



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem em Médico - Cirúrgica

Por Patrícia Alexandra Calaveiras Mendes

LISBOA, Maio 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem em Médico - Cirúrgica

Por Patrícia Alexandra Calaveiras Mendes

Sob orientação da Professora Ilda Lourenço

LISBOA, Maio 2012

RESUMO

O presente Relatório de Estágio integra-se na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Curso de Mestrado de Natureza Profissional 2010/2012, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Realizei o Módulo III (Opcional) – Controlo de Infecção Hospitalar, no período compreendido entre 27 de Abril e 24 de Junho de 2011, seguido do Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos, que decorreu entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011 e por fim, o Módulo I – Serviço de Urgência, que decorreu no período de 21 de Novembro a 27 de Janeiro de 2012.

Este relatório contém a descrição, a análise e a reflexão em torno das várias etapas percorridas nos diferentes módulos de estágio supra-enunciados e, deseja documentar o desenvolvimento profissional e pessoal que foi alcançado em cada contexto de estágio. Pretende também, dar a conhecer os objetivos que foram traçados para cada módulo de estágio, bem como, as atividades desenvolvidas para atingir o perfil de competências essenciais ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Reconheço o maior valor a uma área dos cuidados, na qual planeei focalizar grande parte das atividades e intervenções desenvolvidas em cada unidade curricular - estágio. Essa área diz respeito à segurança do cliente, que enquadro como componente chave da qualidade dos cuidados de saúde.

O trabalho desenvolvido nos diferentes estágios contribuiu, para o acréscimo e valorização da minha experiência profissional, através do desenvolvimento e consagração das competências no âmbito da área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

The present Report is part of the specialization in Medical-Surgical Nursing, of the master course of Professional Nature held in 2010/2012, in the Instituto de Ciências da Saúde of Universidade Católica of Lisbon.

I concluded the Module III (Optional) - Prevention and Control of Hospital Infection, during the period from 27 April to 24 June 2011, followed by Module II – in the Intensive Care, which took place from 26 September to 18 November, 2011 and at last, the Module I – Emergency Service, which occur from 21 November 2011 to 27 January 2012.

This report contains a description, analysis and discussion of all steps taken in the several modules listed above and, intends to document the professional and personal development achieved in each context of clinical practice. Intends also, to raise awareness of the targets outlined for each internship module, as well the activities undertaken to develop the necessary and inherent skills of a Specialist Nurse.

It was acknowledged an area of health care, which I planned to focus much of the activities and interventions carried out in each course unit - internship. That area concerns the customer security, which I fit as a fundamental component of health care quality.

The work developed during the different internships, contributed, to increase and enhance my professional experience, through the development and implementation of a superior competence in the specialty in Medical-Surgical Nursing.

“Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa
que tornou a tua rosa tão importante.”
(ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY 2004, p.74)

AGRADECIMENTOS

Sinto que existe a necessidade de agradecer a um conjunto de pessoas, porque também elas contribuíram para este percurso que surgiu como um enorme desafio.

Assim...,

De um modo geral, agradeço aos hospitais onde pude realizar os módulos de Estágio

Agradeço também aos enfermeiros orientadores dos locais de Estágio pela disponibilidade e partilha de conhecimentos

Um muito obrigado à Professora orientadora Ilda Lourenço, pela sua preocupação, pelo seu empenho, amizade, pelo seu estilo inconfundível de ser cuidadosa e metódica e por ser uma inspiração nos bons e maus momentos.

Às colegas de Especialidade Clara P., às Sónias, Patrícia C., Leila S. e Vanda pelo tempo, alegria e tristezas que passamos juntas, um sincero obrigado

Agradeço aos meus pais, irmã e Ivan pelo apoio incondicional, compreensão e paciência e por estarem sempre presentes na minha vida

ABREVIATURAS

Art.º - Artigo

enf.^a - enfermeira

Enf.^a – Enfermeira

Enf.º -Enfermeiro

ml – mililitros

ACRÓNIMOS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

SIGLAS

AAM – Auxiliares de Ação Médica

AO – Assistentes Operacionais

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direcção Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC - European Resuscitation Council

HEM – Hospital de Egas Moniz

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto Ciências da Saúde

INCS – Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea

HPP – Hospital Público-Privado

LA – Linha Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

SBV – Suporte Básico de Vida

VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

f.

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	11
1. <u>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS FACE</u> <u>AOS OBJECTIVOS PROPOSTOS</u>	15
1.1-MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO	15
1.2-MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS / INTERMÉDIOS.....	28
1.3-MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	44
2. <u>CONCLUSÃO</u>	59
3. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	61
ANEXOS:.....	68
ANEXO I – Curso “Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”.....	69
ANEXO II – Simpósio “IACS 2011: EM DIREÇÃO A UM CONTROLO GLOBAL”.....	71
ANEXO III – Ciclo de Conferências “Qualidade em Saúde”.....	73
ANEXO IV – Questionário de Avaliação da Formação.....	75
ANEXO V – Questionário de Avaliação da Formação.....	77
APENDICES:.....	79
APENDICE I – <u>Grelha de Observação</u>	80
APENDICE II – <u>Pedido de Autorização à Direção de Enfermagem</u>	84
APENDICE III - “ <u>Isolamentos: Que medidas devem ser tomadas?</u> ”.....	86
<u>Plano de Sessão de Formação</u>	
<u>Sessão de Formação</u>	
<u>Avaliação da Formação</u>	
APENDICE IV- <u>Relatório das Auditorias aos Isolamentos da UCIP</u>	97
APENDICE V - “ <u>Isolamentos. Precauções Básicas</u>”	112
“ <u>Práticas de Prevenção da infeção urinária associada à algaliação</u> ”	
<u>Plano de Sessão de Formação</u>	
<u>Sessão de Formação</u>	
<u>Avaliação de Formação</u>	

APENDICE VI – <u>Folheto Informativo</u> “Isolamentos”.....	127
APENDICE VII - “Apresentação dos resultados da Campanha da Higiene das Mãos 2010”...	129
<u>Plano de Sessão de Formação</u>	
<u>Sessão de Formação</u>	
<u>Avaliação da Formação</u>	
APENDICE VIII – <u>Folheto Informativo</u> “Higienize as Mãos”.....	137
APENDICE IX – Questionário “Cuidados na Aspiração de Secreções”.....	139
APENDICE X - “Cuidados a ter na Aspiração de Secreções”.....	141
<u>Plano de Sessão de Formação</u>	
<u>Sessão de Formação</u>	
<u>Questionário da Avaliação</u>	
<u>Avaliação da Formação</u>	
APENDICE XI - <u>Grelha de observação</u> “Despejo dos sacos de recarga”.....	155
APENDICE XII - “Cuidados na troca dos sacos de recarga”.....	157
<u>Plano de Sessão de Formação</u>	
<u>Sessão de Formação</u>	
<u>Avaliação da Formação</u>	
APENDICE XIII – <u>Pedidos de Autorização à Direção de Enfermagem</u>	168
APENDICE XIV - Questionário “Gestão do Risco na Preparação e Administração da Medicação e Hemoderivados: Condutas e Propostas de Prevenção na Perspectiva de Enfermagem”.....	171
APENDICE XV – <u>Autorização da Comissão de Ética</u>	176
APENDICE XVI - “Erro Terapêutico”.....	178
“Erro Transfusional”	
<u>Plano de Sessão de Formação</u>	
<u>Sessão de Formação</u>	
<u>Avaliação da Formação</u>	
APENDICE XVII – <u>Check-List</u> “Administração de Hemoderivados”.....	202
APENDICE XVIII - <u>Proposta para modificação do carro de terapêutica da UCI</u>	204
APENDICE XIX – <u>Poster</u> “Triagem de Manchester”.....	218

APENDICE XX - “Boas práticas na Prevenção e no Controlo das IACS.	220
Higienização do Ambiente Hospitalar”	
<u>Plano de Sessão de Formação</u>	
<u>Sessão de Formação</u>	
<u>Avaliação da Formação</u>	
APENDICE XXI - “Noções Básicas sobre Ventilação Mecânica”.....	231
<u>Plano de Sessão de Formação</u>	
<u>Sessão de Formação</u>	
<u>Avaliação da Formação</u>	

0. INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto Ciências de Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UCP-ICS 2010, p.8)

É no sentido do desenvolvimento de competências especializadas, adequadas à prática clínica que se enquadra a unidade curricular Estágio e, concordando com o enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007, p.19), este caminho:

“realiza-se na prática clínica, orientada e supervisionada, suportada na aquisição de conhecimentos teóricos e na investigação, subordinada a uma estrutura de programa, integrador de capacidades para a decisão clínica, a gestão e supervisão de cuidados, a liderança, o planeamento estratégico e o desenvolvimento de investigação no âmbito da especialidade.”

Assim sendo, o presente Relatório de Estágio pretende servir como instrumento, que possibilite a reflexão, avaliação e registo do percurso desenvolvido, bem como, dar a conhecer as competências adquiridas ao longo dos estágios realizados, no âmbito do Curso de Mestrado em consideração. A elaboração deste Relatório teve como base, os objetivos e as atividades, planeadas desde a primeira etapa deste processo - o Projeto de Estágio. Nesta fase foi reconhecida uma área dos cuidados, na qual planeei focalizar grande parte das atividades e intervenções – a segurança do cliente - que valorizo como indicador de qualidade assistencial em cuidados de saúde, pretendendo atingir o perfil de competências essenciais ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O presente Relatório enquadra as pesquisas, o estudo, as práticas, bem como, as reflexões, em torno das várias etapas percorridas tendo em conta os objetivos traçados para cada módulo de Estágio.

Senti responsabilidade em contribuir de uma forma proativa, nas áreas da prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) e, na motivação das equipas de

saúde para a promoção de cuidados diferenciados ao cliente em situação crítica, em prol da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através de um dos principais alicerces da prestação de cuidados, a formação, recordando o pensamento de Hesbeen (2001,p. 67), “A formação é um elemento determinante da qualidade...”.

Esta área específica de intervenção conduziu-me a novos caminhos de conhecimento científico, através de pesquisa, revisão cuidada da literatura e atualização de conhecimentos sobre as boas práticas de cuidados e sobre a mudança de comportamentos a implementar ao nível da prática profissional.

Espera-se que o enfermeiro especialista contenha um conjunto de competências especializadas capazes de demonstrarem uma grande capacidade de adequação dos cuidados às necessidades de saúde de cada cliente, tal como se encontra descrito no regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Ordem dos Enfermeiros 2010, p. 2)

O Estágio compreendeu a realização de três Módulos distintos, com 180 horas cada: Módulo III – Opcional – Comissão de Controlo de Infecção (CCI), que decorreu entre 27 de Abril de 2011 a 24 de Junho de 2011; o Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios, que teve lugar entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011 e, o Módulo I – Serviço de Urgência (SU), que aconteceu entre 21 de Novembro de 2011 e 27 de Janeiro de 2012.

Alguns objetivos inicialmente delineados no Projeto foram alvo de reformulação, quer pela dificuldade que senti em aplica-los no contexto de estágio (dificuldade decorrente do desconhecimento das realidades que ia encontrar), quer pela necessidade de apreender e de desenvolver mais competências no âmbito da área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pretendi realizar o Módulo opcional, na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) no Hospital de Egas Moniz (HEM) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), uma vez que considero a prevenção da infeção associada aos

cuidados de saúde (IACS) imperativa em práticas de enfermagem qualitativas que, se revelam no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista. Neste contexto, o art.º 4º do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros 2010, p.2), recorda que, o enfermeiro especialista “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”. Para a escolha do local predominou, o conhecimento e importância que relevo à instituição onde exerço o meu percurso profissional, e também o intuito, de poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a desenvolver.

De acordo com a informação colocada no *site* da instituição (Espírito Santo Saúde 2012), onde realizei o módulo II, esta Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é considerada como uma das mais moderna existente em Portugal, pelo que a sua escolha foi um desafio para a aquisição de novas aprendizagens, saberes e competências, até pela comparação com a UCI onde atualmente exerço funções e que também considero detentora de recursos humanos e materiais que permitem a prática de cuidados de saúde da mais elevada qualidade.

O hospital Dr. José de Almeida, onde realizei o módulo I – SU - tem como área de influência o concelho de Cascais e desenvolve a assistência médica e cirúrgica geral, dando resposta a todas as situações não programadas, de médio e alto risco. Encontra-se em funcionamento 24 horas por dia e integra a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Ginecológica/Obstétrica. Articula-se com a unidade de cuidados intensivos e conta com o apoio de diversas especialidades médicas que suportam a realização de distintos meios complementares de diagnóstico. Na escolha deste SU, entendi que, o facto de ser um hospital relativamente recente (abertura em 2009), poderia contribuir para a melhor qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento de competências especializadas ao cliente em estado crítico impulsionando intervenções promotoras de qualidade.

Os principais objetivos deste relatório são: descrever, analisar e refletir nas / e sobre as atividades que realizei (que constituíram reais momentos de ensino/aprendizagem,

que consideraram os objetivos e as competências propostas pelo plano de estudos e que foram coadjuvantes ao processo de aquisição e de desenvolvimento de competências na área de especialização em apreço) e servir de instrumento de avaliação do Curso de Mestrado em Enfermagem.

O presente Relatório encontra-se estruturado da seguinte forma - primeiramente a introdução. De seguida, o desenvolvimento, onde procedo à descrição e análise das atividades desenvolvidas face aos objetivos propostos e, por último, a conclusão, onde exponho algumas considerações finais em torno dos aspetos abordados, das competências adquiridas e desenvolvidas e, também dos contributos que remanesceram nos locais onde realizei os Estágios.

Serão também apresentadas as referências bibliográficas, que serviram de base à elaboração do presente documento, seguidas dos anexos e apêndices que considerei relevantes para ilustrar o percurso desenvolvido.

As referências bibliográficas deste documento têm por base, o conjunto normas nacionais derivadas do Instituto Português da Qualidade – NP 405.

A elaboração deste relatório prende-se com uma metodologia descritiva tendo como base, a revisão da literatura, bem como, a análise e a reflexão pessoal contínua, na e sobre a prática, ao longo do caminho percorrido.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS FACE AOS OBJECTIVOS PROPOSTOS

A realização dos Estágios teve um papel preponderante na construção e aperfeiçoamento contínuo dos meus conhecimentos. Neste capítulo, pretendo relatar as atividades desenvolvidas, sua análise e reflexão crítica. Assim, em primeiro lugar, referencio o trabalho desenvolvido no Módulo III – Opcional, realizado na CCI, seguindo-se o que realizei no Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios e, por último o desempenho referente ao Módulo I – Serviço de Urgência.

1.1 MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO

A CCI do hospital de Egas Moniz, situa-se num edifício principal da instituição e funciona nos dias úteis das 8 às 15 horas. A equipa é constituída por uma enfermeira (em horário completo), uma médica microbiologista (que colabora com a CCI 10 horas por semana), e uma assistente administrativa (que está presente apenas uma vez por semana porque exerce as suas funções em três unidades de CCI do CHLO).

A oportunidade de realizar este módulo de estágio na mesma instituição onde exerço a minha atividade profissional, constituiu uma mais valia pessoal na medida em que consegui gerir mais facilmente o horário a cumprir e, a compreender melhor a dinâmica de funcionamento da CCI, bem como, a sua articulação com todos os serviços desta unidade hospitalar.

Ao desempenhar a minha atividade profissional na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), tomo consciência que, as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros são, de elevada complexidade e exigem tomadas de decisão bem fundamentadas e responsáveis. O plano de cuidados é elaborado criteriosamente e, muitas vezes, a avaliação rigorosa conduz à hierarquia dos cuidados de acordo com o estabelecimento das prioridades de intervenção. Verifico que existe uma grande preocupação da equipa na identificação precoce de problemas e na sua melhor resolução, nomeadamente na valorização da prevenção da IACS, assim como, na deteção e tratamento das infeções. Desta forma, foi meu objetivo apreender estratégias educativas com a CCI, atendendo

ao seu importante papel nas atividades de prevenção das IACS, de modo a obter os melhores resultados que visam ganhos ao nível da qualidade em cuidados de saúde.

De acordo com a Circular Normativa N.º: 18/DSQC/DSC (2007) da Direcção Geral da Saúde (DGS), a CCI deve ser constituída por um núcleo executivo (composto por um coordenador, um Enfermeiro de Controlo de Infecção e apoio administrativo), pelo núcleo de membros consultivos (os responsáveis pelos serviços farmacêuticos, hoteleiros, instalações e equipamentos, saúde ocupacional, entre outros) e um núcleo de membros dinamizadores ou de elos de ligação. Os profissionais de saúde que são integrados nos núcleos acima referidos deverão ser nomeados pelo Conselho de Administração da unidade de saúde. Os profissionais a integrar a CCI, devem manifestar interesse, sensibilidade e, desenvolver competências nesta área temática tão especializada. Os elementos dinamizadores (médicos e enfermeiros) que fazem parte de cada serviço são determinantes na recolha, análise e interpretação de dados. Tal como nos referem Geada e Pedro (2010, p.5):

“estes elementos são um canal de comunicação bidireccional, entre a CCI e o serviço de internamento, que pode ser utilizado para comunicação de situações pouco habituais, de suspeita ou de diagnóstico confirmado de infecção, ou ainda, para colaboração no preenchimento de instrumentos de registo necessários à vigilância”.

Ao nível do programa de controlo de infecção, a CCI tem como principais objetivos: prevenir, detetar e controlar as infeções na instituição hospitalar através da vigilância epidemiológica de estruturas, procedimentos e resultados. Procede também à realização de normas e recomendações para a prevenção e controlo da infeção, promove e colabora em ações de formação/informação nesta área, direcionada a todos os profissionais prestadores de cuidados. (CCIH, 2011)

As IACS constituem um problema para os clientes devido ao aumento das taxas de morbilidade e de mortalidade. Por outro lado, as IACS constituem um custo elevado para as instituições, neste caso para os hospitais, devido ao aumento dos dias de internamento, aos custos desembolsados com os recursos (humanos e materiais), com os meios complementares para realizar o seu diagnóstico e com a terapêutica instituída.

Neste sentido, para a realização deste Módulo, procurei desenvolver competências na área de especialidade médico-cirúrgica mas, que atendessem também ao preconizado

pela OE no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011, p. 7)

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção”.

Neste enquadramento, delineei como objetivo geral:

- *“Desenvolver competências na área da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde”.*

E como objetivos específicos:

- *Colaborar com a Enfermeira responsável e restante equipa da CCI nas suas atividades no âmbito da vigilância epidemiológica, formação, elaboração, divulgação de normas e recomendações de boas práticas;*

- *Contribuir para a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, ao nível da higienização das mãos, através da minha colaboração na campanha “Medidas simples salvam vidas”*

Vigilância Epidemiológica

O estágio teve início com a realização do Curso “Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde” (ANEXO I), que decorreu nesta instituição. A possibilidade de frequentar este curso foi uma mais-valia para a minha formação/aprendizagem na medida em que, o meu desempenho profissional se concretiza na área da prestação de cuidados diretos ao cliente (à pessoa internada em situação crítica). Neste contexto, assume particular importância (re)conhecer as boas práticas, promover cuidados seguros e demonstrar conhecimentos que fomentem a qualidade dos cuidados, tal como é mencionado no art.8º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Competências do domínio das aprendizagens profissionais.

No estágio em apreço, tive oportunidade de colaborar na auditoria sobre “Práticas de prevenção urinária associada à algaliação”, realizada num serviço de cirurgia desta instituição hospitalar. A auditoria realizada permitiu-me refletir sobre a importância da identificação de situações problema ou de não conformidades no âmbito dos cuidados que requerem ações de melhoria. A importância das auditorias é salientada por Wilson (2003, p. 71-72) “...a fim de obter uma avaliação sistemática da qualidade dos cuidados

Curso Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

e identificar os melhoramentos necessários (...) pode-se detectar onde falta a informação sobre normas de controlo de infecção, ou mais equipamento, ou formação em serviço”.

No dia 3 de Maio de 2011, assisti ao Simpósio “IACS 2011: EM DIRECÇÃO A UM CONTROLO GLOBAL” (ANEXO II), que decorreu no Auditório do Hospital da Luz. Neste evento tive oportunidade assistir a temas pertinentes e atuais mesmo a nível internacional. Recordo o tema “Staphylococcus Aureus - Resistência à Vancomicina”, que me possibilitou conhecer a análise dos dados achados em estudos de investigação e a aprendizagem de que, o facto de existir resistência bacteriana aos antibióticos durante o tempo de internamento do cliente resulta, da capacidade de o microrganismo sofrer mutações e também, pela troca de informação genética que acontece entre as espécies bacterianas. Tal como nos referem Pina *et al* (2010, p. 31),

“no primeiro caso trata-se da pressão selectiva afectada principalmente pelas práticas de prescrição de antimicrobianos podendo surgir mesmo quando há um cumprimento integral das medidas de prevenção de transmissão cruzada; o segundo está relacionado com a transmissão cruzada.”

Este simpósio contribuiu para a minha especialização no que se refere ao conhecimento científico que promove e dignifica a prática da enfermagem na área da prevenção das IACS. A minha participação como formanda no Ciclo de Conferências “Qualidade em Saúde” (ANEXO III) a 10 de Maio de 2011 constituiu também uma oportunidade de real aprendizagem pela particularidade dos temas que foram abordados na área da qualidade em saúde. Nesta conferência, foram transmitidos resultados de estudos aplicados nos Estados Unidos da América orientados para a melhoria da qualidade dos cuidados. Os exemplos de caso de sucesso são muito esclarecedores das atividades internacionais. No entanto, considero que em Portugal, os profissionais se têm empenhado em desenvolver com rigor as atividades emanadas pela DGS e que espelham dados significativos, na implementação de medidas de qualidade. A realização e divulgação destas atividades contribuem para o avanço da qualidade dos cuidados, pois permitem-nos reconhecer e comparar as deficiências no sistema de saúde atual e, desenvolver alternativas de melhoria. Um dos exemplos das atividades, foi a apresentação de um cartão magnético individual do cidadão, onde se encontra a história clínica e todos os dados relativos à sua saúde. Os resultados que visam a implementação deste cartão sugerem um acesso rápido e uma partilha de informação acessível evitando falhas/lacunas na transmissão de informação.

A minha presença nos acontecimentos acima referidos, permitiu-me atualizar conhecimentos sobre normas de orientação clínica e prevenção de infeções adquiridas em meio hospitalar. Permitiu-me também, refletir sobre a confrontação da teoria apreendida com a realidade que presencio no dia-a-dia profissional.

A vigilância epidemiológica (VE) é, uma atividade realizada de modo contínuo, ativo e sistemático pelos profissionais que fazem parte da CCI. Define-se na recolha, registo, análise, interpretação e divulgação de dados referentes a clientes e infeções ou, a processos ou, a eventos adversos não infecciosos. Constitui-se como um elemento fundamental para implementação de medidas adequadas à prevenção e controlo das IACS nas unidades de saúde. (Geadá e Pedro, 2010)

A VE de estruturas, procedimentos e resultados, são metas da CCI que pretendem conduzir ações sensibilizadoras e preventivas com o intuito de controlar a infeção (por agentes responsáveis pelas infeções nosocomiais ou, agentes vindos da comunidade) e garantir a qualidade dos cuidados.

A VE tem como fonte de dados, o laboratório de microbiologia que, através de programa informático designado por *Clinidata XXI*, gera alertas que permitem a sinalização e comunicação diária para a enfermeira da CCI de todos os resultados microbiológicos positivos. Este meio de comunicação, favorece a monitorização sistemática e o isolamento de microrganismos associados à infeção, bem como, padrões de resistência a antimicrobianos e deteção de surtos de infeção. (Geadá e Pedro, 2010) Assim sendo, torna-se fundamental a transmissão dos resultados divulgados pelo laboratório aos serviços, para proceder à implementação das medidas e estratégias de controlo das IACS.

Neste âmbito, uma das atividades que desenvolvi foi, em colaboração com a enfermeira da CCI, proceder à análise de dados encontrados e divulga-los junto dos elementos dinamizadores das unidades de saúde onde eram sinalizados. Este trabalho envolveu, muitas vezes, a consulta do processo clínico e dos registos de enfermagem, a comunicação com os médicos, (e por vezes com o cliente), para complementar a colheita de informação. Assim, quando existe a suspeita ou a confirmação de infeção, é preenchido um “Questionário de IACS” em conjunto com os profissionais mencionados. O seu preenchimento preceitua importante conhecimento de orientações claras e objetivas. Assim sendo, participei na definição de estratégias de prevenção e

controlo de infeção - desloquei-me aos serviços/unidades com o intuito de conhecer as medidas de prevenção adotadas e, sempre que necessário, ensinei ou sugeri outras intervenções para evitar a propagação das IACS.

Os resultados da VE são colocados numa plataforma informática - o *Vigiguard* - permitindo a monitorização contínua dos agentes identificados, (de modo rigoroso e ao longo de todo o internamento).

O Plano Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) preceitua também a vigilância de infeções da corrente sanguínea (INCS). Esta faz parte, da rede de registo de vigilância epidemiológica do Plano Nacional de Controlo de Infecção (PNCI- INSA). Segundo a DGS (2010), as INCS contribuem para a morbilidade e mortalidade hospitalar, aumentando os custos de cuidados de saúde e o prolongamento dos dias de internamento. É uma infeção de causa exógena, muitas vezes associada ao cateter venoso central (CVC), sendo possível a sua redução através de medidas de prevenção. Num estudo realizado pela DGS em 2010, para determinar a prevalência de IACS adquiridas no hospital em função dos dispositivos médicos invasivos, foi detetado uma taxa de 7% de infeção relacionada com o CVC (DGS, 2010). A VE das infeções da corrente sanguínea abrange todos os serviços de internamento do hospital. Inclui um “Formulário Individual” que permite identificar um episódio de infeção e um “Formulário Calendário” onde, diariamente, o elemento dinamizador assinala os clientes que contêm dispositivos médicos invasivos. Tive a oportunidade de proceder ao registo da “folha individual” e de colaborar nos registos de INCS numa base de dados - plataforma informática *INSA RIOS*. Esta atividade exigiu-me a revisão da literatura e a procura de informação sobre os programas desenvolvidos pela DGS.

Ainda no âmbito da VE, colaborei com a equipa da CCI ao nível da formação e no aperfeiçoamento de boas práticas de isolamento, em particular, num dos serviços da instituição hospitalar onde a área de intervenção se centrou nas políticas de gestão de quartos de isolamento (isolamento de contacto e isolamento protetor). Neste sentido, numa reunião formal com os responsáveis do serviço, foi comunicado o parecer da CCI sobre a temática em discussão, aprofundando as questões sobre a possibilidade de partilhar o quarto de isolamento com outros clientes mas, sempre salvaguardando a importância do cumprimento das precauções básicas.

Ter acompanhado a situação acima descrita foi importante pela aprendizagem realizada, quer ao nível da dinâmica de funcionamento e de articulação da CCI com os outros serviços hospitalares, quer ao nível do conhecimento das *bundles* mais atuais sobre as medidas de prevenção em isolamentos e ainda, pela perceção que o risco de infeção cruzada não é o único problema questionado pelos profissionais de saúde. Muitas vezes, o foco de atenção dos profissionais desloca-se para a preocupação, os medos, os receios experienciados pelos clientes que se encontram em situação de isolamento (num quarto com porta fechada) e suas famílias, aumentando o *stress* do internamento. O facto de o cliente se encontrar em isolamento, limita o seu contacto com outras pessoas assim como a sua comunicação, num momento no qual se encontra fragilizado pelas condições da sua doença. Segundo Machado *et al* citado por Sadala e Matias (2000), a fragilidade emocional pode aumentar a susceptibilidade a doenças oportunistas, influenciando na evolução da situação clínica. Assim, é importante que os profissionais não se centrem apenas na aquisição e no desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos em matéria de isolamento, mas que adotem uma maior consciencialização em relação a estratégias e intervenções que possibilitem minimizar o sofrimento da doença e aprimorar o suporte emocional ao cliente e seus conviventes mais significativos.

Refletindo ainda sobre as práticas de precauções de isolamento como plano de prevenção e controlo das IACS, tive oportunidade de apreender que a sua conceção teve início histórico na época das grandes epidemias. Em 1863, Florence Nightingale empregou as primeiras recomendações relacionadas com o cuidar do cliente, realçando a necessidade de limpeza do ambiente hospitalar, (*In Nichiata et al*, 2004). Em paralelo, é do conhecimento atual que, o risco de transmissão está presente em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde, pelo que se torna fundamental existirem ações e recomendações - Precauções Básicas - por parte dos profissionais de saúde, que atuem quer na prevenção de IACS, quer no controlo de transmissão cruzada de microorganismos, contribuindo assim, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e inevitavelmente, para a segurança dos clientes. (Pina *et al*, 2010)

Pelo acima apresentado e, tendo presente o pensamento de Dias (2010, p. 47), “o impacto da IACS é particularmente relevante na unidade de cuidados intensivos face à crescente tecnologia médica invasiva, população de doentes imunodeprimidos e resistência aos antimicrobianos”, considereei crucial para a melhoria da qualidade e

segurança dos cuidados, realizar uma sessão de formação sobre isolamentos na UCIP. Neste sentido, primeiramente, elaborei uma grelha de observação sobre “Precauções Básicas no Isolamento”, tendo como intuito, trabalhar os dados encontrados e divulgá-los na referida sessão de formação. (Grelha de Observação em APENDICE I). Ciente que, para existir prevenção e controlo das IACS é necessário o rigor de práticas de todos os profissionais de saúde, tive por objetivo, presenciar as práticas de 3 elementos de cada grupo profissional, nomeadamente, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e funcionárias da brigada de limpeza.

Tendo bem presente as considerações éticas, antes de proceder à realização das observações, enderecei uma carta formalizando o pedido de autorização à Direção de Enfermagem do hospital, (APENDICE II).

Através da informação recolhida e analisada, elaborei o plano de formação e a sessão de formação - “Isolamentos: Que medidas devem ser tomadas?” (APENDICE III).

Apesar da divulgação da referida sessão à equipa de profissionais da UCIP, tive apenas a adesão de 9 enfermeiros e de uma funcionária da brigada de limpeza. Segundo a aplicação de um questionário e numa escala de *Lickert* (de 0 a 4 pontos), avaliaram-na em 4. (Questionário de avaliação da sessão de formação em ANEXO IV).

Considereei a referida sessão muito positiva na medida em que me permitiu mobilizar conhecimentos e desenvolver competências nas áreas de formação e de promoção do desenvolvimento de outros profissionais. Dei a maior importância ao uso correto do EPI, salvaguardando que terá sempre de ser complementado com as restantes recomendações (higiene das mãos, higiene ambiental). Recordo aquele acontecimento como um momento onde houve partilha de saberes, esclarecimento de dúvidas e sobretudo, onde atingi o meu objetivo principal - sensibilizar os profissionais para as boas práticas. Um exemplo a aludir foi a mudança de comportamentos dos funcionários da brigada de limpeza ao nível da higienização das unidades de isolamento. Outro, foi a prática correta higienização das mãos antes de calçar luvas e antes da manipulação de roupa limpa.

No final, realizei um relatório das atividades desenvolvidas em torno da observação e da sessão de formação que cumpri e entreguei-o ao Enf.º Chefe da UCIP (Relatório realizado em APENDICE IV).

As atividades acima narradas constituíram verdadeiras oportunidades de atualização de conhecimentos dos profissionais que cuidam a pessoa em situação crítica. Pretenderam aumentar a segurança dos cuidados, revelar situações de não conformidade, corrigi-las e prevenir a sua reprodução, ou seja, contribuir para a melhoria da qualidade em cuidados de saúde. Recordando que o Enfermeiro Especialista “Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (OE 2010, p5-6) e, ponderando as atividades efetivadas, realço as competências que atingi - “Exercer supervisão do exercício profissional (...)” e, “Zelar pela qualidade dos cuidados prestados (...), tal como se encontra descrito no Regulamento Geral de Mestrado de Natureza Profissional da UCP-ICS (2010, p.5).

Outra das atividades que evidencio foi, a oportunidade de estar presente numa reunião sobre produtos anti-sépticos, realizada por uma delegada de informação médica. Foi importante conhecer e perceber, como é feita a seleção dos produtos (detergentes e desinfetantes) para posterior uso hospitalar. Nesta seleção a enfermeira da CCI tem um papel pró ativo, na medida em que transmite ao Coordenador da CCI o seu parecer sobre estes produtos com implicações no controlo de infeção. Esta atividade da enfermeira da CCI é essencial pois, muitos profissionais de saúde recorrem à sua ajuda para o esclarecimento do uso correto dos distintos produtos hospitalares, porfiando à enfermeira da CCI o “participar na elaboração de normas, recomendações e procedimentos de enfermagem, relacionados com a área de controlo da infecção e orientar (...) a execução das mesmas” (CCIH 2011, p.8)

Outra das atividades que desenvolvi foi, a revisão da literatura sobre as recomendações/cuidados a ter com clientes com suspeita ou confirmação da doença de priões. Esta atividade exigiu a procura de informação atualizada, nomeadamente, artigos recentes, bem como, protocolos implementados a nível internacional. Estas recomendações foram dirigidas essencialmente para o bloco operatório, mais propriamente para o reprocessamento dos instrumentos e controlo do ambiente nas salas cirúrgicas, a fim de evitar a transmissão dos esporos. O intuito desta pesquisa relaciona-se com o que Hesbeen (2001, p.65) refere relativamente aos conhecimentos técnicos e científicos - “a partir dos resultados obtidos, compreender melhor os seus mecanismos e de aumentar os conhecimentos em que os seus artesãos de cuidados se poderão apoiar”.

Com as atividades acima narradas, pretendi “demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência” e “Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes (...)” - competências descritas no Regulamento Geral de Mestrado de Natureza Profissional da UCP-ICS (2010, p. 5)

De forma, a dar evidência ao estudado no curso de Prevenção e Controlo da Infecção, colaborei na auditoria - “Práticas de Prevenção da Infecção Urinária Associada à Algaliação” – e, considerei pertinente a apresentação dos resultados encontrados ao serviço onde a mesma foi realizada. Pretendi sensibilizar os profissionais para o exercício de boas práticas em clientes com necessidade de algaliação e, alertar os mesmos para o facto de a infeção do trato urinário (associada à algaliação), ser o segundo fator de risco extrínseco das IACS, com uma taxa de 35,10% (de acordo com dados obtidos em 2010, no Inquérito de Prevalência de Infecção do hospital). Numa reunião com a Enf.^a coordenadora daquele serviço e, tendo por base as necessidades identificadas, foi sugerida a possibilidade de realizar formação em serviço sobre “Isolamentos” e “Precauções Básicas”. Estas, foram cumpridas e tiveram como população alvo, os profissionais de enfermagem e as Assistentes Operacionais (AO). (Plano de sessão e folhetos de *power point* apresentado em APENDICE V).

As referidas apresentações foram realizadas no dia 14 de Junho, na sala de enfermagem do serviço. Estiveram presentes 15 profissionais de saúde. O primeiro tema ministrado foi - “Isolamentos. Precauções Básicas” e, o segundo foi - “Práticas de prevenção da infecção urinária associada à algaliação. Apresentação dos resultados das auditorias”, (Planos de sessão e folhetos de *power point* apresentados em APENDICE V). Após a avaliação dos formandos, através do questionário aplicado, procedi à sua análise e, tive a oportunidade de verificar que as avaliaram em 3 (numa Escala de *Likert* de 0 a 4), (ANEXO IV). As formações apresentadas deram lugar à partilha de experiências e de reflexão sobre estes aspetos da prática profissional. Os profissionais foram muito interativos, dando contributos sobre a sua prática e colocando as suas dúvidas. Pretendi capacitar os profissionais de saúde para o planeamento dos cuidados, tendo presente as intervenções e estratégias mais atuais na prevenção de infeções associadas aos dispositivos invasivos.

Ainda sobre a temática dos isolamentos, tomei a iniciativa de realizar um folheto informativo (APENDICE VI), pois tinha identificado a sua real necessidade. Este teve a finalidade de responder a muitas das questões e dúvidas colocadas pelos familiares e amigos da pessoa que se encontra em isolamento. Estas estão frequentemente relacionadas com o equipamento de proteção necessário, com a higienização das mãos e os cuidados a ter antes e depois do contato com o cliente. Posteriormente, este folheto foi distribuído por todos os serviços da instituição.

Higienização das Mãos

O risco de infeção encontra-se presente nos vários contextos de atuação devido à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados necessários com recurso a múltiplas técnicas invasivas. Para atingir o objetivo definido, optei por realizar ensino a clientes e seus conviventes significativos, bem como, sessões de formação a profissionais de saúde e, colaborar nas auditorias planeadas pretendendo a sensibilização de todos para a importância de reduzir a percentagem das IACS, tendo presente o enunciado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010, p. 4), nomeadamente “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”.

A higienização das mãos, é uma das práticas mais simples e mais evidentes na redução das IACS tendo impacto na diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade dos clientes, (DGS, 2010). Portugal deu início à Campanha de Higienização das Mãos em 2008 e, de acordo com os dados fornecidos pela DGS (2008), a taxa global de adesão à prática de higienização das mãos, observada na avaliação diagnóstica da Campanha, foi de 46,2%. Com o objetivo, de assegurar uma cultura de segurança nas instituições de saúde, são realizadas vários tipos de ações, que promovem as boas práticas de higienização das mãos. Exemplos dessas ações são, a realização de sessões de formação que visam melhorar a adesão à higiene das mãos nos cuidados de saúde, a realização de auditorias aos profissionais de saúde, com base em observações, que incidem em cinco anotações de referência para os profissionais de saúde - os “*Cinco momentos*” definidos pela (Organização Mundial de Saúde) OMS. Neste sentido a prática de higienização das mãos constitui um dos principais focos das atenções das

CCI. Por estes fundamentos, planeei no meu projeto de Estágio, realizar algumas atividades que acrescentassem contributos valorativos à “Campanha de Higienização das Mãos”. Assim sendo, colaborei com a Enf.^a orientadora na realização de auditorias sobre a temática em apreço num serviço de internamento e numa UCI. Primeiramente procedi à observação dos profissionais, tendo em conta as oportunidades preconizadas para a higienização das mãos (nomeadamente antes do contacto com o cliente, antes dos procedimentos limpos/assépticos, após o risco de exposição a fluidos orgânicos, após o contacto com o cliente e após o contacto com o ambiente envolvente do cliente), respeitando o correto preenchimento do formulário da DGS. No decorrer das auditorias realizadas, verifiquei a existência de algumas não conformidades em relação ao recomendado e, percebi que o momento mais negligenciado pelos profissionais, é “o momento antes do contato com o cliente”. Rememorando as palavras de Geada e Pedro (2003, p. 44), acentuo que, “os enfermeiros bem cuidados saberão melhor cuidar dos outros que dependem de si”.

