



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS**

**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Alcina do Amaral Loureiro Alves

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Viseu, setembro de 2012**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS**

**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Alcina do Amaral Loureiro Alves

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Relatório de Estágio realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob tutoria do Professor Olivério Ribeiro.**

**Viseu, setembro de 2012**

*“Que ao menos a mão, roçando  
A mão que por ela passe  
Com externo calor brando  
O frio da alma disfarce!”*

Fernando Pessoa

### **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não seria possível sem o apoio e colaboração de algumas pessoas. A todos gostaria de exprimir os maiores agradecimentos e reconhecer o seu importante contributo.

Ao Professor Olivério Ribeiro que me orientou na realização do estágio, ao Enfermeiro Paulo Silva, à Enfermeira Maria Helena Marques e à Enfermeira Judite Patrício, que me tutoraram no estágio, a todos o meu bem-haja.

## **SIGLAS**

**CCI** – Comissão de Controle de Infecção

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**EEMC** – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**HST, EPE** – Hospital São Teotónio, Entidade Pública Empresarial

**IACS** – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

**NE** – Nutrição Entérica

**NPT** – Nutrição Parentérica

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SBV** – Suporte Básico de Vida

**SU** – Serviço de Urgência

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

## Índice

1-NOTA INTRODUTÓRIA	10
2-ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	14
3-ANÁLISE CRÍTICA	31
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS	35

## BIBLIOGRAFIA

### ANEXOS

ANEXO I-Formação para Auxiliares de Ação Médica

ANEXO II-Formação para Enfermeiros

ANEXO III-Trabalho para compilação da norma “Cuidados Pós-Mortem”

## Resumo

Nos últimos anos, tem-se verificado um considerável desenvolvimento técnico e científico na área da saúde. A crescente produção de conhecimento através da evidência faz realçar a permanente necessidade de atualização por parte dos enfermeiros. Esta atualização engloba as diversas áreas do saber, justificando por si só a sua delimitação por áreas específicas.

As necessidades do indivíduo, bem como os processos de saúde/doença a que está exposto, vão variando de acordo com a fase vital em que se encontra. Para que as intervenções do enfermeiro sejam as mais adequadas, em busca da excelência do cuidado, é necessária a aquisição de competências clínicas especializadas, bem como um profundo conhecimento da resposta humana às situações específicas próprias de cada fase.

Foi em busca desta excelência do cuidado que frequentei o Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

No decorrer do Curso, desenvolvi o estágio em serviços do Hospital de São Teotónio, EPE. No serviço de Urgência Geral tinha como objetivo geral o desenvolvimento de competências relacionadas com o exercício da prática clínica de enfermagem na área da Urgência/Emergência, de liderança de equipas na prestação de cuidados especializados e de supervisão do exercício profissional na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, o principal objetivo foi o desenvolvimento de competências na abordagem ao doente crítico e, na Comissão de Controlo de Infecção, a aquisição e consolidação de conhecimentos que contribuíssem quer para um melhor desempenho como elo de ligação da CCI, quer para efetivar uma assistência de qualidade ao doente, com práticas seguras.

Este estágio permitiu-me o desenvolvimento de competências quer ao nível da conceção de cuidados, estruturada na prática reflexiva na ação, sobre a ação e sobre a

reflexão na ação, quer ao nível da gestão e supervisão de cuidados, de formação e investigação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## Abstract

In the last few years there has been a considerable technical and scientific development in the health field. The growing knowledge production through evidence emphasizes the permanent updating need by nurses. This update includes several knowledge fields, justifying their delimitation by specific areas.

The individuals' needs as well as the health/ illness proceeding which they're exposed to keep changing according to their vital phase. For the nurses' interventions to be the most suitable in the search for care excellence, the acquisition of specialized clinical competences is required, as well as a deep knowledge of the human answer to each phase's own specific situations.

The search for this care excellence was the reason I attended this Masters Course with Specialization in Medical-Surgical Nursing at the Institute of Health Sciences from Portuguese Catholic University.

During this course I performed probation in services at S. Teotónio Hospital (EPE). In the general emergency service it was my purpose to develop competences related to the clinical nursing practice in the fields of urgency/ emergency, team leadership in the specialized care and supervision of professional practice in the area of Specialization in Medical-Surgical nursing. In the polyvalent intensive care unit the main goal was to develop competences in the approach to the critical patient. In the Control of Infection Commission the objective was the acquisition and knowledge consolidation in order to provide a better accomplishment related to Commission Infection Control as well as to put in practice quality assistance to the patient, by using safe practice.

This probation enabled my own development of competences both in the care providing area (structured in the reflexive practice in action, the action itself and the reflection during action) and the management and care supervision, training and investigation in the Specialization in Medical-Surgical Nursing field.

## **1-NOTA INTRODUTÓRIA**

O presente relatório visa dar cumprimento ao plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que prevê a realização de um relatório de estágio. Neste relatório, pretendo fazer uma abordagem crítica das atividades desenvolvidas no estágio e que tiveram como finalidade atingir os objetivos e competências definidos no projeto de estágio.

O estágio na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica foi dividido em três Módulos, simultaneamente orientados pelo Professor Olivério e tutorados por enfermeiros especialistas, com experiência profissional relevante em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O horário praticado foi de acordo com o praticado pelo tutor de cada Módulo, de forma a atingir os objetivos de estágio.

Optei por desenvolver todo o meu estágio no Hospital São Teotónio, EPE, em Viseu porque, além de ser um hospital central, dotado de ótimas condições físicas e humanas, as diferentes equipas que compõem cada um dos serviços escolhidos são equipas que valorizam a formação contínua nas suas áreas específicas. Esta formação verifica-se não só a nível institucional, com a formação em serviço, mas também a nível da formação pós-graduada, dotando assim as equipas de boa preparação para a prestação de cuidados mais diferenciados.

O Módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral (SU), tutorado pelo Enfermeiro Especialista Paulo Silva e decorreu de 19 de maio a 12 de julho de 2008.

Este serviço é dotado de uma vasta equipa multidisciplinar, preparada para prestar cuidados a doentes jovens adultos, adultos e idosos, em situações de urgência e emergência. A metodologia de triagem utilizada neste serviço é a Triagem de Manchester, que permite uma adequada gestão de doentes e de recursos no serviço e é realizada por enfermeiros. Toda a informação referente ao doente é analisada e registada em suporte informático (Sistema Alert).

Neste serviço, os enfermeiros são distribuídos em cada turno pelas diversas áreas onde se prestam cuidados de enfermagem (Triagem, Sala de Emergência e Emergência Interna, áreas das prioridades “verde” e “azul” e Sala de Tratamentos, Unidade de Decisão Clínica, Sala Aberta e Serviço de Observação), de acordo com a sua experiência profissional e formação.

