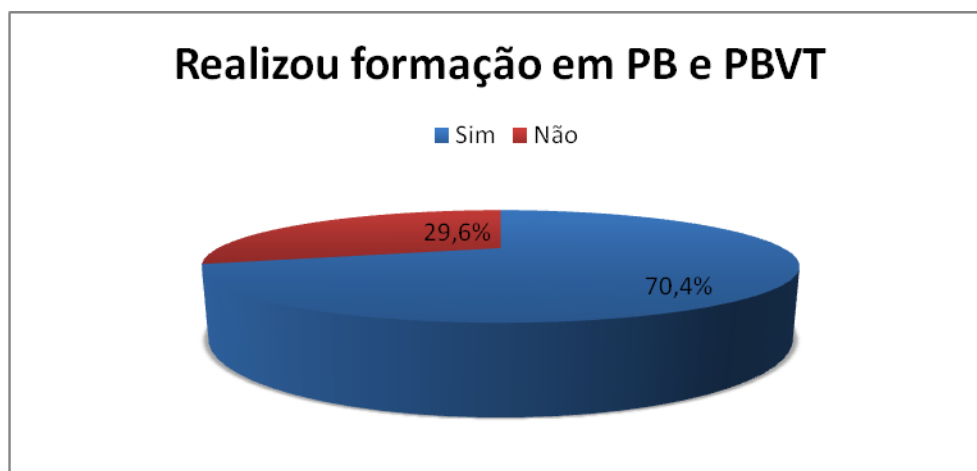
▪ Participação em formação da Comissão de Controlo da Infecção desta Instituição



Cerca de 78% dos profissionais inquiridos participaram em formação da CCI o que pode ser explicado pelo grande dinamismo da CCI e pela participação dos elos dinamizadores nas unidades clínicas.

Seria interessante, numa outra abordagem perceber os motivos daqueles que não tiveram formação.

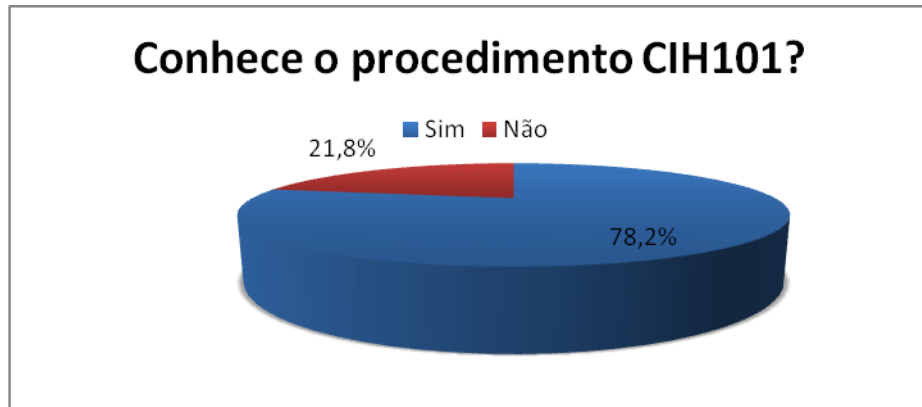
▪ Participação em formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão



Os números são semelhantes relativamente à questão anterior, sendo que a grande maioria dos profissionais já teve formação nas áreas referenciadas, no entanto, 29,6% ainda corresponde a uma percentagem significativa de enfermeiros sem formação.

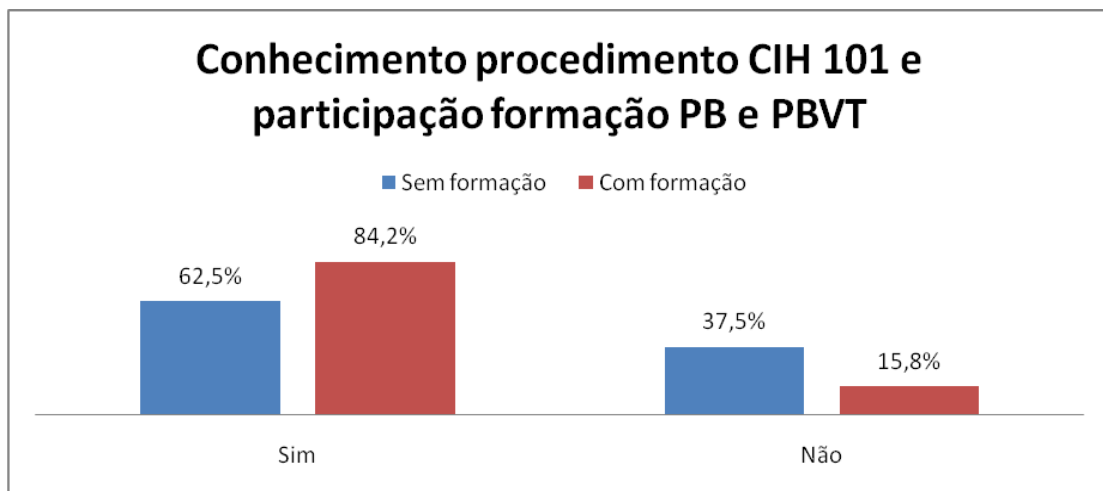


▪ Conhecimento do procedimento CIH.101 (Precauções Básicas)



Apenas 21,8% dos enfermeiros inquiridos não conhece o procedimento. Esse número é inferior aos 29,6% daqueles que não tiveram formação em Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Este dado poderá ser explicado pela divulgação do procedimento através de outros modos além da formação.