Ter oportunidade de colaborar no processo de realização de auditorias tornou-me uma pessoa mais atenta não só para com os cuidados prestados pelos outros mas, também me conduziu à reflexão profunda na e sobre a minha prática, o que regulou os meus comportamentos e me direccionou para um cuidar mais seguro e, acima de tudo, mais refletido. Watson (2001) refere que, “cuidar (...) requer estudos sérios, reflexão, ação e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar...” (p.56)

Tive também a oportunidade de alertar os enfermeiros para as boas práticas na realização de cuidados de higiene e na realização de pensos. Na verdade, a formação feita de um modo informal é uma constante na CCI e surge frequentemente por levantamento de questões que são colocadas pelo membro dinamizador ao enfermeiro da CCI, ou quando este se desloca aos serviços/unidades. (Veiga, 2003)

Nas unidades de saúde, a avaliação das estruturas para a higiene das mãos (nomeadamente a disponibilização das soluções alcoólicas junto dos locais de prestação de cuidados, assim como, a presença de lavatórios nos locais apropriados para os procedimentos que exigem a lavagem das mãos com água e sabão), é outra exigência que faz parte desta campanha e que é realizada pela enfermeira da CCI. Os resultados da avaliação traduzem o compromisso e o empenho dos órgãos de gestão das unidades.

Dando continuidade a esta problemática, colaborarei também no registo dos dados encontrados nas auditorias, transcrevendo-os para a plataforma informática da “Campanha Nacional da Higiene das Mãos”. Em meados de Janeiro 2012, a DGS anunciou os resultados encontrados na referida campanha: a nível nacional houve um total de 224726 oportunidades registadas, (168569 em 2010); 148999 ações (107818 em 2010); uma taxa de adesão Nacional de 66,3% (64% em 2010) (DGS, 2012). Através dos resultados apresentados, podemos verificar que houve uma maior adesão e sensibilização para a prática da higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde mas, sugerem-nos também que, é necessário continuar a promover esta prática para aumentar a adesão à higiene das mãos. Apesar de haver uma aproximação à meta pretendida pela OMS: 90% de adesão nacional dos profissionais, é fundamental a melhoria dos comportamentos. Para manter a sustentabilidade desta campanha, terão de se desenvolver mais iniciativas que continuem a envolver os profissionais de saúde e a perceber a disparidade das taxas de adesão entre os intervenientes. (DGS, 2011)

Procurei impulsionar as atividades já desenvolvidas através de uma sessão de formação que, para além da melhor sensibilização dos profissionais para as mudanças de atitudes e de comportamentos em benefício dos clientes, identificasse os fatores que contribuem para a não adesão às boas práticas de higienização das mãos. Cada vez mais, é fundamental o envolvimento e o compromisso de cada profissional de saúde, que garanta a cada cliente o direito a uma prestação de cuidados segura. De acordo com DGS (2010, p.16) “A formação em serviço é um momento útil para a instrução dos profissionais sobre as indicações de higiene das mãos e discussão dos resultados do seu desempenho fornecidos pelas auditorias”. Neste encadeamento, preparei uma sessão de formação para divulgar os resultados da “Campanha das Mãos” realizada em 2010 numa UCI deste hospital (Plano de sessão e folhetos de *power point* em APENDICE VII). A transmissão dos resultados encontrados permitiu-me dar os reforços positivos sobre as boas práticas e possibilitar a reflexão sobre a identificação de não conformidades e sobre a possibilidade de melhorar comportamentos e aprimorar a qualidade. No final, foi entregue um questionário de avaliação da sessão de formação aos presentes, que a classificaram em 4 numa escala de *Lickert* (de 0 a 4 pontos). A avaliação da sessão de formação e o tratamento dos dados obtidos encontram-se em ANEXO IV e, APENDICE VII.

Também, com o intuito de sensibilizar os familiares e as visitas dos clientes, colaborei na elaboração de um folheto sobre a importância da higienização das mãos a realizar antes e após o momento da visita ao cliente - medida importante para a redução da transmissão de IACS. (APENDICE VIII).

Como Enfermeira e futura especialista na área de enfermagem Médico-Cirúrgica, assumo a responsabilidade de realizar/contribuir para a formação dos profissionais de saúde e, nos processos de ensino/educação para a saúde de clientes, família e seus conviventes mais significativos, sobre as boas práticas, de modo a não quebrar a barreira da segurança e a aprimorar a qualidade dos cuidados.

1.2 MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS / INTERMÉDIOS

Este Módulo foi realizado numa UCI, de um hospital de Lisboa, no período de 26 de Setembro a 18 de Novembro de 2011.

A minha escolha para a realização do módulo de Estágio em contexto de cuidados intensivos/intermédios, recaiu no facto de ser uma unidade considerada como uma das mais modernas em Portugal possuindo uma tecnologia avançada no que diz respeito à monitorização e vigilância da pessoa em situação crítica.

A UCI encontra-se localizada no primeiro andar. É de vertente polivalente sendo que a grande maioria dos clientes são do foro cirúrgico, pelo que existe uma grande rotatividade de clientes. Recebe também clientes submetidos a cirurgia cardíaca, sendo que, relativamente ao primeiro semestre de 2010, de 884 internamentos na UCI, 69% corresponderam a episódios cirúrgicos, dos quais 12% representam clientes submetidos a cirurgia cardíaca, (Gonçalves, 2010). Neste local, são também efetuados em número elevado, procedimentos clínicos e técnicas invasivas, tais como, técnicas de substituição renal, plasmaforese, colocação de drenagens torácicas, etc. Inevitavelmente, obriga a um cuidadoso investimento na aquisição, aprofundamento e mobilização de conhecimentos teóricos e teórico-práticos por parte dos profissionais de saúde, para darem resposta adequada e de qualidade aos cuidados de saúde ao cliente em situação crítica. Tal como nos refere o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010, p.3)

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o

Curso Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.

A existência de luz natural durante todo o dia é um fator ambiental que caracteriza esta unidade e que considero importante na promoção do bem-estar, quer para os profissionais que trabalham neste local, quer para quem necessita dos cuidados de saúde. Num estudo realizado em 2004 por Crossetti e Vianna, sobre o modo como os enfermeiros percebem o cuidar de si e do outro em UCI, os participantes (enfermeiros) referiram que um ambiente mais iluminado possibilita um ambiente terapêutico, capaz de estimular o processo de recuperação do cliente em UCI.

Do ponto de vista estrutural, a unidade possui uma lotação de 8 unidades (tipo *box*) dispostas em redor de uma unidade central que permite, quer a vigilância de todos os clientes, quer a centralização da monitorização hemodinâmica. Cada *box* oferece condições de maior privacidade ao cliente e, está bem equipada em recursos materiais e equipamento para monitorização / tratamento, tais como, monitor, ventilador, seringas para perfusão contínua de terapêutica endovenosa e bombas infusoras. A realização do registo dos parâmetros monitorizados é contínua. Existe também uma *box* com possibilidade de cumprir pressão negativa ou pressão positiva, de acordo com as necessidades específicas de cada caso de isolamento de clientes.

Dispõe de médico presente 24 horas por dia, 32 enfermeiros e 12 Auxiliares de Ação Médica. O rácio enfermeiro/cliente é de 1:2. A equipa de enfermagem é constituída pelo Enfermeiro Responsável da UCI e por cinco equipas de enfermagem que trabalham em horário rotativo. Cada equipa tem um responsável, o enfermeiro com maior experiência profissional e/ou mais tempo de serviço.

Segundo a DGS (2003), as unidades de cuidados intensivos são locais qualificados onde é assumida a total responsabilidade pelos clientes, com disfunção de órgãos, com o intuito de suportar, prevenir e reverter falências com implicações vitais. A sua prática assenta numa continuidade de ações e procedimentos (quer humanos quer instrumentais), de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento em função das necessidades do cliente. Deste modo, é exigido a cada enfermeiro, competências e mobilização de saberes que lhe permitam cuidar de clientes com situações de saúde bastante complexas. Contudo, há que ter em conta que, dessas situações também fazem parte o sofrimento e a dor do próprio cliente e da sua família, pelo que é imprescindível a identificação de fatores de *stress*, que podem ser desencadeados pela doença grave e

pelo internamento na UCI (desde o aparato tecnológico, o isolamento face ao exterior, o excesso de estímulos auditivos, os múltiplos cuidados e tratamentos que recebe, bem como, a própria relação que estabelece com os profissionais de saúde), (In Almeida e Ribeiro, 2008). Na UCI realizam-se sofisticadas intervenções, mais ou menos eficazes no combate à doença que ameaça a vida do cliente. Está equipada com tecnologia avançada e munida de profissionais de saúde capazes de responder às necessidades do cliente em situação crítica. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, entende-se por cliente crítico “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (2008, p. 9).

O método de trabalho adotado nesta unidade é o individual, onde cada enfermeiro fica responsável, desde o início até ao final do seu turno, pelos cuidados prestados aos clientes que lhe são distribuídos, pelo que a organização dos cuidados é feita consoante a hierarquia de prioridades e/ou necessidades de cada cliente.

Tendo em conta a especificidade da realização deste módulo tracei alguns objetivos e desenvolvi inúmeras atividades que irei apresentar e analisar de modo reflexivo e crítico, avaliando que contribuíram para a aquisição e para o desenvolvimento de competências específicas na área da enfermagem médico-cirúrgica.

Gizei como objetivo geral - *“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao cliente em situação crítica e sua família”*.

Neste enquadramento, pretendi melhorar o meu nível de autonomia e de destreza profissional, bem como, a estrutura e flexibilidade do meu raciocínio, de forma a permitir-me agir eficazmente perante situações imprevistas e complexas no âmbito da situação emergente.

Como objetivos específicos pretendi:

- *“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao cliente submetido a cirurgia cardíaca internado na UCI”;*
- *“Desenvolver competências na promoção do desenvolvimento da gestão do risco/segurança dos cuidados na unidade de cuidados intensivos”*

Nesta UCI encontram-se internados clientes com situação clínica considerada grave, que merecem vigilância/monitorização contínua e cuidados de saúde especializados. Entre estes, encontram-se os clientes submetidos a **cirurgia cardíaca**.

Assim, considerei importante desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados ao cliente submetido a cirurgia cardíaca, uma vez que ao longo da minha experiência profissional nunca tive muito contacto com esta área específica de cuidados - a Cardiologia. Os clientes submetidos a cirurgia cardíaca e que fazem o pós-operatório neste local, são sobretudo sujeitos a cirurgias de *bypass* coronário e cirurgias de substituição valvular. Os cuidados referentes ao pós-operatório do cliente submetido a cirurgia cardíaca incluem a promoção e a manutenção da estabilidade hemodinâmica, bem como, a prevenção de complicações no pós-operatório. Constituem objetivos fundamentais do pós-operatório imediato, promover a função cardiovascular, manter a perfusão adequada dos tecidos e estabilizar de modo eficaz os parâmetros hemodinâmicos.

Das atividades desenvolvidas relevo que, fiquei responsável pelos cuidados de enfermagem a realizar a um cliente que tinha sido submetido a uma cirurgia cardíaca, mais especificamente a um encerramento da comunicação inter auricular. O senhor apresentava uma drenagem pericárdica e outra mediastínica, conectadas em y e em aspiração ativa. Manifestava-se muito instável do ponto de vista hemodinâmico, (com valores de tensão arterial baixos e frequência cardíaca tendencialmente bradicardica), tendo sido necessário ajustes frequente de soros e de medicação (nomeadamente a correção da volémia e ajustes contínuos nos ritmos de perfusões endovenosas de fármacos vasoativos). A dada altura, pude constatar a presença de coágulos no conteúdo drenado. Observei a técnica de “mugir” a drenagem que, de imediato foi fundamentada pelo médico que realizou o procedimento. Após a realização desta técnica constatei um aumento súbito da drenagem hemática (superior a 500ml num curto espaço de tempo). Colaborei na preparação, administração e supervisão da medicação necessária para estabilização hemodinâmica do cliente. Contudo, houve a emergência de (re)intervencionar cirurgicamente este senhor, pelo que tive a oportunidade de o acompanhar ao bloco operatório e de assistir à sua intervenção cirúrgica.

Observei a organização da sala do bloco operatório, nomeadamente a circulação do pessoal e a circulação dos materiais. Foquei a minha atenção para a preparação do ato cirúrgico (cuidados com a assepsia, a manutenção da segurança e o princípio da assepsia progressiva). A segurança dos cuidados foi garantida pelas enfermeiras que preparavam o campo cirúrgico, que manipulavam os instrumentos cirúrgicos e que preparavam a mesa cirúrgica. De acordo com o PNCI (2004, p.3), “O risco de infeção está relacionado

com fatores intrínsecos (do doente e da própria cirurgia), aspetos da preparação pré-operatória e fatores intra e post operatórios.” Após a cirurgia, acompanhei o cliente até à UCI onde colaborei em todos os cuidados, desde o momento da sua (re)admissão – procedimentos que envolveram todos os cuidados prestados desde a estabilização hemodinâmica e ventilatória até aos cuidados de conforto. Constitui uma experiência que acrescentou a minha aprendizagem, não só porque pude acompanhar e presenciar a continuidade desta situação crítica, mas também porque tive a oportunidade de assistir a uma cirurgia cardíaca e observar os cuidados de saúde desenvolvidos no período peri-operatório.

Durante o estágio, tive uma segunda oportunidade para assistir a uma cirurgia cardíaca. Desta vez, uma cirurgia a um *bypass* da artéria coronária. Esta constituiu também um bom momento de aprendizagem, na medida em que os cirurgiões estiveram disponíveis para me explicar os procedimentos/intervenções que foram desenvolvendo. Tive a oportunidade de observar a realização de enxertos da veia safena e da artéria mamária interna. Presenciei também a realização da anastomose de uma porção excisada da veia safena, bem como, a da artéria mamária interna que foi anastomosada à parte distal da artéria coronária. Embora todos os profissionais tivessem funções e atividades distintas (preparar mesa operatória, preparar terapêutica anestésica, desinfetar o local cirúrgico, entre outras), a finalidade a atingir era a mesma, a excelência em qualidade dos cuidados de saúde. Tal como nos diz a Ordem dos Enfermeiros no Parecer nº10/2010, sendo o bloco operatório um local muito particular pela especificidade dos cuidados desenvolvidos, o risco (de variada ordem) existe, pelo que a manutenção e a segurança do ambiente cirúrgico, são regras fundamentais nos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros do bloco operatório.

Todos os clientes que são submetidos a cirúrgica cardíaca necessitam de receber cuidados, durante um tempo transitório numa UCI, por ser um local que assegura uma vigilância contínua com ações e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, 24 horas por dia, com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) qualificados e preparados para agir perante as situações que surgem, com a tecnologia que dispõem, (DGS, 2003). O pós-operatório neste local e, assim que o cliente se encontra estabilizado do ponto de vista ventilatório e hemodinâmico, pode ser bastante rápido (um dia, tal como pude assistir).

A vivência de uma cirurgia cardíaca provoca no cliente uma grande fragilidade emocional. Sendo, o enfermeiro um elemento chave na equipa multidisciplinar, tem um papel primordial em todo o período peri operatório, na medida em que está presente 24 horas por dia, estabelecendo-se entre ambos uma relação de ajuda e/ou de suporte emocional. De acordo Hesbeen (2000, p.47)

“quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas.”

Tive também a oportunidade de passar uma manhã no serviço de hemodinâmica deste hospital. Fui recebida por uma das enfermeiras, que faz parte deste serviço, a qual me mostrou as infra estruturas do mesmo e me explicou a sua dinâmica de funcionamento. Integra-se pelo “Centro de Ritmo Cardíaco” - sala de arritmologia, que agrega uma sala de comandos (local onde são enviados vários estímulos elétricos, para estudar a capacidade elétrica do coração); sala de recobro (com duas camas) e, uma outra sala onde se realizam outros exames, tais como, o cateterismo cardíaco, angioplastia coronária e colocação de *stents* intra coronários. Neste dia de estágio tive a oportunidade de assistir a vários procedimentos no âmbito da cirurgia hemodinâmica, nomeadamente cateterismo por via arterial; estudo de arritmias para diagnóstico da etiologia e dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes e, substituição de um *pacemaker*. Foram situações que promoveram a mobilização e aquisição de novos saberes, uma vez que nunca tinha tido a oportunidade de presenciar a realização de tais procedimentos. Contactar com a área especializada da Cardiologia levou-me a procurar e a aprofundar novos conhecimentos. Considero importante ter um perfil profissional em constante desenvolvimento, quer seja para acompanhar as constantes inovações tecnológicas e terapêuticas, quer seja para resolver questões sendo a melhor tomada de decisão a que é baseada na evidência científica.

A concretização do objetivo relacionado com a **gestão do risco/segurança dos cuidados** justifica-se, atribuindo a maior importância ao enunciado no Código Deontológico de Enfermeiro (CDE). Compete-nos procurar a excelência do exercício, através de uma análise crítica do trabalho efetuado reconhecendo eventuais falhas que mereçam mudança de atitudes, bem como, a constante atualização dos conhecimentos

de modo a proceder a uma otimização segura das tecnologias que acompanham a evolução das ciências humanas. (CDE, art.º88)

Os cuidados de saúde têm sofrido importantes transformações, pelo que exigem a contextualização de novos conhecimentos técnico-científicos baseados na evidência, tal como refere Saraiva (2010, p.2), “o acto de Enfermagem é cada vez mais confrontado com a exigência de novos saberes técnicos em detrimento do relacionamento humano”. Neste contexto, após um pequeno período de integração na equipa multidisciplinar, identifiquei as principais áreas formativas (exemplo: terapêutica específica, técnica de plasmaforese, monitorização por cateter de *Picco*), onde senti a necessidade de atualizar e aprofundar os meus conhecimentos para, deste modo, prestar sólidos cuidados de enfermagem ao cliente em situação crítica ou semi-crítica.

A revisão da literatura que realizei, ajudou-me a sentir melhor fundamentada e mais segura para executar as diversas atividades e para estabelecer prioridades de intervenção de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa/cliente. Prestei cuidados especializados a clientes que se encontravam em situação crítica, “...com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros 2010, p. 1).

No meu desempenho, saliento a prestação de cuidados a uma senhora que tinha sido submetida a uma gastrectomia total e que se encontrava em situação crítica caracterizada por choque séptico. Esta cliente estava monitorizada através de cateter hemodinâmico de *Picco*. Este, segundo Luís (2009, p.7):

“é um procedimento de escolha para a avaliação do desempenho cardíaco nos clientes com assistência mecânica. A monitorização por cateter de PICCO é eleita para a determinação dos principais parâmetros hemodinâmicos de um cliente crítico, que pode estar instável hemodinamicamente, estar em choque, em edema pulmonar, ou em falência multiorgânica. Esta monitorização hemodinâmica contribui para o estabelecimento de um diagnóstico, monitoriza continuamente determinados parâmetros e constitui-se num guia para a determinação da terapêutica ideal.”

Esta monitorização hemodinâmica constituiu um procedimento novo para mim. Até aquele momento nunca tinha tido a oportunidade de assistir à monitorização hemodinâmica através de tal cateter pelo que me disponibilizei a assistir à realização do ponto hemodinâmico pelo médico, bem como, ao seu ensino sobre o funcionamento do cateter de *Picco*. Depois parti para a pesquisa bibliográfica e a revisão da literatura que

me pudessem melhorar a fundamentação dos conhecimentos. Nos dias que se seguiram, a monitorização através de cateter de *Picco* foi também iniciada no meu local de trabalho e considerei uma mais-valia para a prática de enfermagem os momentos de ensino/aprendizagem que cumpri em estágio e que transpus para o meu desempenho profissional - procurei partilhar com os meus colegas de trabalho os conhecimentos aprendidos em estágio (momentos de formação informal). Também, o facto de me sentir familiarizada com tal procedimento, levou-me a adotar uma atitude mais segura nos cuidados de monitorização e vigilância contínua do cliente que necessitava de ter o referido cateter. A mobilização de conhecimentos em torno de áreas específicas de intervenção assume a maior importância, na melhoria da prática de cuidados que se transportam para o contexto de trabalho. Neste sentido, pretendi não só contribuir para o meu aperfeiçoamento pessoal mas também para o desenvolvimento dos meus pares.

Outra monitorização que pude efetuar foi a capnografia, (método de monitorização da eficácia ventilatória). Não estando muito familiarizada com este procedimento, senti a necessidade de proceder a pesquisa bibliográfica que me facilitou a compreensão de tal prática.

Outra oportunidade de aprendizagem foi, o conhecimento do “Protocolo de Hipotermia” que é realizado em clientes que recuperam ritmo cardíaco após 30 minutos em paragem cardio respiratória. Considerei importante realizar pesquisa bibliográfica sobre este tema, uma vez que, bem fundamentada poderei transmitir aos enfermeiros e aos médicos do meu serviço, conteúdos teóricos atuais e achados da investigação referentes a esta prática que, visa a preservação dos órgãos nobres e a qual demonstra benefício para o emprego de hipotermia na recuperação dos pacientes pós-PCR. De acordo com os estudos realizados, existem evidências que demonstram um benefício para o emprego da hipotermia na recuperação dos clientes pós-PCR. Feitosa-Filho *et al* (2009, p.68) referem que “A maior parte dos estudos foi realizada em pacientes sobreviventes de FV/TV extra-hospitalares e, por isso, neste ritmo de PCR está definitivamente indicada a hipotermia terapêutica”. Como futura enfermeira especialista, considero importante refletir sobre a minha prática perante outras formas de fazer e de saber, pois os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em práticas recomendadas, convertendo os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes.

Para além das situações acima relatadas, ao longo deste estágio, fez também parte das minhas atividades a prestação de cuidados especializados ao cliente com falência multiorgânica, com necessidade de ventilação mecânica, bem como, cuidados ao cliente com técnica contínua/intermitente de substituição renal. A sua realização exigiu conhecimentos científicos e técnicos atualizados, e como futura enfermeira especialista, coube-me um papel fulcral de desenvolver cuidados que visassem as 7 categorias enunciadas pela OE – a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

Área da Prevenção e Controlo de IACS

A DGS refere no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de IACS (2007), que a UCI é um local onde as pessoas se tornam vulneráveis às múltiplas infeções devido à utilização de procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes. Um em cada quatro doentes internados numa UCI tem o risco acrescido de adquirir uma IACS.

O facto de ter iniciado o Estágio na CCI, permitiu-me transpor para este módulo, as competências adquiridas e, deste modo, desenvolver algumas atividades relacionadas com a prevenção e o controlo de infeções hospitalares. Procurei dar relevo às boas práticas em cuidados de saúde e contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados prestados através da prevenção e da divulgação/implementação de medidas de controlo das IACS. Enquanto futura enfermeira especialista compete-me planear estratégias de forma a maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante o cliente em situação crítica e/ou falência orgânica, face à situação vivenciada.

Colaborei na colocação de CVC, de Linhas Arteriais (LA) e de cateteres de *Picco*. Estes procedimentos realizaram-se segundo as *guidelines* de Prevenção e Controlo de infeções. Por exemplo, na colocação do cateter intravascular, procedeu-se à higienização das mãos, ao uso de barreiras protetoras estéreis, à escolha de CVC com o número mínimo de lúmens para reduzir o número de portas de entrada a microrganismos, à desinfeção da pele com *clorohexidina* 5% e ao respeito da técnica asséptica, tal como preconizado pelo CDC, 2011.

Ao acompanhar a prestação de cuidados realizados pelos diversos profissionais de saúde desta unidade, identifiquei algumas situações de não conformidade em procedimentos e/ou recomendações praticadas, pelo que as sinalizei como oportunidades de melhoria / necessidades de formação. As necessidades detetadas relacionaram-se com, os cuidados na aspiração de secreções, mais propriamente com o desconhecimento de uma pressão recomendada. Após ter agendado uma reunião com o Enf.º Chefe, foi consensual a necessidade de aprimorar as referidas áreas de cuidado. Assim procedi à elaboração e aplicação de um pequeno questionário a 16 enfermeiros desta unidade, de forma aleatória. (APENDICE IX). As finalidades deste questionário foram, perceber se estes profissionais de saúde tinham conhecimento sobre a pressão que é recomendada para a aspiração de secreções traqueais; se antes de procederem à aspiração de secreções verificavam a pressão no barómetro e, se procediam de acordo com as práticas recomendadas pela SHEA / IDSA (2008). Posteriormente, os resultados encontrados foram apresentados numa sessão de formação intitulada “Cuidados a ter na Aspiração de Secreções”. (Plano de sessão e folhetos de *power point* apresentado em APENDICE X). No entanto, apesar das pessoas parecerem ter mostrado interesse pela temática em apreço; o momento de responder ao questionário ter provocado a troca de ideias entre elas, e, a sessão de formação ter sido divulgada antecipadamente, esta apenas contou com a presença de 6 enfermeiros, o que me levou a questionar - “até que ponto as pessoas estarão motivadas para a formação em serviço?”. No final da apresentação, foi pedido a avaliação da mesma aos enfermeiros, através de um questionário (APENDICE X). Na avaliação: dos conteúdos, da formadora e dos recursos pedagógicos, a avaliação foi congruente - 5 numa escala de *Lickert* de 5 pontos. Para facilitar a análise da avaliação da formação, foi colocada em APENDICE X. Esta sessão formativa proporcionou um momento de partilha de experiências e o esclarecimento de dúvidas e de questões que os formandos manifestaram. No final da sessão de formação, deixei na unidade, em *dossier* próprio, três artigos científicos referentes a esta temática e as premissas teóricas que sustentaram a formação.

Ainda na área da prevenção e controlo de IACS, realizei também 7 observações relativamente à troca dos sacos de recarga, através de uma grelha de observação que elaborei e validei com a Enf.^a da CCI (APENDICE XI). Posteriormente, como forma de organizar a sessão de formação “Cuidados na troca dos sacos de recarga” às AAM, foi elaborado um plano de sessão, a apresentação e a análise de resultados das observações.

A formação contou com a presença de 4 AAM. No final da mesma, foi realizada a avaliação da formação, através da aplicação de um pequeno questionário classificado em 5 (APENDICE XII).

Considero que a realização da sessão de formação, constituiu um benefício para a equipa de AO, uma vez que a mesma se encontra em reestruturação, apresentando elementos novos que nunca trabalharam em meio hospitalar. Atribuo a esta razão, a dinâmica de informação que se caracterizou pela partilha de ideias e a curiosidade espelhada nas questões erigidas por estas profissionais.

Do ponto de vista da ética profissional saliento, que inicialmente houve uma entrevista com o Enfermeiro Chefe da UCI, onde foram apresentados os objetivos a que me propunha, bem como, as atividades a cumprir. Foi também realizado um pedido de autorização dirigido à administração deste hospital, para se proceder às observações anteriormente referidas, (APENDICE XIII).

Área da Gestão do Risco

O ambiente da UCI é favorável à ocorrência de erro clínico e não clínico. A interação homem-máquina, a necessidade de monitorização prolongada, o padrão de trabalho em equipa, as situações de *stress* sustentam a probabilidade de ocorrência de erros. (Fragata e Martins 2004)

A OMS (2007) refere que, continuam a existir nas instituições de saúde lacunas na identificação correta dos clientes dando origem a erros de medicação, erros de transfusão, erros de ensaios e procedimentos na pessoa errada. Felizmente existem várias estratégias e intervenções que podem reduzir o erro na identificação do cliente.

Relativamente à administração de sangue e hemoderivados, tive conhecimento da existência de não conformidades no seguimento correto das *guidelines*, quer por parte dos enfermeiros quer por parte dos AO pelo que elaborei, em co autoria com uma colega do curso de especialidade em estágio na mesma unidade, uma *check list* com o intuito de suportar uma prática segura e de prevenir a possibilidade de eventos adversos. A *check list* assinala os cuidados referentes às etapas de pré administração, administração e pós administração. Determina também a importância da identificação do cliente correto ao longo do processo e, procedimentos a cumprir no caso de acontecer uma reação transfusional. (APENDICE XVII) De acordo com a American Society of Registered Nurses (2008, p.3) “Evidence based clinical guidelines for individual blood

components, transfusion monitoring systems and quality assurance programs are vital to prevent blood transfusion errors”.

Similarmente, uma necessidade que identifiquei logo nos primeiros dias de estágio, foi a (re)organização do carro de medicação. Este apresentava uma disposição da terapêutica pouco orientadora relativamente ao acesso à medicação. Por considerar fundamental a segurança nos cuidados que são prestados e estando atenta a possíveis erros que pudessem acontecer na gestão do medicamento/ administração de terapêutica, elaborei uma proposta onde, através do cumprimento das recomendações da *Joint Commission*, sugeri uma melhor identificação e organização da terapêutica neste carro (APENDICE XVIII). A dita proposta bem como, a *check list* foram entregues ao Enfermeiro Chefe da UCI que as analisou e que referiu serem atividades pertinentes, no entanto, à data do término do estágio aguardava ainda a autorização da coordenação da UCI para a sua implementação. Com a realização destas atividades, considero ter atingido a competência definida pelo regulamento geral de Mestrado de Natureza Profissional da UCP-ICS (2010, p. 5) “Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização”.

Também no âmbito da gestão de risco e tendo em consideração as necessidades formativas reconhecidas, propus realizar algumas atividades em co autoria com a colega de curso. Numa primeira fase, foi elaborado um questionário sobre “Gestão do Risco na Preparação e Administração da Medicação e Hemoderivados: condutas e propostas de prevenção na perspetiva da equipe de enfermagem”, com o intuito de perceber o modo como os enfermeiros conduzem na prática as atividades relativas à preparação e administração da medicação e de hemoderivados. Do ponto de vista da ética profissional foi necessário obter o parecer da Comissão de Ética deste hospital para a realização deste estudo (APENDICE XIV). Este questionário foi submetido a um pré-teste (aplicado a quatro enfermeiros de outra UCI) e, após as retificações necessárias, relacionadas com o rigor estrutural e gramatical, foi aplicado a 16 enfermeiros desta UCI, de forma aleatória. (APENDICE XV). Qualquer investigação que envolva seres humanos deve ter em conta o ponto de vista ético, (Fortin, 2009). Neste estudo foram assegurados os principais princípios do Código de Ética de Investigação: Direito à Auto-Determinação; Direito à Intimidade; Direito ao Anonimato e Confidencialidade; Direito à Proteção contra o Desconforto e Prejuízo e, o Direito a um Tratamento Justo e Equitativo. Após realização de tratamento e análise de dados recolhidos no referido

questionário, planeamos sessões de formação em serviço nas áreas do “Erro Terapêutico” e do “Erro Transfusional”, (Plano de sessão e folhetos do *power point* das sessões de formação em APENDICE XVI). Saliento que, cada tema foi apresentado em dois momentos de formação em contexto de trabalho para tentar transmitir a informação recolhida ao maior número possível de enfermeiros. Após cada apresentação, foram proporcionados momentos de análise que partiram dos resultados divulgados para a apreciação das práticas desenvolvidas e edificação de estratégias que permitam melhorar a segurança dos cuidados.

A avaliação das respectivas formações foi muito positiva. Relativamente, à formação “Erro Transfusional” contou com a presença de 5 enfermeiros, no dia 27.10.11 e foi avaliada em 5 em todos os indicadores (Muito Satisfeito). Quanto à formação “Erro Terapêutico”, realizada no dia 3.11.11, contou também com a presença de 5 enfermeiros. Foi avaliada em 5 com exceção do indicador – recursos pedagógicos - que foi avaliado em 4 (satisfeito). Dados referentes à avaliação em APENDICE XVI.

Pondero imperativo que os enfermeiros desenvolvam as capacidades de observação e de redobrada atenção aos cuidados prestados que garantam a administração correta e segura da terapêutica e/ou de hemoderivados. Tal como nos diz Benner “É, igualmente necessário, que a enfermeira vigie de maneira perita os efeitos secundários, as reacções, as respostas aos tratamentos, a toxicidade e as incompatibilidades. Uma tal vigilância, (...), pode decidir a vida ou a morte de um doente.” (2001,p. 152)

Foi minha preocupação, deixar o material que suportou teórico-cientificamente as sessões de formação que foram ministradas, numa pasta que pudesse ser partilhada, em suporte informático, para facilitar o acesso e a consulta da informação transmitida.

Enquanto futura enfermeira especialista, considero fundamental ser agente de mudança através de uma atitude interventiva com vista à promoção da melhoria em cuidados de enfermagem. Contudo tenho plena noção que, por vezes, representa um trabalho árduo e moroso ao nível da operacionalização da mudança de atitudes e de comportamentos. Este processo de aprendizagem pretende, tal como nos diz Caseiro *citado por* Deodato (2010, p. 4) “dar sentido ao vivido e ao conhecido compreendendo melhor para melhor agir”.

Assumi a responsabilidade de cuidar de um cliente proveniente do bloco operatório que tinha sido submetido a uma cirurgia de substituição de válvula aórtica.

Imediatamente após a sua admissão, o cliente desencadeou um episódio de fibrilhação ventricular, tendo levado a ação imediata e conjunta da equipa de saúde que iniciaram as medidas de suporte avançado de vida (SAV) respeitando os algoritmos atuais do SAV.

Nesta situação de emergência, presenciei a dinâmica de funcionamento dos vários elementos da equipa e em simultâneo refleti sobre o meu comportamento perante situações de idêntica natureza. Na verdade, as situações de urgência requerem uma atuação consciente e segura de toda a equipa pelo que obriga ao investimento da permanente atualização de conhecimentos. Constatei que as manobras de reanimação eram realizadas tendo por fundamentação o conhecimento das recomendações e *guidelines* de 2010 do ECR, nomeadamente o que se refere ao algoritmo de SAV. Por vezes, a falta de organização por parte dos elementos envolvidos pode levar ao desvio deste algoritmo trazendo consequências graves. De acordo com Nunes, (2007, p. 10) “Em Emergência a abordagem de um doente crítico é uma situação potenciadora de stress, em que as decisões devem ser tomadas de forma sistemática e sistematizada, rapidamente e numa sequência de prioridades”. Considero que, o *stress* acaba por ser transmitido, de uma forma consciente ou inconsciente a cada pessoa. Sem dúvida que, o conhecimento e a experiência são dois fatores que contribuem grandemente para uma postura adequada em emergência. Tal como nos refere Nunes (2007, p. 10), “O domínio cognitivo, do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática são factores de extrema importância para reduzir o stress da decisão e da acção”. Compete aos que têm a missão de reanimar regularmente, a obrigação de conhecer e de proceder de acordo com as recomendações atualizadas. Co-existe a necessidade de uma preparação eficiente onde se inclui a formação de competências técnicas e não técnicas, como o trabalho em equipa, a liderança e fundamentalmente a comunicação. Tal como nos refere Benner relativamente à gestão eficaz de situações de evolução rápida, “São precisos imensos conhecimentos e competências para se determinar a gravidade de uma situação e a necessidade de uma intervenção rápida.” (2001,p. 141)

O internamento numa UCI é, uma situação inesperada na vida de uma pessoa. Segundo Rosenheir, Lunardi e Filho *citados por* Saraiva e Martinho (2011, p. 32) “as suas vivências são descritas como permeadas pela solidão e desamparo, sentem-se controlados por máquinas (...) desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente com o desencadeamento de reacções que variam do silêncio, ao choro e á agitação”. A

gravidade da situação e o próprio ambiente da unidade reproduzem uma resposta de *stress* tanto no cliente como na sua família. (Urden, Stacy e Lough, 2008)

Um dos fatores positivos desta UCI, deve-se ao horário alargado das visitas (das 11h-21h) que se traduz em conforto tanto para o cliente como para a sua família. Num estudo realizado por Rosário *citado por* Saraiva e Martinho (2011), sobre a comunicação com o cliente ventilado, os clientes entrevistados referiram como aspetos positivos “a presença da família e a presença e o apoio dos enfermeiros que lhe transmitia segurança e tranquilidade.” As vozes e a presença dos familiares podem contribuir para a melhoria do estado clínico.

Nos processos de tratamento e de recuperação, a família deve ser um elemento presente no restabelecimento da saúde do seu familiar e como tal, deve ser um foco de atenção por parte dos enfermeiros. Tal como presenciei ao longo deste estágio, muitas vezes recorrem a estes profissionais, estabelecendo verdadeiras redes de comunicação, de relação e de suporte emocional para medos, receios, angústias, dúvidas e conflitos. Segundo Saraiva e Martinho (2011) as expectativas deste grupo relativamente ao papel do enfermeiro baseiam-se sobretudo na comunicação, nas aptidões e conhecimentos teóricos e práticos que se evidenciam nas suas atitudes e comportamentos em contexto e em relação. Também, num estudo realizado por Santos e Silva *citado por* Saraiva e Martinho (2011), sobre a mesma temática, estes descrevem que as dificuldades de comunicação relativamente à família e ao cliente em situação crítica dizem respeito, à gravidade do estado clínico do cliente, às informações veiculadas que nem sempre são compreendidas, à própria dinâmica das unidades, bem como, o grau de desconhecimento pelo profissional de saúde da evolução clínica do cliente; o desconhecimento sobre o modo de ser e perceber do cliente e da família. Acrescentam ainda que, por vezes, as dificuldades são inerentes ao próprio profissional, pelo seu constrangimento e insegurança ou, pelo uso de uma linguagem demasiada técnica, ou pelo fornecimento de informações superficiais. Atendendo à humanização como indicador de qualidade dos cuidados, considere fundamental desenvolver e melhorar competências comunicacionais, tais como, a compreensão empática, o respeito, a autenticidade e a aceitação incondicional, no âmbito do suporte emocional ao cliente e sua família em situação crítica, valorizando estes cuidados no caminho para a excelência do cuidado.

Na verdade considero que, de modo gradual fui desenvolvendo e aprimorando as habilidades comunicacionais, refletindo nas e sobre dificuldades de modo a dar resposta eficaz às reais necessidades de cada cliente e sua família. Neste sentido, utilizei muitas vezes, como técnicas de comunicação aprofundada em Enfermagem, a escuta ativa e o silêncio. Através deste, proporcionei espaço ao cliente e à sua família de modo a favorecer a reflexão de cada um. Esta sensibilidade, entre enfermeira-familiar/cliente, tem por base a linha de pensamento da teórica Watson, segundo a sua teoria, o cuidar é a essência da Enfermagem, onde há uma co-compartilha quer para com o cliente quer para com o a sua família. Ambos necessitam de uma atenção que promova a assistência humana, a saúde e a qualidade de vida. (Souza, Chaves e Silva, 2006).