Acorrem a este serviço doentes provenientes do domicílio, de lares e de outras instituições de saúde (centros de saúde e hospitais). Estes doentes recorrem ao serviço de urgência não só em situações de urgência/emergência (Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio, Edema Agudo do Pulmão, vítimas de acidente), mas também por agravamento de patologias já existentes (patologia respiratória, patologia cardíaca, Neoplasia) ou mesmo por situações não urgentes.

No Módulo I do estágio tinha como objetivo geral o desenvolvimento de competências relacionadas com o exercício da prática clínica de enfermagem na área da Urgência/Emergência, de liderança de equipas na prestação de cuidados especializados e de supervisão do exercício profissional na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e decorreu no período compreendido entre 24 de novembro de 2008 e 31 de janeiro de 2009, tendo sido tutorado pela Enfermeira Maria Helena Marques e pelo Enfermeiro Chefe Belmiro.

Esta é uma unidade funcional fechada, que se destina à vigilância e tratamento de doentes em situação crítica em resultado de patologias potencialmente reversíveis, utilizando para tal meios humanos especializados e meios técnicos complexos. Uma vez que o número de camas é limitado e a sua ocupação representa elevados custos para a instituição, existe uma clara definição das políticas de admissão e de alta como medida de racionalização. Desta forma, a admissão de doentes nesta unidade é influenciada por fatores como o risco/benefício do internamento, o prognóstico e reversibilidade da patologia, a comorbilidade, a esperada resposta ao tratamento, a qualidade de vida esperada após a alta e os desejos do doente.

Este serviço recebe doentes provenientes do Serviço de Urgência, de outros serviços do Hospital de São Teotónio, EPE (principalmente do Bloco Operatório e dos serviços de internamento de Medicina e de Cirurgia), ou mesmo de outros hospitais. A

alta dá-se habitualmente por transferência para o serviço de internamento de proveniência, para outro hospital ou por falecimento.

O método de trabalho utilizado na UCIP é o Método Individual de Cuidados, em que cada enfermeiro é responsável por um ou dois doentes, fazendo a gestão total dos cuidados para o seu turno. No entanto, existe a tentativa de que o enfermeiro que recebe o doente na admissão o acompanhe até à alta, numa aproximação ao Método por Enfermeiro Responsável ou de Referência.

Tinha como objetivo geral para este módulo de estágio o desenvolvimento de competências na abordagem ao doente crítico.

O Módulo III foi realizado na Comissão de Controle de Infecção (CCI). Decorreu de 06 de outubro de 2008 a 22 de novembro de 2008 e foi tutorado pela Enfermeira Chefe Judite Patrício.

Esta comissão é constituída por um coordenador, duas enfermeiras e uma secretária, integrando também o núcleo de apoio técnico, o núcleo de apoio consultivo e o núcleo de elos de ligação. De acordo com o Plano Operacional das Comissões, a CCI tem como áreas de intervenção de enfermagem a formação, a vigilância epidemiológica e a gestão de práticas seguras.

Para desenvolver o Módulo de Estágio opcional, optei pela Comissão de Controle de Infecção uma vez que, não sendo um problema novo, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo (DGS, 2007), pelo que considero que este módulo de estágio irá contribuir para a concretização de experiências enriquecedoras para a minha formação quer profissional quer pessoal. A aquisição e consolidação de conhecimentos nesta área irá com toda a certeza contribuir para alterar a forma como eu observo e analiso a realidade que me rodeia. Além disso, no serviço em que trabalho sou Elo de Ligação da CCI desde novembro de 2007 e vi neste estágio uma oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências que contribuam para um melhor desempenho.

Ao longo do meu percurso profissional, desenvolvi competências principalmente na prestação de cuidados de qualidade ao doente idoso. Frequentei cursos de formação sobre as patologias mais frequentes no idoso, sobre a dor, relações interpessoais e como gerir e anunciar más notícias. Tentei sempre aplicar os conhecimentos teóricos na

prática. Tomei decisões em momentos de grande complexidade, principalmente na fase final da vida do doente.

Desenvolvi competências de comunicação e de relação de ajuda, quer com a equipa multidisciplinar, quer com o doente/família/pessoa significativa.

Ao colaborar na integração de enfermeiros recém-formados no serviço, ao ser com frequência responsável de turno e por colaborar na orientação de alunos na componente prática do Curso de Licenciatura em Enfermagem, considero desenvolvidas algumas competências de supervisão. No desempenho destas funções, atuei no sentido de sustentar a formação e a atividade profissional dos futuros enfermeiros e enfermeiros recém-formados, tendo em conta a prestação de cuidados de qualidade ao doente e a promoção da mudança positiva, de educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos (Cotrel 2000, cit in Sábado, 2007).

No entanto, ao frequentar o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiri novos conhecimentos que, ao aplicá-los na prática, me permitem a aquisição de novas competências e o desenvolvimento das já adquiridas. Sendo assim, considerei que seria importante aproveitar todas as oportunidades de desenvolvimento que surgissem no estágio, mesmo nas áreas anteriormente referidas.

O presente relatório tem como objetivos:

- Descrever as atividades e competências desenvolvidas ao longo do estágio;
- Refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais;
- Refletir acerca das dificuldades sentidas para atingir os objetivos de estágio.

A sua conceção baseou-se na consulta do guia de estágio, no projeto de estágio anteriormente elaborado, na revisão de conteúdos teóricos lecionados e na reflexão crítica das experiências vivenciadas.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes para uma melhor compreensão e análise. A primeira parte reúne as atividades que desenvolvi no estágio e a segunda reporta-se à sua análise crítica considerando que, desta forma, mais facilmente serão enquadradas as competências que adquiri no decurso do mesmo.

Espero com este relatório apresentar uma visão global das atividades que desenvolvi, bem como das competências que adquiri neste estágio.

## **2-ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

No decurso do estágio, desenvolvi diversas atividades com vista ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de qualidade ao doente adulto e idoso urgente/emergente e de risco/alto risco, de acordo com o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro especialista e tendo em conta o previsto no projeto de estágio. As atividades realizadas por minha iniciativa e por propostas efetuadas pelos diversos tutores visaram essencialmente a prestação de cuidados, mas também a formação e a gestão de cuidados na área da EEMC.

Para atingir estes objetivos, considerei ser essencial integrar-me nas equipas multidisciplinares dos serviços onde desenvolvi o estágio, inteirando-me também das metodologias de trabalho desenvolvidas e dos protocolos de atuação, normas e regulamentos.

### *2.1- PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE URGENTE/EMERGENTE*

Durante o estágio, desenvolvi várias atividades que considero terem sido importantes para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados ao doente urgente/emergente.

No Serviço de Urgência, colaborei com o meu tutor na triagem. O método de triagem utilizado neste serviço pretende fornecer ao profissional uma prioridade clínica e não um diagnóstico, sendo esta orientada pelos sinais e sintomas que o doente apresenta (Grupo Português de Triagem, 2002).