▪ Conhecimento do procedimento CIH.101 (Precauções Básicas) e participação em formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão

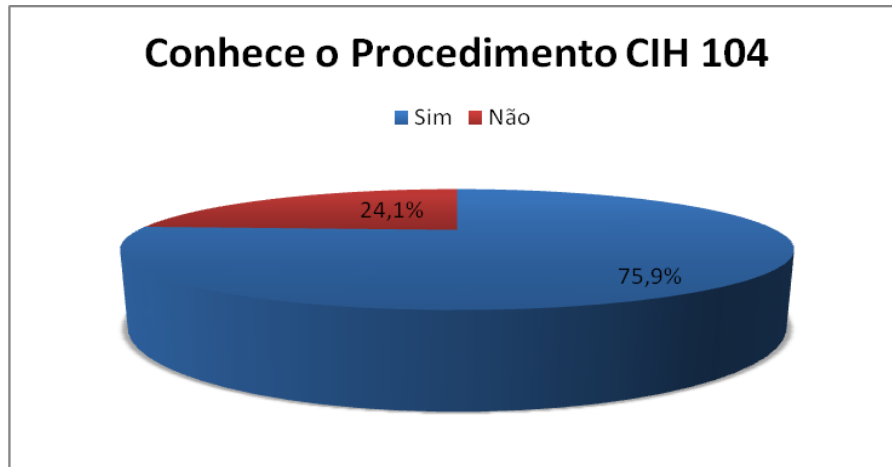


Estes dados complementam a análise anterior e permitem perceber que apenas 15,8% dos enfermeiros que fizeram formação não conhecem o procedimento CIH 101 e dos elementos sem formação,



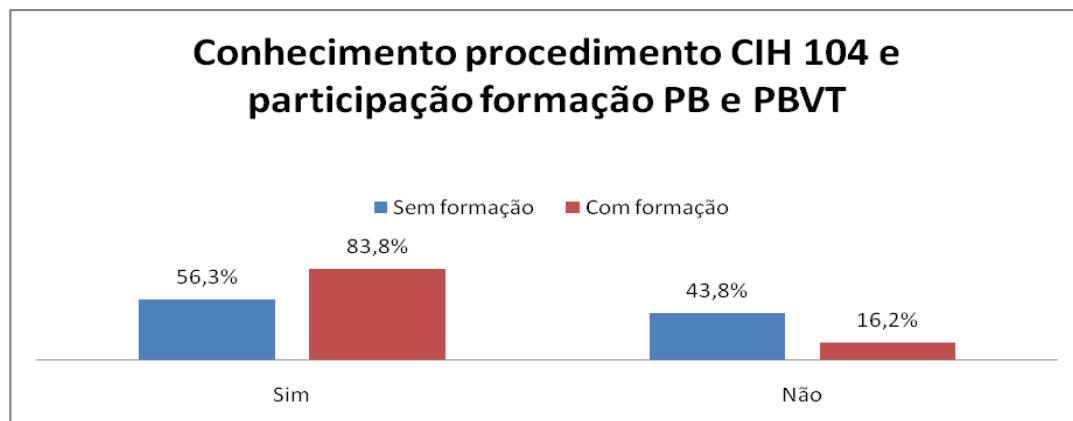
37,5% não conhece o procedimento. Os restantes terão tido conhecimento do procedimento através de outros meios que não a formação.

- Conhecimento do procedimento CIH 104 (Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão)



Apenas 24,1% dos enfermeiros inquiridos não conhece o procedimento. Esse número é inferior aos 29,6% daqueles que não tiveram formação em Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão. Este dado poderá ser explicado pela divulgação do procedimento através de outros modos além da formação.

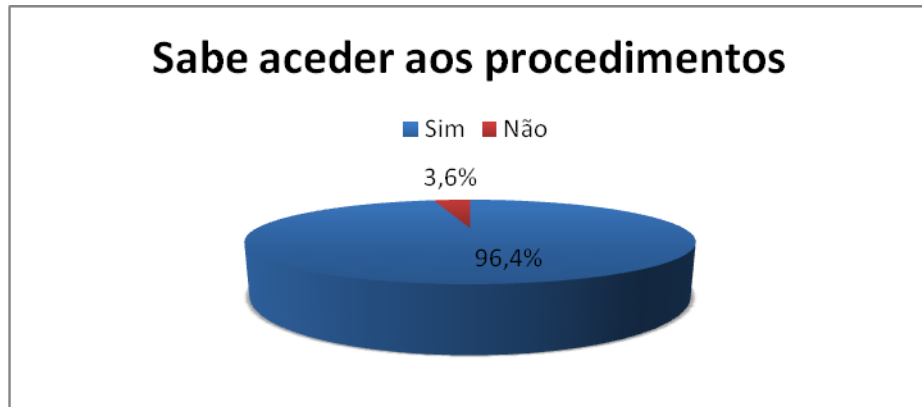
- Conhecimento do procedimento CIH.104 (Precauções Básicas) e participação em formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão





Estes dados complementam as análises anteriores e permitem perceber que apenas 16,2% dos enfermeiros que fizeram formação não conhecem o procedimento CIH 104 e dos elementos sem formação, 43,8% não conhece o procedimento.