Como estratégias e intervenções na comunicação com o cliente crítico, utilizei a comunicação verbal e não verbal, Na comunicação não verbal tive em conta a expressão facial, gestos, postura corporal e o toque terapêutico. De acordo com Saraiva e Martinho (2011, p. 37) “o toque consiste num meio de comunicação não verbal que é essencial durante a vida do ser humano, pois através dele podemos transmitir carinho, confiança e estímulo podendo significar, para o doente, a valorização da pessoa”. Promovi também o ambiente terapêutico, diminuindo o volume de alarmes dos monitores e ventiladores; retirei equipamento tecnológico da unidade do cliente sempre não era usado; sempre que prestei cuidados (realização de um penso, cuidados de higiene ou realização de alguma técnica), fechei as portas da respectiva *box*, de modo a proporcionar privacidade. No momento de admissão de um cliente nesta UCI, tive o cuidado de explicar ao cliente e à sua família, a função de alguns equipamentos tecnológicos que se encontravam na *box*, validando a sua compreensão sobre a informação transmitida, dando-lhes espaço para o esclarecimento de dúvidas e de questões.

Houve algumas situações que presenciei em que o familiar por ver o seu ente querido no meio de um grande aparato de equipamento, tubos e fios, apenas permanecia a olhar com receio de lhe tocar. Oferecendo presença, disponibilidade e atenção, recorri à utilização de linguagem clara, adequada e acessível, incentivando-as à relação, ao toque e à comunicação. Segundo Benner (2001, p. 90) “...a enfermeira apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família na cura do doente, dando-lhes as informações necessárias para lhe providenciar cuidados físicos e trazendo-lhes um apoio afectivo”. Verifiquei que, após o meu incentivo, o familiar se mostrava mais confiante e seguro para (re)estabelecer a comunicação com o seu ente querido.

Inerente à minha prática profissional, está o facto de cuidar do(s) outro(s) de uma forma holística, e considero ter evidenciado essa forma de cuidar, ao longo da realização deste estágio. A minha atitude e postura enquanto profissional de saúde segue a linha de pensamento de Watson (2002, p. 55) “Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.”

Deste modo, considero ter desenvolvido competências relacionadas com o “Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família (...)”. (Regulamento Geral de Mestrado de Natureza Profissional UCP-ICS 2010, p.5).

1.3 MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O módulo I – SU, decorreu no período compreendido entre 21 de Novembro de 2011 e 27 de Janeiro de 2011.

A realização deste estágio teve lugar no SU de um hospital com gestão de parceria público-privada - Hospital Dr. José de Almeida. A escolha da instituição foi promotora de expectativas de oportunidades de ensino-aprendizagem e de desenvolvimento quer a nível profissional, quer a nível pessoal. O facto de ser um hospital recente, apenas com dois anos de existência, constituiu também mais uma oportunidade de desenvolver competências na área de cuidados especializados à pessoa em situação urgente ou emergente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados. O SU deste hospital tem como área de influência o concelho de Cascais. O número de clientes atendidos em 2010 foi 13.247, de acordo com os dados estatísticos obtidos no portal informático deste hospital. Presta assistência aos clientes em fase aguda, do foro médico, cirúrgico, ortopédico, que necessitem de cuidados urgentes e emergentes. Citando o Regulamento do Serviço de Urgência do referido hospital (2011, p. 6), a Urgência Geral “é uma unidade de acção médica com autonomia, destinada a prestar cuidados de saúde urgentes e emergentes”. De acordo com a DGS (2001), entende-se por cuidados urgentes, todas as situações de instalação súbita, que podem ir desde as não graves às mais graves com risco de falência dos sinais vitais. E por cuidados emergentes, as situações de estabelecimento súbito, em que existe o eminente compromisso de uma ou mais funções vitais. Deste modo, as situações clínicas que se

enquadram nestes conceitos necessitam de ser atendidas num SU que garanta a assistência eficaz sob o ponto de vista humano, científico, técnico e relacional.

De modo a otimizar o meu processo de integração foi fundamental conhecer a estrutura física e dinâmica de funcionamento deste SU. A urgência geral apropriada uma sala de admissão onde se pratica/realiza a triagem de clientes de acordo com a sua gravidade - a triagem de prioridades. Esta triagem é cumprida de acordo com os fluxogramas da *Triagem de Manchester*. Integra também, cinco gabinetes de observação médica, uma sala de atendimento de ortopedia, outra sala de pequena cirurgia, uma sala de espera para os clientes triados com a cor laranja ou que se encontrem em maca ou cadeira de rodas, uma sala de reanimação, uma sala de terapêutica (“Balcão”) e uma sala de observação (SO) com lotação de 15 camas e que quase sempre se encontra sobrelotada. Apresenta ainda outras salas com apoio dos meios auxiliares de diagnóstico.

Do SU faz parte uma equipa multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, assistentes operacionais, técnicos administrativos, assistente social, voluntários, entre outros.

A equipa de enfermagem é constituída por 53 enfermeiros, enfermeiro chefe e dois enfermeiros responsáveis, e 5 equipas com 10 elementos cada em horário rotativo.

Para a realização deste Módulo, delineei como objetivo geral *“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados, ao cliente em estado crítico e sua família, admitidos no SU”*, com o intuito de desenvolver competências especializadas na área de enfermagem médico-cirúrgica tomando como focos de atenção os conhecimentos científicos, técnicos e relacionais ao cliente em situação crítica e sua família.

Como objetivos específicos para este estágio, pretendi: *“Prestar cuidados especializados de Enfermagem ao cliente em situação crítica admitido na sala de Reanimação”* e *“Contribuir para a melhoria da qualidade em cuidados de saúde no SU nomeadamente na prevenção de IACS e nas boas práticas de cuidados ao cliente com necessidade de Ventilação Mecânica”*

A enfermagem de urgência designa-se pela prestação de cuidados a pessoas, de todas as idades, que manifestam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas

ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de intervenção. (Alminhas, 2007) Como futura enfermeira especialista faz parte da minha competência “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, (...) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”. (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica)

O SU é confrontado diariamente com um grande número de clientes com problemas muito variados. Como forma de informar a população que a este hospital recorre, sobre o modo de funcionamento do *Sistema de Triagem de Manchester*, que se caracteriza pelo atendimento de clientes segundo a sua gravidade clínica e não por ordem de chegada, realizei em co-autoria com outra colega do curso de especialidade, a pedido do Enf.º Chefe, um *poster* informativo que pretende explicar as cinco categorias definidas por este sistema e que são identificadas através de um código de cores: Vermelho (emergente); laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente) e azul (não urgente), (em APENDICE XIX). Com a sua elaboração, pretendemos contribuir para a resolução de dois problemas: o direito à informação que o cliente e família têm e, o processo de acreditação que está a decorrer nesta instituição uma vez que a ausência deste tipo de informação tinha sido mencionado nas auditorias que foram realizadas à Triagem. Esta atividade pretendeu também testemunhar a minha iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na minha área de especialização, tal como se encontra descrito no Regulamento Geral de Mestrado de Natureza Profissional da UCP-ICS (2010).

Cuidados especializados de Enfermagem ao cliente em situação crítica

O trabalho desenvolvido no âmbito da assistência ao cliente em situação crítica, veio a concretizar-se como uma mais valia na melhoria contínua dos cuidados especializados e na aquisição/desenvolvimento de competências perante as situações de urgência/emergência que se foram sucedendo.

Pretendi centrar o meu desempenho nas salas de reanimação e na sala de terapêutica para ter a oportunidade de receber um maior número de clientes em situação crítica, urgentes ou emergentes.

O período de integração permitiu-me conhecer a estrutura física, a dinâmica do serviço, o seu funcionamento e rotinas, assim como, a equipa multidisciplinar. Procedi a revisão da literatura e consultei, normas de procedimento e protocolos de atuação existentes (como por exemplo, protocolo de administração de insulina, administração de carvão ativado nas intoxicações medicamentosas, entre outros) que me permitissem agir em conformidade com as estratégias de atuação delineadas para o serviço. O CDE art.º 88, alínea c), 2009, p.5 refere que, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Neste sentido, foi minha preocupação manter uma formação contínua através da pesquisa de informação e de estudo, com o intuito de fortalecer conhecimentos para uma melhor prestação de cuidados e adaptação aos contextos de trabalho.

Tive oportunidade de cuidar de pessoas em contexto de gravidade clínica maior ou menor. Observei, e planeei os cuidados de enfermagem tendo em atenção a identificação de problemas/necessidades reais e potenciais, de forma rápida e atendendo à hierarquia de prioridade de cuidados a fim de corrigir focos de instabilidade e de prevenir possíveis complicações.

A sala de terapêutica é uma sala ampla que se caracteriza por um movimento de clientes muito grande, com permanência curta e portanto, com grande rotatividade de clientes. Realizam-se vários tratamentos - algaliação, entubação nasogástrica, cateterização de veia periférica, administração de aerossóis e colheitas de produtos para análise. Os enfermeiros prestam cuidados aos clientes observados nos gabinetes médicos “laranja” (de acordo com a *Triagem de Manchester*).

Numa fase inicial, senti alguma dificuldade em me adaptar ao ritmo acelerado que caracteriza a prestação de cuidados no SU, talvez por estar habituada a um ambiente de trabalho mais calmo e mais controlado como é o caso da UCI. No entanto, as dificuldades iniciais foram sendo ultrapassadas e, gradualmente senti-me integrada na equipa de enfermagem, onde tive a possibilidade de colaborar de modo pro-activo com os diferentes elementos. Benner (2001, p. 186) refere que “as competências associadas à construção da equipa requerem uma integração social antes que o novo profissional possa efectivamente ser competente fazendo parte e integrar realmente a equipa terapêutica”. Os objetivos do trabalho de equipa de urgência são, prestar cuidados aos clientes em situação crítica, acolher e resolver situações muito urgentes e urgentes num

ambiente de cooperação e complementaridade. Foi evidente, a articulação que existe entre os diversos profissionais de saúde na assistência ao cliente assim como os diversos saberes científicos e técnicos aplicados nas intervenções executadas. A articulação dos cuidados prestados pelos profissionais e a cooperação existente no seio da equipa é estabelecida através da comunicação e de respostas imediatas perante a situação urgente/emergente. E, lembrando Benner (2001), para se assegurar cuidados contínuos e seguros, deve existir coordenação e trabalho de equipa.

Tal como referi, colaborei com os elementos de enfermagem na prestação de cuidados mostrando sempre disponibilidade para trabalhar em equipa. A comunicação estabelecida e os momentos de partilha e reflexão foram uma mais-valia para atingir o bom relacionamento e a inter-ajuda. Procurei desempenhar sempre, com qualidade e segurança os cuidados prestados adotando uma postura correta para com a equipa multidisciplinar tendo tido por base o respeito e a confiança para a complementaridade de papéis, pois considero que a qualidade e a humanização dos cuidados assenta no conceito de equipa. Citando Pontes *et al* (2008, p.16) “ao enfermeiro do serviço de urgência não lhe basta desenvolver competências técnicas e pessoais mas, tão importantes como estas, importa desenvolver competências relacionais para uma optimização dos cuidados verdadeiramente holísticos”. Neste sentido, promovi a prestação de cuidados individualizados a cada pessoa/família para cada cliente. Prestei cuidados de higiene e de conforto, avaliando sempre as características da pele, o risco de desenvolvimento para úlceras de pressão, tendo em atenção o seu estado de consciência, a mobilidade, o estado de nutrição, entre outros. Procedi a uma observação contínua, vigilância dos parâmetros hemodinâmicos e respetivo registo. Observei e interpretei os valores laboratoriais tendo transmitido ao médico ou à Enf.^a orientadora situações onde houve alterações que exigiam cuidados/atução.

Considerada como o 5º sinal vital, a monitorização, a avaliação e o controlo da dor é um dever dos profissionais. A DGS determinou como norma de boa prática que, a presença de dor e a sua intensidade sejam invariavelmente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (OE 2008). Deste modo, avalei a dor de uma forma contínua, através da escala utilizada neste serviço - a escala numérica da dor. No entanto, tive alguma dificuldade em aplicá-la aos clientes que apresentavam um estado de consciência baixo, pelas limitações que esta escala apresenta.

Procurei agir como modelo de boas práticas alertando a equipa, sempre que se justificava, para algumas questões que requeriam melhoria, sugerindo alterações/estratégias ou intervenções, como por exemplo, nos cuidados a realizar a pessoas com necessidade de V.M, em que os enfermeiros procuram a minha colaboração referindo dificuldades específicas nesta área.

Assim, para além de demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, procurei também demonstrar competência através do nível aprofundado de conhecimentos na minha área de especialização, de acordo com o regulamento geral da UCP-ICS (2010).

O contacto com os vários clientes e suas famílias permitiu-me tomar mais consciência das reais necessidades de cuidados de ajuda, conforto e suporte emocional. A necessidade de agir rapidamente, o elevado número de clientes admitidos e o curto tempo de internamento são fatores, condicionantes ao sucesso da relação de ajuda num SU (Alminhas, 2007). A mesma autora refere que é fundamental que o enfermeiro tenha consciência que o objeto da sua ciência é justamente o ser humano em toda a sua dimensão e vulnerabilidade. Neste sentido, prestei cuidados de enfermagem consoante as necessidades apresentadas por cada pessoa mas nunca descurei as medidas de suporte emocional. Houve algumas situações em que foi visível o medo e a solidão vividos e referidos pelos próprios. Cuidei cada cliente dando-lhe atenção, valorizando-o como pessoa, escutando-o e utilizando uma comunicação empática adequada à sua compreensão. Muitas vezes, o ato de demonstrar interesse pelo próprio, através de um diálogo com o cliente ou com o familiar, é fundamental para a existência de um cuidar qualitativo. Tal como nos refere Watson (2002, p. 55) “Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências.”

Para a sala de reanimação, o cliente pode ser encaminhado diretamente a partir da triagem (onde é atribuída a prioridade vermelha), ou do exterior por solicitação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Esta sala destina-se à reanimação de pessoas em situação clínica grave, do foro médico ou cirúrgico, muitas vezes em risco imediato de vida, tais como, clientes com *score* neurológico de Glasgow inferior a 15; politraumatizados; pessoas vítimas de violência com arma de fogo; pessoas com hipoglicémias e todos os clientes acompanhados pela VMER e com *score* neurológico de Glasgow inferior a 9. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2011).

A sala de reanimação é um local pequeno, onde apenas cabe uma maca. É essencial que se encontre equipada, quer com recursos materiais como o carro de reanimação, dois monitores, terapêutica endovenosa necessária para a atuação consoante a gravidade da situação clínica e com material específico para a realização de procedimentos invasivos, tais como, colocação de drenagens torácicas, traqueostomia, entubação orotraqueal, entre outros, quer com recursos humanos (que se pretendem dotados de destreza, rapidez, agilidade, conhecimento, experiência e, capacidade de trabalhar em equipa).

A admissão de um cliente na sala de reanimação pode representar um momento de *stress* para a equipa de saúde, exigindo uma atuação rápida e eficaz de cuidados emergentes, sendo necessário estabelecer prioridades de atuação face às exigências específicas e cada situação. Numa primeira fase, procurei observar a distribuição, o desempenho dos diferentes elementos presentes na sala bem como as funções de cada um. Posteriormente agi como elemento ativo e participativo, onde procurei atuar em complementaridade com os elementos da equipa presente. De acordo com as recomendações do European Resuscitation Council (ERC), a sequência de prioridade de atuação é “Avaliar e tratar a vítima seguindo a sequência ABCDE (via Aérea, respiração (Breathing), Circulação, Disfunção neurológica e Exposição)” (2010,p. 63) Nas situações de emergência que vivenciei, pude constatar na importância do papel do *team-leader*. Este designa-se pelo indivíduo que assume a responsabilidade de supervisionar as ações da equipa. Tem a função de orientar os elementos, supervisionar as manobras de reanimação, garantindo que cada profissional realiza as suas funções de forma segura e correta. (Aehlert, 2007)

Nas diferentes situações de emergência, colaborei com os enfermeiros da equipa, nos procedimentos que garantiam a permeabilidade da via aérea, a monitorização hemodinâmica, a realização de compressões torácicas e a cateterização de acessos venosos periféricos de grande calibre para administração de terapêutica urgente. De acordo com o autor Aehlert (2007), o trabalho da equipa numa reanimação requer coordenação de quatro procedimentos fundamentais: na colocação da via aérea, nas compressões torácicas, na monitorização de ECG e desfibrilhação e na colocação de acessos vasculares e administração de medicação. É fundamental que, entre os elementos da equipa exista uma comunicação funcional que garanta o cumprimento das orientações transmitidas pelo *team-leader*. É igualmente importante que, os

profissionais de saúde possuam conhecimento sobre os algoritmos de Suporte Básico de Vida (SBV) e SAV, de modo a cumprir eficazmente as suas funções. Uma das estratégias descritas pelo ERC para prevenir a PCR é, nomeadamente “Treinar todo o pessoal clínico em reconhecimento, monitorização e abordagem do doente em estado crítico (...) Garantir que cada um sabe o papel que lhe cabe na equipa de emergência.” (2010, p.26)

Procedi ao transporte do cliente crítico para a realização de exames complementares de diagnóstico e na transferência para a UCI. Durante o transporte, tive em conta a monitorização hemodinâmica contínua do cliente, a manutenção da via aérea permeável, a adequação dos alarmes tendo em conta cada situação específica, tanto dos parâmetros vitais bem como do ventilador. O período de transporte pode manifestar-se numa grande instabilidade para o cliente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Aquando da transferência para a UCI e/ou na admissão no SU, procedi à transmissão da história clínica do cliente, de acordo com a metodologia do ABCDE.

Através da tomada de conhecimento, no módulo anterior, relativa ao protocolo de atuação de hipotermia terapêutica, abordei a enfermeira orientadora, de modo a saber se aplicam este método mas, respondeu-me que não é realizado. Fundamentei o meu discurso referindo estudos que revelam que a sua aplicação melhora o prognóstico neurológico e a sobrevida dos clientes após ressuscitação por paragem cardíaca extra-hospitalar, com ritmo cardíaco inicial de taquicardia ventricular/fibrilação ventricular (FEITOSA-FILHO *et al*, 2009). Referi também que esta prática surge nas recomendações de 2010 do ERC. O mesmo assunto foi abordado com alguns médicos deste SU, tendo sido visível o seu interesse nesta matéria e a vontade de pesquisarem mais, pelo que lhes apresentei o artigo científico – “Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorespiratória: evidências e aspectos práticos”

Pretendi desenvolver competências, no que se refere à demonstração de compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e na iniciativa de associar a mesma aos resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização. (UCP-ICS, 2010)

No decorrer do estágio, tive também a oportunidade de desenvolver e mobilizar conhecimentos na prestação de cuidados ao cliente com TVM, no que diz respeito à sua mobilização (utilizando técnica de levantamento em bloco); transporte para a realização de exames complementares de diagnóstico, (transportado em plano duro, com colar cervical e apoios laterais de cabeça, até exclusão de patologia vertebro medular). A Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 20) refere que, “a avaliação da pessoa vítima de TVM conhecido ou suspeito tem de incluir a estabilização obrigatória da coluna vertebral. Todas as vítimas devem ser protegidas de um agravamento da lesão primária até estar excluída a hipótese de TVM”.

Na Sala de Reanimação, recebi um rapaz que tinha sofrido uma queda e batido com a cabeça no chão (por ter escorregado num piso molhado). O cliente apresentava, um *score* neurológico de 15 na Escala de Comas de *Glasgow*, no entanto, em curtos períodos apresentava resposta verbal lentificada. Esta situação fez-me ficar ainda mais atenta para eventual hipótese de diminuição do *score* neurológico. Procedi à avaliação da reatividade e tamanho das pupilas, bem como, da mobilidade, força e sensibilidade ao nível dos 4 membros. Observei o exame físico realizado e acompanhei-o na realização do exame de tomografia computadorizada de crânio e no Rx tórax, onde fiquei atenta para o despiste de qualquer sinal de instabilidade. Pela minha experiência profissional, sei que os sinais de hipertensão intra-craniana podem ser muito subtis, pelo que o enfermeiro deve ser muito diligente na vigilância do cliente. Assim, avaliei frequentemente os sinais vitais para despiste de sinais de hipertensão intracraniana, vigiei sinais de presença de náuseas e/ou vômitos, padrão respiratório e presença de dor. Mantive o diálogo com o cliente para monitorizar a sua resposta verbal, tendo em conta a sua orientação (relativamente ao espaço, ao tempo e à pessoa). A possibilidade de presença de rinorraquia foi um dos problemas identificados. Falei com a enfermeira responsável sobre essa situação, a qual referiu desconhecer o método utilizado para despistar a presença de líquido. Transmiti-lhe, como proceder.

Deste modo, considero ter adotado uma atitude perspicaz face à situação relatada, adotando intervenções e comportamentos para prevenir complicações e o risco de falência orgânica. Saliento o facto, de ter alguma experiência profissional na área de traumatologia e de esta ser uma especialidade na qual tenho realizado muita revisão e atualização de conhecimentos, razões facilitadoras para o meu desempenho.

Na prestação de cuidados, adotei sempre uma postura relacional adequada a cada cliente comunicando com empatia e respeitando a individualidade de cada um. Tal como nos refere Alminhas (2007,p. 60) “Nunca deixar de prestar atenção a um doente grave, significa mais do que estar disponível para ouvir alarmes e vigiar monitores”. Recordo um episódio que teve lugar na Sala de Reanimação, no momento em que foi admitida uma senhora idosa em quadro clínico de peri-paragem e em agonia. Encontrava-se em fase terminal pelo que foi comunicado ao seu filho. Foi acompanhado ao pé da mãe para ter oportunidade de estar presente no momento final e, se despedir dela. A cliente foi transferida para o SO e acabou por falecer nesse local. Partilhei com a Enf.^a orientadora o episódio vivido e transmiti-lhe os sentimentos que experimentei naquele momento. Recordo as palavras de Pereira quando nos conta que a transmissão de más notícias “é considerada uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reacções emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação” (2005, p. 34). A necessidade de informação ao cliente e família é vista como um direito dos mesmos e um dever dos profissionais de saúde na sua prática e está consagrado no CDE (artº 84). Tal como é muito importante apoiar e otimizar o papel da família no processo de cura do seu familiar considero ser, também indispensável, o suporte emocional ao familiar no momento em que perde o seu ente querido. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011) corrobora esta ideia realçando o papel do enfermeiro especialista, através da utilização da comunicação interpessoal e da informação ao cliente e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica e, Benner (2001, p. 91) adverte-nos que, a enfermeira deve atender “tanto as necessidades dos membros da família, como as dos doentes”

A área da **prevenção de IACS**, ofereceu a oportunidade de acrescentar mais um objetivo aos que inicialmente delinee em Projeto de Estágio. Foi definido a partir da solicitação do Enf.º Chefe do SU, como uma das áreas que poderiam ser trabalhadas no âmbito das necessidades formativas identificadas pelos enfermeiros e agendadas no Plano de Formação em Serviço para 2012.

A segurança do cliente, afigura-se componente importante da qualidade dos cuidados de saúde a que cada vez mais é dado realce. É importante ter em conta a

sobrelocação de clientes, a escassez de profissionais, o número elevado de clientes infetados e/ou colonizados, a transferências frequentes de clientes entre serviços e entre instituições de saúde, o internamento prolongado de clientes em situação crítica - fatores que contribuem para o aumento do risco de transmissão cruzada de IACS, (Pina 2010).

Os cuidados de enfermagem devem ter como finalidade a melhoria contínua e como nos referem D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006), a qualidade dos cuidados não deve ser vista como uma meta a atingir mas como um processo contínuo. Neste sentido, afigura-se primordial que existam em todos os momentos da prestação de cuidados, ações que atuem quer na área da prevenção quer na área de controlo de transmissão cruzada de microorganismos. Operacionalizando as aprendizagens realizadas na área da prevenção das IACS, planeei algumas intervenções para o SU, que passo a narrar. Tendo identificado que as AO utilizavam para a limpeza de superfícies sem presença de matéria orgânica, o produto *Survânios*, podendo utilizar água e detergente que, segundo o PNCI (2007, p.4) recomenda - “a higienização de superfícies seguindo a metodologia correta e aplicando água quente e detergente, consegue remover entre 80-85% dos microorganismos presentes”. Deste modo, após uma reunião com Enf.^a orientadora e com o Enf.^o Chefe sobre a citada problemática, procedi ao planeamento sessões de formação dirigida ao grupo profissional de AO, intituladas - “Boas Práticas na Prevenção e no Controlo das IACS. Higienização do Ambiente Hospitalar” - Plano de sessão e folhetos de *power point* apresentado em APENDICE XX. Realizei 4 sessões de formação onde estiveram presentes os 32 AO que incorporam a equipa do SU. A formação teve o intuito de adaptar as noções teóricas à realidade em que estes profissionais de saúde desenvolvem a sua atividade profissional. Defini o conceito de ambiente seguro na instituição hospitalar, os princípios a ter num ambiente seguro e sua comparação com a realidade existente. Falei sobre os conceitos de limpeza, desinfeção e de esterilização e divulguei os vários produtos desinfetantes que existem na urgência, bem como, a sua correta utilização ao nível da limpeza, da desinfeção e da esterilização de diferentes materiais/instrumentos, equipamentos e superfícies.

De acordo com as competências descritas no Regulamento Geral do Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional (UCP-ICS 2010), considero ter apresentado um discurso pessoal fundamentado, onde tive em consideração os problemas existentes neste serviço. Deste modo, procurei melhorar e uniformizar procedimentos e práticas de higienização que contribuam para a qualidade do ambiente hospitalar/ ambiente seguro,

(por exemplo, a existência de um detergente de uso único para limpeza de superfícies; a existência de uma caixa própria para desinfecção da traqueia, válvula e tubo de pressão do ventilador *Shangrilla*, assim como o seu modo de desinfecção, que até ao momento era desconhecido por muitos AO). Ensinei também as boas práticas sobre a preparação da solução para a desinfecção da lâmina do laringoscópio esclarecendo que tal solução apenas deverá ser preparada no momento em que surge a necessidade de proceder à desinfecção e após a mesma terá de ser obrigatoriamente eliminada.

As temáticas apresentadas captaram a atenção, o interesse e a motivação por parte dos formandos. Foram realizadas de uma forma dinâmica, onde procurei que a interação fosse constante recorrendo a questões sobre a prática de cuidados, o que deu lugar a uma discussão saudável onde predominou a reflexão sobre as suas práticas e a edificação de pontos e melhoria.

No final de cada sessão foi entregue um questionário (ANEXO V), onde cada formando fez a avaliação da formação. Pretendeu-se avaliar, numa escala de *Lickert* (1 a 5), os seguintes indicadores: a ação de formação, a eficácia da formadora e a preparação e organização da ação. Como se pode verificar no APÊNDICE XX, obteve-se uma avaliação de 4, para todos itens referidos. No referido apêndice, foram colocados as avaliações respeitantes a cada item, bem como, a média obtida para cada um deles.

A área da **ventilação mecânica** foi desde o início deste módulo, um tema sugerido pelos enfermeiros deste SU, como necessidade de formação a apadrinhar.

Uma vez que me encontro a exercer a minha profissão de enfermagem numa UCI, onde o contacto com clientes ventilados é uma constante, procurei sempre transmitir conhecimentos sobre a boa prática dos cuidados ao cliente ventilado, bem como, algumas noções sobre parâmetros, modos ventilatórios e estratégias de prevenção de pneumonia associada à ventilação. Preparei também uma sessão de formação sob o tema “Noções Básicas sobre Ventilação Mecânica”, de modo a contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. (Plano de sessão e folhetos de *power point* apresentado em APÊNDICE XXI). Neste contexto, foram realizadas 4 sessões formativas, com um total de 37 presenças. Procurei dar importância ao papel do enfermeiro nos cuidados a ter com o cliente ventilado. Salientei os cuidados a ter na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) e, citando Germano e Fernandes (2008), esta é a infeção associada aos cuidados de saúde mais frequente nos

clientes submetidos a ventilação mecânica, tendo uma prevalência que varia entre 9% e 27%. Neste sentido, enfatizei os cuidados a ter na aspiração de secreções, realçando que esta ação deve ser apenas realizada quando estritamente necessário, tal como referem Urden *et al* (2008, p. 680) “ a aspiração é um procedimento estéril que só é realizado quando o doente necessita e não por rotina”. Esta prática pode originar algumas complicações tais como, a hipoxemia, atelectasias, broncospasmo, disritmias, aumento da pressão intracraniana e traumatismo das vias aéreas. Transmiti-lhes também que a pressão de aspiração recomendada, segundo os mesmos autores não deve ser superior a 120mmHg, por diminuir a possibilidade de hipoxemia, atelectasias e de traumatismo das vias aéreas. De acordo com Germano e Fernandes (2008) e Urden *et al* (2008), a higiene oral nos clientes submetidos a ventilação mecânica, a correta higienização das mãos, antes e após o contacto com o cliente, a elevação da cabeceira entre os 30° e 45°, são medidas eficazes para reduzir a incidência da PAV.

Outro aspeto que comuniquei, no âmbito desta formação, relacionou-se com o uso de traqueias e dos filtros. Recordei que no ventilador *Shangrilla* a traqueia é desinfetada no serviço, uma vez que o serviço de esterilização não realiza a esterilização da mesma, por falta de informação da marca representante. Transmiti o modo de proceder a este processo e demonstrei a forma de montar/desmontar a traqueia, válvula expiratória e tubo de pressão. Relativamente ao ventilador *LTV*, expliquei que as traqueias são descartáveis e demonstrei como se processa a colocação das novas no ventilador. De acordo com a minha experiência em UCI, partilhei informação sobre a duração das traqueias, referindo que estas não são mudadas diariamente, apenas em casos excepcionais, tal como se encontra descrito no Parecer sobre os Cuidados a ter na descontaminação do circuito ventilatório do doente ventilado no Bloco Operatório submetido a anestesia (CCI – CHLO/HEM 2010, p.1) “as traqueias deverão ser substituídas sempre que estiverem visivelmente sujas, ou nos doentes com tuberculose respiratória ou outros agentes respiratórios altamente infecciosos (p. ex. SARS) e nos doentes imunodeprimidos”.

Relativamente à utilização de filtros, após ter constatado a utilização de dois filtros diferentes, um utilizado nos ventiladores sendo este não humidificado, e outro nos BIPAPS, sensibilizei a orientadora e o Enf.º Chefe, para a necessidade de existir um filtro com as propriedades de humidificador e bactericida/viricida, e apresentei como exemplo o filtro HEPA com uma eficácia de 99,9999%, segundo a marca *Intersurgical*.

Agilizei a informação aos presentes transmitindo-lhes que, no SU passará a existir apenas um filtro com as propriedades acima referidas. Após algumas observações de não conformidade sobre a localização do filtro e sobre a sua duração, expliquei-lhes que este deve ser colocado junto ao tubo traqueal, e sensibilizei também os enfermeiros para a necessidade de proceder à mudança dos mesmos sempre que estiverem visivelmente sujos ou de 24 em 24 horas.

Os enfermeiros que assistiram a esta formação demonstraram muito interesse pela temática apresentada, pois detinham dúvidas e algum desconhecimento no que diz respeito, aos filtros, aos cuidados na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica e relativamente ao funcionamento dos ventiladores. Com o intuito de tornar as formações mais práticas, dinâmicas e de modo a captar mais atenção por parte dos formandos, reuni os dois ventiladores existentes neste SU para que os formandos tivessem a oportunidade de observarem *in loco* a montagem/desmontagem destes e a sua funcionalidade. No final de cada sessão foi também, entregue um questionário (ANEXO V), onde cada formando fez a sua avaliação da formação - a ação de formação, a eficácia da formadora e a preparação e organização da ação. Como se pode verificar no APÊNDICE XXI obteve-se uma avaliação de 4, numa escala de *Lickert* de 5 pontos, para todos os itens avaliados. No referido apêndice, foi colocado em forma de tabela, as avaliações respeitantes a cada item, bem como, a média obtida para cada um deles. Após terminar as sessões de formação, fui abordada por alguns colegas que me congratularam pela pertinência do tema e o modo como foi apresentado. Houve ainda disponibilidade da minha parte para esclarecer dúvidas relativamente ao funcionamento dos ventiladores. O número de participantes e o *feedback* que tive nos dias seguintes à realização das formações sublinha a importância de aprofundar temas que envolvam a segurança dos cuidados, e citando Benner, os enfermeiros “devem servir de válvula de segurança, de modo a assegurar, sem perigo, os cuidados médicos e de enfermagem...” (2001, p. 165)

Deste modo, considero ter adotado estratégias de melhoria para a qualidade dos cuidados prestados, tal como refere o Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros 2011,p. 7)

“na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e á necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção”.

A realização das sessões de formação em serviço, justifica-se por considerar que a formação tem um papel primordial no progresso dos cuidados de enfermagem, sendo geradora de novos comportamentos e novas atitudes. É importante levar aos profissionais de saúde estudos de investigação que evidenciem resultados baseados na investigação, que motivem a discussão em torno das melhores intervenções a implementar no combate às IACS. Para Fortin (2009) a investigação científica é constituída por um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos.

Deste modo, pretendi desenvolver competências, descritas no Regulamento Geral do Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional (UCP-ICS 2010, p.4-5) como, “Identificar as necessidades formativas...”, “Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”, “Promover a formação em serviço na sua área de especialização” e “Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”.

Com o intuito de colaborar com os meus colegas e zelar pelos cuidados prestados, partilhei as formações realizadas deixando-as com a Enf.^a orientadora que irá colocar numa pasta partilhada do portal informático da base de dados hospitalar.

2. CONCLUSÃO

Ao longo da realização dos diferentes módulos procurei obter aprendizagens que me permitiram o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos e de competências de enfermeira especialista, tendo em conta a qualidade e a segurança dos cuidados especializados, com vista à excelência do cuidar.

Este Relatório pretende ser o reflexo do trabalho desenvolvido durante os estágios cumpridos. Os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares, a análise e reflexão sobre a pesquisa bibliográfica consultada e a minha experiência profissional, constituíram bases fundamentais no desenvolvimento e mudança de algumas práticas para a melhoria dos cuidados prestados.

O Módulo realizado na CCI fez-me refletir sobre a importância e necessidade do trabalho desenvolvido na prevenção e controlo das IACS. É uma área de destaque da Enfermagem que foi muito importante conhecer e que me envolveu quer no desenvolvimento de inúmeras atividades quer nos projetos que abracei e que foram promotores do meu desempenho e desenvolvimento.

O ambiente de uma UCI é composto por tecnologia, que não deve substituir o papel do profissional de enfermagem. Por se tratar de uma UCI com características particulares aliadas à evolução tecnológica, contribuiu para desenvolver, aprofundar e mobilizar saberes adquiridos no que concerne à prestação de cuidados especializados ao cliente com disfunção ou falência orgânica e, também, contribuir para a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados.

O cuidar do cliente e família num serviço de urgência, revelou-se profícuo no meu processo de ensino/aprendizagem, promotor do desenvolvimento de competências. Constituiu um campo de estágio onde a atenção se centrou nas oportunidades de mobilização e aprofundamento de mais e melhores conhecimentos científicos, técnicos e relacionais.

As minhas atividades, abraçaram também as oportunidades de formação dos profissionais de saúde, pois segundo a OE, as competências do Enfermeiro Especialista “Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e

levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.” (2010,p. 2)

Permitiram-me *Ser* “agente de mudança de comportamentos”, desenvolver uma atitude proactiva na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e na implementação de boas práticas com vista à melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde. Contribuiu para compreender a transversalidade desta temática a todos os contextos da *praxis* de cuidados.

Todo este percurso permitiu o desenvolvimento das 29 competências enunciadas no Regulamento Geral da UCP-ICS, que serviram de alicerce para atingir os objetivos definidos no início deste Relatório, às quais procurei fazer referência ao longo deste trabalho, de forma a servirem de reflexo do exercício profissional na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Perspetivando o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, adquirir novos conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, constitui uma preocupação constante. Considero que ao longo deste percurso, procurei demonstrar consciência crítica para os problemas atuais da prática profissional, relacionados com a qualidade dos cuidados, onde a minha inquietação foi promover uma cultura de segurança na prestação desses mesmos cuidados.

As dificuldades e limitações dizem respeito à forma de redigir o relatório, com a finalidade de refletir todo o percurso realizado face ao limite de páginas preconizado. Outra dificuldade sentida foi encontrar documentação recente que fundamentasse as minhas reflexões.

Sem dúvida que, o crescimento e desenvolvimento efetivados durante o Estágio, amplificaram a minha postura e o meu olhar sob os cuidados de saúde, de uma forma mais reflexiva, mais humana, mas sobretudo, mais madura e responsável.