No desempenho desta atividade, colhi dados (quer através do próprio doente, quer através do familiar/acompanhante ou do pessoal de saúde pré-hospitalar que acompanhava o doente) e identifiquei os sinais e/ou sintomas que o doente apresentava. Observei o doente e avaliei os parâmetros vitais de acordo com os discriminadores da triagem (o estado de consciência de acordo com a Escala de Coma de Glasgow, a dor,

utilizando as escalas mais adequadas para cada doente, a temperatura timpânica, o pulso, a saturação periférica de O<sub>2</sub>, a glicemia capilar) e, de acordo com a informação recolhida, segui os fluxogramas e atribuí ao doente a prioridade clínica correspondente.

Identifiquei três situações clínicas de prioridade máxima e encaminhei-as para a Sala de Emergência: um doente com convulsões, um doente com hipoglicémia e um doente em choque (com taquicardia, hipotensão, palidez e sudação).

Providenciei cadeira de rodas ou maca, sempre que a situação do doente o justificava e colaborei na sua transferência, principalmente em situação de trauma.

De acordo com a avaliação inicial, providenciei o acompanhamento do doente para a área mais adequada.

Na abordagem ao doente/família, expliquei os procedimentos a efetuar, de forma a ter o seu consentimento informado e estabeleci uma relação pedagógica, dando esclarecimentos acerca do funcionamento do serviço e incentivando no sentido da promoção para a saúde.

Para melhor gestão dos recursos disponíveis e das instalações, procurei manter-me informada acerca da ocupação do serviço, para assim poder encaminhar os doentes da forma mais adequada.

No início, e uma vez que não detinha competências suficientes para utilizar esta metodologia de trabalho, senti-me insegura e saía do estágio com a sensação de que poderia ter tomado decisões que não fossem as mais adequadas. Com a consulta do Manual de Triage e à medida que fui realizando a triagem, fui desenvolvendo a capacidade de observação e de raciocínio em tempo útil, bem como a mobilização de conhecimentos adquiridos na minha formação inicial, na experiência profissional e de vida e na componente teórica deste curso, com o objetivo de despistar precocemente situações que pusessem em risco a vida do doente. O meu raciocínio foi-se tornando mais dedutivo, possibilitando-me fazer uma rápida separação da informação recolhida entre importante e irrelevante, para chegar a uma decisão. Segundo Jesus (2006), a experiência do enfermeiro será aquilo que este aprendeu através de situações práticas anteriores, isto é, a experiência produz conhecimento sendo este conhecimento aplicado nos cuidados subsequentes aos utentes.

No desempenho desta atividade, contei sempre com o apoio do meu tutor e de toda a equipa, com quem desenvolvi a reflexão desta prática.

No período decorrido entre 19 de maio e 06 de julho, recorreram a este serviço 11834 doentes. De acordo com a metodologia de triagem adotada por este serviço (Triagem de Manchester), 523 destes doentes foram triados pelo meu tutor, com quem colaborei.

Da recolha e análise da informação inicial dos doentes triados, resultou a escolha do fluxograma “Dor” em 107 doentes (dos quais 39 correspondiam a “Dor Torácica”, 33 a “Dor Abdominal, 24 a “Dor Lombar”, 6 a “Dor de Garganta”, 3 a “Dor Cervical” e 2 a “Dor Testicular”). Foram ainda seguidos os fluxogramas “Dispneia” em 32 doentes, “Grande Traumatismo” em 17, “Agressão” em 10, “Queda” em 9, “Trauma Crânioencefálico” em 7, “Hemorragia Gastrointestinal” em 6, e “Sobredosagem ou Envenenamento” em 5, sendo que os restantes doentes se encontravam distribuídos pelos restantes fluxogramas.

No que concerne aos discriminadores (fatores que fazem a discriminação de doentes por forma a permitir a sua inclusão numa das cinco prioridades clínicas), em 147 dos 523 doentes foi seguido o discriminador “Dor Moderada”, em 78 “Problema Recente” e em 30 “Instalação Súbita”. Os restantes doentes encontravam-se distribuídos pelos restantes discriminadores, sendo que 1 doente se apresentava em choque, 1 doente se apresentava com Hipoglicémia e 1 doente apresentava Convulsão Atual. Destes, 11 doentes foram encaminhados de imediato para a Sala Emergência.

Além de ter feito triagem, prestei cuidados a doentes que foram encaminhados para a Sala de Emergência (representando a prioridade máxima na Triagem de Manchester, de acordo com os sinais e sintomas apresentados). Estes doentes podem ser provenientes da triagem ou ser diretamente levados para a Sala de Emergência pela equipa pré-hospitalar.

Prestei cuidados a 2 doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), a 1 doente com Traumatismo Craneoencefálico, a 1 doente com Dispneia, a 1 doente com Taquicardia Ventricular + Dispneia, a 1 doente com Bradicardia, e a 1 doente que sofreu esmagamento da mão direita em consequência de um acidente de trabalho.

Procedi à avaliação inicial dos doentes a quem prestei cuidados, à monitorização dos seus parâmetros vitais e realizei procedimentos técnicos inerentes à situação clínica (administrar oxigénio, aspirar secreções, colher sangue, puncionar e colocar perfusões

de fluidos em curso, algaliar, administrar terapêutica de acordo com prescrição médica, protocolos e algoritmos de atuação).

Num dos doentes com EAM (um homem de 64 anos), foi feito tratamento farmacológico, com a utilização de trombolíticos. No outro (um homem de 72 anos), foi realizado tratamento mecânico (Angioplastia). Acompanhei este doente na realização de tratamento mecânico. Expliquei-lhe os procedimentos que estavam a ser realizados e colaborei com ele, de forma a manter o posicionamento necessário à realização do exame.

Colaborei também no acompanhamento de doentes que foram realizar exames complementares de diagnóstico, dada a sua instabilidade hemodinâmica.

Estas atividades são importantes para o tratamento de doentes em contexto de urgência, mas o papel do enfermeiro especialista é fundamental quer na gestão do tempo, quer na determinação de prioridades de atuação, uma vez que os algoritmos de atuação respeitam períodos de tempo muito específicos. O serviço tinha já implementada a Via Verde do EAM e estava a preparar a implementação da Via Verde do AVC (Acidente Vascular Cerebral), conforme o previsto pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004), e o tipo de tratamento a utilizar depende em grande parte do tempo decorrido entre o início dos sintomas e o tratamento propriamente dito.