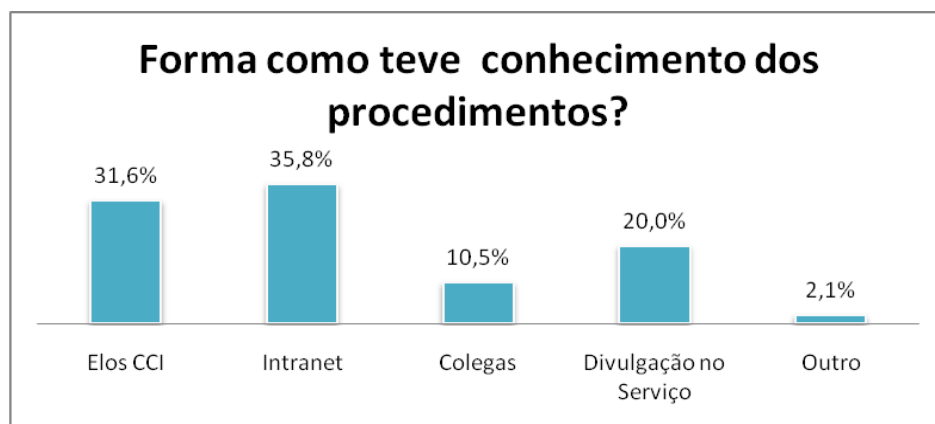
- Conhecimento da forma de consultar os procedimentos



Os profissionais sabem como podem consultar os procedimentos CIH 101 e CIH 104 se necessitarem.

Relativamente às questões seguintes consideraram-se todas as opções assinaladas.

- Forma como teve conhecimento dos procedimentos





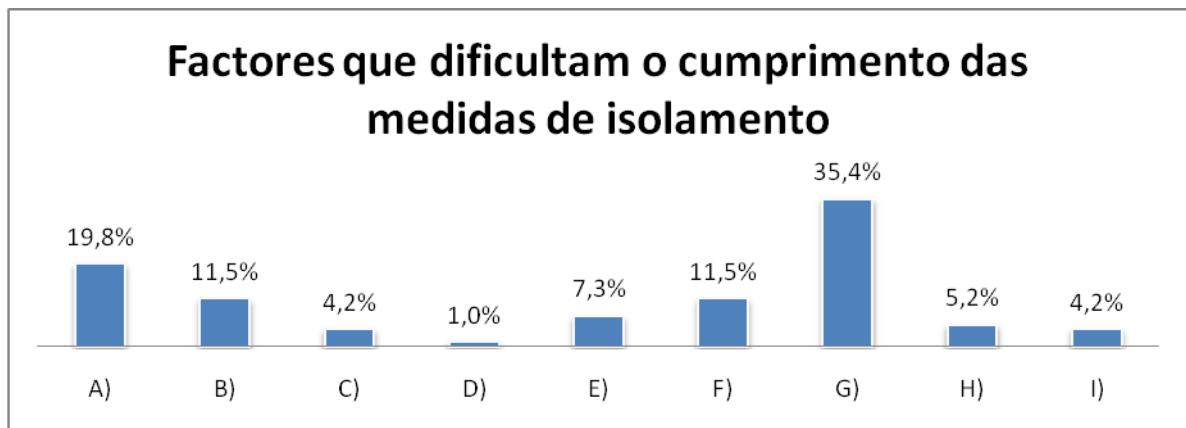
A grande maioria dos profissionais teve conhecimento dos procedimentos através da intranet e dos elos dinamizadores da CCI, o que realça o papel fundamental de ambos. A divulgação na unidade também parece ser importante.

Estes dados complementam as análises comparativas entres os enfermeiros com e sem formação em Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão porque, evidenciam o papel da intranet, elos da CCI e divulgação nas unidades como meios de conhecimento acerca dos procedimentos.

A percentagem 2,1% relativa à opção “Outro” corresponde a 2 enfermeiros que referiram a formação e literatura como formas de conhecimento dos procedimentos CIH 101 e CIH 104.

De forma a facilitar a leitura dos dados deveria ter colocado a opção “Formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”, desta forma, saberia exactamente qual a percentagem de enfermeiros que tinha conhecimento dos procedimentos através da formação da CCI.