3. BIBLIOGRAFIA

- ❖ AEHLERT, Barbara – **ACLS: Emergência em Cardiologia. Suporte avançado de vida em cardiologia.** Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Ltda, 2007. 591 p. ISBN: 978-85-352-2295-1;
- ❖ ALMEIDA, Maria Celeste B.; RIBEIRO José Luís P. – Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. **Revista Referência.** ISSN 0874-0283. N.º7 (2008), p. 79-88;
- ❖ ALMINHAS, Sílvia M. – Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. **Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º75 (2007). p. 57-60;
- ❖ AMERICAN SOCIETY OF REGISTERED NURSES. <http://www.asm.org/nursing-journals.html> 08-04-2012 12:00;
- ❖ BENNER, Patricia. **De Iniciado a Perito.** Coimbra: Quarteto Editora. 2001. 294p. ISBN 972-8535-97-X;
- ❖ CDC - *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.* <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/BSI-guidelines-2011.html>. 08-11-2011 21:49;
- ❖ CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO: *Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.* 2009;
- ❖ COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO - *Relatório de Inquérito de Prevalência das Infecções.* 2010;

- ❖ COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. - *Regulamento Interno da Comissão de Controlo da Infecção*. Lisboa. 2011;
- ❖ DEODATO, Sérgio – Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular em Enfermagem. **Percursos**. ISSN 1646-5067. N.º18 (2010), p.3-7;
- ❖ DIAS, Conceição - Prevenção da Infecção Nosocomial - ponto de vista do especialista. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva**. ISSN 0872-3087. Vol.17, n.º1 (2010), p.47-53;
- ❖ D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, N.; CUNHA, Isabel - O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. ISSN 0034-7167. Vol. 59, n.º1 (2006), p.84-8;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Programa Nacional da Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea. Protocolo*. <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>. 07-06- 2011 21:00;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de saúde*. <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>. 22-12-2011. 11:30;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Departamento da qualidade na saúde. Segurança do doente*. <http://www.dgs.pt>. 31.01.2012 20:20;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Prática*. <http://www.dgs.pt>. 31-01-2012 23:00;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico*. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008553.pdf>. 01-12-2011. 11:30;

- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Campanha Nacional de Higiene das Mãos*. <http://higienedasmaos.dgs.pt/Home.aspx>. 16-02- 2012. 17:21;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Relatório. Campanha Nacional de Higiene das Mãos 2010-2011*. http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/Relatorio_Maos.pdf. 11-04-2010.11:00;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência**. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-99-X;
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Direcção de Serviços da Qualidade Clínica, Divisão da Segurança Clínica - Circular Normativa N.º18/DSQC/DSQ. 2007-10-07. Comissões de controlo de Infecção. [Disponível na DGS];
- ❖ ESPÍRITO SANTO SAÚDE – *Acesso ao portal eletrónico do Hospital da Luz*. <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoId=25>. 22-12-2011 15:00;
- ❖ EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL – **Guidelines For Resuscitation 2010**;
- ❖ FEITOSA-FILHO, G. [et al] – Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. ISSN 0103-507X, Vol.21, n.º1 (2009), p. 65-71;
- ❖ FORTIN, Marie – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5;

- ❖ FRAGATA, José; MARTINS, Luís – **O Erro em Medicina. Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade.** Coimbra: Edições Almedina, SA, 2008. ISBN 978-972-40-2347-2;
- ❖ GEADA, A; PEDRO, A. Planear a vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196, n.º255 (2010), p. 2-8;
- ❖ GERMANO, Nuno; FERNANDES, Ana Paula – Pneumonia Associada ao Ventilador. In MARCELINO, Paulo – **MANUAL DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NO ADULTO. Abordagem ao doente crítico.** Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-972-8930-42-4;
- ❖ GONÇALVES, Cátia. *Projecto de Implementação da Visita Pré-Operatória de Enfermagem à UCI – Cirurgia Cardíaca.* 2010. Trabalho elaborado no âmbito da formação em serviço;
- ❖ GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA: DOR. 1 (2008);
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia Orientador de Boa Prática: Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular.** Ordem dos Enfermeiros. ISSN 978-989-96021-2-0, n.º2 (2009);
- ❖ HESBEEN, Walter – **CUIDAR NO HOSPITAL. Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar.** Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8;
- ❖ HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7;

- ❖ LUÍS, Catarina. - *A monitorização Hemodinâmica com Cateter de Picco – competências de Enfermagem*. 2009. Trabalho elaborado no âmbito da formação em serviço;
- ❖ NICHATA, Lúcia Y, [et al]. (2004). Evolução dos Isolamentos em Doenças Transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Revista de I Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 38, N.º1 (2004), p. 61-70;
- ❖ NUNES, Fernando – Tomada de decisão em emergência. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 219 (2007), p. 7-11;
- ❖ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Patient Identification. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>. 28-02-2012 23:00;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>. 26-02-2012 15:00;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, 2010;*
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica: Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, 2010;*
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. 22 de Outubro de 2011;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Parecer nº10/2010*. 2010/2011. *Dotação de Enfermeiros no Bloco Operatório*. [Disponível na OE];

- ❖ PINA, Elaine. [et al.]. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista portuguesa de saúde pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 10 (2010). p 29-39;
- ❖ PONTES, Bela; MENDONÇA, Conceição; ORNELAS, Gonçalo; NUNES, Madalena. **Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM** [Texto policopiado]. Lisboa: [s.n], 2008. Pós-Graduação em Urgência/Emergência Hospitalar;
- ❖ REGULAMENTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE CASCAIS. 2011;
- ❖ SADALA, Maria Lúcia; MATIAS, Luciana - *Os significados atribuídos ao cuidar de pacientes com aids* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342000000100001. 02-03-2012 12:00;
- ❖ SARAIVA, Dora M. - Tecnologia aplicada à saúde: Reflexão á luz da bioética. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 258 (2010), p. 40-48;
- ❖ SARAIVA, Dora; MARTINHO, Teresa - Comunicar com o doente em estado crítico. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 270 (2011), p. 32-40;
- ❖ SOUZA, Sónia; CHAVES, Sandra; SILVA, Cláudia – Visita na UTI: Um encontro entre desconhecidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol.59, N.º5 (2006), p. 609-613;
- ❖ *TRANSPORTE de Doentes Críticos. Recomendações*. <http://www.spci.pt>. 06-02-2012 15:00;
- ❖ UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Instituto Ciências da Saúde – Enfermagem – Mestrado em Enfermagem, natureza profissional. Documento fornecido na sessão de início do curso, 2010. 14p;

- ❖ URDEN, Linda, STACEY, Kathleen, LOUGH, Mary. - **Thelan's. Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção.** 5ªed. Loures: Lusociência; 2008. ISBN 978-989-8075-08-6;
- ❖ VEIGA, Ana Dora – A importância da formação. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 180 (2003), p. 19-21;
- ❖ VIANNA, Ana Cristina A., CROSSETTI, Maria da Graça O. – O MOVIMENTO ENTRE O CUIDAR E CUIDAR-SE EM UTI: uma análise através da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson. **Revista Gaúcha Enfermagem.** Porto Alegre. ISSN 0102-6933. Vol.25, N.º1 (2004), p. 56-69;
- ❖ WATSON, Jean. - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem.** Loures: Lusociência. 2002. ISBN 972-8383-33-9;
- ❖ WILSON, Jean. - **Controlo da Infecção na Prática Clínica.** 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003. ISBN 972-8383-57-6.

ANEXOS

ANEXO I

Curso: “Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”

Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Núcleo de Formação

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

Patricia Alexandra Calaveiras Mendes, nascido(a) a 28/09/1981, natural de São Julião da Barra, nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portador(a) do C.C. n.º 11969618, frequentou o Curso:

“Prevenção e Controlo de Infecção Associada ao Cuidados de Saúde”

Data de Realização: 2 a 10 de Maio de 2011

Duração: 30 horas

Lisboa, 16 de Maio de 2011

A Coordenadora do Núcleo de Formação


(Ana Cristina Alves)

Certificado n.º 431/11

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Estrada do Forte do Alfo do Duque, 1449-005 Lisboa NIF: 507618319
Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação n.º 028/08-11-2000. Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde
Renovação da Acreditação até 31 de Dezembro de 2011.

ANEXO II

Simpósio: “IACS 2011: EM DIRECÇÃO A UM
CONTROLO GLOBAL”



ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL (Dec.Reg. Nº 35/2002)

Certifica-se que Patricia Alexandra Calaveiras Mendes,

Natural de São Julião da Barra, nascido a 28/09/1981, nacionalidade Portuguesa, portador do bilhete de identidade nº 11969618 emitido pelo Arquivo de Identificação de Lisboa em ___/___/___, participou em 03/05/2011, no Curso de Formação Profissional

IACS 2011 em direcção a um controlo global

que decorreu em 03/05/2011 no Hospital da Luz com a duração total de 5 horas.

Lisboa, 03 de Maio de 2011

O Responsável da Entidade Formadora

 HOSPITAL DA LUZ

Coordenação Científica da Comissão de Ensino,
Formação e Investigação do Hospital da Luz

Certificado nº 587/2011
ADVITA/5_v01



ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA
Rua Prof. Carlos Alberto da Mota Pinto nº 17-9º 1070-313 - Lisboa Tel.: 00 351 21 316 32 75 Fax: 00 351
21 353 02 92 - Site: www.advita.pt - Email: info@advita.pt - Instituição Particular de Solidariedade
Social, inscrição nº 42412a fls. 69 do Livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social

ANEXO III

Ciclo de Conferências: “Qualidade em Saúde”



Qualidade em Saúde

Ciclo de Conferências

2011

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que Patricia Alexandra Cabreiras Mendes esteve presente na Conferência "Quality in Health Care: Present and Future", que se realizou em Lisboa, na Fundação Calouste Gulbenkian, no dia 10 de Maio de 2011, às 10h30.

A Comissão Organizadora

ORGANIZAÇÃO



APOIOS



ANEXO IV
Questionário de Avaliação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

ACÇÃO DE FORMAÇÃO: _____

DATA DE REALIZAÇÃO: ____ / ____ / ____

Este questionário destina-se à avaliação desta acção de formação.
Com base nas respostas obtidas, o Serviço poderá introduzir melhorias no funcionamento de próximas acções de formação.

ESCALA DE AVALIAÇÃO

1. *Insuficiente* 2. *Suficiente* 3. *Bom* 4. *Muito Bom*

Assinale com X a quadrícula correspondente à sua opinião

ITENS DE AVALIAÇÃO:

A) UTILIDADE PRÁTICA E PROFISSIONAL

1 2 3 4

B) SENSIBILIZAÇÃO A NOVAS ATITUDES

1 2 3 4

C) QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO

1 2 3 4

D) METODOLOGIA

1 2 3 4

E) DURAÇÃO/HORÁRIO

1 2 3 4

SUGESTÕES:

ANEXO V

Questionário de Avaliação



Serviço de Recursos Humanos

Nome da Acção		Cód. Form	
Entidade Formadora			
Formador			
Local		Data	

O objectivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre diversos aspectos da acção de formação a que assistiu. Por favor, marque a pontuação que melhor reflecte a sua opinião. Este questionário é anónimo.

1. Acção de Formação	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
1.1 - Objectivos do Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2 - Interesse dos Conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3 - Utilidade da Acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 - Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.5 - Tempo de duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 - Opinião global sobre a acção de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 - Recomendação do curso a outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Eficácia dos Formadores	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
2.1 - Capacidades didácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 - Conhecimento da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 - Capacidade para criar um ambiente participativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Preparação e Organização da Acção	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
3.1 - Informação previa sobre o tema da acção de formação	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 - Instalações e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 - Disponibilização de Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

APENDICES

APENDICE I
Grelha de Observação

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL DE EGAS MONIZ

OBSERVAÇÃO DA APLICAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO ISOLAMENTO DE DOENTES NA UCIP

1. PREPARAÇÃO DA ANTECÂMARA	S	N	N/A
<ul style="list-style-type: none"> • Possui sinalética quanto ao tipo de isolamento 			
<ul style="list-style-type: none"> • Possui mesa de suporte com embalagens de origem: <ul style="list-style-type: none"> - Caixa de Luvas - Caixa de Máscaras (adaptadas ao tipo de isolamento) - Bata / Avental 			
<ul style="list-style-type: none"> • Possui desinfetante de Sol. Alcoólica para as mãos com doseador <ul style="list-style-type: none"> • Possui dois contentores, nomeadamente com <u>saco branco</u> e <u>saco preto</u> 			
<ul style="list-style-type: none"> • Antes de entrar, colocam o material de protecção individual e de uso único 			
<ul style="list-style-type: none"> • Antes, de colocar o equipamento de protecção, procede à higienizações das mãos 			
<ul style="list-style-type: none"> • Ao colocar o equipamento de protecção, as luvas são colocadas em último tempo 			
TOTAL			
SCORE DE QUALIDADE=nºcritérios sim/nº de critérios aplicáveis x100			
2. ACTUAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	S	N	N/A
<ul style="list-style-type: none"> • O material no quarto do doente é o estritamente necessário 			
<ul style="list-style-type: none"> • O profissional de saúde individualiza o equipamento de protecção (luvas) entre procedimentos no mesmo doente 			
<ul style="list-style-type: none"> • A manipulação da roupa limpa é cuidadosa 			
<ul style="list-style-type: none"> • O profissional de saúde coloca as mãos enluvadas/contaminadas nas superfícies e equipamentos do quarto (ex: puxador da porta) 			

<ul style="list-style-type: none"> • Dentro do quarto existe contentor fechado de resíduos com <u>saco branco</u> • O profissional de saúde coloca o material cortante dentro do contentor para cortantes e perfurantes • Antes de sair do quarto de isolamento, o profissional de saúde retira correctamente o EPI'S (norma da CCI) • O profissional de saúde deixa equipamento de protecção em saco branco • Após retirar o equipamento de protecção, o profissional procede à higienização das mãos • A colheita, o acondicionamento e o transporte dos produtos das colheitas é realizado de acordo com as normas da CCI 				
	TOTAL			
	SCORE DE QUALIDADE=nºcritérios sim/nº de critérios aplicáveis x100			
3. RECOLHA DE ROUPA SUJA / RECOLHA DOS RESÍDUOS				
	S	N	N/A	
<ul style="list-style-type: none"> • A roupa é colocada directamente em saco apropriado • A recolha é feita junto da cama do doente • É realizado o mínimo de manipulação e agitação da roupa • Os sacos de roupa são encerrados no interior do quarto • Os sacos de resíduos (brancos) são encerrados no interior do quarto • Os sacos são encerrados a 2/3 da sua capacidade 				
	TOTAL			
SCORE DE QUALIDADE=nºcritérios sim/nº de critérios aplicáveis x100				
4. LIMPEZA DO QUARTO DE ISOLAMENTO				
	S	N	N/A	
<ul style="list-style-type: none"> • As bacias dos cuidados de higiene são lavadas e guardadas invertidas • Na limpeza da unidade a AO desinfecta por fricção as grades da cama com álcool a 70º • A limpeza das superfícies horizontais é realizada com pano de uso único com água quente e detergente de uso geral • No derrame de matéria orgânica aplicam o procedimento da CCI sobre a desinfeção geral de superfícies (horizontais e verticais) 				

e equipamento			
TOTAL			
SCORE DE QUALIDADE=nºcritérios sim/nº de critérios aplicáveis x100			
5. BRIGADA DA LIMPEZA	S	N	N/A
• A limpeza da unidade do doente é realizada diariamente			
• É fornecido material individualizado para cada unidade de isolamento			
• A funcionária de limpeza utiliza equipamento de protecção individual			
• Na lavagem do chão é utilizado o método do duplo balde			
• A higienização é realizada após a recolha da roupa e dos resíduos			
• As cabeças das esfregonas são retiradas dos quartos em saco branco e fechados			
• Os baldes são lavados e colocados a escorrer invertidos			
• O equipamento de protecção é colocado em saco branco antes de sair da unidade			
• Na antecâmara realiza a higiene das mãos			
• As águas são eliminadas na zona suja do serviço			
TOTAL			
SCORE DE QUALIDADE=nºcritérios sim/nº de critérios aplicáveis x100			

APENDICE II

Pedido de Autorização à Direção de Enfermagem

DSE

autorizados



5/5/11

À Direcção de Enfermagem do CHLO- HEM

Exm.ª Directora,

No âmbito da realização do Ensino Clínico na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Egas Moniz, venho por este meio, solicitar o pedido de autorização para a realização de auditorias na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com o intuito de observar as boas práticas de isolamento de doentes. A escolha do serviço deve-se, por ser uma UCI que possui quartos de isolamento com pressão negativa e por ser o local onde actualmente encontro-me a exercer funções de enfermeira.

Após a realização das auditorias, tenho como objectivo fazer uma apresentação sobre este tema e apresentar os resultados conseguidos, como forma de alertar para as boas práticas e contribuir para a redução das infecções associadas aos cuidados de saúde.

Atenciosamente,

Patrícia Mendes

Lisboa, 5 de Maio de 2011

APENDICE III

“Isolamentos: Que medidas devem ser tomadas?”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Isolamentos. Que medidas devem ser tomadas?

LOCAL: Sala de Reunião da UCIP

DATA: 02.06.2011

HORA: 14h **DURAÇÃO:** 40 min

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros; AO; Médicos; Brigada da Limpeza

OBJECTIVOS:

- ✓ Divulgar os dados relativos às observações sobre as boas práticas no isolamento de doentes da UCIP;
- ✓ Identificar os erros mais comuns na prestação de cuidados a doentes em isolamento;
- ✓ Sensibilizar os profissionais de saúde para as boas práticas na prestação de cuidados a doentes em isolamento;
- ✓ Aumentar a adesão às boas práticas de cuidados aos doentes em isolamento.

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
APRESENTAÇÃO TEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação -Apresentação dos objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da prelectora: Patrícia Mendes - Sumário - Justificação do tema - Objectivos 	2 min	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> Prelector Computador Visualização de Diapositivos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Metodologia Caracterização das unidades de isolamento IPI Isolamento Apresentação dos resultados da Auditoria aos Isolamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição; - Para que serve; - Exemplos de IPI em 2009 e 2010 - Definição; - Tipos de Isolamento; - Isolamento de Contacto - Preparação da Antecâmara/ Resultados; - Preparação da antecâmara dos Profissionais de saúde/Resultados; - Actuação na Prestação de Cuidados/ Resultados; - Recolha de roupa suja/Recolha de Resíduos/resultados; - Limpeza do quarto de isolamento/resultados; - Brigada da Limpeza/resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 min 1 min 3 min 10 min 20 min 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Expositivo Expositivo Expositivo Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Prelector Computador Visualização de Diapositivos

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia	3 min	Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos


ISOLAMENTOS
QUE MEDIDAS DEVEM SER TOMADAS?




Trabalho realizado por:
 Patrícia Mendes
 Enf.ª Orientadora:
 Enf.ª Francisca Rebelo

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE ISOLAMENTO

- Existem 3 quartos de isolamento;
- Todos os quartos de isolamento possuem pressão negativa;
- Todas as unidades de isolamento possuem uma antecâmara, com uma estrutura própria para a higienização das mãos.


Patrícia Mendes Especialidade Médico-Cirúrgica


OBJECTIVOS:

- Divulgar os dados relativos às observações sobre as boas práticas no isolamento de doentes da UCIP;
- Identificar os erros mais comuns na prestação de cuidados a doentes em isolamento;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para as boas práticas na prestação de cuidados a doentes em isolamento;
- Aumentar a adesão às boas práticas de cuidados aos doentes em isolamento.

Patrícia Mendes Especialidade Médico-Cirúrgica

É fundamental desenvolver uma vigilância epidemiológica que identifique doentes susceptíveis de desenvolver IACS e promova acções que visem a prevenção das mesmas.


INQUÉRITO DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO

- O inquérito de prevalência é um dos métodos utilizados em VE ;
- Mede o nº de doentes que têm uma infecção num único dia;
- Fornece indicadores que contribuem para identificar problemas e implementar estratégias para a sua resolução.

Patrícia Mendes Especialidade Médico-Cirúrgica

METODOLOGIA

- Foi realizada uma grelha de observação com o objectivo de **observar as boas práticas no isolamento de doentes da UCIP;**
- Amostra de 12 observações (3 Médicos; 3 Enfermeiros, 3 Assistentes Operacionais e 3 funcionárias da Brigada da Limpeza);
- Observações realizadas no turno da manhã;
- Os isolamentos observados de contacto.

Patrícia Mendes Especialidade Médico-Cirúrgica

IPI HEM 2009

Serviços	Doentes Estudados	Doentes com I.N.
UCIM /UCIC/Outras UCI	8	2
Neurocirurgia	36	6
Cardiologia	11	0
Endocrinologia	7	0
Doenças Infecciosas	21	1
Otorrinolaringologia	4	0
Doenças Pulmonares	12	2
Cirurgia Torácica	3	0
Gastroenterologia	9	1
Unidade de Cuidados Intensivos polivalente - UCI	9	6

Patrícia Mendes Especialidade Médico-Cirúrgica

IPI 2010

Grupos de Serviços	Doentes Estudados	Doentes com I.N.
UCIM /UCIC/Outras UCI	7	2
Neurocirurgia	4	4
Cardiologia	4	0
Endocrinologia	5	0
Doenças Infecciosas	12	0
Otorrinolaringologia	11	0
Doenças Pulmonares	11	0
Cirurgia Torácica	3	0
Gastrenterologia	9	1
Unidade de Cuidados Intensivos polivalente	8	4

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

Tipos de Isolamento

- ✓ Isolamento Respiratório
- ✓ Isolamento por Gotículas
- ✓ Isolamento por Contacto
- ✓ Isolamento Protector

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

“A **prevenção** das infecções nosocomiais é da **responsabilidade** de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde. **Todos** devem trabalhar em cooperação para **reduzir** o risco de **infecção** nos doentes e nos profissionais.”

(PNCI 2007, p. 18)

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

Isolamento Contacto

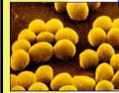
(*exs: MRSA, Acinetobacter*)

Preferencialmente:

- Quarto individual ou com doente que apresente infecção pelo mesmo agente

Usar quando se entra na unidade do doente:

- ❖ **Bata** (se se contactar directamente com o doente a menos de 1 metro)
- ❖ **Luvas** (contacto com material da unidade/doente a menos de 1 metro)
- ❖ **Máscara facial** (a menos de um metro do doente ou executar procedimentos geradores de gotículas com maior risco de contaminação)



Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

ISOLAMENTO

- É o estabelecimento de barreiras físicas, de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir, a transmissão de agentes infecciosos:
 - De doente para doente;
 - Doente para o profissional de saúde;
 - Profissional de saúde a doente.

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA AUDITORIA AOS ISOLAMENTOS



Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

➔ Preparação da Antecâmara

- Possui sinalética quanto ao tipo de isolamento;
- Possui mesa de suporte com embalagens de origem:
 - Caixa de Luvas
 - Caixa de Máscaras (adaptadas ao tipo de isolamento)
 - Bata / Avental
- Possui desinfetante de Sol. Alcoólica para as mãos com doseador;
- Possui dois contentores, nomeadamente com saco branco e saco preto.

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

Resultados da Preparação na antecâmara por grupo profissional



Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

Resultados da Preparação da Antecâmara



- ❖ É verificado que na preparação das antecâmaras atingiu-se um score de qualidade de **83,3%**;
- ❖ O item observado não cumprido **Possui dois contentores, nomeadamente saco branco e saco preto**;

➔ Observa-se apenas a existência de contentores com saco branco

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

(cont.) Resultados da Preparação na antecâmara por grupo profissional

Falha Comum aos 4 grupos profissionais:

- Antes, de colocar o equipamento de protecção, não procedem à lavagem/desinfecção das mãos

Falha observada na Brigada de Limpeza:

- Ao colocar o equipamento de protecção, as luvas não são colocadas em último tempo

✓ Exemplo:

A máscara é colocada em último lugar

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

Preparação da antecâmara dos Profissionais de saúde



Medidas a Observar:

- Antes de entrar, colocam o material de protecção individual de uso único;
- Antes, de colocar o equipamento de protecção, procede à higienização das mãos;
- Ao colocar o equipamento de protecção, as luvas são colocadas em último tempo.



Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

Como colocar o Equipamento de protecção individual

<p>1</p> <p>Bata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecionar a bata apropriada • Abra pela parte posterior • Vista apertando os atilhos atrás • Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas: <ul style="list-style-type: none"> ○ a 1ª bata ata à frente ○ a 2ª bata ata atrás 	<p>2</p> <p>Máscara</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo • Ajuste a parte superior ao nariz • Segure a cabeça com os atilhos ou elásticos • Ajuste-a <p>Respirador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecionar o respirador • Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo • Ajuste a parte superior ao nariz • Segure a cabeça com os elásticos • Verifique se está bem colocado: <ul style="list-style-type: none"> - Inalar – o respirador deve colapsar - Exalar – verificar se existem fugas de ar em redor da face
<p>3</p> <p>Protecção ocular/facial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos • Posicione a protecção facial sobre a face e segure-a com os atilhos • Ajuste até que se sinta confortável 	<p>4</p> <p>Luvas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calçar as luvas no final • Seleccione o tipo e tamanho de luvas adequado • Insira as mãos nas luvas • Puxe as luvas até prender o punho da bata

→ Actuação na Prestação de Cuidados

- O profissional de saúde individualiza o equipamento de protecção (luvas) entre procedimentos no mesmo doente
- A manipulação da roupa limpa é cuidadosa
- O profissional de saúde não coloca as mãos enluvasadas/contaminadas nas superfícies e equipamentos do quarto (ex: puxador da porta)
- O profissional de saúde coloca o material cortante dentro do contentor para cortantes e perfurantes
- Antes de sair do quarto de isolamento, o profissional de saúde retira correctamente o EPI'S (norma da CCI)
- O profissional de saúde deixa o equipamento de protecção em saco branco
- Após retirar o equipamento de protecção, o profissional procede à lavagem das mãos



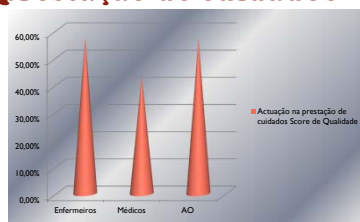
Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

Como remover o Equipamento de protecção individual

<p>1</p> <p>Luvas:</p> <p>Primeira etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegue no bordo da luva, junto ao punho • Retire da mão, virando de dentro para fora • Segure com a mão oposta <p>Segunda etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a • Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas • Descarte as luvas para contentor apropriado 	<p>2</p> <p>Protecção ocular/facial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar os óculos e protecção facial sem luvas • Abastar da face • Colocar em local apropriado para reprocessar ou eliminar
<p>3</p> <p>Bata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desaperte atilhos • Puxe a bata pelos ombros • Virá-la do avesso • Enrolá-la • Descarte 	<p>4</p> <p>Máscara</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desaperte atilho debaixo, depois o de cima • Retire da face • Descarte <p>Respirador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levante o elástico do fundo sobre o de cima • Levante o de cima • Retire da face • Descarte

(cont.) Resultados da actuação na prestação de cuidados



- ❖ Enf.º e AO apresentam um score de qualidade de 57,1%
- ❖ Médicos apresentam um score de qualidade de 42,9%

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

→ (cont.) Resultados da actuação na prestação de cuidados

Brigada da Limpeza

Antes de sair do quarto de isolamento, o profissional de saúde não retira correctamente o EPI'S (norma da CCI)

Nota:

- Observado que o material existente nos quartos de isolamento **é o estritamente necessário**;
- Observado que apenas no isolamento 9 existem contentores **não fechados** com saco branco;
- Durante as observações não foi realizada colheita, acondicionamento e transporte de produtos, pelo que não foi possível auditar.

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

(cont.) Resultados da actuação na prestação de cuidados

Falhas Comuns aos 3 grupos profissionais:

- O profissional de saúde não individualiza o equipamento de protecção (luvas) entre procedimentos no mesmo doente.
- A manipulação da roupa limpa não é cuidadosa.
- Antes de sair do quarto de isolamento, o profissional de saúde não retira correctamente o EPI'S (norma da CCI)

Falha observada no grupo profissional Médicos

- Após retirar o equipamento de protecção, o profissional não procede à higienização das mãos

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

→ Recolha de Roupa Suja/Recolha de Resíduos

- A roupa é colocada directamente em saco apropriado
- A recolha é feita junto da cama do doente
- É realizado o mínimo de manipulação e de agitação da roupa
- Os sacos de roupa são encerrados no interior do quarto
- Os sacos de resíduos (brancos) são encerrados no interior do quarto
- Os sacos são encerrados a 2/3 da sua capacidade

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

(Cont.) Recolha de roupa suja/Recolha de Resíduos

- Os profissionais de saúde: Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Brigada de Limpeza, realizam um complemento de acções:
- Enfermeiros:**
 - A roupa é colocada directamente em saco apropriado
 - A recolha é feita junto da cama do doente
 - É realizado o mínimo de manipulação e de agitação da roupa
- Os **AO** realizam também as medidas anteriores e foi também observado:
 - Os sacos de resíduos (brancos) são encerrados no interior do quarto;
 - Os sacos de roupa não são encerrados no interior do quarto.
- A **Brigada da Limpeza**, observa-se que:
 - Os sacos são encerrados a 2/3 da sua capacidade

Patrícia Mendes

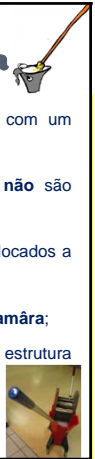
Especialidade Médico-Cirúrgica

(Cont.) Brigada da Limpeza

- Observado** que a lavagem do chão é utilizado com um **único** balde;
- Observou-se** que as cabeças das esfregonas **não** são retiradas dos quartos em saco branco e fechado;
- Observou-se** que os baldes não são lavados e colocados a escorrer invertidos;
- Observado** que a bata e luvas é **retirado na antecâmara**;
- Observou-se** que a água do balde é **eliminada na estrutura** para a lavagem das mãos **na antecâmara**.

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica



Limpeza do Quarto de Isolamento

- As bacias dos cuidados de higiene são lavadas e guardadas invertidas
 - Na limpeza da unidade a AO desinfecta por fricção as grades da cama com álcool a 70º
 - A limpeza das superfícies horizontais é realizada com pano de uso único com água quente e detergente de uso geral
 - No derrame de matéria orgânica aplicam o procedimento da CCI sobre a desinfecção geral de superfícies (horizontais e verticais)
- Observado que **não há** limpeza das superfícies, é utilizado compressa com álcool a 70º para desinfecção.
- Nota:** Não auditadas medidas como "As bacias dos cuidados de higiene são lavadas e guardadas invertidas" por serem utilizadas bacias descartáveis;
- Não auditadas medidas como "No derrame de matéria orgânica aplicam o procedimento da CCI sobre a desinfecção geral de superfícies (horizontais e verticais)" por não ter havido motivo para realizar esta acção

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

CONCLUSÃO

- É da responsabilidade de cada profissional seleccionar as barreiras protectoras apropriadas em função do contacto previsto;
- É da responsabilidade dos Profissionais de Saúde as precauções a adoptar e o tipo de ensino/educação e informação sobre a situação para o doente, familiares e amigos;

Até ao ano de 2013

"reduzir em 5% as quatro principais IACS prevalentes nas unidades de saúde"

Plano Nacional de Prevenção e Controlo da IACS (2007)

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica



BRIGADA DA LIMPEZA

- A limpeza da unidade do doente é realizada diariamente
- É fornecido material individualizado para cada unidade de isolamento
- A funcionária de limpeza utiliza equipamento de protecção individual
- Na lavagem do chão é utilizado o método do duplo balde
- A higienização é realizada após a recolha da roupa e dos resíduos
- As cabeças das esfregonas são retiradas dos quartos em saco branco e fechado
- Os baldes são lavados e colocados a escorrer invertidos
- O equipamento de protecção é colocado em saco branco antes de sair da unidade
- Na antecâmara realiza a higiene das mãos
- As águas são eliminadas na zona suja do serviço

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

Referências Bibliográficas

- Manual de Protocolos e Procedimentos do HEM; 2003;
- Prevenção de Infecções adquiridas no Hospital – um guia prático - PNCI; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2002;
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde- PNCI; Direcção Geral de Saúde; 2007;
- Recomendações para as precauções de Isolamento- PNCI; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2005.

Patrícia Mendes

Especialidade Médico-Cirúrgica

OBRIGADA



FORMAÇÕES NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

Formação: “Isolamentos: Que medidas devem ser tomadas”

Total de Presenças: **9 Enfermeiros; 1 Funcionária da brigada da limpeza**

	2. Insuficiente	2. Suficiente	3. Bom	4. Muito Bom	Média
UTILIDADE PRÁTICA E PROFISSIONAL			2	8	4
SENSIBILIZAÇÃO A NOVAS ATITUDES			1	9	4
QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO			1	9	4
METODOLOGIA			1	9	4
DURAÇÃO/HORÁRIO			3	7	4

Cálculo da Média da Ação de Formação: **4**

APENDICE IV

Relatório das Auditorias aos Isolamentos da UCIP



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DAS AUDITORIAS AOS ISOLAMENTOS DA UCIP

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade de
Enfermagem em Médico-Cirúrgica

Elaborado por:

Patrícia Mendes

Sob-Orientação de:

Enf.^a Francelina Rebelo

Lisboa, Junho de 2011

SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais

CCI – Controlo de Infecção Hospitalar

EPI – Equipamento de Protecção Individual

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Sumário

	f.
<u>0.INTRODUÇÃO</u>	3
<u>1. ENQUADRAMENTO DAS AUDITORIAS</u>	5
1.1 <u>Metodologia</u>	5
1.2 <u>Caracterização das Unidades de isolamento</u>	5
<u>2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA AUDITORIA AOS ISOLAMENTOS</u>	6
<u>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	12
<u>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	13
<u>ANEXOS</u>	14
<u>ANEXO I</u>	15

0.INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio realizado na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Hospital de Egas Moniz, que decorreu no período de 27 de Abril a 24 de Junho de 2011, procedi à realização de auditorias na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com o objectivo de observar a aplicação de boas práticas no isolamento.

Existem vários factores predisponentes ao desenvolvimento de uma infecção, o mais comum refere-se ao imunocompromisso dos doentes (pela idade ou doença), a grande variedade de procedimentos invasivos (diagnósticos e terapêuticos) criam vias de infecção; a transmissão de bactérias multirresistentes em serviços superlotados e com escassez de pessoal, onde é baixa a adesão às técnicas de controlo de infecção.

(Manual de procedimentos de controlo de infecção hospitalar, 2005)

A Unidade de Cuidados Intensivos, por ser um local propício ao aparecimento de IACS, devido à complexidade que envolvem os cuidados, e por ter conhecimento das lacunas e das dúvidas que existem na prestação de cuidados em doentes em isolamento, considerei importante realizar auditorias sobre as medidas de isolamento, com o intuito de realizar posteriormente, uma formação tendo como base os resultados adquiridos nestas. Considero que, apresentação dos resultados ao grupo profissional auditado é essencial, pois o meu objectivo foi relembrar as precauções básicas e as recomendações gerais a aplicar no contexto de isolamentos. Por outro lado, considero uma forma de actualizar os conhecimentos da equipa que presta os cuidados directos à pessoa em situação crítica.

É através da formação contínua “...o enfermeiro da CCI, exemplicando situações de risco observadas nas várias Unidades/Serviços, representadas pelos enfermeiros presentes, consegue conduzir à reflexão das práticas e recomendar os procedimentos mais adequados.” (Veiga 2003, p. 20) Assim, considero que a realização de acções de formação pode levar os enfermeiros a sentirem necessidade de alterar a sua atitude e/ou comportamentos levando a resultados positivos.

Desta forma, no dia 2 de Junho de 2011, procedeu-se à formação “Isolamentos: Que medidas a tomar?”, com a divulgação dos resultados obtidos.

A elaboração deste trabalho teve como objectivos:

- Divulgar os dados relativos às observações sobre as boas práticas no isolamento de doentes da UCIP;
- Identificar os erros mais comuns na prestação de cuidados a doentes em isolamento;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para as boas práticas na prestação de cuidados a doentes em isolamento;
- Aumentar a adesão às boas práticas de cuidados aos doentes em isolamento.

Para a elaboração deste trabalho, a metodologia utilizada é a descritiva baseada na análise dos dados recolhidos das auditorias.

Este trabalho encontra-se estruturado inicialmente com uma abordagem ao enquadramento das auditorias realizadas, onde retracto a metodologia utilizada e procedo a uma breve caracterização das unidades de isolamento. De seguida, apresento os resultados obtidos e no fim seguem-se as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO DAS AUDITORIAS

1.1. Metodologia

As auditorias realizadas têm com base uma vigilância activa. Foram utilizados para este trabalho os três isolamentos existentes na UCIP e observação das boas práticas a implementar nestes, foi realizada no dia 14 e 16 de Maio de 2011.

As observações foram realizadas no turno da manhã, por ser o turno que onde se procede à realização da higiene e por estarem presentes os grupos de profissionais que fizeram parte da auditoria.

Assim, elaborei uma grelha de observação (ANEXO I) que teve por base as precauções básicas no isolamento. O meu objectivo foi observar 3 elementos de cada grupo profissional, nomeadamente os médicos, os enfermeiros, as assistentes operacionais e as funcionárias da brigada de limpeza. É importante realçar que na análise dos dados, foi considerado uma acção nula, sempre que houve uma não conformidade realizada por parte de cada elemento do grupo profissional.

Considerarei, juntamente com a minha orientadora do Módulo, englobar estes 4 grupos de profissionais, uma vez que para haver um controlo eficaz é necessária a colaboração de todos. São os comportamentos diários dos diferentes intervenientes do meio hospitalar, que determinam a eficácia do sistema de prevenção e controlo, pelo que é fundamental a interiorização das normas de controlo de infecção, de modo a que façam parte da responsabilidade e da ética profissional. Assim, pretendo com isto dizer, que os comportamentos apresentados por cada um, devem reflectir as boas práticas preconizadas.

Os isolamentos observados foram de contacto.

1.2. Caracterização das unidades de isolamento

- Existem 3 quartos de isolamento;
- Todos os quartos de isolamento possuem pressão negativa;
- Todas as unidades de isolamento possuem uma antecâmara, com uma estrutura própria para a higienização das mãos.

De seguida, apresentam-se os resultados obtidos das auditorias realizadas aos isolamentos.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA AUDITORIA AOS ISOLAMENTOS

➤ Preparação da Antecâmara

Neste ponto pretendeu-se observar as seguintes características:

- Possui sinalética quanto ao tipo de isolamento;
- Possui mesa de suporte com embalagens de origem:
 - Caixa de Luvas
 - Caixa de Máscaras (adaptadas ao tipo de isolamento)
 - Bata / Avental
- Possui desinfetante de Sol. Alcoólica para as mãos com doseador;
- Possui dois contentores, nomeadamente com saco branco e saco preto.



O gráfico apresenta os resultados obtidos relativamente às três antecâmaras existentes na unidade:

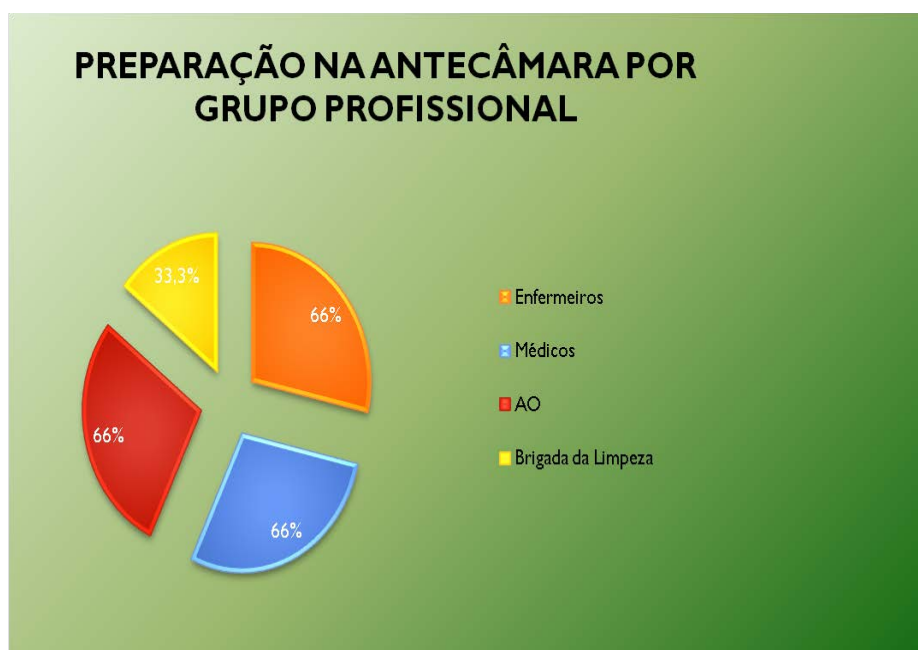
- ❖ É verificado que na preparação das antecâmaras atingiu-se um score de qualidade de **83,3%**;
- ❖ O item observado em não conformidade: “**Possui dois contentores, nomeadamente saco branco e saco preto”;**

Observou-se apenas a existência de contentores com saco branco

➤ Preparação da antecâmara dos Profissionais de saúde

Neste ponto pretendeu-se observar as seguintes características:

- Antes de entrar, colocam o material de protecção individual e de uso único;
- Antes, de colocar o equipamento de protecção, procede à higienização das mãos;
- Ao colocar o equipamento de protecção, as luvas são colocadas em último tempo



Através do gráfico observa-se que os grupos profissionais, nomeadamente Enfermeiros, Médicos e AO atingiram um score de qualidade de 66%. O grupo profissional da Brigada de Limpeza atingiu um score de qualidade de 33,3%.