Relativamente ao doente que sofreu esmagamento da mão direita, além de ter colaborado na prestação de cuidados (inclusivamente na analgesia, uma vez que se encontrava inicialmente muito queixoso), considerei ser também muito importante estabelecer relação de ajuda, apoiar o doente num momento tão difícil como era aquele, em que era decidido pela equipa médica que teriam que lhe amputar a mão. Tratava-se de um doente de 39 anos, para quem aquele acontecimento iria trazer grandes alterações na sua vida

A situação de maior complexidade no âmbito da comunicação com familiares foi dar informações à esposa deste doente. Se por um lado uma informação com esta complexidade deve ser dada com tempo, por outro lado a situação exigia rapidez, pois o doente ia para o Bloco Operatório. A senhora encontrava-se sozinha, sem nenhum familiar que lhe pudesse prestar apoio. Acompanhei-a a um local mais reservado dos olhares de outros doentes e familiares, transmiti-lhe a informação, fazendo também uso da escuta ativa. Mostrei disponibilidade para responder às suas dúvidas e anseios e,

quando manifestou sentir-se preparada, acompanhei-a até junto do marido. Posteriormente, procurei saber se tinha alguém que a acompanhasse a casa e acompanhei-a até junto dos familiares. Considero ter sabido agir e integrar os conhecimentos sobre como comunicar e gerir más notícias nesta complexa situação.

Tive ainda oportunidade de acompanhar a equipa de emergência interna na reanimação cardiorespiratória de uma doente que se encontrava internada num serviço de Medicina e que foi levada ao serviço de Imagiologia para realizar TAC.

Além das oportunidades de aprendizagem anteriormente descritas, que considero terem contribuído essencialmente para a aquisição de competências técnicas e de comunicação em situação de urgência/emergência, colaborei também na preparação de doentes para operar e para internar, contactei os serviços que iam receber estes doentes e informei os familiares. Procedi aos registos dos cuidados prestados no Sistema Alert.

Procurei sempre comunicar com os familiares de forma assertiva e com respeito pelas suas crenças e valores.

Enquanto desenvolvia o meu estágio no SU, tive ainda oportunidade de trabalhar com alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Além de ter partilhado com eles algumas experiências, colaborei na reflexão na prática e no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais. Colaborei ainda na realização de uma formação sobre SBV e SAV dirigida a estes alunos.

## *2.2-PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE DE RISCO/ALTO RISCO*

Um dos meus grandes objetivos neste estágio era o desenvolvimento de competências técnicas e científicas na prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco, em cuidados intensivos uma vez que, quer em contexto de formação, quer em contexto profissional nunca tivera oportunidade de o fazer.

O doente internado numa UCIP é o doente cuja patologia poderá levar a complicações que ponham em risco a sua vida, levando à falência de um ou vários órgãos, encontrando-se habitualmente já em falência ventilatória ou hemodinâmica. Este doente, além de necessitar de cuidados imediatos e diferenciados, necessita também de observação contínua para detetar e prevenir precocemente possíveis complicações (Swearingen e Keen, 2005).

Com a motivação que eu tinha para “saber e saber fazer” cuidados de enfermagem ao doente de alto risco e com a excelente supervisão clínica desenvolvida pela minha tutora, tive oportunidade de desenvolver a gestão de cuidados ao doente, colhendo de forma contínua, minuciosa e sistematizada dados, com a finalidade de conhecer em cada momento a evolução da situação do doente e de prever e detetar precocemente as complicações, permitindo uma atuação atempada e eficiente.

Para aprofundar conhecimentos nesta área, recorri quer à revisão dos conteúdos lecionados na componente teórica do curso e a pesquisa bibliográfica, quer à pronta colaboração da minha tutora.

Enquanto desenvolvi o Módulo II na UCIP, tive oportunidade de planear e prestar cuidados a 10 doentes, acompanhando a sua evolução clínica. Destes 10 doentes, 5 eram do sexo feminino e os outros 5 do sexo masculino. Relativamente à idade, 6 tinham idade inferior a 42 anos e 4 tinham idade superior a 70 anos.

Dos 10 doentes, 4 foram internados por Insuficiência Respiratória Aguda com necessidade de Ventilação Mecânica (3 devido a Pneumonia Adquirida na Comunidade e 1 devido a Pneumonia Associada a Cuidados de Saúde). Dos restantes, 1 foi internado por Intoxicação Medicamentosa mista com depressão do estado de consciência e respiratória, 1 por Insuficiência Renal Aguda por Rabdomiólise com necessidade de técnica dialítica contínua, 1 por Síndrome de HELLP, 1 por Status pós-Paragem Cardiorespiratória com necessidade de Ventilação Mecânica, 1 com Status pós-Traumatismo Crânioencefálico (potencial doadora de órgãos) e 1 por Status pós-Duodenopancreatectomia Cefálica com instabilidade hemodinâmica grave, com baixa expectativa de recuperação no recobro.

Relativamente à sua proveniência, 4 eram provenientes do Serviço de Urgência, 4 dos serviços de Medicina, 1 de Cirurgia e 1 de Obstetrícia. O destino de saída foi também maioritariamente um serviço de Medicina.

Com o objetivo não só de vigiar o estado do doente ou de saber se a terapêutica instituída estava a surtir efeito, mas principalmente de prevenir complicações, procedi à identificação das necessidades afetadas, planeei e prestei cuidados minuciosos e qualificados ao doente estabelecendo prioridades de atuação, de forma a manter as funções básicas de vida, a prevenir complicações e limitar possíveis incapacidades.

Colaborei na preparação da unidade do doente, de acordo com o seu estado clínico e na sua admissão, de acordo com a norma existente no serviço. Quando este estava consciente, colaborei no seu acolhimento.

Colaborei na preparação física e psicológica do doente para ser transferido para outro serviço ou hospital.

Prestei cuidados de higiene e conforto ao doente, com especial atenção à higiene oral, posicionei-o nos diferentes decúbitos, permitindo melhor expansão pulmonar e prevenindo complicações decorrentes da imobilidade, respeitando um adequado alinhamento corporal. Colaborei também nos posicionamentos em decúbito ventral de um doente, como forma de melhorar a oxigenação (e consequentemente a relação ventilação/perfusão) e permitindo uma melhor mobilização das secreções (Pappert D, Rossaint R e Slama K, et al, 1994). Utilizei a Escala de Braden, instituída no HST, EPE, como instrumento de avaliação que permite quantificar o risco do doente desenvolver úlceras de pressão e determinar as medidas preventivas adaptadas a esse mesmo risco.

Tendo em atenção que existe relação causal entre a falência de um órgão e de outros órgãos, em cuidados intensivos é de extrema importância a prevenção de complicações decorrentes da patologia do doente e dos efeitos adversos do tratamento instituído (Swearingen e Keen, 2005). Com o objetivo de reduzir as complicações respiratórias do doente, prestei cuidados inerentes às próteses ventilatórias e à manutenção dos circuitos do ventilador, aspirei secreções brônquicas e da orofaringe e vigiei as suas características. Colaborei na aplicação de diversos modos ventilatórios e no desmame da ventilação mecânica. Informei o doente acerca das decisões tomadas e das fases que se iriam seguir, de forma a reduzir a sua ansiedade e a ter a sua participação/colaboração neste processo. Realizei o ensino para uma adequada ventilação, fortalecimento dos músculos respiratórios e para a eliminação de secreções brônquicas. Monitorizei a saturação de oxigénio periférica e oxihemoglobina, a frequência cardíaca, a pressão arterial e a cor e humidade da pele e procedi ao controlo gasimétrico.