▪ Factores que dificultam o cumprimento das Medidas de Isolamento



- A) Falta de formação sobre esta temática
- B) Inexistência de material disponível para cumprir os procedimentos
- C) Não ter evidência dos benefícios do cumprimento das medidas de isolamento
- D) Considerar que o cumprimento das medidas de isolamento não é uma prioridade
- E) Complexidade do doente
- F) Falta de tempo
- G) Falta de uma unidade adequada para isolamentos
- H) Nenhum dos anteriores
- I) Outros

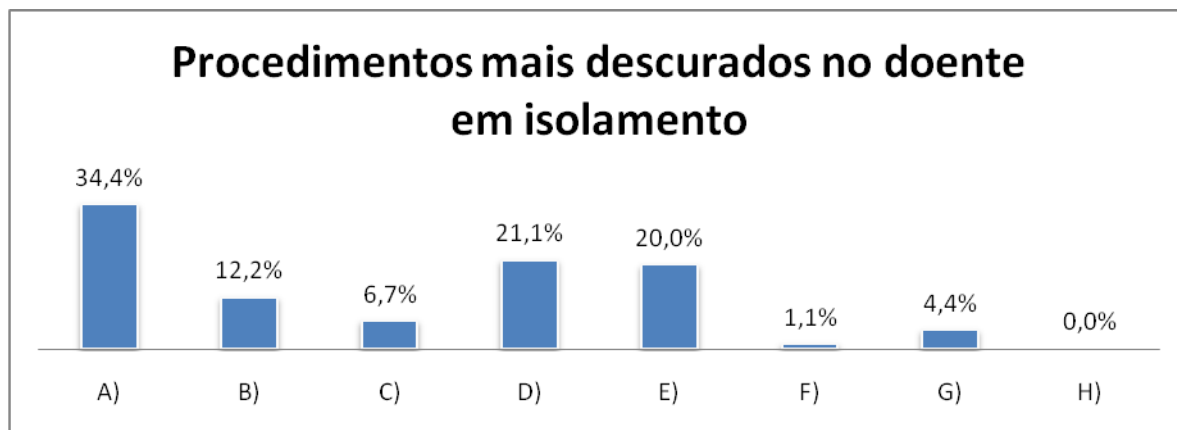
O principal factor considerado como dificultador do cumprimento das medidas de isolamento é a falta de uma unidade adequada, o que não se justifica visto que o único isolamento que obriga a uma unidade própria em quarto fechado é o isolamento relativo a via aérea.



Foi também apontada a falta de formação na área, falta de tempo e complexidade do doente de forma a explicar o incumprimento das medidas de isolamento.

Relativamente à opção “Outros”, foram referenciadas situações como o facto de cuidar doentes em situação crítica e, cuidar muitos doentes em isolamento, no sentido em que isso banaliza a situação e conduz ao desrespeito pelas normas.

- Procedimentos mais descuidados no doente em isolamento

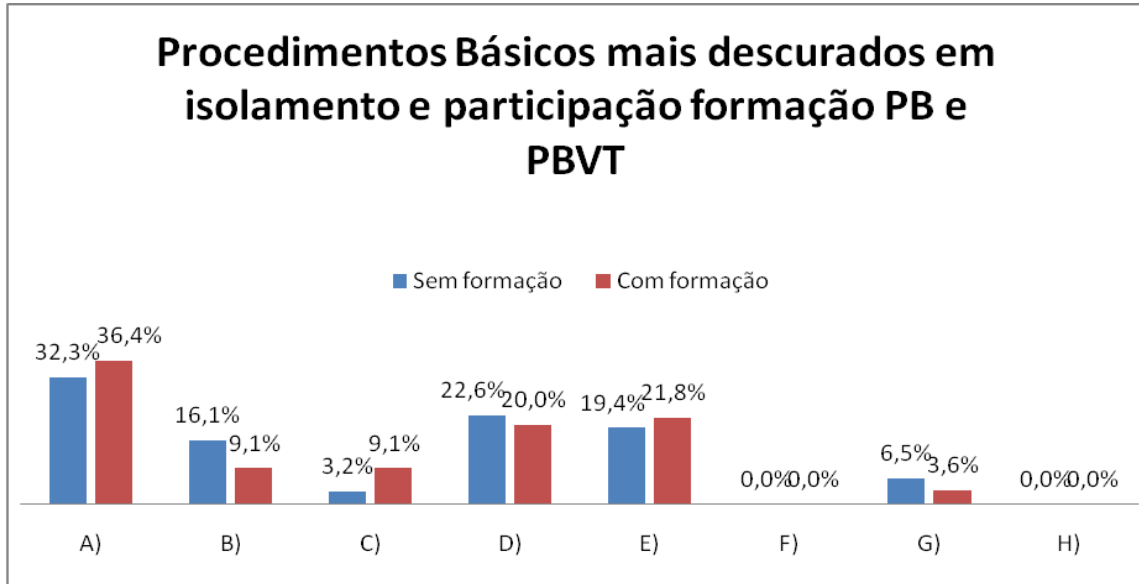


- A) Higiene das mãos nos 5 momentos recomendados
- B) Colocação do equipamento de protecção individual
- C) Prevenção de picadas/cortes por cortantes
- D) Manuseamento de roupa/material/equipamento
- E) Controlo Ambiental
- F) Conhecimento das Precauções Básicas
- G) Nenhum dos anteriores
- H) Outros

Os procedimentos mais descuidados no doente em isolamento são: Higiene das Mãos, Manuseamento da Roupa/Material/Equipamento, Controlo do ambiente e Colocação do Equipamento de Protecção Individual.