Observou-se que a inconformidade aos 4 grupos profissionais, diz respeito ao momento:

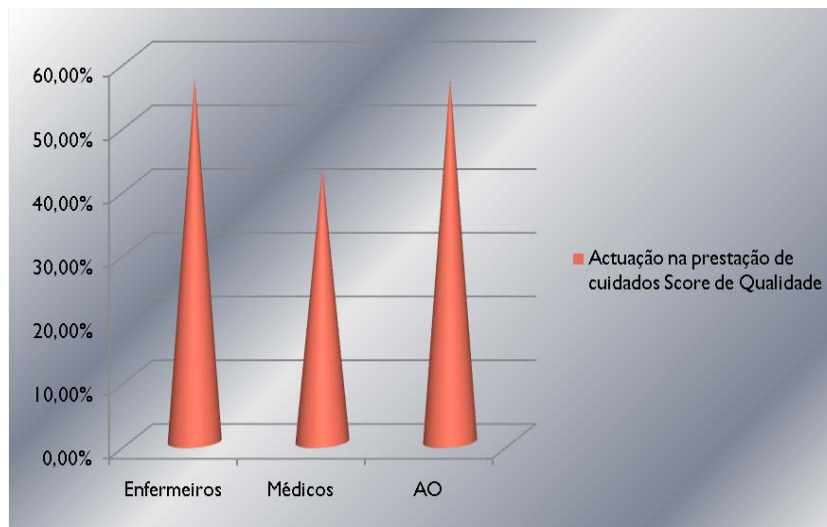
- Antes, de colocar o equipamento de protecção, não procedem à lavagem / desinfecção das mãos

Observou-se também que a Brigada de Limpeza, para além do momento anterior referido, apresentou também uma não conformidade no que diz respeito:

- Ao colocar o equipamento de protecção, as luvas não são colocadas em último tempo. Um exemplo observado desta situação: A máscara é colocada em último lugar

➤ Actuação na Prestação de Cuidados

- O profissional de saúde individualiza o equipamento de protecção (luvas) entre procedimentos no mesmo doente
- A manipulação da roupa limpa é cuidadosa
- O profissional de saúde não coloca as mãos enluvadas/contaminadas nas superfícies e equipamentos do quarto (ex: puxador da porta)
- O profissional de saúde coloca o material cortante dentro do contentor para cortantes e perfurantes
- Antes de sair do quarto de isolamento, o profissional de saúde retira correctamente o EPI'S (norma da CCI)
- O profissional de saúde deixa o equipamento de protecção em saco branco
- Após retirar o equipamento de protecção, o profissional procede à lavagem das mãos



Pela análise do gráfico verifica-se os grupos profissionais - Enfermeiros e Assistentes Operacionais - apresentam um score de qualidade de **57,1%**. Observa-se também que o grupo profissional - Médicos - apresentam um score de qualidade de **42,9%**.

As não conformidades observadas nos 3 grupos profissionais:

- O profissional de saúde não individualiza o equipamento de protecção (luvas) entre procedimentos no mesmo doente.
- A manipulação da roupa limpa não é cuidadosa.

- Antes de sair do quarto de isolamento, o profissional de saúde não retira correctamente o EPI'S (norma da CCI)

Foi observado, uma não conformidade, no grupo profissional Médicos, para além das referidas anteriormente,

- Após retirar o equipamento de protecção, o profissional não procede à higienização das mãos.

É de salientar, que não foi feito o cálculo da percentagem de score de qualidade no grupo profissional da Brigada de Limpeza, por não fazer parte deste grupo todas as acções mencionadas anteriormente, no entanto foram detectadas não conformidades, no que diz respeito:

- Antes de sair do quarto de isolamento, o profissional de saúde não retira correctamente o EPI'S (norma da CCI)

É de salientar, que neste ponto foi detectado que:

- O material existente nos quartos de isolamento é o estritamente necessário;
- Apenas no isolamento 9 existem contentores não fechados com saco branco;
- Durante as observações não foi realizada colheita, acondicionamento e transporte de produtos, pelo que não foi possível auditar.

➤ **Recolha de Roupa Suja/Recolha de Resíduos**

Neste ponto pretendeu-se observar as seguintes características:

- A roupa é colocada directamente em saco apropriado;
- A recolha é feita junto da cama do doente;
- É realizado o mínimo de manipulação e de agitação da roupa;
- Os sacos de roupa são encerrados no interior do quarto;
- Os sacos de resíduos (brancos) são encerrados no interior do quarto;
- Os sacos são encerrados a 2/3 da sua capacidade.

Neste item constatou-se que os profissionais de saúde: Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Brigada de Limpeza, realizam um complemento de acções:

- **Enfermeiros:**
 - A roupa é colocada directamente em saco apropriado
 - A recolha é feita junto da cama do doente
 - É realizado o mínimo de manipulação e de agitação da roupa
- As **AO** para além de realizarem as medidas anteriores, observou-se também que:
 - Os sacos de resíduos (brancos) são encerrados no interior do quarto;
 - Os sacos de roupa não são encerrados no interior do quarto.
- Relativamente à **Brigada da Limpeza**, observou-se que:
 - Os sacos são encerrados a 2/3 da sua capacidade

➤ Limpeza do Quarto de Isolamento

Neste ponto pretendeu-se observar as seguintes características:

- As bacias dos cuidados de higiene são lavadas e guardadas invertidas
- Na limpeza da unidade a AO desinfecta por fricção as grades da cama com álcool a 70°
- A limpeza das superfícies horizontais é realizada com pano de uso único com água quente e detergente de uso geral
- No derrame de matéria orgânica aplicam o procedimento da CCI sobre a desinfecção geral de superfícies (horizontais e verticais)

Foi observado que não é realizada limpeza das superfícies, é imediatamente utilizado uma compressa com álcool a 70° para a desinfecção.

É de realçar, que não foram auditadas medidas como “As bacias dos cuidados de higiene são lavadas e guardadas invertidas” por serem utilizadas bacias descartáveis, bem como a medida “No derrame de matéria orgânica aplicam o procedimento da CCI sobre a desinfecção geral de superfícies (horizontais e verticais)” por não ter havido motivo para realizar esta acção.

➤ **BRIGADA DA LIMPEZA**

Relativamente, à brigada da limpeza era pretendido observar:

- A limpeza da unidade do doente é realizada diariamente
- É fornecido material individualizado para cada unidade de isolamento
- A funcionária de limpeza utiliza equipamento de protecção individual
- Na lavagem do chão é utilizado o método do duplo balde
- A higienização é realizada após a recolha da roupa e dos resíduos
- As cabeças das esfregonas são retiradas dos quartos em saco branco e fechado
- Os baldes são lavados e colocados a escorrer invertidos
- O equipamento de protecção é colocado em saco branco antes de sair da unidade
- Na antecâmara realiza a higiene das mãos
- As águas são eliminadas na zona suja do serviço

Foi observado que a lavagem do chão é utilizado com um único balde, as cabeças das esfregonas não são retiradas dos quartos em saco branco e fechado, os baldes não são lavados e colocados a escorrer invertidos. Foi também constado que a bata e as luvas são retiradas na antecâmara e que a água do balde é eliminada na estrutura para a lavagem das mãos na antecâmara.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que a elaboração da acção de formação com o tema "Isolamentos: Que medidas a tomar?", foi uma estratégia positiva para ajudar, de alguma forma, na mudança de comportamentos/atitudes dos profissionais de saúde.

É fundamental que qualquer profissional de saúde que desempenha as suas actividades na área da prestação de cuidados directos ao doente, saiba fazê-lo de uma forma segura e fundamentada.

Esta formação teve a participação de 8 Enfermeiros e 1 AO.

Após a divulgação dos dados recolhidos e analisados, procedeu-se a algumas mudanças visíveis, nomeadamente à utilização do balde nas unidades de isolamento onde actualmente a sua limpeza é feita com duplo balde e o despejo das águas é realizado na zona suja do serviço. Foi também esclarecidas dúvidas sobre a sequência de colocação dos EPI bem como a sua sequência para retirar de acordo com as recomendações da CCI.

Deste modo, considero que os objectivos delineados inicialmente foram atingidos.

Pretendo que este trabalho não seja visto como um mero documento que serviu num determinado tempo, mas sim um instrumento de consulta que tem como princípio alertar para as boas práticas com o intuito de prevenir e de controlar as infecções, salientando que:

- É da responsabilidade de cada profissional seleccionar as barreiras protectoras apropriadas em função do contacto previsto;
- É da responsabilidade dos Profissionais de Saúde as precauções a adoptar e o tipo de ensino/educação e informação sobre a situação para o doente, familiares e amigos.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Norma para Isolamento (2003). *Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar*. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Lisboa
- ✓ Veiga, A. (2003). A importância da formação. *Nursing*. (180) p. 20.

APENDICE V

Tema I “Isolamentos. Precauções Básicas”

Tema II “Práticas de prevenção da infecção urinária associada à algaliação. Apresentação dos resultados das auditorias

PLANO DE SESSÃO

TEMA I: Isolamentos. Precauções Básicas

TEMA II: Práticas de prevenção da infecção urinária associada à algaliação. Apresentação dos resultados das auditorias.

LOCAL: Sala de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, Urologia e Cardio-Torácica

DATA: 14.06.2011

HORA: 14h / 16h

DURAÇÃO: 50 min

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros e Assistentes Operacionais

OBJECTIVOS:

- ✓ Sensibilizar a equipa de Enfermagem e de AO para a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- ✓ Apresentação das intervenções e dos cuidados inerentes aos Isolamentos,
- ✓ Apresentação dos resultados das auditorias sobre as práticas de prevenção da infecção urinária associada à algaliação.

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATEGIAS/ METODOLOGIA	RECURSOS
APRESENTAÇÃO TEMA I	- Apresentação - Apresentação dos objectivos e planeamento da sessão	- Apresentação da prelectora: Patricia Mendes - Sumário - Justificação do tema - Objectivos	2 min	Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/ METODOLOGIA	RECURSOS
DESENVOLVIMENTO	1- Prevalência das infecções e de doentes com infecção		1 min	Expositivo	
	2- Factores exógenos	Ambiente animado/ambiente Inanimado	1 min	Expositivo	- Prelector - Computador
	3- Precauções Básicas	Higienização das mãos; Uso de EPI, Isolamento; Controlo Ambiental Ensino ao doente e visitantes	7 min	Expositivo	- Visualização de Diapositivos
	4- Isolamento	Definição de isolamento; Principais vias de transmissão; Tipos de isolamento; Medidas de Isolamento	10 min	Expositivo	
	5- Utilização dos desinfectantes	Quando o doente tem alta; Indicações dos desinfectantes; Precauções na utilização	5 min	Expositivo	

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATEGIAS/ METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia	3 min	Expositivo	Prelectora

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
APRESENTAÇÃO TEMA II	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Apresentação dos objectivos e planeamento da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação das preletoras: Patricia Mendes Gina Pimentel - Sumário - Justificação do tema - Objectivos 	2 min	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> Prelector Computador Visualização de Diapositivos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> 1- Princípios Gerais 2- Factores de risco extrínseco às infecções 3- Distribuição da Infecção Nosocomial 4- Complicações mais frequentes 5- Apresentação dos Resultados das Auditorias 	<ul style="list-style-type: none"> Princípios Gerais Factores de risco extrínseco às infecções Distribuição da Infecção Nosocomial Exemplos Princípios Gerais; Inserção da algália; Manutenção do sistema de drenagem; Despejo do saco de drenagem; Remoção da algália; Colheita de urina para exame cultural 	<ul style="list-style-type: none"> 3min 1 min 1 min 1 min 10 min 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Expositivo Expositivo Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Prelector Computador Visualização de Diapositivos

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	Reflexão final/conclusão - Bibliografia	2 min	Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
AVALIAÇÃO	- Encerramento da sessão	- Avaliação dos enfermeiros do serviço de cirurgia Geral/Urologia/ Cirurgia Cardiotorácica	5min	Patrícia Mendes Gina Pimentel	Prelectoras e Enfermeiros


CENTRO HOSPITALAR DE
LUBOIA OCCIDENTAL, L.P.
HOSPITAL DE EGAS MONIZ

ISOLAMENTOS PRECAUÇÕES BÁSICAS

Trabalho elaborado por:
-Enf.ª Maria João
(Elemento de Inter-Ligação da CCI 6ª Piso)
- Enf.ª Patricia Mendes

Enf.ª Orientadora:
Enf.ª Francilina Rebelo


INSTITUTO DE
CÁTEDRA CATÓLICA INSTITUTO DE
TÉCNICAS CIENTÍFICAS DA SAÚDE



“A **prevenção** das infeções nosocomiais é da **responsabilidade** de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde. **Todos** devem trabalhar em cooperação para **reduzir** o risco de **infeção** nos doentes e nos profissionais.”
(PNCI 2007, p. 18)

OBJECTIVOS:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da normalização de procedimentos de forma a prevenir a infeção hospitalar;
- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância do cumprimento das medidas de Isolamento;
- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a problemática da IACS's;

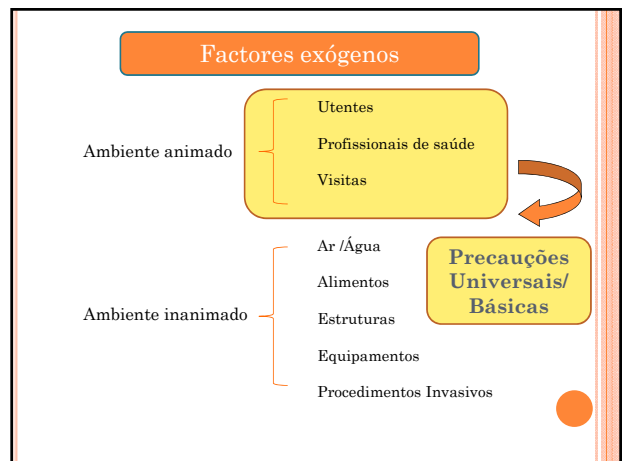


Prevalência das infeções e de doentes com infeção por área assistencial

Grupos de Serviços	Doentes Estudados	Doentes com I.N.	I.N.	Prevalência I.N.	Doentes com I.C.	I.C.	Prevalência I.C.
UCIM /UCIO/Outras UCI	7	2	3	42,86%	0	0	0%
Neurocirurgia	25	4	4	16%	1	1	4%
Cardiologia	4	0	0	0%	0	0	0%
Oftalmologia	2	0	0	0%	0	0	0%
Doenças Infecciosas	12	1	1	8,33%	12	24	200%
Otorrinolaringologia	11	0	0	0%	0	0	0%
Doenças Pulmonares	11	2	3	27,27%	6	7	63,64%
Cirurgia Torácica	3	0	0	0%	0	0	0%
Traumatologia	14	4	5	35,71%	3	3	21,43%
Gastroenterologia	9	1	1	11,11%	2	3	33,33%
Medicina Interna	105	30	41	39,05%	33	37	35,24%
Cirurgia Geral	37	3	3	8,11%	6	8	21,62%
Unidade de Cuidados Intensivos polivalentes	8	4	4	50%	0	0	0%
Reumatologia	1	0	0	0%	0	0	0%
Cirurgia Plástica	11	1	1	9,09%	2	2	20%
Endocrinologia	5	0	0	0%	0	0	0%
Neurologia	13	1	1	7,69%	2	2	15,38%
Cirurgia Vasculuar	9	4	4	44,44%	2	3	33,33%
Urologia	15	0	0	0%	0	0	0%
Total	302	57	74	24,5%	69	90	29,8%

Plano de Apresentação

- Factores exógenos que favorecem a transmissão de microorganismos;
- Precauções complementares mediante a via de transmissão dos agentes infecciosos;
- Precauções Básicas;
- Definição de isolamento e as principais vias de transmissão
- Tipos de Isolamento;
- Isolamento de Contacto;
- Utilização dos desinfetantes



Precauções Básicas ou Padrão



Incluem:

- ✓ Higienização das mãos
- ✓ Uso racional das barreiras protectoras
- ✓ Controlo ambiental
- ✓ Ensino ao doente e visitas
- ✓ Isolamento



Isolamento

- É o estabelecimento de barreiras físicas, de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir, a transmissão de agentes infecciosos:
 - De doente para doente;
 - Doente para o profissional de saúde;
 - Profissional de saúde a doente.

Seleção do **tipo** de isolamento de acordo com a **cadeia epidemiológica** da infecção, as **patologias** e as **vias de transmissão** previstas



PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Precauções Básicas	Âmbito
Higienização das mãos	Deve ser efectuada <u>após</u> o manuseamento de sangue, fluidos corporais, excreções, secreções ou de qualquer objecto contaminado quer tenham sido ou não usadas luvas. Deve usar-se solução anti-séptica alcoólica na higiene de rotina das mãos (visivelmente limpas), ou um sabão com ph adaptado à pele e emoliente (mãos visivelmente sujas/contaminadas).
Uso racional de equipamentos de protecção individual (barreiras protectoras) aos procedimentos	Luvas Usar luvas limpas, não esterilizadas para manipular sangue, fluidos corporais, excreções e secreções. As luvas devem ser mudadas entre procedimentos no mesmo doente, após contacto com o material que conter alta concentração de microorganismos.
	Máscara/respirador Protecção de olhos e face Indicado em procedimentos com a capacidade potencial de produção de salpicos ou de "aerosóis", de secreções ou excreções, sangue, outros fluidos corporais.
	Bata Protege os profissionais e visitas, reduzindo a contaminação da pele, do fardamento/vestuário, durante procedimentos de potencial produção de salpicos/ secreções ou excreções.

Principais vias de transmissão

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Contacto directo	Doentes Profissionais de saúde	Pessoa a pessoa durante a prestação dos cuidados (lavagem inapropriada das mãos) ex: transmissão por aperto de mão, palpação abdominal, cuidados de higiene	<i>Staphylococcus aureus</i> , Bacilos Gram negativos, Virus respiratórios
Contacto indirecto	Instrumentos e equipamento de uso clínico	A transmissão ocorre passivamente através de um objecto intermediário (normalmente inanimado); ex: transmissão por não mudar luvas entre doentes...	<i>Salmonella</i> spp, <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> , <i>S. maltophilia</i>

CDC 2002

Prestação de cuidados

Precauções Básicas	Âmbito
Uso racional de equipamentos de protecção individual (barreiras protectoras) aos procedimentos	Avental de plástico Usados para impedir a conspurcação de roupa durante procedimentos com capacidade de produção de salpicos/aerosóis de sangue, de fluidos corporais, de secreções/excreções, aquando dos cuidados de higiene, lavagem de material, limpeza, etc.
Isolamento	Seleção do tipo de isolamento consoante a cadeia epidemiológica da infecção, as patologias e as vias de transmissão.
Controlo Ambiental	Higienização do ambiente, remoção segura de derrames e salpicos de sangue e de outra matéria orgânica, desinfestação, descontaminação do material, etc.
Ensino ao doente e visitantes	Encorajar a minimizar o risco de transmissão cruzada da infecção através da higiene das mãos; Uso de barreiras protectoras; Cuidados inerentes ao tipo de isolamento; evitar contactos com outros doentes internados; restrição de visitas, etc.

Principais vias de transmissão

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Goticulas	Doentes Profissionais de saúde	Transmissão através de gotículas (> 5µm) que transferem os microrganismos através do ar quando a fonte ou o doente se encontram demasiado próximas. Ex. Espirro, fala, tosse, aspiração	Influenza virus, <i>Staphylococcus aureus</i> , Sarampo, Streptococcus A, Virus sincial respiratório
Via Aérea	Ar	Propagação de germes (≤ 5µm) evaporados através de núcleos de gotículas do ar ou pó no mesmo quarto ou a uma distância longa. Ex. através de respiração	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Legionella</i> spp

CDC 2002

Tipos de Isolamento	
Protector	Protege um indivíduo imunocomprometido das infecções
Respiratório	Para uso em doentes conhecidos ou suspeitados de estar infectados com microorganismos transmitidos através da disseminação por gotículas de partículas = ou < a 5 micromonos.
Gotículas	Para uso em doentes conhecidos ou suspeitados de estar infectados com microorganismos transmitidos através da disseminação por gotículas de partículas > a 5 micromonos. Os microorganismos podem ser adquiridos por contacto directo, contacto por gotículas até à distância de 1 metro.
Contacto	Para uso sempre que o doente é suspeito de estar infectado ou colonizado por microorganismos com transmissão por contacto directo ou indirecto.

Medidas de Isolamento – Isolamento de Contacto

- Proceder cuidadosamente ao despejo de líquidos potencialmente contaminados (urina; água do banho, etc);
- A limpeza diária da unidade deverá ser feita com água e detergente (deve ser a última a ser limpa);
- Informar o doente e as visitas dos procedimentos a ter e supervisionar o seu cumprimento.

Medidas de Isolamento

Isolamento Contacto (ex: Acinetobacter na urina, MRSA numa ferida, Clostridium difficile)

Preferencialmente:

- Quarto individual ou com pessoa com infecção pelo mesmo agente;
- Caso não seja possível, escolher acama mais afastada da porta;
- As instalações sanitárias deverão ser sempre privativas, mas se não for possível deverá proceder-se à higienização das mesmas após a utilização por este doente;
- Informar os profissionais de saúde das precauções requeridas;
- Colocar mesa de apoio com EPI (Avental/bata; caixa de luvas e caixa de más cara se necessário).

Medidas de Isolamento – Isolamento de Contacto

- Quando a análise vem negativa...
 - > Limpar paredes até cima, chão e equipamento;
 - > Limpar superfícies

Exemplo: - Colchão e cama, a desinfecção é feita com hipoclorito de sódio 0,1%(Presept), se houver contra-indicação é utilizado o álcool a 70°, por exemplo as grades.

- > Retirar roupa da cama (lençóis, colcha e cobertores).

Medidas de Isolamento – Isolamento de Contacto

- Usar quando se entra na unidade do doente:
 - Avental/Bata** (se se contactar directamente com o doente a menos de 1 metro)
 - Luvas** (contacto com material da unidade/doente a menos de 1 metro)
 - Não é necessária Máscara facial** a mais de um metro do doente ou se não executar procedimentos geradores de gotículas com maior risco de contaminação
- Utilizar a solução alcoólica para desinfecção das mãos antes de entrar e após sair do quarto

Quando o doente tem alta...

- Deve ser feita uma limpeza (com água e detergente) e desinfecção do quarto e wc.
- ➡ A desinfecção **não** substitui a limpeza
- Os desinfectantes são substâncias químicas ou agentes físicos que inactivam a proliferação ou destroem os microorganismos de objectos inanimados.

Indicações dos desinfectantes no chlo

- Hipoclorito de Sódio a 0,1%
- Álcool a 70°
- Ânios

Segundo as indicações do fabricante

Precauções na utilização de desinfectantes



- Respeitar os protocolos de utilização: doses, diluições, incompatibilidades;
- Manusear sempre com luvas e roupa protectora;
- Caso a pele ou as mucosas sejam atingidas por projecções do produto, lavar de imediato com água ➡ Saúde Ocupacional;
- Lavar sempre o recipiente em que diluiu ou utilizou o desinfectante;
- Respeitar o tempo de estabilidade recomendado pelo fabricante.

Referências Bibliográficas:

- Manual de Protocolos e Procedimentos do HEM; 2003;
- Prevenção de Infecções adquiridas no Hospital – um guia prático - PNCI; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2002;
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde- PNCI; Direcção Geral de Saúde; 2007;
- Recomendações para as precauções de Isolamento- PNCI; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2005.

Conclusão

- É da responsabilidade de cada profissional seleccionar as barreiras protectoras apropriadas em função do contacto previsto;
- É da responsabilidade dos Profissionais de Saúde as precauções a adoptar e o tipo de ensino/educação e informação sobre a situação para o doente, familiares e amigos

Até ao ano de 2013
"reduzir em 5% as quatro principais IACS prevalentes nas unidades de saúde"

Plano Nacional de Prevenção e Controlo da IACS (2007)

OBRIGADA



"Promover a ideia que os cuidados limpos são cuidados mais seguros, não é uma opção. É o nosso dever para com os doentes, os seus familiares e os profissionais de saúde. Avancemos juntos. Cada um de nós pode representar um pequeno contributo para a mudança; para alcançarmos uma melhoria importante temos que nos envolver todos"

Prof. Didier Pittet
Director do 1º desafio mundial
em prol da segurança do doente

Práticas de prevenção da infecção urinária associada à algaliação

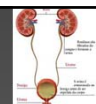
Apresentação dos Resultados da Auditoria 6º Piso
Urologia, CT, Cirurgia Geral

Trabalho realizado por:
Enf.ª Gina Pimentel (6º Piso)
Enf.ª Patricia Mendes

Enf.ª Orientadora:
Enf.ª Francelina Rebelo



PRINCIPIOS GERAIS



- A infecção do tracto urinário é a infecção nosocomial mais frequente e representa mais de 40% do total das infecções hospitalares;
- Cerca de 80% destas infecções, surge após manipulações do aparelho urinário, especialmente algaliações;
- O risco de adquirir uma infecção urinária depende do método, duração da algaliação (3-7%/dia de algaliação), dos cuidados que se têm com o catéter bem como da susceptibilidade do hospedeiro



Objectivos:

- ❖ Divulgar os dados relativos às auditorias sobre as práticas de prevenção da infecção urinária associada à algaliação;
- ❖ Sensibilizar os profissionais de saúde para as medidas de prevenção e controlo necessárias de modo a reduzir a infecção urinária,
- ❖ Aumentar a adesão às boas práticas na prevenção da infecção urinária associada à algaliação

A entrada de microorganismos nas vias urinárias pode ocorrer por migração de microorganismos ao longo da face externa do cateter urinário através do meato ao longo da uretra, ou através da superfície interna do cateter vesical (quer pela utilização de equipamento contaminado quer pela quebra do circuito estéril nas zonas de conexão).

Ao longo do tempo desenvolve-se na superfície do cateter uma película (biofilme) na qual os microorganismos ficam agregados o que lhes confere elevada resistência aos antimicrobianos e que implica a remoção do cateter urinário.

Plano de Apresentação

- Princípios gerais das infecções do trato urinário;
- Apresentação dos factores de risco extrínseco às infecções e distribuição das infecções por localização;
- Complicações mais frequentes;
- Apresentação dos Resultados das Auditorias.

As taxas de infecção variam entre 1% a 5% **após** uma única e breve cateterização. Em doentes algaliados com sistema de drenagem **aberto** por mais de 4 dias, pode ir até 100%;

Na algaliação com sistema de drenagem urinário **fechado**, estudos recentes indicam taxas de infecção superiores a 20%, relacionando esta situação com quebras de asséptica no sistema.



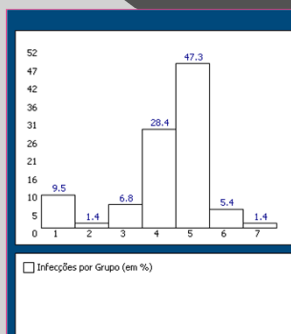
Factores de risco extrínseco

Tipo risco extrínseco	Nº doentes com este risco	% do risco
Catéter urinário	106	35,1
Catéter venoso periférico	217	71,85
Catéter vascular central	42	13,91
Alimentação parentérica	4	1,32
Alimentação entérica	39	12,91
Ventilação assistida invasiva	14	4,64
Teraupéutica imunossupressora	23	7,62
Cirurgia	87	28,81

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AUDITÓRIAS



Distribuição da Infecção Nosocomial, por localização (em %)



Descrição das Infecções:

- 1 - Infecção do Local Cirúrgico
- 2 - Infecções do Aparelho Gastrointestinal
- 3 - Infecções da Pele e Tecidos Moles
- 4 - Infecção das Vias Urinárias
- 5 - Infecção das Vias Respiratórias (excepto das Vias respiratórias Superiores)
- 6 - Infecções Hematogêneas
- 7 - Infecção do Sistema Nervoso Central

Princípios Gerais

- Score de qualidade **68,75%** (11/16)

➤ Critérios de não conformidade:

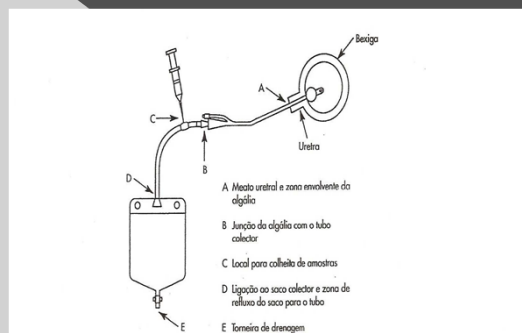
- (II) O sistema de drenagem tem local referenciado (preferencialmente) para a colheita de urina?
- (II) Se ocorrer deslocação do sistema recolha novo, usando técnica asséptica após desinfecção da junção algalia-saco com uma solução alcohólica.
- (II) É dada informação escrita aos doentes e familiares que têm alta algaliados sobre a manutenção do circuito fechado e o despiste de sinais de infecção urinária?
- (II) A nota de alta inclui a data de inserção da algalia, o tipo de calibre, o volume da água do balão, sinais suspeitos de infecção, se o doente faz antibioterapia, se há isolamento de estirpe?
- (II) Os doentes algaliados com infecção são separados dos algaliados sem infecção?

Complicações mais frequentes

- Cistite
- Pielonefrite
- Bacteriémia secundária/sépsis
- Prostatite



Sistema de drenagem fechado



Inserção da algália

Score de qualidade **53,33% (8/15)**

➤ Critérios de não conformidade:

- (IB) A escolha da algália contempla o conhecimento da possível alergia do doente ao látex.
- (II) O calibre utilizado preferencialmente utilizado nas mulheres é 12-14 Ch?
- (II) O calibre utilizado preferencialmente no homem é 14-16 Ch?
- (II) Existem pacotes específicos para esta técnica?
- (II) O balão é cheio com um volume mais pequena recomendada (excepto em situações que haja indicação específica).
- (IB) O meato urinário é limpo com água ou soro fisiológico após a lavagem com água e sabão estéreis (não há evidência que estes devam ser estéreis).
- (II) No homem a algália é fixa na parte superior da perna?

NOTA: Não foi considerada a questão "(II) na mulher a algália é fixa na face interna da coxa" por não constar no questionário.

Remoção da algália

Score de qualidade **100% (9/9)**

Nota: Foram excluídas as últimas 3 questões por não constarem no questionário.

Colheita de urina para exame cultural

Score de qualidade **81,81% (9/11)**

➤ Critérios de não conformidade:

- (II) O local da punção é desinfectado com álcool antes da colheita?
- (II) O local é desinfectado com álcool após a colheita?

Manutenção do sistema de drenagem

Score de qualidade **100% (3/3)**

Os sacos de drenagem têm: encerramento seguro, fáceis de posicionar, válvula anti-refluxo, torneira de despejo em forma de bisel (preferencialmente), tubagem resistente e sistema de medição fiável da urina.

A posição e integridade do doente é mantida de modo compatível com a comodidade do doente.

O saco de drenagem é mantido sempre abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão.

Conclusão

- 66 questões
- 17 respostas em não conformidade
- 14 - Categoria II (sugestões para implementação suportadas por estudos sugestivos clínicos ou epidemiológicos)
- 2- Categoria IB (Fortemente recomendada para implementação e suportada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e forte fundamentação teórica)
- 1- Categoria IA (medidas fortemente recomendadas para implementação e suportadas por estudos experimentais clínicos ou epidemiológicos bem conduzidos)

Despejo do saco de drenagem

Score de qualidade **75% (9/12)**

➤ Critérios de não conformidade:

- (II) Em cada despejo evita-se o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente?
- (IA) São adicionados anti-sépticos no saco de drenagem como forma de prevenir a infecção?
- (II) A higiene do meato urinário é efectuada com água ou soro com intervalos apropriados de modo a mantê-lo livre de incrustações e contaminação?

Nota: Não foi considerada a questão "(II) O banho do chuveiro é o mecanismo utilizado para a manutenção da higiene do meato urinário?"

Conclusão (cont.)

Em suma:

- "As estratégias para a prevenção de infecções associadas a dispositivos invasivos implicam uma actualização constante por parte dos profissionais e operacionalização de uma cultura de discussão e planeamento dos cuidados".

(Pina, E. 2010, p. 31)

Referências Bibliográficas

- Recomendações para a prevenção da infeção urinária associada à cateterização vesical (algáliação) - CCI: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E, 2009;
- Documento de auditorias às práticas de prevenção da infeção urinária associada à algáliação
- Pina, E. , Ferreira, E, Marques, A, Matos, B. (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança dos doente. *Revista portuguesa de saúde pública*. 27-39.
- Relatório de Inquérito de Prevalência das Infeções (2010), Comissão de Controlo de Infeção do HEM.

OBRIGADA



FORMAÇÕES NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

Formação: **Tema I** “Isolamentos. Precauções Básicas”

Tema II “Práticas de prevenção da infecção urinária associada à algaliação. Apresentação dos resultados das auditorias”

Total de Presenças: 15 Profissionais de Saúde (Enfermeiros e Assistentes Operacionais)

	3. Insuficiente	2. Suficiente	3. Bom	4. Muito Bom	Média
UTILIDADE PRÁTICA E PROFISSIONAL			4	11	4
SENSIBILIZAÇÃO A NOVAS ATITUDES			6	9	4
QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO		2	7	6	3
METODOLOGIA		1	6	8	3
DURAÇÃO/HORÁRIO		2	7	6	3

Cálculo da Média da Ação de Formação: **3**

APENDICE VI

Folheto informativo “Isolamentos”

Não deve

- Retirar do quarto nenhum objecto antes de consultar o Enfermeiro responsável (deve ser feita a desinfectação);
- Sair do quarto sem tirar as luvas e o avental/bata;
- Colocar o lixo no chão, coloque-o no saco branco;
- Colocar a roupa suja no chão, coloque-a no saco plástico vermelho;
- Circular nos outros quartos;
- Andar a entrar e a sair do quarto de isolamento.

Saiba que

- Só é possível 1 a 2 visitas por doente;
- Pode trazer objectos de higiene pessoal;
- Pode trazer livros, revistas, telemóvel e música (de fácil limpeza) para proporcionar momentos de distração ao seu familiar.
- Deve comunicar à equipe de Enfermagem se notar presença de sangue, fezes, urina ou secreções no chão, para que seja realizada a desinfectação.

Colabore!
Para a sua segurança
e
protecção dos doentes.



Caso tenha conhecimento que o seu familiar/amigo se encontra em isolamento, DEVE falar primeiro com o Enfermeiro responsável;

Cumpra as indicações que lhe forem transmitidas.

Rua da Junqueira, 126—Lisboa

Folheto elaborado por:
Enf.ª Patrícia Mendes
no âmbito do Estágio da CCI da Especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica de Lisboa



PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

Guia de Orientação para familiares e amigos do doente em ISOLAMENTO



ISOLAMENTO

O QUE É O ISOLAMENTO?

É a criação de barreiras físicas, de modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos:

- De um doente para outro;
- Dos doentes para os prestadores de cuidados e visitas;
- Dos prestadores de cuidados e visitas para os doentes.

ANTES DE ENTRAR NO QUARTO DE ISOLAMENTO

1º Passo

Passar as mãos com a solução alcoólica que se encontra à entrada do quarto.



2º PASSO

Conforme a indicação que for dada, pode ter que vestir a bata/avental, colocar a máscara e calçar luvas, conforme o tipo de isolamento.



DEPOIS DE SAIR DO QUARTO DE ISOLAMENTO

ANTES DE SAIR:

1º Passo

Retirar o equipamento de protecção individual, pela seguinte ordem:

Luvas → máscara → avental ou bata, e colocá-los no saco branco que se encontra dentro do quarto.

FORA DO QUARTO:

1º Passo

Passar as mãos pela solução alcoólica, para evitar a transmissão de microrganismos.



APENDICE VII

“Clean care is safer care 2010 – Apresentação dos resultados da Campanha da Higiene das Mãos”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Campanha Nacional de Higiene das Mãos “Clean care is Safer Care”-
Apresentação dos Resultados 2010

LOCAL: Sala de Reunião da UCIP

DATA: 20.05.2011

HORA: 14h **DURAÇÃO:** 40 min

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros; AO; Médicos; Fisioterapeutas

OBJECTIVOS:

- ✓ Apresentar os resultados obtidos no âmbito da campanha Nacional de Higiene das Mãos “Clean Care is Safer Care”, que decorreu em 2010;
- ✓ Aumentar a adesão à higiene das mãos no âmbito da Campanha Nacional promovida pela DGS

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/ METODOLOGIA	RECURSOS
APRESENTAÇÃO TEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação -Apresentação dos objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da prelectora: Patrícia Mendes - Sumário - Justificação do tema - Objectivos 	2 min	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> Prelector Computador Visualização de Diapositivos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> 1- Caracterização dos serviços da campanha; 2- Indicadores da Qualidade 3- Metodologia 4- Apresentação dos resultados. 5- Limitações /Considerações 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos serviços - Indicadores de Estrutura; - Indicadores de Processo; - Indicadores de Resultado - Consumo de Solução antisséptica de base alcoólica; - Comparação dos consumos dos serviços de Medicina e UCIP (2009/2010); - Avaliação por Momento; - Avaliação por categoria profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 min 3 min 3 min 1min 20 min 4 min 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Expositivo Expositivo Expositivo Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Prelector Computador Visualização de Diapositivos

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia	2 min	Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PORTUGAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS "CLEAN CARE IS SAFER CARE"

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS
2010





CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA CAMPANHA

SERVIÇOS	CAMAS	TAXA DE OCUPAÇÃO	DEMORA MÉDIA
UCIP	11	75%	11 DIAS
UCIC	8	84%	5 DIAS
Medicina IA	36	94%	12 DIAS
Medicina IB/IIB	36	70%	9 DIAS
Medicina IIA	36	83%	10 DIAS
Neurotraumatologia	19	86%	11 DIAS

CHLO-HEM

OBJECTIVOS:

- Apresentar os resultados obtidos no âmbito da Campanha nacional de Higiene das Mãos "Clean Care is a Safer Care", que decorreu em 2010;
- Aumentar a adesão à higiene das mãos no âmbito da Campanha Nacional de Higiene das Mãos promovida pela DGS.