De forma a prevenir complicações cardiovasculares, vigiei minuciosamente a estabilidade hemodinâmica (pressão venosa central, frequência cardíaca e pressão arterial média) do doente e geri fármacos vasoativos de acordo com prescrição, tendo em atenção a sua ação e efeitos adversos.

Vigiei o estado neurológico do doente para despistar manifestações de hipoperfusão cerebral, avaliando a Escala de Glasgow ou a Escala de Ramsay, o diâmetro, simetria e reatividade pupilar e vigiando a pressão intracraniana (PIC) e a pressão de perfusão cerebral (PPC) em situações específicas. Geri sedação de acordo com prescrição e níveis de sedação pretendidos.

Como forma de reduzir as complicações renais do doente, vigiei o débito urinário horário e procedi ao balanço hídrico, gerindo o aporte hídrico e os diuréticos em função do balanço prescrito. Prestei cuidados inerentes ao cateter vesical. Colaborei também em técnicas contínuas de substituição renal, mais propriamente na hemodiafiltração venovenosa contínua: prestei cuidados ao acesso vascular, vigiei a permeabilidade do circuito e preveni a coagulação da circulação extracorpórea, programei os diversos parâmetros no Monitor Prisma mediante a prescrição médica e o balanço hídrico pretendido, substituí o dialisante e o soluto de reposição de acordo com protocolo.

Relativamente à terapia nutricional do doente, cada vez mais é instituída a nutrição entérica como suporte nutricional do doente crítico, dadas as reconhecidas vantagens que esta representa na diminuição de complicações sépticas, na prevenção da úlcera de stress e da perda de integridade da mucosa intestinal, reduzindo assim a probabilidade de translocação bacteriana e de todos os riscos a que esta se encontra associada (I. Rosa et al, 2005).

Preparei e administrei nutrição parentérica (NPT) e nutrição entérica (NE) de acordo com prescrição médica. Relativamente à administração de NE, prestei cuidados inerentes à sonda nasogástrica e procedi à vigilância de complicações decorrentes da NE (intolerância alimentar, diarreia, erosão das mucosas e hemorragias digestivas). Relativamente à administração de NPT, procedi à vigilância de complicações mecânicas, infecciosas e metabólicas no doente: vigiei a perfusão da nutrição e a temperatura do doente. Avaliei o PH gástrico, devido ao risco de lesão da mucosa gástrica. Estive atenta ao risco de retenção hídrica, de hipo ou hipernatrémia, de hipo ou hipercaliémia e de hipo ou hiperglicémia, atuando em conformidade, de acordo com protocolos ou prescrição médica.

A dor no doente crítico é um sintoma que deve ser tido em conta não só pelo sofrimento que provoca, mas também pelas consequências que dela advêm. Além de ser um fator significativo de stress (Lerch e Parck, 1999), contribui para uma inadequada

ventilação e manutenção cardiovascular, para a confusão, medo e insónia. Com o objetivo de reduzir e prevenir estes efeitos adversos, avaliei a dor do doente, estando especialmente atenta aos seus indicadores não-verbais, geri a analgesia e sedação prescritas e expliquei ao doente todos os procedimentos que ia efetuando.

Mas não é só a dor que pode levar a estados de ansiedade e stress. Também o toque físico constante, a iluminação permanente, o ruído provocado pelos equipamentos e pelos profissionais de saúde e a dificuldade na comunicação podem contribuir para que tal aconteça.

Almeida (2002), ao realizar um estudo acerca do Stress e Qualidade de Vida dos Doentes nos Cuidados Intensivos, inferiu que os aspetos considerados como mais stressantes pelos doentes são ter tubos no nariz, o medo da morte, não ser capaz de dormir, ser picado por agulhas, não ser capaz de comunicar, ouvir o alarme do monitor cardíaco e ouvir os ruídos e alarmes das máquinas.

Considero que estes fatores são tidos em conta por toda a equipa de enfermagem, de forma a permitir períodos de repouso reparadores ao doente.

Uma das atividades desenvolvidas na UCIP do HST, EPE é a manutenção de potenciais doadores de órgãos, com toda a carga ética e legal que esta atividade acarreta. Durante o período em que realizei o meu estágio na UCIP, foram 5 os doentes nesta situação (todos por hemorragia cerebral decorrente de AVC hemorrágico, TCE ou Epilepsia). Tive oportunidade não só de colaborar na sua manutenção, como também de observar a realização dos testes de ausência de atividade do tronco cerebral e de provas instrumentais de apoio ao diagnóstico.

Além das atividades anteriormente descritas, colaborei com a equipa multidisciplinar na realização de exames complementares de diagnóstico na unidade e fora dela, na realização de técnicas invasivas (entubação endotraqueal, colocação de cateter central, cateter de alto débito, cateter arterial) e na realização de pensos cirúrgicos, dando especial atenção ao estado do doente.

Estabeleci uma comunicação assertiva no cuidado ao doente, explicando-lhe os cuidados que lhe prestava. Tive em atenção a individualidade e a intimidade do doente, recorrendo à utilização de biombo sempre que a natureza dos cuidados o justificava.

Na UCIP, as informações prestadas aos familiares/pessoas significativas dos doentes acerca da sua situação clínica, da sua evolução e prognóstico são da exclusiva

responsabilidade médica. No entanto, considero que o apoio que o enfermeiro lhes pode prestar é imprescindível. Quando o familiar/pessoa significativa visitava o doente pela primeira vez, explicava-lhe de forma simples a utilidade do equipamento e o porquê de o doente não poder comunicar verbalmente. Incentivei-o a tocar-lhe e a falar com ele e mostrei-me sempre disponível para esclarecer dúvidas e receios, estabelecendo relação de ajuda, com respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Considero que, desta forma, contribuí para reduzir medos e ansios, sempre de forma realista e verdadeira.

Seguindo as diferentes fases do processo de enfermagem, procedi ao registo de todos os parâmetros avaliados e dos cuidados de enfermagem prestados e reformulei-os, tendo sempre presentes os objetivos a atingir. Transmisi a informação relevante relativa ao doente, na passagem de turno, utilizando para tal linguagem científica.

Os doentes internados em cuidados intensivos são submetidos a inúmeros procedimentos e terapêuticas invasivas, são alvo do uso intensivo de antibióticos e estão frequentemente imunodeprimidos, tornando-se assim mais vulneráveis à aquisição de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2007). Com o intuito de prevenir estas complicações (que, além de elevar os custos a elas associados, podem agravar a incapacidade funcional do doente, contribuir para o stress psicológico e até reduzir a sua qualidade de vida), cumpri as normas de controlo de infeção emanadas pela Direção Geral de Saúde, utilizando de forma adequada o equipamento de proteção individual e respeitando os tempos e as recomendações de higienização das mãos.