- Procedimentos Básicos mais descuidados em isolamento e participação em formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão

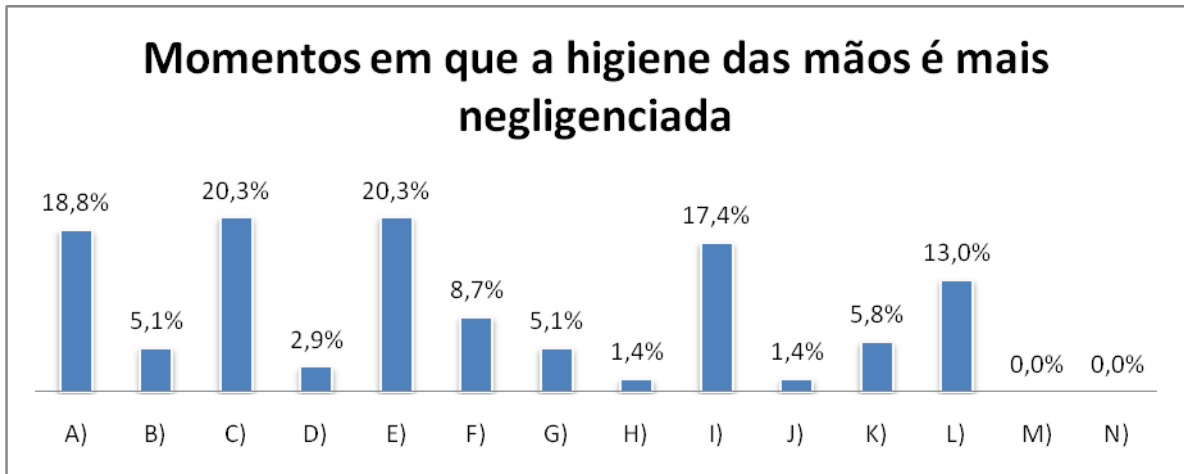


- A) Higiene das mãos nos 5 momentos recomendados
- B) Colocação do equipamento de protecção individual
- C) Prevenção de picadas/cortes por cortantes
- D) Manuseamento de roupa/material/equipamento
- E) Controlo Ambiental
- F) Conhecimento das Precauções Básicas
- G) Nenhum dos anteriores
- H) Outros

Quando se analisam os dados relativos à questão anterior e se comparam com a participação em formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão, não se verificam alterações nos procedimentos apontados como sendo os mais descuidados na abordagem ao doente em isolamento.

O que se verifica são ligeiras alterações percentuais, sendo que a mais significativa corresponde à Colocação do Equipamento de Protecção Individual, o que pode evidenciar uma necessidade de formação que foi abordada na sessão de apresentação dos dados. De forma a complementar os conteúdos foram discutidas todas as áreas relativas às Precauções Básicas.