CHLO-HEM

INDICADORES DA QUALIDADE

❖ INDICADORES DE ESTRUTURA

- Solução Alcoólica
- Sabão
- Dispensadores de Solução Alcoólica



CHLO-HEM

A campanha decorreu nos serviços:

- UCIP
- UCIC
- Medicina IA /IIA
- Medicina IB / IIB
- Neurotraumatologia
- Neurocirurgia




CHLO-HEM

❖ INDICADORES DE PROCESSO

- Oportunidades / Acções de higienização das mãos
- Lavagem / Fricção Antisséptica

❖ INDICADORES DE RESULTADO

- Adesão dos Profissionais



CHLO-HEM

METODOLOGIA



- Foram realizadas **1736** observações entre Maio e Novembro
- Observações realizadas entre as 8h e as 15h de segunda a sexta – feira
- A formação dada aos Profissionais de Saúde destes serviços foi realizada entre Junho e Novembro

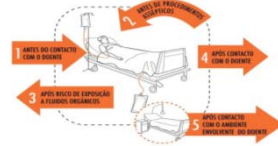
NOTA: No serviço de Neurocirurgia não se cumpriu o plano de acção pelos doentes terem sido mobilizados para outro serviço para serem realizadas melhorias nas infra-estruturas do serviço

CHLO- HEM

Resultados

➔ Avaliação por Momento

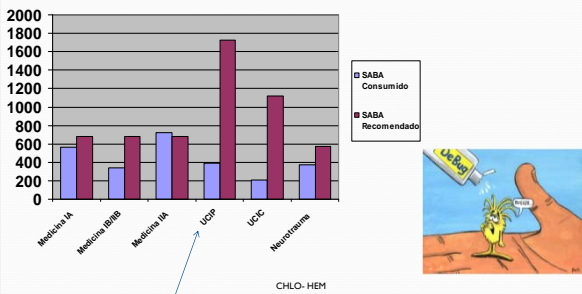
- Observou-se os profissionais de saúde na aplicação do correcto procedimento respeitando os 5 momentos:



CHLO- HEM

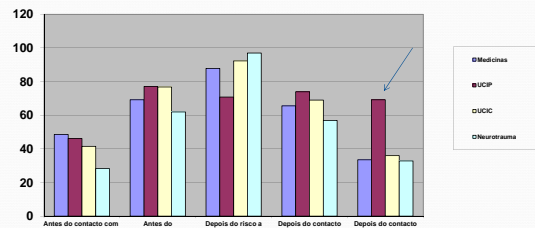
Resultados

➔ Consumo de solução antisséptica de base alcoólica (SABA)



CHLO- HEM

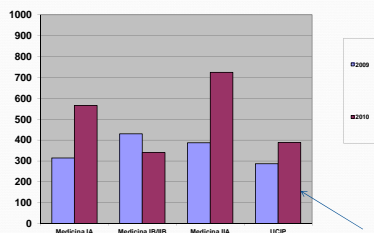
(Continuação – Resultados da Avaliação por Momento)



CHLO- HEM

Resultados

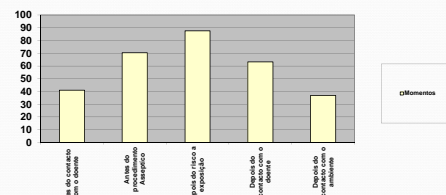
➔ Comparação de consumos da Medicina IA, Medicina IB/IIB, Medicina IIA e UCIP no ano de 2009/2010



CHLO- HEM

(Continuação – Resultados da Avaliação por Momento)

- De seguida, apresenta-se o gráfico que mostra o Cálculo Opcional dos 5 momentos propostos pela OMS



CHLO- HEM

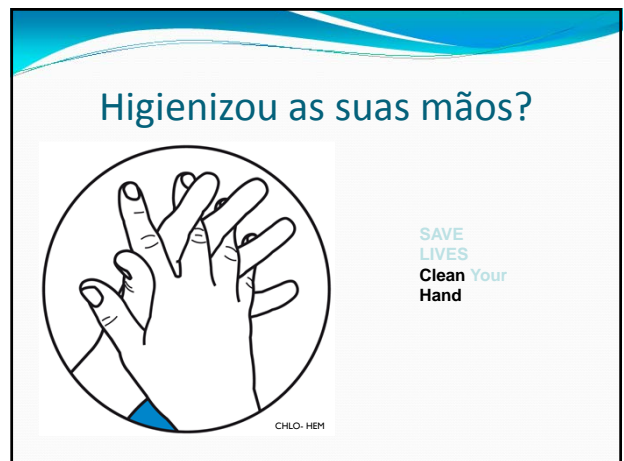


- ## Considerações
- Face aos resultados apresentados, é fundamental definir algumas estratégias importantes na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde:
- ✓ Manter actualizada a formação sobre a higiene das mãos;
 - ✓ Dar continuidade às actividades de formação da higiene das mãos;
 - ✓ Proporcionar os recursos de materiais (toalhetes e sabão) indispensáveis para o correcto procedimento;
 - ✓ Manter disponível a SABA, suportes e dispensadores nos locais de prestação de cuidados;
 - ✓ Realizar as auditorias / observações;
 - ✓ Divulgar os resultados à equipa de saúde.
- CHLO- HEM



- ## Conclusão
- Avaliação da Campanha positiva;
 - Adesão aumentou significativamente;
 - Profissionais de saúde mais despertos para a correcta prática de higienização das mãos;
 - Necessário que todos os profissionais se envolvam em toda a implementação do processo.
- CHLO- HEM

- ## Limitações
- Falta de motivação dos profissionais de saúde para a formação;
 - Falta de Posters em locais estratégicos devido a não serem distribuídos pela DGS no ano de 2010;
 - Mobilidade de pessoal;
 - Serviços que participaram na campanha em obras e alteração de instalações;
 - Participação muito baixa dos médicos e outros técnicos de saúde que estão em contacto directo com o doente.
- CHLO- HEM



FORMAÇÕES NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

Formação: “Clean care is safer care” Apresentação de Resultados da Campanha da Higiene das Mãos

Total de Presenças: **8 Enfermeiros; 1 AO**

➤ TABELA

	1. Insuficiente	2. Suficiente	3. Bom	4. Muito Bom	Média
UTILIDADE PRÁTICA E PROFISSIONAL				9	4
SENSIBILIZAÇÃO A NOVAS ATITUDES			1	8	4
QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO			2	7	4
METODOLOGIA			1	8	4
DURAÇÃO/HORÁRIO			1	8	4

Cálculo da Média da Ação de Formação: **4**

APENDICE VIII

Folheto Informativo sobre a Higienização das Mãos

COLABORE PARA UM CUIDAR MAIS SEGURO

- A HIGIENE DAS MÃOS É A MEDIDA MAIS IMPORTANTE PARA PREVENIR AS INFECÇÕES**
- QUANDO VISITAR UM FAMILIAR NO HOSPITAL A PRIMEIRA COISA QUE DEVE FAZER É HIGIENIZAR AS MÃOS**
- SE NECESSITAR DE AJUDA, SOLICITE-A A UM PROFISSIONAL DE SAÚDE**



**HIGIENIZE AS MÃOS
DIGA NÃO À INFECÇÃO**

HIGIENIZE AS MÃOS



Informação para os doentes e visitas

Este folheto contém informação sobre quando e como higienizar as suas mãos

Higienização das Mãos



A higiene das mãos é a medida mais simples e efectiva no combate à infecção associada aos cuidados de saúde.

As mãos são o ponto de toque entre o profissional, o doente, as visitas e o ambiente. Uma vez contaminadas, constituem-se como o principal veículo de transmissão de microrganismos que podem, por sua vez, causar infecção.

Por isso, **proceda** à higiene das mãos:

• **com solução antisséptica de base alcoólica:**

Antes de entrar no quarto do doente;

Antes das refeições;

Depois de tossir ou de se assoar;

Depois de sair do quarto do doente;

Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente.

• **com água e sabão:**

Se estiverem visivelmente sujas;

Antes e depois de ir à casa de banho;

Se estiver em contacto com sangue, expectoração, saliva, urina e fezes.

Passos para uma correcta higiene das mãos



**Cuidados Limpos são
Cuidados Seguros**

APENDICE IX

Questionário “Cuidados na aspiração de secreções”

Eu, Patrícia Alexandra Calaveiras Mendes, 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, pretendo desenvolver um estudo na área da prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde, tendo como objectivo, identificar o cumprimento e a adesão dos enfermeiros às Boas Práticas, relativamente à pressão utilizada na aspiração de secreções, em doentes que se encontrem ventilados.

Deste modo, solicito o preenchimento do questionário que se segue.

Todas as respostas são anónimas e confidenciais, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte do questionário.

CUIDADO DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO
1. Observa o regulador de pressão antes da aspiração de secreções?		
2. Regula a pressão de aspiração, se necessário, antes de proceder à aspiração de secreções?		
3. Qual o valor máximo de pressão preconizado para a aspiração de secreções?		
4. Qual o tempo limite para a aspiração de secreções?		
5. Se necessário aspirar mais do que uma vez, troca de sonda de aspiração?		

Obrigada pela colaboração

(Patrícia Mendes)

APENDICE X

“Cuidados a ter na Aspiração de Secreções”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Cuidados na Aspiração de Secreções

LOCAL: Sala de Trabalho da UCI

DATA: 08.11.2011

HORA: 16h **DURAÇÃO:** 30 min

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

OBJECTIVOS:

- ✓ Relembrar procedimentos seguros;
- ✓ Promover a segurança do cliente;
- ✓ Contribuir para a manutenção de boas práticas na aspiração de secreções;
- ✓ Dar a conhecer os dados recolhidos no questionário aplicado à equipa de enfermagem.

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
APRESENTAÇÃO TEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação -Apresentação dos objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da prelectora: Patricia Mendes - Sumário - Justificação do tema - Objectivos 	3 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> 1- Definição da aspiração de secreções 2- PAV 3- Limpeza das vias aéreas 4- Aspiração traqueal 5- Apresentação dos resultados do Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> - Finalidade da aspiração de secreções -Competências do Enfermeiro - Susceptibilidade <ul style="list-style-type: none"> - Definição - Incidência - Prestação de cuidados - Vantagens/ Desvantagens - Divulgação dos resultados - Recomendação do valor da pressão negativa máxima <ul style="list-style-type: none"> - Tempo de expiração recomendado - Cuidados a ter na aspiração de secreções 	1 min 1 min 2 min 3 min 2min 7 min	Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia	5 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

Cuidados na Aspiração de Secreções

Formadora:
Enf.ª Patrícia Mendes
Enf.ª Orientadora:
Enf.ª Cátia Gonçalves

8 de Novembro de 2011

A aspiração de secreções traqueobrônquicas...

- ❖ O processo da aspiração é definido como o movimento de fluidos e gases de um lugar para outro por gradiente pressórico.
- ❖ A pressão negativa é utilizada para a aspiração de secreções Brônquicas:
 - Clientes entubados em ventilação mecânica;
 - Aspiração de secreções de traqueostomia em clientes traqueostomizados em ventilação mecânica ou espontânea;
 - Aspiração de secreções nasotraqueal em clientes que não conseguem eliminar secreção sozinhas e/ou que apresentam grande quantidade de secreção pulmonar

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Objectivos:

- Relembrar procedimentos seguros na aspiração de secreções;
- Contribuir para a manutenção de boas práticas na aspiração de secreções;
- Dar a conhecer os dados recolhidos no questionário aplicado à equipa de enfermagem.
- Promover a segurança do cliente.

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Compete ao Enfermeiro:

Domínio da Técnica

Conhecimento da fisiopatologia respiratória do cliente

Conhecimento das medidas de prevenção da PAV

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Manter a permeabilidade das vias aéreas é um grande desafio e o **principal objectivo** nos cuidados de enfermagem a doentes entubados e com ventilação mecânica.

De acordo com o *Institute for Healthcare Improvement* (2008), o cuidado ao doente com ventilação mecânica, é um foco prioritário uma vez que se trata de uma população com altos índices de morbimortalidade

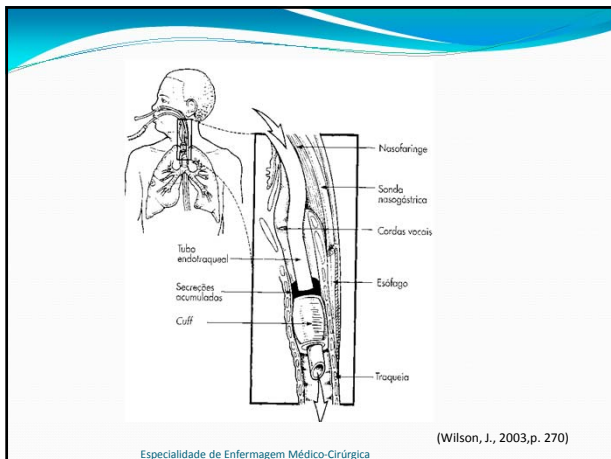


Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

“A presença de tubos traqueais contribui directamente para o desenvolvimento da PAV, por reduzir a eficácia dos mecanismos de defesa naturais das vias aéreas superiores e pulmonares, por prejudicarem o reflexo de tosse e permitirem o acesso de microorganismos ao trato respiratório inferior.” (Lopes 2009, p.81)

“...secreções intensamente contaminadas podem escorrer em volta do *cuff*, nomeadamente se este estiver pouco insuflado, ou entrar para os brônquios durante a técnica de aspiração”. (Wilson, J. 2003, p.270)

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica



Limpeza das vias aéreas (cont.)

- Antes de desinsuflar o *cuff* para remoção ou mobilização do tubo traqueal, aspirar sempre as secreções acima do *cuff*;
- Higienização oral pelo menos 1 vez por turno.
- Aplicar anti-séptico oral (preferencialmente com solução de clorhexidina).

• A PAV, “é considerada a infecção hospitalar mais frequente, resultando numa alta morbidade, mortalidade e elevados custos de cuidados de saúde” (Revista Portuguesa de Medicina Interna, 2010, p.1)

• “A PAV desenvolve-se após 48 horas de entubação traqueal (ET) e ventilação mecânica” (Revista Portuguesa de Medicina Interna, 2010, p.1)

• “A PAV é uma preocupante infecção nosocomial que ocorre em cerca de 30% dos doentes com ventilação mecânica. A sua taxa de mortalidade varia entre 20% e 70%.” (Revista Portuguesa de Medicina Interna, 2010, p.62)



Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

A aspiração traqueal...

Vantagens

- Mantém a permeabilidade das vias aéreas;
- Garante uma boa ventilação e oxigenação

Desvantagens / Riscos

- Traumatismo brônquico;
- Broncoespasmo;
- Hipoxemia;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Aumento da pressão intracraniana.

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Limpeza das vias aéreas

- Deve ser feita apenas quando necessário;
- Usar sonda estéril de uso único;
- Usar luvas limpas ou estéreis para a aspiração;
- Para fluidificar as secreções pode-se utilizar soro estéril;
- Pré-oxigenar a 100% antes e entre cada aspiração;
- As sondas de aspiração devem ter metade do calibre do tubo traqueal;
- Manter a pressão do *cuff* adequada (entre 25 a 30 mmHg)

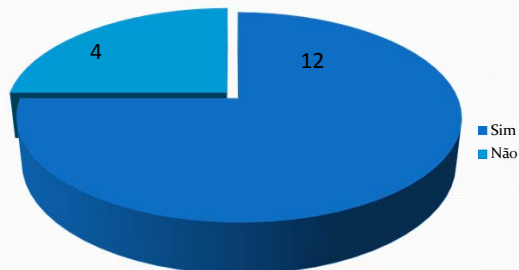
Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Apresentação dos Resultados do Questionário

N=16
Enfermeiros

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Observa o regulador de pressão antes da aspiração de secreções?



Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

A pressão da aspiração deve ser entre 90-150 mmHg



Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Regula a pressão de aspiração, se necessário, antes de proceder à aspiração de secreções?



Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

- A aspiração pode ocasionar uma irritação nas vias aéreas provocando estimulação vagal, com conseqüente broncoespasmo;
- A excessiva pressão negativa reduz a oferta de oxigénio aos pulmões e gera microatelectasias;
- Estudos apontam para que se use um máximo de pressão negativa de 150mmHg



Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

(Matos, A. 2010,p.64)

Qual o valor máximo de pressão preconizado para a aspiração de secreções?

RESPOSTAS	N.º RESPOSTAS IGUAIS
• "não sei"	1
• 5-10	1
• 100	1
• 120	1
• 150	3
• 180	1
• 100-200	1
• 200	5
• 200-250	1
• 300	1

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Qual o tempo limite para a aspiração de secreções?

Respostas	N.º Respostas Iguais
"não sei"	1
3 seg	1
10 seg	3
10-15 seg	1
15 seg	3
20 seg	1
30 seg	4
1 min	2

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

O tempo de expiração...

- Recomendado não deve exceder os 15 seg., desde a introdução da sonda no TOT até à sua remoção.
- A bibliografia recomenda um máximo de 3 aspirações consecutivas e, se ainda houver secreções, deve-se guardar o tempo necessário para que o cliente recupere para voltar a aspirar.

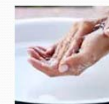


Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

(Revista Portuguesa Medicina Interna, 2010 p. 64)

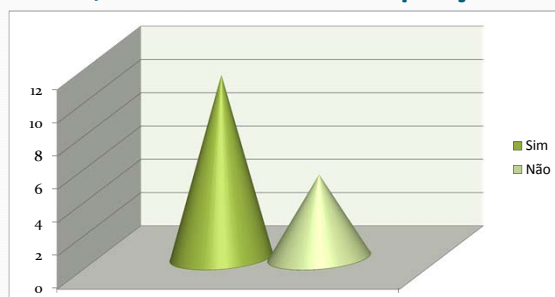


Deve-se proceder à higienização das mãos antes e depois da técnica, mas devem usar-se também luvas, para proteger da contaminação



Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Se necessário aspirar mais do que uma vez, troca de sonda de aspiração?



Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Conclusão

- A aspiração apenas deverá ser realizada quando necessária, isto é, quando houver sinais sugestivos da presença de secreção nas vias aéreas;
- A aspiração traqueal é um procedimento invasivo, bastante irritante e desconfortável para os pacientes;
- Os Enfermeiros têm um papel fundamental na implementação das boas práticas que previnem a infecção ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE;
- A PAV pode e deve ser prevenida com o uso diário de procedimentos adequados e a monitorização contínua da adesão às boas práticas

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

➤ As bactérias que colonizam a orofaringe passam facilmente para as mãos e para a sonda durante a aspiração;

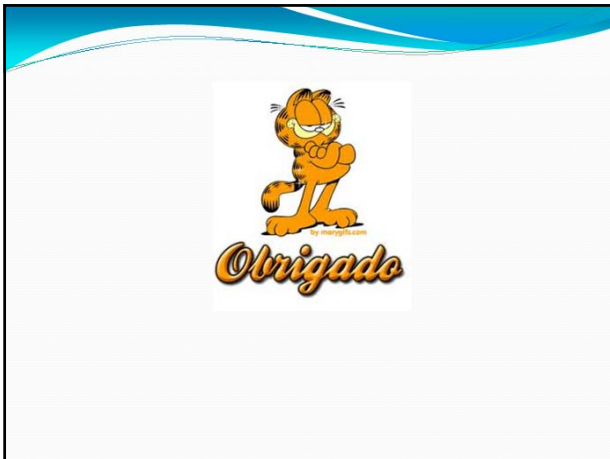
➤ Para reduzir o risco de infecção cruzada, deve utilizar-se uma sonda de aspiração esterilizada, que deve ser inserida directamente na traqueia ou na orofaringe e **inutilizada após cada uso**


(Wilson, J. 2003, p.270)

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Referências Bibliográficas

- CDC – Guideline Preventing Health-care-Associated Pneumonia, 2003 [Em linha]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>
- Sobral, A., Matos, A. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço. Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica. (versão electrónica). Revista Portuguesa Medicina Intensiva. Retirado a 01 de Novembro, 2011
- Sousa Dias, C. (2010). Prevenção da Infecção Nosocomial da Infecção Nosocomial – ponto de vista do especialista. (versão electrónica). Revista Portuguesa Medicina Intensiva. Retirado a 01 de Novembro de 2011
- Wilson, J. (2003). *Controlo da Infecção na prática Clínica*. Loures: Lusociência.




FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PORTUGAL

Cuidados na Aspiração de Secreções

Formadora:
Enf.ª Patrícia Mendes
Enf.ª Orientadora:
Enf.ª Cátia Gonçalves

8 de Novembro de 2011

QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Este questionário fornecerá à prelectora informação sobre o seu desempenho, sendo o retorno indispensável para a melhor adequação dos métodos aos objectivos.

Para alcançar esse objectivo a sua participação é fundamental. Responda por favor de forma sincera e o mais objectivamente possível.

1 - Muito Insatisfeito; **2** - Insatisfeito; **3** - Pouco Satisfeito; **4** - Satisfeito; **5** - Muito Satisfeito

1. AVALIAÇÃO DE CONTEÚDOS

Despertam interesse e motivação. 1 2 3 4 5

São de compreensão acessível. 1 2 3 4 5

Estão bem organizados e sistematizados. 1 2 3 4 5

Têm aplicabilidade para a prática profissional. 1 2 3 4 5

A sessão formativa correspondeu às suas expectativas iniciais. 1 2 3 4 5

Os objectivos propostos foram atingidos por si. 1 2 3 4 5

2. FORMADOR

Foi claro na apresentação dos objectivos. 1 2 3 4 5

Dominava o assunto que ministrou. 1 2 3 4 5

Conseguiu motivá-lo. 1 2 3 4 5

Esclareceu todas as dúvidas que surgiram. 1 2 3 4 5

Interesse ou empenho demonstrado pelo formador. 1 2 3 4 5

3. RECURSOS PEDAGÓGICOS

A metodologia utilizada foi eficaz. 1 2 3 4 5

Os recursos utilizados foram eficazes. 1 2 3 4 5

A documentação fornecida foi suficiente. 1 2 3 4 5

4. CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DA ACÇÃO

A avaliação global da acção é positiva. 1 2 3 4 5

5. OBSERVAÇÕES OU COMENTÁRIOS QUE CONSIDERE RELEVANTES.

FORMAÇÕES UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Formação: “Cuidados na Aspiração de Secreções”

Total de Presenças: **6 Enfermeiros**

➤ **Avaliação de Conteúdos**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
Despertam interesse e motivação				3	3	5
São de compreensão acessível					6	5
Estão bem organizados e sistematizados					6	5
Têm aplicabilidade para a prática profissional				1	5	5
A sessão formativa correspondeu às suas expectativas iniciais				4	2	4
Os objetivos propostos foram atingidos por si				2	4	5

Cálculo da Média da Avaliação de Conteúdos: **5**

➤ **Formador**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
Foi claro na apresentação dos objetivos				1	5	5
Dominava o assunto que ministrou				3	3	5
Conseguiu motivá-lo			2	2	2	4
Esclareceu todas as dúvidas que surgiram			1	1	4	5
Interesse ou empenho demonstrado pelo formador				2	4	5

Cálculo da Média do Formador: **5**

➤ **Avaliação dos Recursos Pedagógicos**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
A metodologia utilizada foi eficaz				2	4	5
Os recursos utilizados foram eficazes				1	5	5
A documentação fornecida foi suficiente			1	1	4	5

Cálculo da Média de Recursos pedagógicos: **5**

➤ **Avaliação Global da Ação**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
A avaliação global da ação é positiva				3	3	5

Cálculo da Média da Avaliação Global da Ação: **5**

APENDICE XI

Grelha de Observação “Despejo dos sacos de recarga”

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

DESPEJO DOS SACOS DE DRENAGEM

CUIDADOS RELATIVAMENTE Á TROCA DOS SACOS DE DRENAGEM	SIM	NÃO
1. São utilizados sacos de drenagem limpos e individualizados?		
2. O saco é esvaziado a meio da sua capacidade?		
3. Em cada despejo evita a fuga de urina?		
4. Antes da inserção do novo saco de drenagem, a conexão é desinfectada com álcool a 70?		
5. São utilizadas luvas limpas e são trocadas entre clientes?		
6. O saco de drenagem é mantido sempre abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão?		

APENDICE XII

“Cuidados na troca dos sacos de recarga”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Cateteres Vesicais. Cuidados na troca dos sacos de recarga

LOCAL: Sala de Trabalho da UCI

DATA: 10.11.2011

HORA: 16h **DURAÇÃO:** 30 min

DESTINATÁRIOS: Auxiliares de Acção Médica

OBJECTIVOS:

- ✓ Relembrar procedimentos seguros na troca dos sacos de recarga;
- ✓ Contribuir para a manutenção de boas práticas relativamente aos cateteres vesicais;
- ✓ Promover a segurança do cliente;
- ✓ Dar a conhecer os dados recolhidos nas observações realizadas à equipa AAM.

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia	5 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

Cuidados na troca dos sacos de recarga

CATETERES VESICAIS

Formadora:
Enf.ª Patrícia Mendes
Enf.ª Orientadora:
Enf.ª Cátia Gonçalves

10 de Novembro de 2011

CURIOSIDADES...

- ✦ Em 1960, as algalias drenavam para uma bacia aberta ou para uma garrafa, pelo que mais de 90% dos doentes algaliados desenvolviam bacteriúria.
- ✦ Na década de 1970, introduziu-se o sistema de drenagem fechada para um saco de plástico e, o índice de infecção caiu para 25%.
- ✦ Nas décadas de 1980 e 1990, registaram-se índices ainda mais baixos, a volta dos 10%, mostrando melhorias no controlo de infecção e a permanência decrescente das algalias.

Wilson, J. (2003)

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

OBJECTIVOS

- ✦ Relembrar procedimentos seguros na troca dos sacos de recarga;
- ✦ Contribuir para a manutenção de boas práticas relativamente aos cateteres vesicais;
- ✦ Dar a conhecer os dados recolhidos nas observações realizadas à equipa AAM;
- ✦ Promover a segurança do cliente.

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica



- ❖ A infecção do tracto urinário é a infecção nosocomial mais frequente e representa mais de 40% do total das infecções hospitalares;
- ❖ Cerca de 80% destas infecções, surge após manipulações do aparelho urinário, especialmente algaliações ;
- ❖ O risco de adquirir uma infecção urinária depende do método, duração da algaliação (3-7%/dia de algaliação), dos cuidados que se têm com o catéter bem como da susceptibilidade do hospedeiro

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

INFECCÃO DO TRATO URINÁRIO

“Considera-se como infecção das vias urinárias a presença e multiplicação de microorganismos na urina do aparelho urinário, com possível invasão e reacção das estruturas tubulares ou parenquimatosas do aparelho urinário ou órgãos anexos...” (CORREIA *et al*, 2007)



Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

A presença da algália interfere com as defesas que fazem parte da bexiga, e por isso torna-se num factor predisponente para as infecções do trato urinário contraídas no hospital, três quartos dos quais estão relacionadas com as algalias permanentes.

(Wilson, J., 2003)

A entrada de microorganismos nas vias urinárias pode ocorrer por migração de microorganismos ao longo da face externa do cateter urinário através do meato ao longo da uretra, ou através da superfície interna do cateter vesical (quer pela utilização de equipamento contaminado quer pela quebra do circuito estéril nas zonas de conexão).

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

RISCO DE AQUISIÇÃO

- Método
- Duração da algaliação (3-7%/dia de algaliação)
- Cuidados no manuseamento do cateter / sistema
- Susceptibilidade do hospedeiro

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Num estudo realizado por Nickel *et al* (1985), concluiu-se que, nos doentes algaliados num período inferior a 7 dias, a maioria das bactérias penetra no sistema de drenagem a partir da torneira de drenagem do saco, ou no momento em que se desconecta o sistema. (Wilson, J., 2003)

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

FONTE DE INFEÇÃO

Endógena
(Flora intestinal do cliente)

- Exógena
- ➔ Outros Doentes
 - ➔ Pessoal Hospitalar
 - ➔ Soluções contaminadas
 - ➔ Material não estéril

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Apresentação dos resultados DAS OBSERVAÇÕES REALIZADAS NA TROCA DOS SACOS DE RECARGA

N = 7

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica



“As bactérias atingem a bexiga através do lúmen da algália, muitas vezes em consequência de infecção cruzada por bactérias intestinais transportadas nas mãos dos profissionais, que penetram no sistema de drenagem urinária quando este é esvaziado, desconectado e manipulado.

Uma vez introduzidas no saco colector, as bactérias levam apenas alguns dias a atingir a bexiga através do tubo de drenagem” (Wilson, J. 2003,p. 252)

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

SÃO UTILIZADOS SACOS DE DRENAGEM LIMPOS E INDIVIDUALIZADOS?



Nota: Foi observado que no momento da troca o saco limpo foi colocado no chão.

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

RECOMENDAÇÃO...

“ Empty the collecting bag regularly using a separate, clean collecting container for each patient; avoid splashing, and prevent contact of the drainage spigot with the nonsterile collecting container. (Category IB)

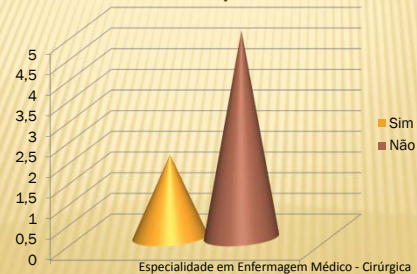
(Guideline for Prevention of Catheter- Associated Urinary Tract Infections 2009)

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

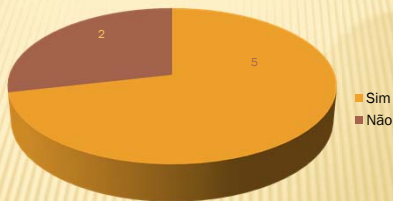
EM CADA DESPEJO EVITA A FUGA DE URINA?

× Sim 100%

Antes da Inserção do novo saco de despejo, a conexão é limpa com álcool a 70%?



O SACO É ESVAZIADO A MEIO DA SUA CAPACIDADE?



“As bactérias que contaminam o saco colector passam facilmente para as mãos quando se esvazia o saco ou manuseio do sistema de drenagem” (Wilson, J. 2003,p.259)

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica



✓ “O saco colector deve ser esvaziado sempre que necessário, para evitar o refluxo da urina.” (Wilson, J. 2003,p.259)

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

SÃO UTILIZADAS LUVAS LIMPAS E SÃO TROCADAS ENTRE CLIENTES?

➤ Sim 100%

RECOMENDAÇÃO

“Use Standart Precautions, including the use of gloves and gown as appropriate, during any manipulation of the catheter or collecting system.” (Category IB)

(Guideline for Prevention of Catheter - Associated Urinary Tract Infections 2009)

O SAÇO DE DRENAGEM É MANTIDO SEMPRE ABAIXO DO NÍVEL DA BEXIGA E COLOCADO EM SUPORTE QUE PREVINA O CONTACTO COM O CHÃO?

- Sim 100%

RECOMENDAÇÃO

“Keep the collecting bag below the level of the bladder at all times. Do not rest the bag on the floor” (Category IB)

(Guideline for Prevention of Catheter - Associated Urinary Tract Infections 2009)

“A posição incorrecta do saco colector pode contribuir para transportar bactérias para a bexiga. Roberts *et al* concluíram que, as bactérias podem percorrer distâncias de 0,9-1,2 m em bolhas de ar que sobem” (In Wilson, J. 2003, p. 259)

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wilson, J. (2003). *Controlo da Infecção na prática Clínica*. Loures: Lusociência.
- CDC – Guideline for Prevention of catheter – associated Urinary Tract Infections 2009 [Em linha].Disponível em:<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
- Recomendações para a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical (algalição) – CCI; Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. E.P.E, 2009.

CONCLUSÃO

Troca do saco de recarga

- Higienização das mãos antes e após o procedimento;
- Usar luvas limpas (devem ser mudadas de doente para doente);
- Usar saco de recarga, que deve ser limpo, individualizado e com local de adaptação desinfectado com **álcool 70º**;

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica



CONCLUSÃO(CONT.)

SUBSTITUIÇÃO DO SACO DE RECARGA:

- Manter o sistema fechado;
- Substituir por saco esterilizado, exclusivamente, quando:
 - Estiver danificado ou com fugas;
 - Se houver saída accidental do saco e/ou sistema;
 - Mudar o saco quando estiver metade da sua capacidade preenchida.

➤ O saco colector deve estar sempre abaixo do nível da bexiga.

➤ O Saco colector não deve estar em contacto com o chão (aumento do risco de infecção).

Especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica



Cuidados na troca dos sacos de recarga

CATETERES VESICAIS

Formadora:
Enf.ª Patrícia Mendes
Enf.ª Orientadora:
Enf.ª Cátia Gonçalves

10 de Novembro de 2011

FORMAÇÕES UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Formação: “Cuidados a ter na troca dos sacos de recarga das drenagens vesicais”

Total de Presenças: **4 AAM**

➤ **Avaliação de Conteúdos**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
Despertam interesse e motivação				3	1	4
São de compreensão acessível				1	3	5
Estão bem organizados e sistematizados				1	3	5
Têm aplicabilidade para a prática profissional				1	3	5
A sessão formativa correspondeu às suas expectativas iniciais				3	1	4
Os objetivos propostos foram atingidos por si			2	2		4

Cálculo da Média da Avaliação de Conteúdos: **5**

➤ **Avaliação do Formador**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
Foi claro na apresentação dos objetivos				2	2	5
Dominava o assunto que ministrou			1	1	2	4
Conseguiu motivá-lo				2	2	5
Esclareceu todas as dúvidas que surgiram				1	3	5
Interesse ou empenho demonstrado pelo formador				1	3	5

Cálculo da Média do Formador: **5**

➤ **Avaliação dos Recursos Pedagógicos**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
A metodologia utilizada foi eficaz				1	3	5
Os recursos utilizados foram eficazes				1	3	5
A documentação fornecida foi suficiente				1	3	5

Cálculo da Média de Recursos pedagógicos: **5**

➤ **Avaliação Global da Ação**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
A avaliação global da ação é positiva					4	5

Cálculo da Média da Avaliação Global da Ação: **5**

APENDICE XIII

Pedidos de Autorização

Patrícia Mendes

918188402

patriciaacmendes@hotmail.com

A/C

Ex. Sr. Enfermeiro Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz,

Assunto: Pedido de autorização para a apresentação de dados em relatório académico.

Patrícia Alexandra Calaveiras Mendes, enfermeira com a cédula profissional 5-E-48265, 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.

No âmbito do Curso supra mencionado, encontro-me a realizar o Estágio referente ao Módulo II – Cuidados Intensivos / Intermédios, no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011, sob a orientação da Sr.ª Enf.ª Cátia Gonçalves e da Prof. Ilda Lourenço com coordenação da Prof. Manuela Madureira.

Durante a realização do Estágio pretendo desenvolver um estudo no âmbito da prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde, tendo como objectivo, identificar o cumprimento e a adesão dos enfermeiros às Boas Práticas, relativamente à pressão utilizada na aspiração de secreções, em doentes que se encontrem ventilados.

Assim sendo, venho por este meio, solicitar autorização para a aplicação de um pequeno questionário de auditoria (e sua análise), sessão de formação sobre a temática em estudo (onde serão divulgados os resultados, como forma de alertar para as boas práticas) bem como, para a apresentação dos dados no Relatório de Estágio que irei redigir no final de todo o percurso de estágio.

Peço o deferimento, agradecendo desde já a disponibilidade dispensada para este assunto.

Lisboa, 17 de Outubro de 2011

Patrícia Mendes

Patrícia Mendes

918188402

patriciaacmendes@hotmail.com

A/C

Ex. Sr. Enfermeiro Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz,

Assunto: Pedido de autorização para a apresentação de dados em relatório académico.

Patrícia Alexandra Calaveiras Mendes, enfermeira com a cédula profissional 5-E-48265, 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.

No âmbito do Curso supra mencionado, encontro-me a realizar o Estágio referente ao Módulo II – Cuidados Intensivos / Intermédios, no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011, sob a orientação da Sr.ª Enf.ª Cátia Gonçalves e da Prof. Ilda Lourenço com coordenação da Prof. Manuela Madureira.

Durante a realização do Estágio pretendo desenvolver um estudo no âmbito da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, tendo como objectivo, identificar o cumprimento e a adesão das auxiliares de acção médica, aos procedimentos da Comissão de Controlo da Infeção relativamente às Boas Práticas na Substituição dos Sacos de Urina.

Assim sendo, venho por este meio, solicitar autorização para a realização de procedimento de auditoria (observação de práticas desenvolvidas e sua análise), sessão de formação sobre a temática em estudo (onde serão divulgados os resultados, como forma de alertar para as boas práticas e assim, contribuir para a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde), bem como, para a apresentação dos dados no Relatório de Estágio que irei redigir no final de todo o percurso de estágio.

Peço o deferimento, agradecendo desde já a disponibilidade dispensada para este assunto.

Lisboa, 17 de Outubro de 2011

Patrícia Mendes

APENDICE XIV

Questionário:

“ Gestão do risco na Preparação e Administração da Medicação e Hemoderivados: Conduas e Propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem”

Questionário – Gestão do Risco na Preparação e Administração da Medicação e Hemoderivados: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas à segurança do cliente e à gestão do risco relacionado com o modo como os enfermeiros conduzem na prática as actividades relativas à preparação e administração da medicação e hemoderivados e como pensam poder optimizá-la.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível a melhoria contínua dos cuidados prestados, assim como o aumento da qualidade da assistência ao cliente. Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

Caracterização:

1 – Idade: _____ **Anos**

2 – Sexo:

Masculino

Feminino

3- Tempo de Experiência Profissional

<1 Ano

> 15 Anos

Entre 1 e 3 Anos

> 20 Anos

Entre 3 e 5 Anos

Entre 5 e 10 Anos

> 10 Anos

4- Enquanto profissional, já cometeu algum erro na Preparação/Administração da Medicação ou hemoderivados:

Sim

Não

5- Qual o tipo de erro de medicação praticado:

Medicamento errado

Dose errada

Via de administração errada

Cliente errado

Velocidade de administração errada

Medicamento deteriorado

Interação medicamento-medicamento

Outro Qual? _____

6- Qual pensa ter sido o principal factor que conduziu ao erro: (Pode seleccionar até três factores)

Ambientais (Ex: espaço de trabalho desorganizado, barulho, carga de trabalho excessiva, distrações, interrupções)

Individuais (Ex: competência; saúde física e mental)

Falta de informação relacionada com o medicamento

Rotulagem/ embalagem/ nome do fármaco

Fornecimento da Farmácia

- Armazenamento no serviço
- Falha de comunicação entre a equipa
- Desconhecimento do fármaco
- Falha/ ausência da prescrição
- Outro Qual: _____

7- Relativamente ao erro cometido, este foi notificado?