No desenvolvimento de atividades que visavam adquirir competências na prestação de cuidados ao doente de médio risco e alto risco, desenvolvi uma prática reflexiva, não só analisando essas atividades, como os efeitos que produziam. Estabeleci também um diálogo diário com a minha tutora que permitiu enriquecedores momentos de reflexão. Conversámos acerca da perceção do doente relativamente à experiência vivenciada na unidade e, uma vez que a consulta de *follow up* é apenas realizada pela Doutora Ana Albuquerque e ainda não existe consulta de enfermagem, esta partilhou connosco a informação de que dispunha, referindo que os doentes raramente se lembram do internamento na unidade. Referiu, no entanto, que é frequente necessitarem de ser encaminhados para o psicólogo ou para outras especialidades. Abordámos ainda a ténue fronteira entre a beneficência e a não maleficência, bem como a dificuldade que

existe em deixar morrer a pessoa com dignidade, muitas vezes com poucas horas de vida, prolongando o seu sofrimento mesmo quando o prognóstico de morte é claro.

### 2.3-GESTÃO DE CUIDADOS

A gestão de cuidados, ou planeamento de cuidados em enfermagem significa metodologia, sistematização e processo de enfermagem e engloba a gestão da profissão, do ensino e da pesquisa e do conhecimento de enfermagem (Fernandes, 2007).

Na gestão de recursos materiais, além de ter racionalizado o material existente nas unidades onde estagiei, tentando otimizar a sua utilização, no SU colaborei na verificação de faltas de material e de terapêutica, nos seus pedidos e no seu acondicionamento. Colaborei na verificação e reposição do material existente na Sala de Emergência, de acordo com *check list* e na manutenção dos equipamentos (monitores, desfibrilhadores, bombas infusoras).

No decorrer deste estágio, geri a prestação de cuidados ao doente, de forma autónoma (quando para isso já tinha adquirido competências), utilizando a metodologia científica instituída em cada serviço para colher dados, planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem de forma contínua. No SU, utilizei os sistemas de informação da Triagem de Manchester e o Sistema Alert e na UCIP utilizei o Processo de Enfermagem, de acordo com o modelo teórico de Virgínia Henderson. Tive ainda oportunidade de assistir a uma formação em serviço sobre o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) e de o aplicar na prática, na UCIP. Este instrumento permite dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos. Além disso, pode também auxiliar na avaliação da evolução clínica do doente (Cullen, 1974).

Como forma de contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem e considerando que tal iria contribuir para o desenvolvimento de competências quer na área de gestão, quer em liderança, colaborei com o Enfermeiro Especialista na gestão de doentes, enfermeiros e auxiliares de ação médica, dando apoio às áreas mais complicadas do SU e contactando elementos para reforçar as equipas em situação de maior afluência de doentes à urgência, para que os recursos humanos fossem os adequados face à necessidade de cuidados.

Uma vez que também compete ao enfermeiro especialista emitir pareceres sobre a organização de unidades prestadoras de cuidados, colaborei na preparação e realização de uma reunião com os chefes de equipa de enfermagem do SU, com o objetivo de aumentar a funcionalidade da Sala de Emergência, reduzindo desta forma o risco de acidentes, incidentes e erros. Nesta reunião, ficou decidida a alteração da disposição de alguns equipamentos, nomeadamente do armário onde se armazenam os estupefacientes e do carro que contém o material necessário para a abordagem da via aérea. Esta alteração, além de facilitar a circulação dos profissionais na sala, dificulta o acesso aos estupefacientes por parte de pessoas estranhas ao serviço.

O HST, EPE tem implementado o plano de catástrofe externa, com o objetivo de dar resposta a situações com múltiplas vítimas na urgência. Uma vez que a planificação de cada fase já se encontrava definida, houve necessidade de manter o projeto vivo e dinâmico. Com esse objetivo, colaborei na sua atualização, com a preparação e numeração de trouxas que incluíam a folha de avaliação primária e secundária, pulseira de identificação, etiquetas (verde, amarela e vermelha), requisições de exames e de análises e material de colheita de sangue.

Tive a oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Paulo Silva na realização de auditorias internas à triagem e aos registos de enfermagem, uma vez que estas são essenciais para avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao doente e são salvaguarda da boa prática. No desempenho desta atividade, tivemos oportunidade de debater vários assuntos relacionados com os cuidados de enfermagem em contexto de urgência. Abordámos o facto de a tomada de decisão em triagem refletir o estágio de perícia em que o enfermeiro se encontra, uma vez que a aquisição desta competência está intimamente ligada à experiência. À medida que o profissional se vai desenvolvendo, vai adquirindo competências e aprendendo com as suas experiências na prática, alterando e melhorando a sua capacidade de tomada de decisões (Grupo Português de Triagem, 2002).

Relativamente aos registos de enfermagem, existem ainda alguns enfermeiros que falham nesta fase do processo, quer pela falta de registos, quer por não utilizarem a metodologia adequada nos registos que realizam. Este facto pode dever-se ou à dificuldade de adaptação ao sistema de informação adotado ou simplesmente por falta de empenho. Existe, no entanto, um esforço por parte do Enfermeiro Chefe e do

Enfermeiro Especialista Paulo Silva para criarem um *feedback* positivo, de forma a motivarem a equipa.

Pudemos ainda debater a problemática do sistema de informações a familiares/pessoa significativa no SU, uma vez que tem sido alvo de crítica e reclamações. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde ou de indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar, como previsto na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Para tal, é recolhido na inscrição do doente ou logo que possível o nome e o contacto da pessoa de referência. Analisámos ainda a proposta de melhoria que estava já elaborada, uma vez que teria que ser alterada porque não contemplava ainda o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde.

Um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem é o mais alto nível de satisfação do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Durante o estágio, tive oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Paulo Silva na apresentação de uma reclamação feita por uma familiar de um doente. Estive presente com a autorização da senhora. Considero que foi uma experiência enriquecedora, uma vez que foram cumpridas as “regras de ouro” para ouvir reclamações (Fernandes, 2004). O enfermeiro ouviu a senhora sem interromper, pediu desculpa e resolveu a situação que provocara o descontentamento. Por fim, agradeceu-lhe o facto de ter reclamado. A senhora viu a sua reclamação satisfeita e desistiu de escrever no Livro de Reclamações.

Sendo a formação contínua um elemento promotor do desenvolvimento profissional e da qualidade de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002), realizei e colaborei em ações formação durante o estágio. Enquanto desenvolvia o Módulo de estágio de Urgência, foi-me proposto que colaborasse na realização de uma ação de formação sobre “Abordagem ao Doente de Trauma”, “Via Verde AVC” e “Via Verde EAM”, dirigida aos enfermeiros do Centro de Saúde de Cinfães, que prontamente aceitei. Esta ação de formação foi solicitada por alunas do Curso de Licenciatura em Enfermagem que, enquanto desenvolviam a componente prática do curso neste centro de saúde, diagnosticaram a deficiente informação/formação nesta área. Uma vez que o material para apresentação já estava preparado, colaborei apenas nas bancas de práticas. Os enfermeiros mostraram-se

muitos interessados e participativos nas temáticas apresentadas e referiram desconhecer a existência destas Vias Verdes no HST, EPE.