▪ Momentos em que a Higiene das Mãos é mais facilmente negligenciada

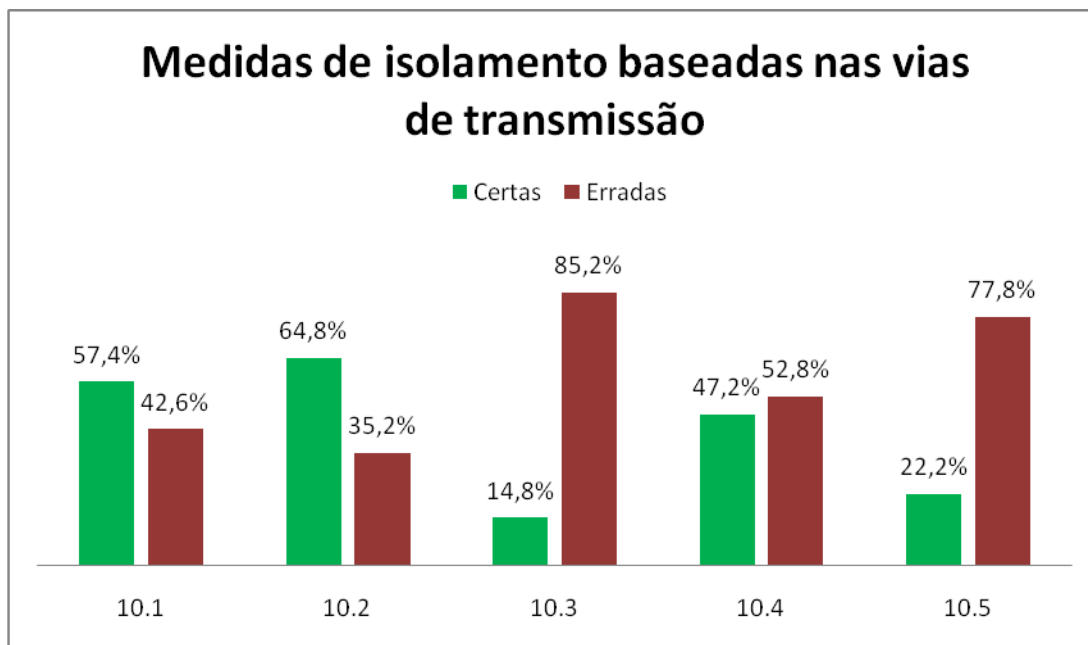


- A) À entrada do serviço
- B) À saída do serviço
- C) Antes do contacto com o doente
- D) Após o contacto com o doente
- E) Antes de colocar luvas
- F) Após retirar luvas
- G) Antes da realização de um procedimento asséptico
- H) Após a exposição a fluidos corporais
- I) Após o contacto com o ambiente próximo ao doente
- J) Antes de sair da unidade do doente em isolamento
- K) Entre prestação de cuidados a diferentes doentes
- L) Entre procedimentos diferentes no mesmo doente (em zonas com grau de contaminação diferente)
- M) Nenhum dos anteriores
- N) Outros

Os momentos em que a higiene das mãos é mais negligenciada são: antes do contacto com o doente e antes de colocar as luvas. Seguem-se a entrada na unidade, após contacto com o ambiente do doente e entre procedimentos diferentes no mesmo doente (zonas com grau de contaminação diferentes).

Estes resultados são bastante preocupantes porque evidenciam várias falhas relativas à higiene das mãos considerado um procedimento fundamental na prevenção das IACS. Dados os resultados, realizou-se formação nesta área temática durante a sessão.

▪ Medidas de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão



10.1 MRSA na ferida cirúrgica

10.2. *Clostridium difficile* nas fezes

10.3 Acinetobacter baumani nas secreções brônquicas

10.4 Tuberculose Bacilífera

10.5 MRSA nas secreções brônquicas

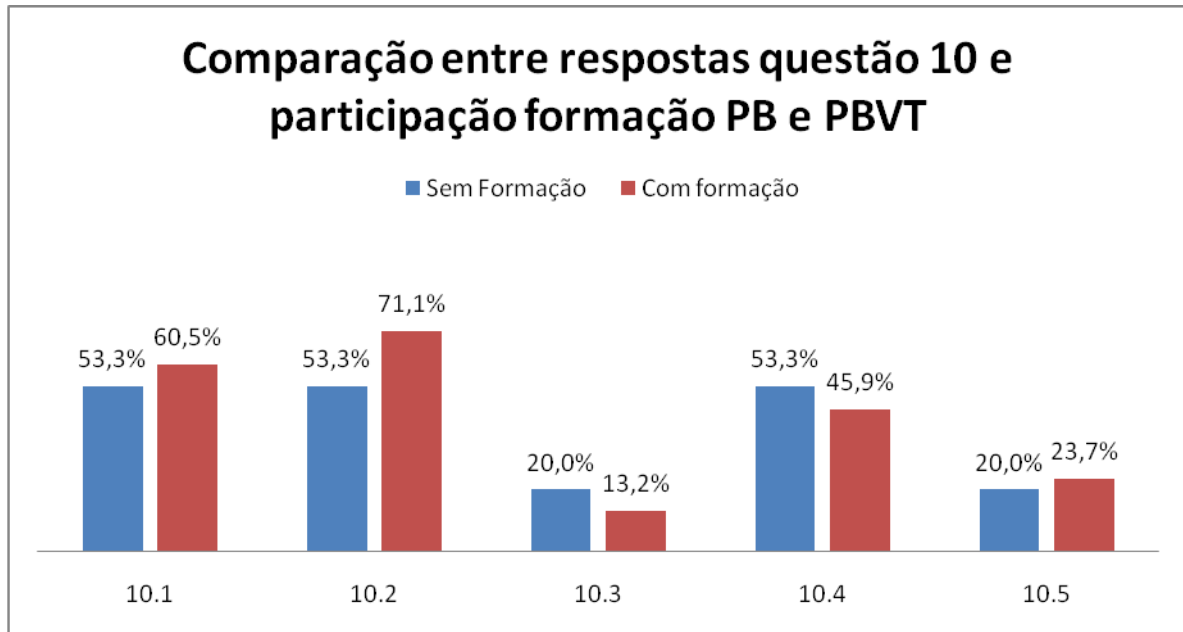
Na análise dos dados, consideraram-se erradas todas as respostas em que estavam assinalados 2 ou mais tipos de isolamento.

A menor percentagem de respostas erradas corresponde ao isolamento referente ao *Clostridium difficile* nas fezes. A maior percentagem de respostas erradas corresponde aos isolamentos relativos a via aérea e gotículas.

As dúvidas poderão explicar-se pela pouca frequência, nas unidades, deste tipo de isolamentos. No entanto, é importante que não existam dúvidas e que os profissionais saibam adequar as medidas de isolamento a cada situação em particular, pelo que, esta temática foi pormenorizadamente abordada e discutida durante a sessão e, posteriormente, avaliada através do preenchimento de um quadro cujo objectivo era fazer corresponder um tipo de isolamento a cada situação descrita. Os profissionais não apresentaram dúvidas significativas, no entanto, na situação relativa à Varíola, apenas um enfermeiro sabia fundamentar a opção pelo isolamento de via aérea.