- Sim
- Não

8- Se respondeu sim à questão anterior. De que forma notificou o erro?

- Formal, em impresso próprio
- Informal, à chefia/ coordenação do serviço
- Informal, a outro elemento da equipa

9- Do erro cometido, resultou algum evento adverso directo para o cliente?

- Sim Qual? _____
- Não

10- Na sua opinião, refira 3 das principais causas de erros na administração de Terapêutica?

**11- No momento em que identificou o erro que cometeu, o que sentiu?
Refira três sentimentos.**

12- O que gostaria de sugerir relativamente à minimização da ocorrência de erros na preparação e administração da terapêutica?

Muito obrigado pela sua colaboração.

APENDICE XV

Parecer da Comissão de Ética do Hospital

Comissão de Ética para a Saúde
Hospital da Luz

Exmas. Sras.
Enf.^a Leila Faria Sales e
Enf.^a Patricia Alexandra Mendes

Ref. CES/1071/2012/PA

Lisboa, 13 de Fevereiro 2012

Assunto: “*Patient Safety – Gestão de Risco na Preparação e Administração de Medicação e Hemoderivados*”

CC.: Director Clínico / Conselho de Administração

A **Comissão de Ética para a Saúde** do Hospital da Luz, reunida a 9 de Fevereiro de 2012 aprovou por unanimidade a realização do estudo clínico *Patient Safety – Gestão de Risco na Preparação e Administração de Medicação e Hemoderivados* de que V. Exas. são investigadoras principais.

Com os cumprimentos respeitosos



Pel'A Comissão de Ética para a Saúde

Dr. João Sá
Director Clínico Adjunto
Hospital da Luz
ESSaúde

João Sá, Presidente

APENDICE XVI
“Erro Terapêutico”
e
“Erro Transfusional”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Erro Terapêutico

LOCAL: Sala de Trabalho da UCI

DATA: 03.11.2011

HORA: 16h **DURAÇÃO:** 40 min

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

OBJECTIVOS:

- ✓ Aumentar a visibilidade do erro de medicação e dos efeitos adversos decorrentes dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Identificar os estímulos e as barreiras existentes e testemunhar a possibilidade real da implementação de novas estratégias;
- ✓ Dar a conhecer os dados recolhidos no questionário aplicado à equipa de enfermagem.
- ✓ Promover a segurança do cliente.

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
APRESENTAÇÃO TEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação -Apresentação dos objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da prelectora: Patrícia Mendes - Sumário - Justificação do tema - Objectivos 	4 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
DESENVOLVIMENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1- Definições 2- Análise dos Erros 3- Erros de Medicação 4- Causas dos erros em Enfermagem 5 – Avaliação dos Erros 6 – Minimizar a ocorrência do Erro 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de Erro, EA, Evento adverso não prevenível; evento adverso prevenível; Evento adverso negligente; Near-misses - “Modelo do queijo suíço” - Abordagem Individual e do Sistema - Definição de Erro de Medicação; - Exemplos; - Tipos de erros - Descrição das causas dos erros - Curiosidades - Estratégias 	3min 3 min 5min 1 min 4 min 3 min	Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

	7- Notificação dos eventos adversos	- DGS notificação do erro - Notificação dos Enfermeiros (Hospital da Luz)	2 min	Patrícia Mendes Expositivo	
	8- Benéficos e riscos ao revelar incidentes adversos	- Tabela	2 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador
	9- Soluções para a Segurança do Doente	- Look alike, Sound alike Medications Erros - Identificar o Paciente; - Controlar as concentrações electrólíticas concentradas; - Evitar conexão errada do cateter	3 min	Patrícia Mendes Expositivo	Visualização de Diapositivos
	10- Apresentação dos resultados do Questionário	Divulgação dos resultados	7 min	Patrícia Mendes Expositivo	
	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATEGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia	2 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ERRO TERAPÊUTICO



Orientadores:
Enf.º Especialista MC. Paul Titus
Enf.ª Especialista MC. Cátia Gonçalves

Formadoras:
Enf.ª Leila Sales
Enf.ª Patrícia Mendes

31 de Outubro de 2011

DEFINIÇÕES...

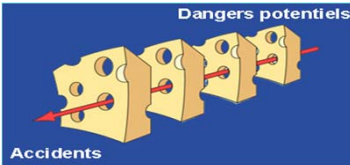
- “Evento adverso prevenível” define-se como sendo um EA devido a um erro (por ex: punção arterial em doente anticoagulado)” (Carneiro 2010, p. 5)
- “Evento adverso negligente” define-se como um subgrupo de EA preveníveis devido a cuidados que não seguiram os padrões de cuidados médicos que se esperam (ex: hipóxia perinatal fetal por trabalho de parto desnecessariamente longo) (Carneiro 2010, p. 5)
- “Near misses” são os erros que não induzem qualquer efeito adverso no doente. (Carneiro 2010, p. 5)

OBJECTIVOS

- Aumentar a visibilidade do erro de medicação e dos efeitos adversos decorrentes dos cuidados de enfermagem;
- Identificar os estímulos e as barreiras existentes e testemunhar a possibilidade real da implementação de novas estratégias;
- Dar a conhecer os dados recolhidos no questionário aplicado à equipa de enfermagem.
- Promover a segurança do cliente;

ANÁLISE DOS ERROS

“Modelo do queijo suíço” de James Reason



- Os erros penetram diversas camadas de protecção e resultam em dano importante.
- O objectivo é tentar diminuir os “buracos”no queijo, ao mesmo tempo que se tenta criar novas camadas de protecção de modo a impedir o alinhamento dos “buracos”

DEFINIÇÕES...

- “Erro” falhanço de execução de uma acção previamente intencionada e planeada (erro de execução), assim como a utilização de um plano errado para o atingimento de um determinado fim (erro de planeamento)” (Carneiro 2010, p. 5)
- “Evento adverso (EA)” define-se como uma lesão provocada num doente devido à intervenção médica em si (e não à condição clínica subjacente do doente).” (Carneiro 2010, p. 5)
- “Evento adverso não-prevenível” define-se como um EA inesperado, na ausência de qualquer erro (complicação cirúrgica, alergia medicamentosa, etc)” (Carneiro 2010, p. 5)

ANÁLISE DOS ERROS

- Abordagem individual**
 - Erros, acções das pessoas
 - Resultantes de processos mentais
- Abordagem do Sistema**
 - Erros são resultado de uma longa cadeia de causas

“Não se pode mudar a condição humana, podemos mudar as condições em que as pessoas trabalham”

Reason, 2000

ERRO DE MEDICAÇÃO



The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP- EUA), define o **Erro de Medicação** :

Qualquer acontecimento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inapropriado da medicação ou causar danos no doente enquanto a medicação está sob controlo de um profissional.

TIPOS DE ERROS



- Erro relacionado com a prescrição de fármacos;
- Erro por omissão;
- Hora de administração errada;
- Administração de um medicamento não prescrito;
- Erro de dosagem;
- Forma farmacêutica errada;
- Preparação inadequada do medicamento;
- Erro na técnica de administração;
- Erro relacionado com a deterioração do medicamento;
- Erro de monitorização dos medicamentos;
- Doente errado.

ERROS DE MEDICAÇÃO



- Medication errors occur at a mean rate of 19% in hospitalized adults

Joint Commission (2009)

- Os erros de medicação nas UCI ocorrem durante as fases de prescrição e administração

Kane-Gill and Weber (2006)

- 78% dos eventos adversos sérios que ocorreram numa UCI coronária deveram-se a erros de medicação

Rothschild and colleagues (2005)

CAUSAS DOS ERROS EM ENFERMAGEM



- Trabalho excessivo
- Turno realizado (manhã, tarde e noite);
- Nível de experiência;
- Erros de transcrição;
- Deficits no sistema (ex: Distração e interrupções)

(Critical Care Nurse, 2010)

ERRO DE MEDICAÇÃO



Os eventos podem estar relacionados com:

- Prática Profissional;
- Procedimentos e Sistema;
- Prescrição e Comunicação;
- Rotulagem dos produtos;
- Embalagem e nomenclatura;
- Composição, Armazenamento e distribuição;
- Administração, Monitorização.

(Critical Care Nurse, 2010)

CURIOSIDADES:



- Estudo realizado sobre os efeitos da interrupção no trabalho das enfermeiras (2005), a administração de medicação ocupa 17% do tempo de cada enfermeira e cada uma tem cerca de 30 interrupções por turno.
- Manojlovich e DeCicco (2007) relatam que as interrupções durante a comunicação podem contribuir para as taxas de erro.
- Tissot (1999) e os seus colegas referenciaram que o fluxo de interrupções durante a administração de medicação, é um factor que contribui em 6.6% .
- "Em dois hospitais do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), o sistema de informação de segurança do doente conta, desde 2003, com cerca de 5 mil relatos de incidentes feitos pelos vários profissionais de saúde." (Lage 2011, p. 11)

AVALIAÇÃO DE ERROS



- Cultura de declaração de eventos
- Comunicação inter-pessoal
- Desenho de segurança do sistema
- Interação homem-máquina
- Factores humanos

BENEFÍCIOS E RISCOS AO REVELAR INCIDENTES ADVERSOS



Barreiras e Riscos

- Medo de litígio
- Falta de coragem
- Medo de preocupar o doente
- Perda de prestígio
- Isolamento, falta de apoio
- Pressão silenciadora da Instituição

Benefícios

- Alívio
- Diminuição da possibilidade de lesão para outros
- Transparência
- Detecção de falhas no sistema

(Lage 2011,p.15)

MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DO ERRO



No Interruption Zone (NIZ), estratégia recomendada pelo Institute for Safe Medication Practices

A implementação de **códigos de barras (pulseira)**. Um estudo efectuado demonstrou a redução de 60% de erros relacionados com a medicação errada ou o cliente errado.

Melhorar a **Comunicação Reporting Systems** (Notificação de erros)

Este relato tem **dois objectivos**: aumentar a sensibilidade aos erros e riscos inerentes ao tipo e local e gerar informação útil para corrigir as fragilidades identificadas.

SOLUÇÕES PARA A SEGURANÇA DO DOENTE



Look-Alike, Sound -Alike Medication Names

Causa comum de erro de medicação por medicamentos com nomes parecidos e/ou embalagens com aparência semelhante.

Recomendação: educação e o treino dos profissionais para reduzir o erro.

<http://www.ccforpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution1.pdf>

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS



[DGS NOTIFICAÇÃO ERRO.PDF](#)

[NOTIFICAÇÃO ENFERMEIROS.DOCX](#)

Identificar o paciente ("Patient Identification")



As **falhas** na incorrecta identificação do cliente levam a erros de medicação.

Recomendação: devem ser utilizadas estratégias e intervenções simples para identificação dos clientes

Controlar as soluções eletrolíticas concentradas ("Control of Concentrated Electrolyte Solutions")

Utilização e alto risco de dano ao cliente, inclusive morte, associado ao uso inadequado.

Recomendação: Armazenamento e manipulação de forma controlada e segura.

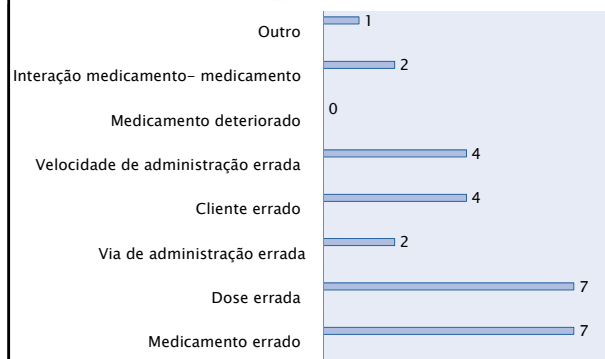
• Evitar conexão errada de cateter
 (“Avoiding Catheter Mis-Connections”)

Relato de morte de pacientes por administração de fluidos orais por via intravenosa

Recomendação: Necessidade de uma atenção meticulosa ao pormenor aquando da administração de medicamentos ou alimentação (via certa).

<http://www.ccorpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution7.pdf>

Tipo de Erro



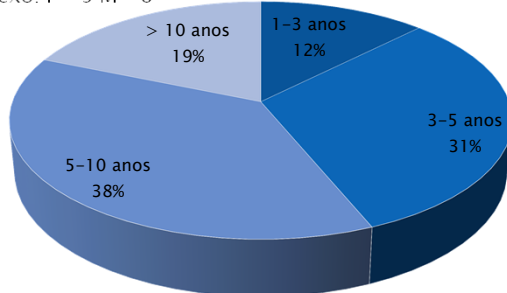
Questionário

Tempo de Experiência Profissional

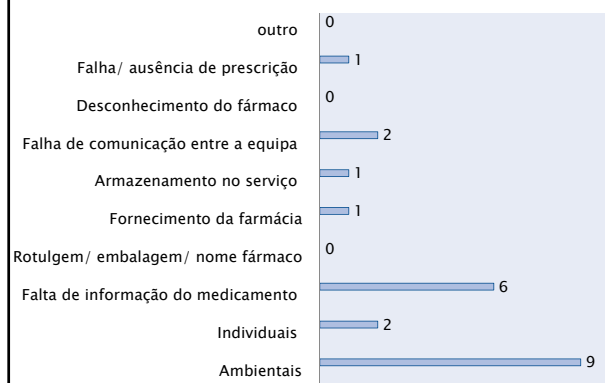
Média de idades = 28,875

N= 17

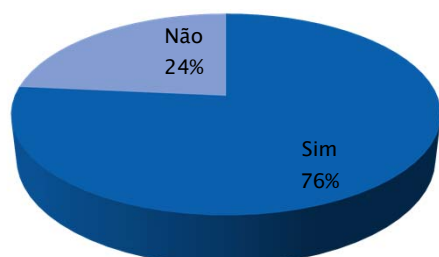
Sexo: F= 9 M= 8



Factores que conduziram ao Erro

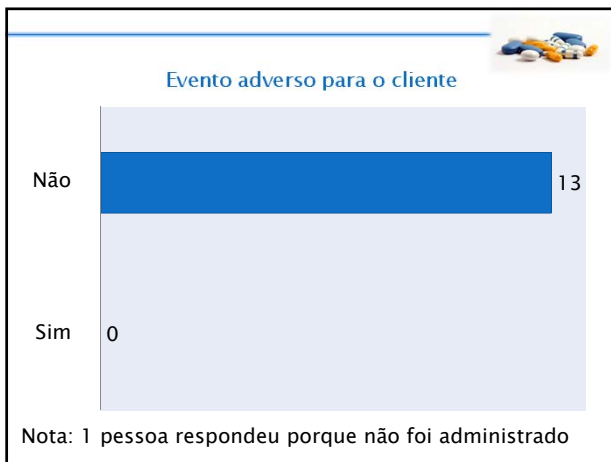
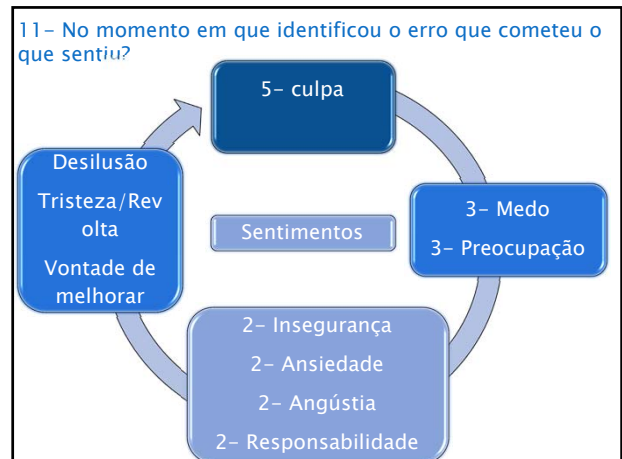
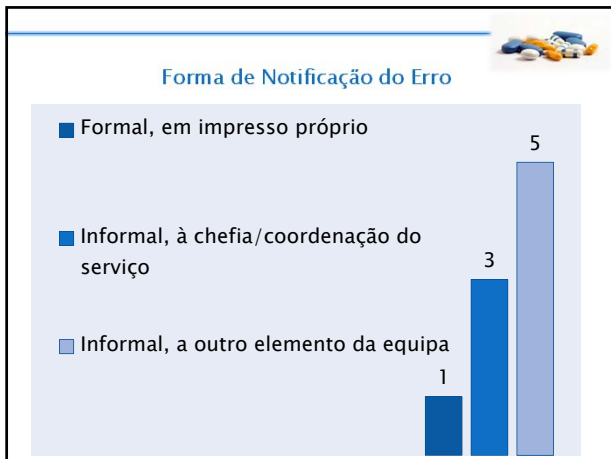


Incidência erro na preparação e administração de medicação/ hemoderivados



Notificação do Erro





- ### Sugestões para minimização da ocorrência de erros
- "Optimização do layout da página de prescrição de medicação no Sorian"
 - "Rotulagem e diferenciação de ampolas"
 - "Confirmação do nome do doente e a terapêutica a administrar"
 - Double check

Pergunta n.º 10- Refira 3 das principais causas de erros na administração de medicação:

<ul style="list-style-type: none"> 2- Identificação pouco legível Rótulos de fármacos semelhantes armazenados no mesmo sítio 2- organização e acondicionamento de fármacos Espaço de trabalho desorganizado Ausência de local próprio... 	<ul style="list-style-type: none"> 3- Factores ambientais 3- Factores individuais 3- Cansaço; "trabalho por turnos aumenta probabilidade do erro" 5- Densidade de trabalho 3- Distração na preparação Stresse, inexperiência
<ul style="list-style-type: none"> 2- Má prescrição médica 2- Falta de comunicação na equipa Prescrição oral Prescrição pouco clara Descrição da dosagem Insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> Défice de informação acerca do fármaco administrado e falta de conhecimento Ausência de formação farmacêutica Fornecimento da farmácia

- ### Sugestões para minimização da ocorrência de erros
- "Local próprio sem ruído"
 - "Arrumação da medicação de forma a minimizar erros"
 - "Tabela Sistematizadora"
 - "Reunir bulas de fármacos"
 - "Mais disponibilidade na pesquisa do Fármaco"
 - "Divulgar erros de forma a que não aconteçam"

CONCLUSÃO



A segurança é um factor fundamental nos cuidados prestados ao cliente e um componente crítico da gestão de qualidade, sendo importante identificar e gerir, actuais e potenciais riscos para a segurança dos clientes.

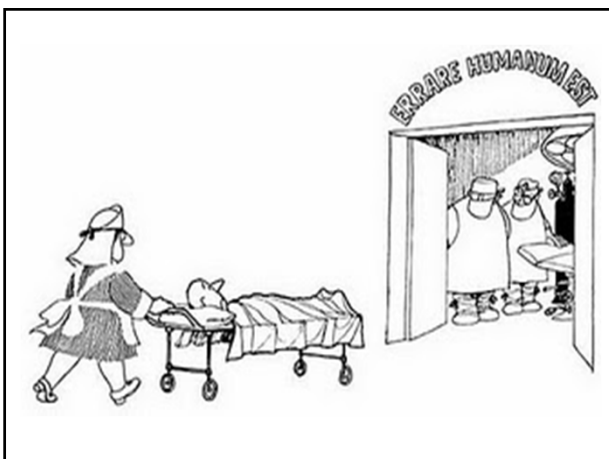
“Errors should not be considered as an incurable disease, but rather as preventable phenomena, if systems were designed to cope and to minimize the effects and the consequences of these Errors”

(Intensive Care Med, 2009, p.1670)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Lage, M. (2011). A segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10. 11-16
- Anthony K.; Wiencek, C.; Bauer, C.; Daly, B.; Anthony, M. (2010). No Interruptions Please Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Units. *CriticalCareNurse*. 30 (3) 21-29
- Kane-Gill S, Weber R. Principles and practices of medication safety in the ICU. *Crit Care Clin*. 2006;22:273-290.
- Joint Commission. Sentinel Event Statistics. 2009. <http://www.jointcommission.org>. Consultado 22.10.2011
- DGS. <http://www.dgs.pt>



FORMAÇÕES UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Formação: “Erro Terapêutico”

Total de Presenças: **5 Enfermeiros**

➤ Avaliação de Conteúdos

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
Despertam interesse e motivação				2	3	5
São de compreensão acessível				1	4	5
Estão bem organizados e sistematizados				1	4	5
Têm aplicabilidade para a prática profissional					5	5
A sessão formativa correspondeu às suas expectativas iniciais				1	4	5
Os objetivos propostos foram atingidos por si				2	3	5

Cálculo da Média da Avaliação de Conteúdos: **5**

➤ **Avaliação do Formador**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
Foi claro na apresentação dos objetivos				1	4	5
Dominava o assunto que ministrou				1	4	5
Conseguiu motivá-lo					5	5
Esclareceu todas as dúvidas que surgiram				2	3	5
Interesse ou empenho demonstrado pelo formador				2	3	5

Cálculo da Média do Formador: **5**

➤ **Avaliação dos Recursos Pedagógicos**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
A metodologia utilizada foi eficaz				2	3	5
Os recursos utilizados foram eficazes				3	2	4
A documentação fornecida foi suficiente				4	1	4

Cálculo da Média de Recursos pedagógicos: **4**

➤ **Avaliação Global da Ação**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
A avaliação global da ação é positiva					5	5

Cálculo da Média da Avaliação Global da Ação: **5**

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Erro Transfusional

LOCAL: Sala de Trabalho da UCI

DATA: 27.10.2011

HORA: 16h **DURAÇÃO:** 35 min

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros; Auxiliares de Acção Médica

OBJECTIVOS:

- ✓ Relembrar procedimentos seguros;
- ✓ Proporcionar uma prática transfusional segura, eficaz e eficiente;
- ✓ Contribuir para a melhoria contínua da qualidade no processo transfusional.

	5 – Requisição do sangue e Amostra do Cliente	- O que pode correr mal	2 min	Patrícia Mendes Expositivo	
	6 - Administração de Componentes sanguíneos	- Antes da administração	4 min		
		- Porque corre mal	2 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector
		- Consequências para o doente	2 min		Computador
		- Reacções adversas – Cuidados	2 min		Visualização de Diapositivos
	7- Sistema de Hemovigilância no Hospital da Luz	- Comissão de Transusão e alternativas Transfusionais	2 min	Patrícia Mendes Expositivo	
	8- Requisitos Legais na UE	- Notificação de Incidentes	1 min	Patrícia Mendes Expositivo	
	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia	2 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

ERRO TRANSFUSIONAL



Orientadores:

Enf.ª Especialista MC. Paul Titus

Enf.ª Especialista MC. Cátia Gonçalves

Formadoras:

Enf.ª Leila Sales

Enf.ª Patrícia Mendes

27 e 28 de Outubro de 2011

Processo Transfusional

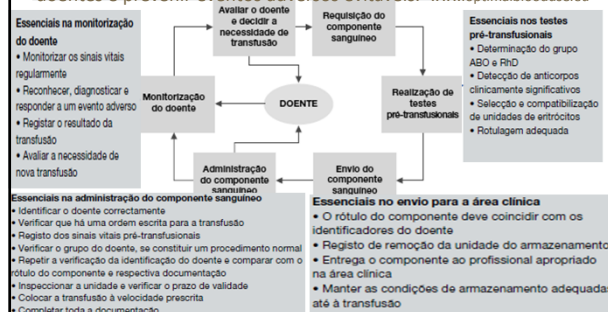
“A Transfusão de uma unidade de sangue para o doente correcto, no momento correcto e nas condições correctas e de acordo com guidelines apropriadas.” (IPS, 2010,p.2)



Objectivos

- Relembrar procedimentos seguros;
- Proporcionar uma prática transfusional segura, eficaz e eficiente;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade no processo transfusional.

de sangue (...) e **deve** cumprir passos (...) que devem ser estritamente controlados para garantir a segurança dos doentes e prevenir eventos adversos evitáveis. www.optimalblooduse.eu



Sangue

“O sangue é um tecido humano e um recurso precioso e escasso”(IPS, 2010, p.4)



Erros Identificados

- Serious Hazards of Transfusion data show that **ABO incompatibility** is the most important and high profile error occurring in blood transfusion, with the greatest number of incidents taking place **during the bedside check**. NPSA, 2005
- Errors at the time of administration of blood or blood components are the most frequent documented site of error culminating in the **transfusion of the wrong blood**. (McClelland & Phillips, 1994; Szama, 1990)

- Patient miss identification at the blood sampling stage resulting in “wrong blood in tube”. Of the 491 near misses, 230 were samples taken from the wrong patient, but labelled with the intended patient’s details and 261 were samples taken from intended patients but labelled as per another patient. Stainsby, 2005

- Failure of the final patient identification check at the bedside was the most frequent, and potentially most catastrophic, transfusion error. Stainsby et al, 2006

- Most of incidents are due to the failure of the final identity checks carried out between the patient... NPSA, 2008

Administração de componentes sanguíneos

Antes da Administração

- Verificar os detalhes de identificação do doente *
- Verificar a prescrição
- Verificar que o acesso endovenoso é adequado *
- Inspeccionar a unidade
- Verificar a data de expiração da unidade
- Verificar a coincidência do grupo ABO e Rh na identificação do doente e no componente *



Falhas na correcta identificação do paciente levam com frequência a erros de medicação, de transfusão de hemoderivados ...

PROQUALIS, 2009

“Nurses being responsible for the final bedside check before transfusion, have the final opportunity to prevent a miss transfusion” (Mole et.al, 2007).

Identificação do Cliente *

Check List **

Administração de componentes sanguíneos

Antes da Administração

- Registrar a avaliação de temperatura, frequência cardíaca, respiratória e tensão arterial
- Confirmar questões relativas ao consentimento
- Iniciar a transfusão na velocidade apropriada Tabela *



Requisição de sangue e Amostra do cliente

O que pode correr mal

- Informação inadequada na requisição
- Requisição preenchida de forma incorrecta
- Doente correcto mas amostra de sangue mal rotulada
- Amostra colhida no doente errado
- Transporte inapropriado da amostra para a situação clínica

Porque corre mal

- Unidade não é inspeccionada
- Não são detectadas alterações da cor ou outras no componente
- Não foi detectado a expiração do prazo de validade
- Não foi verificada a identificação do doente e na unidade
- Instruções relativas à perfusão pouco claras ou não cumpridas
- Falha no cumprimento dos procedimentos padronizados

Consequências para o doente

- Febre
- Urticária
- Reacção hemolítica transfusional tardia
- Reacção fatal por incompatibilidade ABO
- Infecção
- TRALI
- Morte ou complicações graves devido a reacção transfusional

O Sistema de hemovigilância no Hospital

- Criação Comissão de Transusão e alternativas transfusionais
- Projecto de processo electrónico na transfusão sanguínea
- Notificação de evento adversos

Monitorização do doente Transfundido

- Monitorizar sinais vitais:
 - Antes de começar a transfusão
 - 15 min após o início da transfusão
 - De hora a hora, durante a transfusão
- Observar o cliente em intervalos regulares
- Reconhecer e responder apropriadamente a incidentes e reacções adversas e notificar no impresso
- Arquivar em local definido o rótulo da Unidade após administração; Registrar data e hora do começo e do termino; a identificação da pessoa que administrou e se existiram reacções adversas.

Requisitos Legais na EU

Os requisitos legais dizem respeito à notificação de incidentes e reacções adversas graves que estão relacionados com a qualidade e segurança do sangue ou componentes sanguíneos.

Reacções adversas – Cuidados

- Parar de **imediato** a transfusão;
- Se o cliente demonstra sinais graves de reacção adversa, deve desconectar a transfusão;
- Manter acesso EV permeável, com uma solução salina (0,9%);
- Comunicar ao clínico;
- Monitorizar sinais vitais até ficar estável;
- Observar o tipo de ABO/Rh do cliente, se é compatível à unidade recebida e se esta não se encontra fora da validade.
- Enviar unidade e sistema para o serviço de sangue e 1 colheita de sangue periférico.

Conclusão

A melhoria da segurança do doente requer inevitavelmente mudança, vontade, esforço, muita persistência, com implicações concretas na Prática clínica.

Lage, Rev Port Saúde Pública. 2010

Referências Bibliográficas

- Lage, M. (2010). Segurança do doente: Da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 11-16;
- Royal College of Nursing Australia. (2004). GUIDELINES FOR THE ADMINISTRATION OF BLOOD COMPONENTS (versão electrónica.). *Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion*.
- L McClelland. (2007). Handbook of Transfusion Medicine. (versão electrónica). Crown Copyright
- British Committee for Standards in Haematology. (2009). Guideline on the Administration of Blood Components (versão electrónica)
- http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos_pdf/manual_para_uso_optimo_do_sangue.pdf Consultado a 22.10.2011;
- <http://www.PROQUALIS.br> Consultado a 12.10.2011
- <http://www.npsa.nhs.uk> Consultado a 12.10.2011
- <http://www.optimalblooduse.eu> Consultado a 16.10.2011
- <http://www.dgs.pt> Consultado a 21.10.2011

Unique donation number
This is the unique number assigned to each blood donation by the transfusion service and allows follow-up from donor to patient. From April 2001 all donations bear the new 14 digit (SET 128) donation number. The unique donation number on the blood bag must match exactly the number on the compatibility label.

Blood group
Shows the blood group of the component. This does not have to be identical with the patient's blood group but must be compatible. Group O patients must receive group O red cells.

Expiry date
The expiry date must be checked - do not use any component that is beyond the expiry date.

Cautionary notes
This section of the label gives instructions on storage conditions and the checking procedures you are required to undertake when administering a blood component. It also includes information on the component type and volume.

Special requirements
This shows the special features of the donation, e.g. CMV negative.

STOP! READ BACK OF THE BAG BEFORE TRANSFUSION
NHS O
Component: Red Cells
Donation No: 10071956
Date Given: 08/05/2011
Expiry Date: 08/05/2011
Patient's Name: MCDONALD, MORAG
Sex: FEMALE
DOB: 10/07/1956
Patient's Blood Group: O Rh POS
Component: Red Cells
Donation No: 10071956
Date Given: 08/05/2011
Expiry Date: 08/05/2011
Special Requirements: None
Blood Group: O Rh POS
Patient's Name: MCDONALD, MORAG
Sex: FEMALE
DOB: 10/07/1956
Donation No: 10071956
Date Given: 08/05/2011
Expiry Date: 08/05/2011
Special Requirements: None
Blood Group: O Rh POS
Patient's Name: MCDONALD, MORAG
Sex: FEMALE
DOB: 10/07/1956
Donation No: 10071956
Date Given: 08/05/2011
Expiry Date: 08/05/2011
Special Requirements: None
Blood Group: O Rh POS

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco Henrique Moura George
NÚMERO: 018/2011
DATA: 23/05/2011

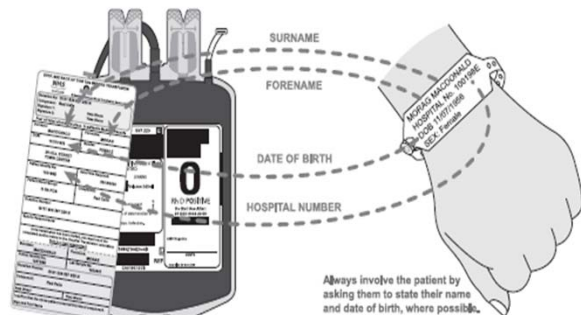
ASSUNTO: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde
PALAVRAS-CHAVE: Identificação de Doentes
PARA: Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

- Em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação.
- Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:
 - O primeiro e último nome;
 - A data de nascimento;
 - O número único de processo clínico na instituição.
- Quando, por motivos clínicos, o doente não puder usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas. As medidas alternativas podem passar pela colocação de uma pulseira numa peça de roupa que o doente veste ou, em caso de alergia, sobre uma gaze no pulso do doente.

Tabela de compatibilidade de células de glóbulos vermelhos

Receptor ^[1]	Doador ^[1]							
	O-	O+	A-	A+	B-	B+	AB-	AB+
O-	✓							
O+	✓	✓						
A-	✓		✓					
A+	✓	✓	✓	✓				
B-	✓				✓			
B+	✓	✓			✓	✓		
AB-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
AB+	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

BLOOD PACK PATIENT'S WRISTBAND



Acesso Venoso

Pode ser utilizado acesso periférico e acesso central

RECOMMENDATION

Peripheral intravenous access should be sufficient to maintain an adequate rate for the transfusion without causing a risk of haemolysis.

- 18-20G size is recommended for adults. Smaller gauge devices can be used but restrict the flow rate of the transfusion and result in a much longer time to infuse a component.
- 22-24G or larger is recommended for paediatric patients.

Cuidados na Administração:

A administração de sangue deve ser feita através de sistema próprio com filtro, com capacidade de remover coágulos e pequenos aglomerados de detritos. O componente deve cobrir o comprimento total do filtro de membrana.

RECOMMENDATIONS

- ③ one standard administration set may be used for the administration of 2-4 units of red blood cells provided the flow rate remains adequate. In an emergency or theatre situation 8-10 units may be transfused before the set is changed provided the set is changed every 8 hours.
- ③ because of the risk of bacterial contamination, administration sets should be changed on completion of the red cell transfusion or every 8 hours.
- ③ an administration set used for red cells should never be subsequently used for platelet transfusion since the red cell debris trapped in the filter would trap the platelets.

Administração através de Bombas Infusoras:

Apenas se recomendado pelo fabricante na administração de hemoderivados e comprovado não causar hemólise. Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Inc. 2004 *

O elemento da equipa que vai buscar o hemoderivado ao local onde este está armazenado, deve confirmar os detalhes da identificação do doente e realizar o registo em impresso próprio onde se inclui o seu nome e n.º mecanográfico.

RECOMMENDATION

Hospitals shall have a policy for the collection of blood or blood components from the hospital transfusion provider or remote blood transfusion issue refrigerator and its delivery to the ward, operating theatre or other clinical area where the transfusion is to be given, and it shall cover the following items:

- ③ the staff responsible for this procedure.
- ③ the education, training and competency of these staff.
- ③ documentation / checking procedures.
- ③ validated methods for transporting required blood components.

FORMAÇÕES UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Formação: “Erro Transfusional”

Total de Presenças: **5 Enfermeiros**

➤ **Avaliação de Conteúdos**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
Despertam interesse e motivação					5	5
São de compreensão acessível				1	4	5
Estão bem organizados e sistematizados				1	4	5
Têm aplicabilidade para a prática profissional					5	5
A sessão formativa correspondeu às suas expectativas iniciais					5	5
Os objetivos propostos foram atingidos por si				1	5	5

Cálculo da Média da Avaliação de Conteúdos: **5**

➤ **Avaliação do Formador**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
Foi claro na apresentação dos objetivos					5	5
Dominava o assunto que ministrou				1	4	5
Conseguiu motivá-lo				1	4	5
Esclareceu todas as dúvidas que surgiram				1	4	5
Interesse ou empenho demonstrado pelo formador					5	5

Cálculo da Média do Formador: **5**

➤ **Avaliação dos Recursos Pedagógicos**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
A metodologia utilizada foi eficaz					5	5
Os recursos utilizados foram eficazes					5	5
A documentação fornecida foi suficiente				1	5	5

Cálculo da Média de Recursos pedagógicos: **5**

➤ **Avaliação Global da Ação**

	1 Muito Insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Pouco Satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito	Média
A avaliação global da ação é positiva					5	5

Cálculo da Média da Avaliação Global da Ação: **5**

APENDICE XVII

Check List “Administração de Hemoderivados”

CHECK-LIST - ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS

Assegure-se de que o componente sanguíneo correcto é administrado ao cliente correcto, no momento correcto.

1- Dois enfermeiros verificam a informação do rótulo do componente sanguíneo e respectivo relatório:

- Tipo de componente
- Grupo sanguíneo e Rh
- Código da Unidade
- Número do processo do cliente
- Nome do Cliente
- Data de nascimento do cliente
- Data de validade da Unidade

2- Em parceria, junto ao cliente confirmam o rótulo da Unidade e a:

- Identificação do cliente (na pulseira/soarian):
- Nome completo do cliente
- Data de nascimento
- Grupo sanguíneo e Rh
- Número do processo

3- Antes da administração o enfermeiro confirma:

- Consentimento
- Prescrição clínica
- Acesso venoso adequado, permeável e sem outro componente a ser administrado naquele local (excepção soro fisiológico)
- A unidade encontra-se íntegra e sem alterações das suas características normais
- O grupo de sangue e o Rh são compatíveis com o do cliente e com o produto a administrar
- Todos os parâmetros vitais foram monitorizados

APENDICE XVIII

Proposta para modificação do carro de terapêutica da UCI



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROPOSTA PARA MODIFICAÇÃO DO CARRO DE TERAPÊUTICA DA UCI

Trabalho elaborado por:

- Leila Sales

- Patrícia Mendes

Lisboa, 2011

ABREVIATURAS

EV – Endovenosa

LASA - Look - Alike, Sound – Alike Medication Names;

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PO – Per’Os

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

SUMÁRIO

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	3
1. <u>LOOK-ALIKE, SOUND-ALIKE MEDICATION NAME</u>	4
1.1 <u>ESTRATÉGIA DE MODIFICAÇÃO DO CARRO DE MEDICAÇÃO</u>	4
2. <u>CONCLUSÃO</u>	8
3. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	9
<u>APÊNDICE</u>	10
<u>APÊNDICE I “ Sinalética de Segurança no Local de Armazenamento”</u>	11

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, decorre o Estágio, concretamente o Módulo II – Cuidados Intensivos na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz. Como objectivo da Unidade Curricular – Estágio – pretendemos desenvolver competências na Área da gestão do risco / segurança dos cuidados, pois consideramos, que esta temática é um factor importante para os cuidados de enfermagem e para a sua qualidade.

De acordo com OE (2005,p. 44) “Especialistas estimam que os erros de medicação são uma das principais causas de morte e incapacidade. Anualmente, morrem mais pessoas devido a erros de medicação do que em acidentes de trabalho”.