Enquanto desenvolvia o meu estágio na CCI, foi-me dada também oportunidade de participar em formação programada quer para enfermeiros, quer para auxiliares de ação médica sobre prevenção e controlo da infeção. Foi-me ainda proposto que preparasse uma formação para auxiliares de ação médica a iniciar funções no hospital. Para tal, fiz revisão dos programas e recomendações emanados pela Direcção-Geral de Saúde (DGS) para a prevenção e controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (disponíveis no sítio oficial da DGS - microsítio do controlo de infeção) e preparei a apresentação (Anexo I).

Propus-me ainda preparar e apresentar uma formação para enfermeiros e auxiliares de ação médica do serviço de Cirurgia 2B acerca da Prevenção de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Definição de Conceitos, Medidas Preventivas da Infeção do Local Cirúrgico e Medidas Preventivas da Infeção Respiratória no Pós-Operatório (Anexo II). Esta formação visava proporcionar conhecimentos nesta área e motivar para o cumprimento das boas práticas em prevenção da infeção. Teve forte adesão, com a presença de elevado número de profissionais. Apesar de não ter realizado a avaliação da formação, consegui aperceber-me de que práticas como a preparação pré-operatória do doente, a técnica de aspiração de secreções e a manutenção do equipamento respiratório foram alteradas desde então.

É reconhecido que os guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Uma vez que o Manual de Prevenção de Infeção implementado no HST, EPE não dispunha ainda de uma norma de “Cuidados Pós-morte”, e sendo esta uma das normas recomendadas pelo PNCI (DGS, 2008), foi-me sugerida a elaboração de um trabalho para compilação de um guia orientador de boas práticas (Anexo III). Para tal, recorri quer a revisão bibliográfica, quer à preciosa colaboração da Enfermeira Alexandrina Lino, que lecionou na componente teórica deste curso o Módulo de Controlo de Infeção Hospitalar. Considerando ainda ser importante para a sua realização conhecer a realidade da Casa Mortuária da instituição, visitei este serviço acompanhada da Enfermeira Chefe Judite Patrício.

Ainda neste âmbito, uma vez que o hospital não possui sacos para cadáver e estes são de importância inquestionável no controlo de infeção, contactei alguns fornecedores para apresentarem orçamentos e fornecerem amostras desses sacos, com vista à sua aquisição. Enquanto decorria o meu estágio na CCI, recebemos a visita de um fornecedor, que apresentou o produto e deixou o cartão para posterior contacto.

Estando o Manual supracitado em atualização, o anterior contempla ainda algumas normas de atuação que não estão atualizadas de acordo com os últimos programas e recomendações emanados pela DGS, o que leva a que sejam frequentemente levantadas questões por parte dos profissionais de saúde.

Uma dessas questões foi levantada pelas Enfermeiras Chefes dos Serviços de Obstetrícia, que detetaram falta de consenso por parte das equipas multidisciplinares relativamente aos produtos a utilizar quer nos cuidados perineais à parturiente, quer na adequada higienização das banheiras dos bebés.

Foi então agendada uma reunião na CCI para debater estes assuntos e ficou o compromisso de que estas normas seriam incluídas no próximo Manual de Prevenção de IACS.

Uma das competências do enfermeiro especialista é realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro). Uma vez que não detinha competências nesta área, optei por desenvolvê-las no Módulo de Estágio Opcional, considerando-o como o local indicado para tal.

Colaborei na implementação de projetos e de sistemas de vigilância epidemiológica a decorrer na Comissão no período em causa.

Relativamente aos projetos, colaborei na colheita e tratamento de dados acerca do processamento de urinóis e arrastadeiras, no âmbito do Projeto de Reestruturação das Salas de Limpos e Sujos, uma vez que a melhoria da qualidade das estruturas ambientais são uma base essencial para a prestação de cuidados seguros.

A Vigilância Epidemiológica é uma componente fundamental da prevenção e controlo de infeção, sendo considerada um instrumento de planeamento e gestão de recursos indispensável à proteção da saúde e à segurança do doente, visitas ou profissionais de saúde (DGS, 2008). Nesta área, colaborei na colheita de dados nos Serviços de Ortopedia no âmbito da Vigilância Ativa da Infeção Cirúrgica, na UCIP no

âmbito da Vigilância Epidemiológica Ativa de Infecções Associadas a Dispositivos Invasivos e na Vigilância de Resistências Microbianas. Estas vigilâncias fazem parte das áreas de intervenção propostas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI).

A Vigilância Ativa da Infecção Cirúrgica tinha como objetivos iniciar a casuística de infeções em artroplastias, estimar a prevalência destas infeções e identificar os microrganismos mais prevalentes. Contava com a colaboração do Enfermeiro Elo de Ligação da CCI de cada serviço.

A Vigilância Epidemiológica Ativa de Infecções Associadas a Dispositivos Invasivos incluía a vigilância da infeção respiratória associada ao ventilador, da infeção urinária associada à cateterização vesical e da infeção da corrente sanguínea associada a cateteres centrais. Esta vigilância tinha como objetivos diminuir a prevalência de Infecções Associadas a Dispositivos Invasivos, identificar os fatores de risco destas infeções, bem como calcular as suas taxas.. Além da enfermeira da CCI, colaboravam na colheita de dados o Enfermeiro Chefe da UCIP e o Médico Elo de Ligação da CCI.

Relativamente à Vigilância de Resistências Microbianas, esta encontra-se em prática no HST, EPE desde 2004 e é uma vigilância ativa e contínua. Envolve também o Laboratório de Patologia Clínica que, ao detetar Microrganismos Multirresistentes (MMR), emite o “Alerta” para a CCI, através do Sistema Alerta de MMR. A enfermeira da CCI e o médico responsável por este sistema visitam o serviço em causa para preencher a ficha de vigilância. Esta vigilância permite fazer a monitorização de resistências bacterianas e da utilização de antibióticos no hospital. Permite ainda que atempadamente sejam tomadas medidas de precaução adicionais para limitar a sua transmissão a outros doentes.

Além das atividades anteriormente referidas, acompanhei ainda a minha tutora da CCI na monitorização das regras estabelecidas para a execução de obras.

A execução de obras de construção e renovação deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar, que inclui os profissionais de controlo de infeção. O papel destes profissionais é o de garantir a sua adequação à prevenção das IACS, uma vez que o aparecimento de infeções provocadas pelo fungo *Aspergillus* em hospitais está geralmente associado à realização de obras. A aspergilose (geralmente resultante da infeção por *Aspergillus fumigatus*) é atualmente uma das infeções com índices de

mortalidade mais elevados, chegando a atingir os 85% mesmo após a administração de terapêutica antifúngica (ALERT, 2007).