- Respostas certas na questão 10 e participação em formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão



10.1 MRSA na ferida cirúrgica

10.2. *Clostridium difficile* nas fezes

10.3 *Acinetobacter baumani* nas secreções brônquicas

10.4 Tuberculose Bacilífera

10.5 MRSA nas secreções brônquicas

Ao analisar as respostas à questão 10 relativamente à participação em formação sobre Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão, verificamos, no que respeita as situações: MRSA na ferida cirúrgica e *Clostridium difficile* nas fezes, que as diferenças são de cerca de 7% a 8% o que é significativo. Este facto pode fazer-se explicar pelo maior número de situações semelhantes com que os profissionais contactam, o que propicia o conhecimento das recomendações mas, de qualquer forma, evidencia uma necessidade de formação.

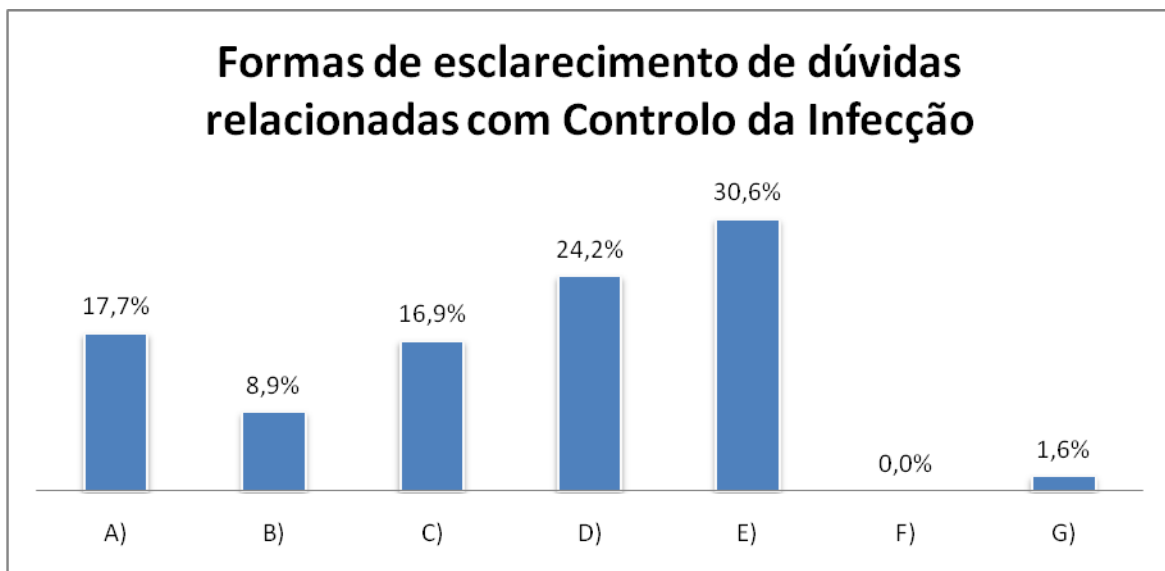
Relativamente às situações de *Acinetobacter baumani* nas secreções brônquicas e Tuberculose Bacilífera parece que a participação em formação não teve qualquer efeito no conhecimento acerca das medidas a implementar, visto que, o número de respostas certas é menor no grupo de profissionais com formação.



Por último, relativamente ao MRSA nas secreções brônquicas, a diferenças entre os profissionais com e sem formação é pouco significativa mas, aqueles com formação, tiveram maior número de respostas correctas.

Esta área de formação parece ser bastante sensível e, por isso, foi amplamente discutida na formação recorrendo a exemplos para melhor compreender as medidas de isolamento a implementar.

▪ Formas de esclarecimento de dúvidas relacionadas com o Controlo de Infecção



- A) Procura informar-se junto do chefe de serviço
- B) Procura informar-se junto do chefe de equipa
- C) Procura informar-se junto de colegas
- D) Recorre ao elo dinamizador da comissão de controlo de infecção do serviço
- E) Procura informação disponível no serviço – Procedimentos da CCI
- F) Nenhum dos anteriores
- G) Outros

No que respeita as formas de esclarecimento de dúvidas relativas ao controlo de infecção, os enfermeiros apontaram os procedimentos da CCI, os elos dinamizadores da CCI nas unidades, chefes de serviço e colegas como elementos essenciais no esclarecimento de dúvidas.

Estes dados voltam a reforçar o papel da CCI e a importância da articulação directa com as unidades quer através dos elos dinamizadores, chefes de serviço ou directamente.

Relativamente à opção “Outros” foi referida a literatura.



• Conclusões

A elaboração deste questionário permitiu uma caracterização da população de enfermeiros relativamente à participação em formação da CCI, em particularmente no que respeita as Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.

Permitiu avaliar alguns conhecimentos no que concerne a higiene das mãos e medidas de isolamento de forma a perceber eventuais necessidades de formação.