Com o intuito de contribuir para uma melhor prática dos cuidados de enfermagem, pretendemos melhorar o acesso à medicação, mais especificamente, o carro de medicação que existe no *open space*, através de uma das nove soluções que o *International Steering Committee* aprovou (em 2007) – Look –Alike, Sound – Alike Medication Names – e que os Estados – membros da OMS (Organização Mundial de Saúde) podem recorrer contribuindo assim para o aumento da segurança dos cuidados prestados ao cliente. (WHO, 2007)

Como objectivos para a proposta de alteração do carro de medicação, pretendemos:

- Diminuir a possibilidade de erro causado por denominações de medicamentos que se confundam;
- Diminuir a possibilidade de erro causado por aparência de medicamentos que se confundam;
- Destacar medicamentos mais nocivos para a saúde do cliente, quando utilizados de forma incorrecta.
- Alertar os profissionais de saúde para a possibilidade de ocorrência de erro perante a ausência de organização dos medicamentos, segundo uma norma;
- Aumentar a segurança e a qualidade nos cuidados prestados.

De seguida, apresentamos a nossa proposta de alteração do armazenamento da medicação.

1. LOOK-ALIKE, SOUND-ALIKE MEDICATION NAME

A prestação de cuidados ao cliente admite a possibilidade de erro bem como algum nível de risco na segurança da pessoa. Assim, torna-se benéfico, uma compreensão dos factores que levam ao aumento dos erros de medicação.

O Centro de colaboração para a Segurança do Doente da OMS divulgou nove soluções criadas com o objectivo de prevenir erros possíveis de ocorrer em cuidados de saúde, que podem prejudicar gravemente milhões de pessoas por todo o mundo. (WHO, 2007)

Essas nove soluções, denominam-se por:

1. Look - Alike, Sound – Alike Medication Names (LASA);
2. Patient Identification;
3. Communication During Patient and-Over;
4. Performance of Correct Procedure at Correct Body Site;
5. Control of Concentrated Electrolyte Solutions;
6. Assuring Medication Accuracy at Transmissions in Care;
7. Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections;
8. Single Use of Injection Devices;
9. Improved Hand Hygiene to Prevent Health care-Associated Infection.

Debruçámo-nos sob a solução Look - Alike, Sound – Alike Medication Names, por ser uma realidade, com a qual nos deparamos diariamente. A possibilidade de ocorrer um erro causado por denominação de medicamentos que se confundem e de rotulagem semelhante, é uma preocupação constante.

Segundo a Joint Commission (2007), mais de 33 000 marcas registadas e 8000 nomes de medicamentos sem marca, foram referidos nos Estados Unidos da América. O Instituto para práticas seguras da medicação (ISMP) publicou uma página de

medicação envolvida em erros de medicação. Um exemplo prático e conhecido desta realidade, é por exemplo o caso da ampola de Atropina e a ampola de Adrenalina.

As recomendações segundo a Joint Commission's National Patient Safety Goals, incentivam o uso de protocolos para redução de riscos, tais como a separação dos medicamentos com nomes LASA em todas as áreas de armazenamento incluindo tanto a marca como os nomes dos sem marca e colocar letras maiúsculas e minúsculas, como por exemplo DOPamina versus DOBUTamina para realçar as drogas com nomes diferentes mas semelhantes diminuindo a possível confusão nos rótulos, caixas de armazenamento e prateleiras, dispositivos automáticos de distribuição. (Joint Commission, 2007)

“Os sistemas seguros baseiam-se na introdução de diferentes tipos de medidas direccionadas não só a prevenir os erros, mas também a torná-los visíveis, detectando e interceptando-os antes que atinjam os pacientes.” (Anacleto, 2010,p.11)

1.1 ESTRATÉGIA DE MODIFICAÇÃO DO CARRO DE MEDICAÇÃO

No carro de medicação da UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), encontra-se o stock definido como necessário para a administração de terapêutica, assim como os estupefacientes. Este encontra-se dividido por duas secções, que dizem respeito à medicação EV (Endovenosa) e medicação PO (Per'Os). Ambas as secções, encontram-se diferenciadas pela cor.



No entanto, consideramos que esta distinção apenas pela via de administração não é suficiente, para a garantia de uma prática segura.

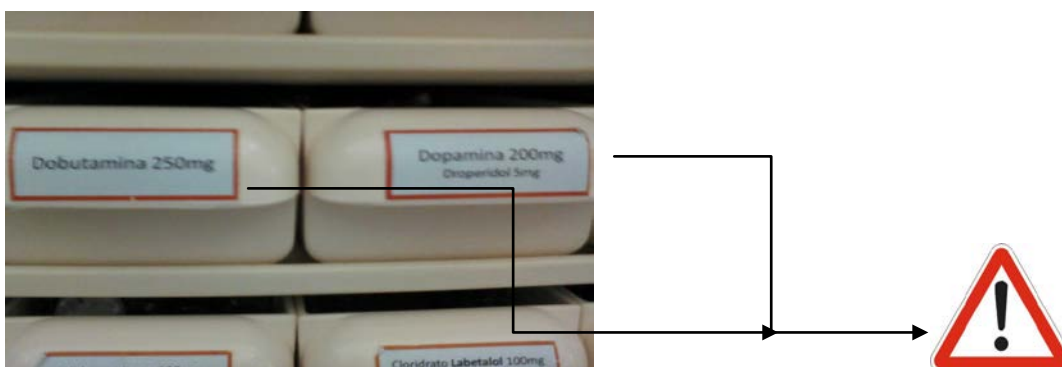
Pretendemos com esta proposta, a identificação das gavetas de medicação existentes no carro de medicação, com etiquetas pré-impressas de acordo com as sugestões que a seguir serão apresentadas.

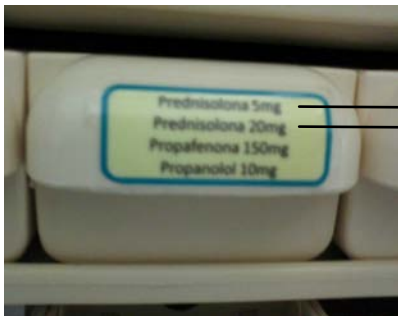
De forma, a garantir uma utilização segura da medicação, sugerimos a utilização de sinais de alerta, de fácil compreensão e leitura, com o intuito de identificar as gavetas dos medicamentos do carro (ANEXO I). Deste modo:

- As gavetas com embalagens/ampolas **idênticas**, seriam sinalizados com o sinal de **“stop”** sempre que os referidos medicamentos estejam armazenados na mesma gaveta, lado a lado na mesma prateleira ou se verificar proximidade que possa causar confusão (gaveta do lado, gaveta acima ou abaixo);
- Relativamente aos medicamentos considerados **perigosos** para o cliente, a gaveta seria identificada com um sinal de **“Perigo”**;
- Colocar as primeiras letras do nome do medicamento com maiúsculas, no caso de nomes idênticos, como por exemplo ATropina e ADREnalina, DOBUtamina, DOPamina, CEFOxitina; CEFUroxima, entre outros.
- Gavetas que contenham medicamentos de **dosagens diferentes**, seriam identificadas com o sinal de **“semáforo”** e a parte interior da gaveta com as suas três cores diferentes.

A cor vermelha seria para medicamentos com dosagem mais alta, a cor amarelo para dosagens intermédias e a cor verde para dosagens mais baixas.

Sugerimos também, que a identificação dos fármacos de urgência de 1.ª linha, antibióticos e iões, seja feita com uma cor diferente das restantes, de forma a permitir uma visão e o acesso mais rápido e sem falhas.





Pela sua especificidade, consideramos importante que os estupefacientes estejam guardados num cofre, e que para aceder ao mesmo seja necessário chave que deverá ser guardada pelo chefe de equipa de cada turno.

2. CONCLUSÃO

As causas dos erros são multifactoriais e muitos deles envolvem circunstâncias similares. De entre as principais causas estão os problemas no armazenamento da terapêutica. Deste modo, torna-se importante introduzir medidas que tenham como finalidade reduzir as possíveis consequências dos erros.

Consideramos que para facilitar a adequada identificação e uso dos medicamentos, deve-se assegurar que todos os medicamentos tenham identificações diferenciadas para medicamentos com nome e pronúncia semelhante.

Os eventos adversos relacionados com a terapêutica podem causar sérios danos à saúde dos clientes.

A elaboração desta proposta constitui uma estratégia com vista a aumentar a segurança no armazenamento, distribuição e administração de terapêutica conduzindo desta forma a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Look-Alike Sound- Alike Medication Names (2007). Retirado a 24 de Outubro, 2011, de <http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/Presskit/PS-Solution1.pdf>, consultado a 25.10.2011
- Ordem dos Enfermeiros (2005). A enfermagem conta. *Ordem dos enfermeiros*. (17), 44-49;
- Anacleto, T.;_Rosa, M.; Neiva, H.; Martins, M (2010). ERROS DE MEDICAÇÃO. *Pharmácia Hospitalar*, 2-24.

ANEXO

ANEXO I

“ Sinalética de Segurança no Local de Armazenamento”



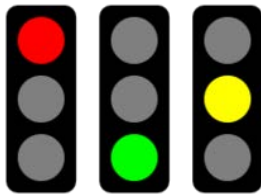
- Embalagens idênticas



- Medicamentos de alto risco



- Várias doses do mesmo medicamento



- **1** **2** **3**
1- Medicamento com dose mais alta
2 – Medicamento com dose mais baixa
3- Medicamento com dose intermédia

APENDICE XIX

Poster “Triagem de Manchester”



TRIAGEM DE MANCHESTER

Os utentes são observados de acordo com a gravidade da sua situação clínica e não por ordem de chegada

Emergente - Vermelho

1



Muito Urgente - Laranja

2

Urgente - Amarelo

3

Pouco Urgente - Verde

4

Não Urgente - Azul

5

A utilização deste sistema classifica o utente em 5 categorias identificadas por um código de cores que corresponde a um tempo máximo de espera, até à observação por um médico. Pode ir dos 0 min. no vermelho até às 4 horas no caso do azul

APENDICE XX

“Boas Práticas na Prevenção e no controlo das IACS.
Higienização do Ambiente Hospitalar”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Boas Práticas na Prevenção e Controlo das IACS. Higienização do Ambiente Hospitalar.

LOCAL: Sala de Reuniões do Serviço de Urgência (SU) do HPP de Cascais

DATA: 17.01.2012/ 18.01.2012/ 20.01.2012/ 26.01.2012

HORA: 16h00min

DURAÇÃO: 30min

DESTINATÁRIOS: Assistentes Operacionais do SU

OBJECTIVOS:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados do SU do HPP de Cascais;
- Relembrar os princípios gerais da higienização do ambiente;
- Prevenir as infecções associadas aos cuidados de saúde relacionadas com a utilização de dispositivos médicos e outros equipamentos;
- Clarificar conceitos relacionados com o processo de descontaminação.

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia	5 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos

BOAS PRATICAS NA PREVENÇÃO E NO CONTROLO DE IACS

Higienização do Ambiente Hospitalar

Trabalho realizado por:
AE Patrícia Mendes
Sob a orientação de:
Enf.ª Susana Laranjinho



INSTITUTO DE CIÊNCIAS GÉNICAS DA SAÚDE



Ambiente Seguro

É o espaço que nos rodeia e no qual as pessoas (clientes, visitas e profissionais) não correm risco de infecção ou outros riscos. (PNCI 2008)

O controlo do ambiente, depende de diversos factores, entre os quais:

- Comportamento dos profissionais;
- Nível de limpeza/desinfecção/esterilização dos dispositivos médicos;
- Nível de higienização do ambiente

Objectivos:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados do SU do HPP de Cascais;
- Relembrar os princípios gerais da higienização do ambiente;
- Prevenir as infecções associadas aos cuidados de saúde relacionadas com a utilização de dispositivos médicos e outros equipamentos;
- Clarificar conceitos relacionados com o processo de descontaminação.

Como ter um Ambiente Seguro?


- ✓ USO CORRECTO DE DESINFECTANTES E DETERGENTES.
REMOÇÃO SEGURA DE DERRAMES E SALPICOS
- ✓ PRÁTICAS DE ROTINA NA: LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DO MATERIAL, EQUIPAMENTO E SUPERFÍCIES
- ✓ LAVANDARIA
- ✓ RECOLHA E TRANSPORTE ADEQUADOS DE AMOSTRAS PARA O LABORATÓRIO
- ✓ CONDIÇÕES DE HIGIENE DOS ALIMENTOS E ÁREAS DE CONFECCÃO/COPAS E REFEITÓRIOS
- ✓ CENTRALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO
- ✓ RESÍDUOS
- ✓ MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS/EQUIPAMENTOS, ÁGUA/SISTEMAS DE RENOVACÃO DE AR, ETC

CONCEITOS


Ambiente Seguro



Nota: troca dos sacos de despejo; Mudança de luvas de cliente para cliente; higienização das mãos



A limpeza reduz significativamente o número e o tipo de microorganismos



Limpeza


Importante é que todo o material usado seja **considerado** como de **risco** para o pessoal e só seja manuseado com a devida **protecção** (luvas, avental impermeável e, quando se prevê salpicos, máscara e óculos de protecção).







Princípios a ter:

-  devem ter **entre si** um **metro** de distância mínima
- Materiais contaminados, roupa, resíduos orgânicos recolhidos junto à cama do cliente e bem acondicionados;
- Em cada cama deve estar disponível um dispositivo de **solução alcoólica para higiene das mãos**.

Limpeza (cont.)

Como procedem à limpeza de superfícies?




Ambiente Seguro

Limpeza Desinfecção Esterilização

Limpeza (cont.)

- A limpeza do pó deve ser sempre feita por **meios húmidos**, utilizando-se um pano embebido em **água e detergente**.
- Nota:** O pano deve ser enxaguado na passagem de uma estrutura / equipamento para outra e da unidade de um cliente para outro.
- Deve usar-se sempre **água quente** na limpeza de superfícies
- A limpeza, deve ser sempre feita no **sentido das zonas mais limpas para as mais sujas**.



Exemplos de detergentes que podem ser usados

- ✓ **Detergente de uso geral** – Lavagem de materiais, equipamentos e superfícies horizontais e verticais (chão, paredes, bancadas, mobiliário, etc.) – geralmente tem pH neutro
- ✓ **Detergente/desinfetante (ex. Anios[®])** – Para superfícies em que se necessita de associar a desinfecção à limpeza



Desinfecção

➔ Derrames ou salpicos de sangue ou outra matéria orgânica contendo sangue, de acordo com as “precauções Universais”. Assim:

Como procedem à remoção ?



- Braçadeiras,
- Marquesas,
- Mesas de apoio,
- Estetoscópios,
- Aparelho de TA,
- Bombas infusoras,
- Ventiladores, monitores,
- Cabos ECG e oximetria

Limpeza

Como se faz?

Sem matéria orgânica:
Limpeza
Com matéria orgânica:
1º. Anios

Tipos de desinfetantes do SU

➤ ANIOS

- Limpeza e desinfecção de dispositivos médicos
- Modo de emprego:
 - Pulverizar o produto em diferentes pontos da superfície e espalhar a solução pulverizada
 - Não enxaguar
 - Deixar secar 5min.
 - Activo em bactérias (ex. Acinetobacter, MRSA), fungos, TP, HIV.
 - Não respirar directamente o aerossol originado pela pulverização.



- Bacias de higiene

Como se faz?

1. Hipoclorito de Na5%
2. Passar por água corrente

- Camas (grades, partes metálicas) e suportes de metal

Como se faz?

Sem matéria orgânica:
1º Limpeza
Com matéria orgânica:
2º Anios

Tipos de Desinfetantes do SU

➤ Hipoclorito de Sódio

- Desinfecção de superfícies contaminadas com derrames, salpicos de sangue ou fluidos orgânicos



Tipos de Desinfectantes do SU

➤ SURFANIOS

- Detergente desinfetante de pavimentos, superfícies e equipamentos em meio hospitalar
- Exemplo: lâmina de laringoscópio



Desinfecção (Cont.)

- As soluções desinfetantes devem ser utilizadas nas concentrações correctas e armazenadas em contentores próprios;
- Deve ser respeitado o tempo de contacto necessário dos desinfetantes.
- Às soluções desinfetantes não devem ser adicionados detergentes.
- As recomendações do fabricante devem ser sempre consultadas

Concentrações e usos incorrectos



Aumento de Resistências

Desinfecção (Cont.)

- Se ocorrer **salpicos ou derrame**, absorver primeiro o mais possível com toalhetes ou celulose, para evitar a dispersão dos líquidos, e acrescentar a solução de lixívia (dilução de lixívia em 100 ml de água) até ficarem saturados.

Aguardar cerca de 5 min., remover os toalhetes ou celulose e lavar com água e detergente.

Esterilização

Como se faz?

- Instrumentos cirúrgicos.

1.º Remover cuidadosamente o excesso de desinfetantes utilizados ou outros líquidos;
2.º Burrifar os instrumentos com Spectrum;
3.º Empacotar e enviar para o SEC.

Desinfecção

Como se faz?

- Lâminas de laringoscópio,

- Traqueia do ventilador Shangrilla
- Válvula

1.º Mergulhar a lâmina num ¼ da saqueta de Survánios em 2 L de água, durante 15 min.

1.º Mergulhar a traqueia e a válvula, em 20 ml de Survánios diluído em 8 L de água, durante 1 hora.
2.º Passar por água e deixar secar ao ar.

Conclusão

- Todos os profissionais que exercem funções nas unidades de saúde devem conhecer as regras de boa prática e devem colaborar na sua aplicação e manutenção
- Os desinfetantes hospitalares deverão ser utilizados nas situações específicas e sempre cumprindo as normas do fabricante

Referências Bibliográficas

• ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS da Johnson & Johnson company, Ficha técnica sobre a segurança do produto – Solução desinfetante de alto nível NU-CIDEX com actividade esporicida. Março de 2004. 6 páginas.

• Centers for Disease Control (CDC). Selection and Use of Disinfectants. Disponível em <http://www.bccdc.org/downloads/pdf/lab/reports/disinfectants.pdf> (acedido em 2011).

• WHO. Disinfectants and antiseptics. Disponível em: <http://mednet3.who.int/EMLib/wmf/English/Disinfectants%20and%20antiseptics.doc> (acedido em 2011).

• MMWR. Guideline for hand hygiene in Health – Care Settings. URL:<http://ier.isciii.es/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5/6a1.htm>.

Obrigada pela vossa atenção



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Formação: “Boas Práticas na prevenção e no Controlo das IACS. Higienização do Ambiente Hospitalar”

Total de Presenças: **31 formandos**

➤ **TABELA 1: Ação de Formação**

	1 Insuficiente	2 A melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	Média
Objetivos do Programa			6	14	11	4
Interesse dos Conteúdos			5	11	15	4
Utilidade da Ação			4	15	12	4
Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais			9	12	10	4
Tempo de duração		3	12	9	7	4
Opinião global sobre a ação de formação			7	7	17	4
Recomendação do curso a outros		1	6	9	15	4

Cálculo da Média da Ação de Formação: **4**

➤ **TABELA 2: Eficácia dos Formadores**

	1 Insuficiente	2 A melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	Média
Capacidades didáticas			5	20	6	4
Conhecimento da matéria			1	16	14	4
Capacidade para criar um ambiente participativo			3	16	12	4

Cálculo da Média da Eficácia dos Formadores: **4,2**

➤ **TABELA 3: Preparação e Organização da Ação**

	1 Insuficiente	2 A melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	Média
Informação prévia sobre o tema da ação de formação		1	11	12	7	4
Instalações e meios Audiovisuais		2	7	14	8	4
Disponibilização de Documentação		3	8	15	5	4

Cálculo da Média da Preparação e Organização da Ação: **4**

APENDICE XXI

“Noções Básicas sobre Ventilação Mecânica”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Noções Básicas Sobre Ventilação Mecânica

LOCAL: Sala de Reuniões do Serviço de Urgência (SU) do HPP de Cascais

DATA: 18.01.2012/ 20.01.2012/ 26.01.2012

HORA: 16h30min

DURAÇÃO: 1 hora

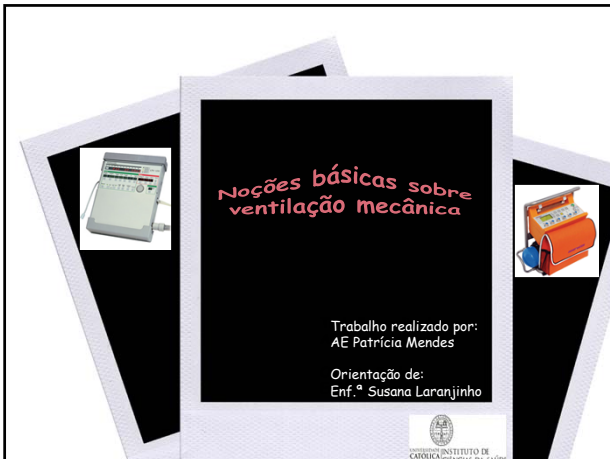
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do SU

OBJECTIVOS:

- Sensibilizar os enfermeiros acerca dos aspectos práticos da Ventilação Mecânica;
- Definir Ventilação Mecânica;
- Apresentar as diferentes modalidades ventilatórias/ parâmetros ventilatórios;
- Abordar os cuidados de Enfermagem a doentes ventilados;
- Abordar os cuidados relativamente a traqueias e filtros.

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEUDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
APRESENTAÇÃO TEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação -Apresentação dos objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da prelectora: Patrícia Mendes - Sumário - Justificação do tema - Objectivos 	3 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> 1- Conceito de ventilação Mecânica Invasiva 2- Modos e Parâmetros de referência dos ventiladores 3- Papel do Enfermeiro na Ventilação Mecânica 4- Traqueias 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilação Mecânica - Razões Fisiológicas/ Razões Clínicas - Fases da Ventilação Mecânica - Conceito dos vários parâmetros ventilatórios - Modalidades Ventilatórias - Cuidados a ter com a pessoa ventilada - Cuidados a ter com a traqueia, no ventilador LTV e Shangrilla 	1 min 7 min 4 min 10 min 10 min 5 min	Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos Ventilador LTV Ventilador Shangrilla Prelector Computador

	5- Filtros	- Cuidados a ter com os filtros e características destes	5 min	Patrícia Mendes Expositivo	Visualização de Diapositivos Ventilador LTV Ventilador Shangrilla Filtros
	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS/METODOLOGIA	RECURSOS
Conclusão	- Conclusão	- Reflexão final/conclusão - Bibliografia - Parte Prática	15 min	Patrícia Mendes Expositivo	Prelector Computador Visualização de Diapositivos Ventilador LTV Ventilador Shangrilla



Ventilação Mecânica Invasiva

RAZÕES FISIOLÓGICAS

- Suporte da troca gasosa cardiopulmonar
- Aumento de volume do pulmão
- Redução do trabalho respiratório

RAZÕES CLÍNICAS

- Reversão da hipoxemia e da acidose respiratória aguda
- Alívio da angústia respiratória
- Prevenção ou reversão de atelectasia e fadiga dos músculos respiratórios
- Permitir a sedação e/ou o bloqueio neuromuscular
- Diminuir o consumo de oxigênio
- Reduzir a pressão intracraniana
- Estabilizar a parede torácica.

(Thelan's, 2008)

Objectivos


- Sensibilizar os enfermeiros acerca dos aspectos práticos da Ventilação Mecânica;
- Definir Ventilação Mecânica;
- Apresentar as diferentes modalidades ventilatórias/parâmetros ventilatórios;
- Abordar os cuidados de Enfermagem a doentes ventilados;
- Abordar os cuidados relativamente a traqueias e filtros.

Ventilação Mecânica

- Para haver uma ventilação adequada, o ventilador deve completar **quatro** fases:
 - (1) Fase inspiratória;
 - (2) Mudança da fase inspiratória para a fase expiratória;
 - (3) Fase expiratória;
 - (4) Mudança da fase expiratória para a fase inspiratória.


Ventilação Mecânica


- Uso de pressão positiva nas vias aéreas;
- "A pressão exercida pelo ventilador através de um compressor de ar vai gerar um determinado volume" (Marcelino 2008, p. 64)



Modos e Parâmetros de referência dos ventiladores

LTV 1200





Shangri-la510

✓ **Volume Corrente (Vc) ou Tidal (Vt)**

Volume de ar fornecido ao cliente durante o Ciclo respiratório
VC=500 ml, num adulto normal

✓ **Volume minuto**

Volume de gás que o ventilador fornece ao doente por minuto
(volume corrente x frequência respiratória).
O valor normal num adulto varia entre 6 – 8 l/minuto.

✓ **Frequência Respiratória (FR)**

Número de ciclos respiratórios, por minuto.
São recomendados : 6-20 ciclos/min

✓ **Fracção de O2 inspirado (FIO2)**

Fracção de oxigénio inspirado, fornecido ao doente
Pode variar entre 21-100%;
É escolhida de acordo com os gases sanguíneos do doente

Volume Controlado

É uma forma de insuflação automática dos pulmões, não sincronizada com a actividade respiratória do doente, sendo por isso independente dela.

ALARMES

- Volume Corrente (500 ml)
 - Frequência Respiratória
 - FIO2 %
 - Tempo de Inspiração I:E
 - PEEP (3-5)
- Limite Pressão Máx: 35-40
 - Baixa Pressão: 5
 - Vol. Min. Bx : 5,5

✓ **Relação I:E**

Relação entre o tempo de inspiração e expiração.
Duração da inspiração em relação à expiração.
Rácio de 1:2.

✓ **Pausa Inspiratória**

É o curto espaço de tempo no final da inspiração em que o fluxo é nulo, ou seja, não existe fluxo partindo do ventilador.

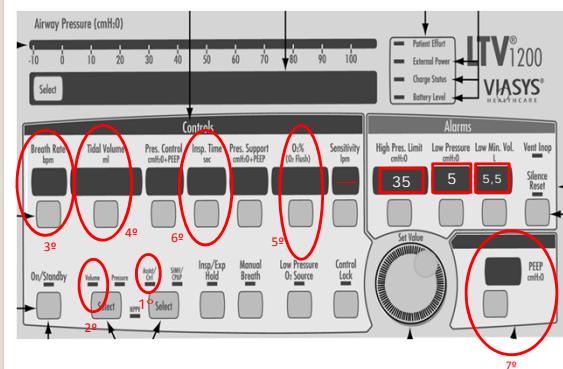
✓ **Sensibilidade ou “Trigger”**

Corresponde à pressão negativa que o doente faz para inspirar;
Determina o grau de esforço que o doente deve gerar para iniciar um Ciclo respiratório

✓ **Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP)**

A pressão positiva no final da expiração, mantém a pressão das vias aéreas acima da pressão atmosférica, aumenta a capacidade residual funcional, com o objectivo de impedir o colapso das vias aéreas.

Volume Controlado



✓ **Limites de pressão**

É a pressão máxima que a máquina pode gerar para assegurar o volume corrente.
Pressões médias mais elevadas leva a possíveis efeitos cardiovasculares prejudiciais, secundários a uma dificuldade de retorno venoso.

A pressão máxima das vias aéreas não deve ultrapassar os 35 cm H2O.

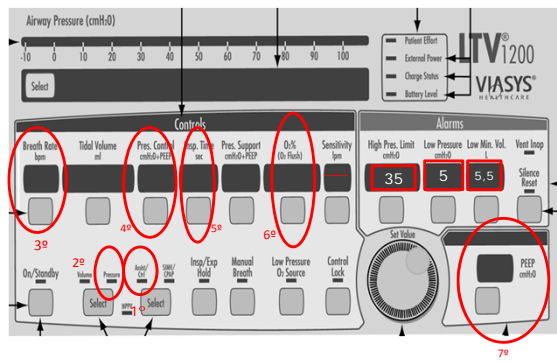
Pressão Controlada

A pressão controlada assegura que o nível de pressão inspiratória pré-programado seja mantido, durante a inspiração.

ALARMES

- Pressão Controlada
 - Frequência Respiratória
 - Tempo de Inspiração
 - FIO2
 - PEEP
- Limite Pressão Máx: 35
 - Baixa Pressão : 5
 - Vol. Min. Bx : 5,5

Pressão Controlada



* Imagem retirada LTV 1200 Operator's Manual

Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV)

O ventilador fornece ciclos respiratórios pré-estabelecidos em coordenação com o esforço respiratório do doente.

A respiração espontânea é permitida no intervalo dos ciclos pré-estabelecidos e é auxiliada com uma pressão assistida

- PC / VC
- Frequência Respiratória (5-14)
- Tempo Inspiratório
- PA
- Trigger
- Fio2
- PEEP

ALARMES

- Limite Pressão Máx: 35
- Baixa Pressão :
- Vol. Min. Bx : 5,5

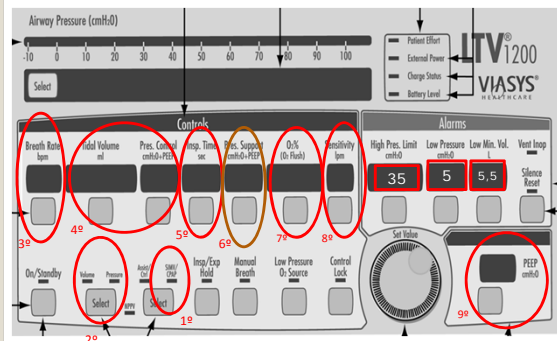
Volume Assistido

Modalidade ventilatória em que o doente inicia o ciclo respiratório e recebe apoio para esse esforço, com um volume corrente que é pré-programado.

ALARMES

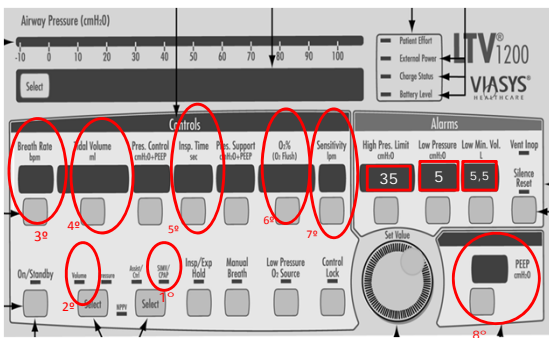
- Volume corrente
- Frequência Respiratória
- Tempo de inspiração
- FIO2 %
- PEEP
- Trigger (1 a 9)
- Limite Pressão Máx: 35
- Baixa Pressão :
- Vol. Min. Bx : 5,5

SIMV



* Imagem retirada LTV 1200 Operator's Manual

Volume Assistido



* Imagem retirada LTV 1200 Operator's Manual

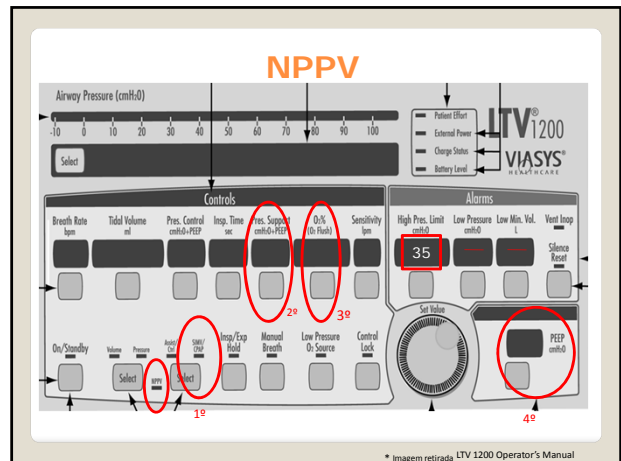
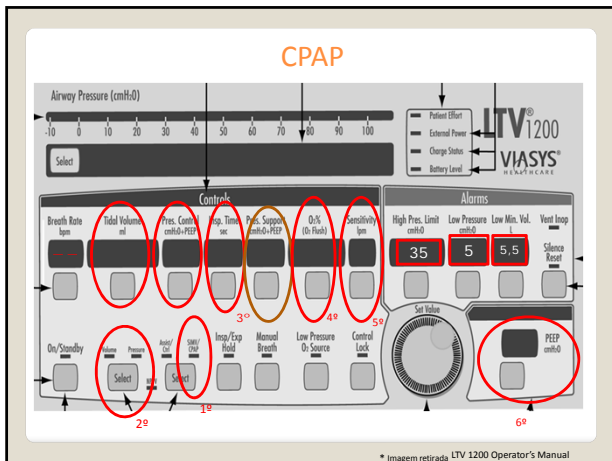
CPAP

O doente, quase com autonomia total ventilatória, respira espontaneamente e o ventilador garante uma pressão contínua positiva, com o objectivo de evitar o colapso das vias aéreas.

- Volume / Pressão Controlada (Modo de Apneia)
- Tempo inspiratório;
- FIO2;
- Trigger;
- PEEP

ALARMES

- Limite Pressão Máx: 35
- Baixa Pressão :
- Vol. Min. Bx : 5,5



NPPV


Ventilação não invasiva, define-se como um tipo de ventilação em que não existe intubação traqueal.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:


- Diagnóstico de patologia potencialmente reversível;
- Necessidade de ventilação assistida; taquipneia; utilização dos músculos acessórios da ventilação
- Alterações gasimétricas.

• Shangrila :


- A/C + SIGH (Suspiro)
- SPONT
- MANUAL



Baseado no modo A/C. A diferença consiste na entrega de um volume corrente máximo (1.5) de 100/100 ciclos. Diminui a probabilidade de haver atelectasias.



Modo espontâneo. A inspiração é normalmente iniciada pelo esforço do doente. As respirações são iniciados através de volume



Ao pressionar a tecla o ventilador irá forçar a entrada do ar para o doente, ao deixar esta, o ventilador terminará a ventilação. Esta tecla pode simular a respiração do cliente. Pode funcionar como pausa inspiratória, por exemplo para a realização de um Rx

NPPV

- IPAP → PA
- EPAP → PEEP
- FIO2

ALARMES

- Pressão alarme elevada

Papel do enfermeiro na ventilação mecânica

Filtros e Traqueias

Papel do Enfermeiro na Ventilação Mecânica



- Manutenção do ventilador
- Vigilância constante do doente
- Avaliação dos sinais vitais e monitorização cardíaca
- Avaliação do parâmetro respiratório
- Avaliação do estado de consciência
- Aspiração de secreções, utilizando o ambú e hiper oxigenação
- Higiene oral e troca da imobilização do tubo traqueal
- Avaliação do estado de hidratação

Filtros

De acordo com as recomendações dos ASA (American Society of Anesthesiologists), AANA (American Association of Nurse Anesthetists), AAGBI (Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland), **não** existe indicação para enviar o circuito do ventilador para esterilizar no caso dos doentes com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV), vírus de hepatite B (VHB), vírus de hepatite C (HCV), tuberculose pulmonar ou infecção/colonização por microrganismos multiresistentes, **desde que sejam utilizados filtros** nos circuitos respiratórios internos do equipamento anestésico.

Recomenda-se a utilização dos filtros nos circuitos

Papel do Enfermeiro na Ventilação Mecânica



- Avaliação do estado nutricional
- Comunicar com o doente
- Avaliar o nível de sedação do doente
- Vigiar o cuff do tubo traqueal;
- Registrar o nível do tubo traqueal e a pressão do cuff
- Controlo da oximetria
- Cuidados pós a utilização do ventilador

Filtros



- Doentes ventilados → Pseudomonas (processo de humificação).
- Os profissionais → Risco
- O uso estratégico de uma respiração eficaz:
 - **filtro protector de forma bidireccional**, ou seja tanto protege o cliente como o equipamento, de bactérias e vírus.

Os filtros a usar são:
o **filtro humidificador** e bactericida/virucida junto ao tubo traqueal.

Estes últimos filtros têm a duração de **24 horas**, pelo que devem ser **descartados**

TRAQUEIAS



LTV 1200

Shangrilá

- O circuito do cliente deve ser descartável.

- Usar num **único cliente**.
Desmontar, desinfetar e limpar com água .

Sempre que estiverem visivelmente **sujas**, e/ou nos doentes com **Tuberculose respiratória** ou outros **agentes respiratórios altamente infecciosos** (p. ex. SARS) e nos doentes **imunodeprimidos**, as traqueias deverão ser **substituídas diariamente**

Conclusão

"Cada doente ventila-se da maneira que for possível e da maneira como se deixa ventilar..." (Marcelino, 2008, pag.123)

Esterilização ou desinfecção: a esterilização ou desinfecção diária, por rotina, dos componentes internos das máquinas anestésicas **não é** necessária e não deve ser efectuada, se for utilizado o filtro antibacteriano/antiviral entre o doente e o circuito.

Referências Bibliográficas

- **COMISSÃO CONTROLO DE INFEÇÃO do HOSPITAL DE EGAS MONIZ (2010)** " Parecer sobre os Cuidados a ter na descontaminação do circuito ventilatório do doente ventilado no Bloco Operatório submetido a anestesia"
- CDC (2008) "Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities", procurado a 31.12.2011 em: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf
- INTERSURGICAL. Product catalogue. The complete range of respiratory products and systems. S.d
- Beijing Aenmed Co., Ltd. (s.d). Shangrila510 Ventilator. User Manual
- LTV 1200 Ventilator (2009). Procurado a 22 de Dezembro em: http://prepare.carefusion.com/pdf/18247-001-G_LTV_1200_Operators_Manual.pdf
- Marcelino, P. (2008). Manual de Ventilação Mecânica no adulto. Abordagem ao Doente Crítico. Lusociência. 256p.
- Thelan's. (2008). Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção. (5 ed) Lusodidacta.683-687.

Obrigada pela vossa
atenção!



AVALIACÃO DA SATISFAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Formação: “Noções Básicas sobre Ventilação Mecânica”

Total de Participantes: **37 formandos**

➤ **TABELA 4: Ação de Formação**

	1 Insuficiente	2 A melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	Média
Objetivos do Programa			2	20	15	4
Interesse dos Conteúdos			1	17	19	5
Utilidade da Ação			1	15	21	5
Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais			3	18	17	5
Tempo de duração		2	9	20	6	4
Opinião global sobre a ação de formação			3	22	12	4
Recomendação do curso a outros			2	17	18	4

Cálculo da Média da Ação de Formação: **4**

➤ **TABELA 5: Eficácia dos Formadores**

	1 Insuficiente	2 A melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	Média
Capacidades didáticas			6	22	9	4
Conhecimento da matéria			4	19	14	4
Capacidade para criar um ambiente participativo		2	9	17	9	4

Cálculo da Média da Eficácia dos Formadores: **4**

➤ **TABELA 6: Preparação e Organização da Ação**

	1 Insuficiente	2 A melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	Média
Informação prévia sobre o tema da ação de formação		5	10	14	8	4
Instalações e meios Audiovisuais			13	15	9	4
Disponibilização de Documentação		2	11	18	6	4

Cálculo da Média da Preparação e Organização da Ação: **4**