Em outro trabalho, sugiro analisar uma amostra maior de enfermeiros e incluir outros grupos profissionais no sentido de perceber se existem diferenças entre esses grupos. Poderá ser interessante trabalhar os dados de cada uma das unidades em particular se os chefes de serviço assim o considerarem pertinente.

Poderá ser produtivo avaliar conhecimentos mais específicos em relação a Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão, de forma a adequar ainda mais a formação.

Por não se terem trabalho os dados relativos às questões 1.1. e 1.2., considerando-se pouco relevantes para avaliação da situação, sugiro que essas questões sejam retiradas do questionário.

Parece-me ter sido pertinente realizar este trabalho porque permitiu reforçar alguns conhecimentos acerca dos temas tratados e dar a conhecer às unidades a realidade do Hospital de Santa Marta.

As conclusões retiradas devem ser analisadas com algum sentido crítico visto a amostra não ser significativa comparativamente ao número total de enfermeiros.

De acordo com os dados analisados verificou-se a necessidade de formação relativamente a Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão, com particular ênfase, na Higiene das Mãos, Equipamento de Protecção Individual, Controlo do Ambiente e Medidas específicas associadas aos diversos tipos de isolamentos.

• Propostas de Melhoria

- Manter a estreita relação entre a CCI e os profissionais das unidades, quer através dos elos dinamizadores quer por contacto directo.

- Promover e Realizar formação na área do controlo da infecção nomeadamente Higiene das Mãos, Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão.

- Divulgar de forma sistemática os procedimentos na área do controlo da infecção.

- Avaliar continuamente as práticas através da realização de auditorias.



Este trabalho corresponde a uma fase inicial e irá ter continuidade durante o Estágio de uma colega que irá avaliar o impacto da formação realizada e reformular a intervenção a efectuar de acordo com as necessidades identificadas.

APÊNDICE XXI

Convite para a Sessão de Formação: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”

Exmo(a) Senhor(a)

HSMarta, 09 de Junho de 2011

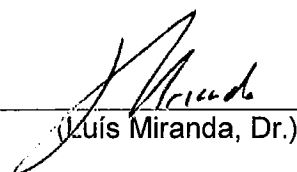
Assunto: Reunião de trabalho

A CCI vem convidar V. Ex^a. para a apresentação e discussão dos resultados do questionário, aplicado em Maio, e que teve como objectivo identificar a adesão dos profissionais aos procedimentos da CCIH no âmbito das "Precauções básicas e das Precauções de Isolamento baseadas nas vias de transmissão", a realizar no dia 14 de Junho, às 14h no Museu.

Contamos com a sua presença.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da CCIH



(Luís Miranda, Dr.)

APÊNDICE XXII

Avaliação da Formação: “Adesão dos Profissionais aos Procedimentos da CCIH no Âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”



Avaliação da Sessão de Formação

“Adesão dos profissionais aos procedimentos da Comissão de Controlo da Infeção no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”

Considero que a sessão correspondeu aos objetivos delineados inicialmente.

Foram apresentados os resultados da aplicação do questionário **“Adesão dos profissionais aos procedimentos da Comissão de Controlo da Infeção no âmbito das Precauções Básicas e Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão”**.

Durante a apresentação dos resultados tentei reforçar os conteúdos mais importantes e as recomendações relativas aos temas apresentados, fornecendo alguns exemplos práticos e promovendo a intervenção e reflexão dos formandos.

No final da sessão, os colegas não colocaram questões relativas à apresentação mas, proporcionou-se a discussão de algumas situações pontuais dos serviços.

Tive a oportunidade de apresentar 2 a 3 situações de isolamento e perceber se os formandos sabiam que medidas implementar, e não se verificaram dúvidas.

Foi apresentado um quadro para avaliar os conhecimentos dos formandos, onde era pedido que identificassem o isolamento indicado em cada situação, e, todos os formandos souberam responder, excerto, no correspondente à varíola, em que apenas um formando soube identificar o tipo de isolamento indicado.

Penso ter atingido os objetivos a que me propus e ficarão identificadas as propostas de melhoria no relatório referente ao questionário.

ANEXOS

ANEXO I

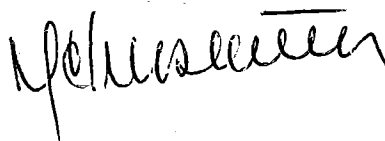
Certificado do Gabinete de Gestão de Risco do CHLO

DECLARAÇÃO

Durante o seu estágio no Serviço de Urgência Geral do Hospital de S. Francisco Xavier, a Sr.^a Enfermeira Ana Patrícia Eirinha elaborou um importante trabalho sobre «Prevenção de Quedas no Serviço de Urgência».

Dadas a importância do tema e a excelente qualidade do trabalho, a Comissão de Gestão de Risco do CHLO decidiu propô-lo como projecto a implementar a curto prazo no referido serviço.

Lisboa, 7 de Fevereiro 2012-02-07



Maria da Conceição Fürstenau

Coordenadora da Comissão de Gestão de Risco do CHLO

ANEXO II

Questionário de Avaliação da Formação: “Preocupações Básicas”