Estas foram as atividades que desenvolvi ao longo do estágio que considero mais terem contribuído para o desenvolvimento de competências na área da EEMC. Penso ter aproveitado todas as oportunidades que surgiram para o meu crescimento quer profissional, quer pessoal.

### **3-ANÁLISE CRÍTICA**

Descritas que estão as atividades por mim desenvolvidas, considero que este é o momento de fazer a reflexão da reflexão na ação.

A reflexão constante das atividades desenvolvidas permitiu-me desenvolver competências de autoconhecimento, de análise crítica, preparando-me para intervir junto do doente/pessoas significativas. Permitiu-me ainda ter um papel ativo no meu processo de aprendizagem.

Durante a realização do estágio, desenvolvi as atividades e tomei decisões de forma refletida e responsável. Neste capítulo, pretendo refletir sobre a forma como estes fatores contribuíram quer para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, quer para a aquisição de competências na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Envolvei-me de forma eficiente nas equipas multidisciplinares, respeitando e sendo respeitada por todos os profissionais com quem tive o prazer de trabalhar e demonstrando capacidade de trabalhar em grupo.

Ao longo do estágio primei por ser assídua, pontual e por adotar uma conduta que dignifique não só a profissão, mas também a Universidade que representava. Apresentei-me sempre de forma cuidada e devidamente identificada com o cartão de identificação cedido pelo Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa. Demonstrei disponibilidade e interesse na aprendizagem, aproveitando todas as oportunidades que surgiram para desenvolver de forma contínua o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Sempre que disso senti necessidade, recorri quer à revisão de conteúdos lecionados na componente teórica do curso, quer à pesquisa bibliográfica. Recorri ainda a profissionais com quem trabalhei que, de forma geral, sempre se mostraram disponíveis para partilhar a sua sabedoria. A busca contínua do conhecimento técnico e

científico permitiu-me ter autonomia na prestação de cuidados ao doente/pessoas significativas, bem como na comunicação que estabeleci com eles.

Na abordagem ao doente/família (família num contexto mais abrangente, sendo esta a que o doente considera como tal), colhi e registei dados, identifiquei as necessidades afetadas, planeei e prestei cuidados de enfermagem, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz. Todo este processo foi interpretado com base nos conhecimentos adquiridos na minha formação académica (inicial e pós-graduada) e de experiência profissional e de vida, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas, com vista a decidir as intervenções tidas como pertinentes, tendo em conta que o doente é sempre parte integrante nessas mesmas decisões.

Mostrei-me sempre disponível para transmitir toda a informação que o doente/pessoa significativa desejava conhecer abstendo-me de juízos de valor para que, dessa forma, pudesse participar de forma consentida nas decisões que lhe diziam respeito, segundo as suas crenças e valores. Mantive uma atitude profissional, promovendo o máximo respeito pela pessoa do doente/pessoa significativa e pela sua dignidade, estabelecendo com ele uma relação de ajuda e de confiança. Mesmo em situações mais complexas, tive como guia orientador para a tomada de decisão “nada transmitir de falso nem nada omitir de verdadeiro”, acompanhando o doente/pessoa significativa no seu processo de adaptação à nova realidade e fazendo uso da escuta ativa.

Em situações de urgência/emergência, tal como na abordagem ao doente de risco, envolver o doente/pessoa significativa na tomada de decisão torna-se um problema um pouco mais complexo. Também nestas situações, considero ter humanizado os cuidados, com respeito pelo doente, ao tomar decisões tendo por base o consentimento presumido, uma vez que, nestas situações, o princípio da beneficência supera o da autonomia.

Na UCIP, além de ter desenvolvido competências técnicas e científicas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente ventilado, com monitorização rigorosa dos parâmetros vitais, na gestão de terapêutica específica e atuando de acordo com protocolos, normas e algoritmos de atuação, desenvolvi também o processo de tomada de decisão considerando a pessoa como um todo, numa visão holística.

A reflexão destas “práticas refletidas” leva-me a considerar que, à medida que fui desenvolvendo o meu estágio, fui desenvolvendo o poder de observação e a intuição, aprendendo com a experiência na prática e melhorando a capacidade de tomada de decisão. Desenvolvi a capacidade de separar a informação importante da irrelevante (raciocínio dedutivo), de utilizar informação limitada e compará-la com situações anteriores, de forma a reconhecer padrões (reconhecimento de padrões) e de concentrar a informação importante, utilizando-a e analisando-a quando deparada com problemas mais complexos (representação mental).

Considero que foi a fazer triagem no SU que mais desenvolvi estas capacidades, uma vez que tinha que decidir rapidamente e com informação limitada, sabendo que a minha decisão iria condicionar não só o tempo de espera e o percurso do doente, como também a gestão de doentes no serviço.

Durante o estágio mantive-me motivada para aprender, para mobilizar e integrar conhecimentos e para os aplicar na prática, na busca permanente da qualidade dos cuidados de enfermagem. Responsabilizei-me pelos meus atos e decisões e tentei aproveitar as experiências que vivi para evoluir, inclusive as menos agradáveis.

Relacionei-me com as equipas multidisciplinares e com o doente/família no SU e na UCIP de forma atenta, demonstrando empatia, solidariedade, aceitação e respeito, com autenticidade e franqueza no sentido da promoção da qualidade de cuidados.

O progresso que tive na resolução de problemas, leva-me a acreditar que fui líder nas equipas de prestação de cuidados. A confiança que os colaboradores têm em quem os lidera, depende da capacidade deste em demonstrar as suas características ao nível da integridade, justiça, sinceridade, honestidade e transparência, na maneira como lida com os seus colaboradores (Santos, 2007).

Já na CCI consegui promover a formação em serviço de acordo com as necessidades formativas identificadas, contribuindo também desta forma para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros. Foi também nesta Comissão que mais desenvolvi competências na investigação, colaborando na Vigilância Epidemiológica e contribuí para a integração de novos profissionais, ao realizar a elaboração de um trabalho para compilação de um guia orientador de boas práticas em cuidados pós-morte.

Após ter analisado de forma crítica as atividades que desenvolvi no decurso do estágio, considero ter desenvolvido competências e atingido os objetivos estabelecidos no projeto.

## **4-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica termina com a realização deste relatório, onde tentei deixar clara a forma como atingi os objetivos que me foram propostos e a que me propus no projeto de estágio.

Este estágio permitiu-me não só desenvolver competências já adquiridas de comunicação, supervisão e liderança, como também aplicar os conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso na abordagem ao doente urgente/ emergente e de risco/alto risco, em ambientes novos e de grande ambiguidade.

Ao conhecer e ter consciência das minhas capacidades, valores e crenças, mais facilmente aceitei e respeitei o outro na sua individualidade, com quem estabeleci uma verdadeira relação de ajuda. Foi também este conhecimento de mim própria que me permitiu perceber que tenho um longo percurso a percorrer no desenvolvimento de competências tão importantes como são o autoconceito e a autoconfiança. Só assim poderei algum dia atingir o desempenho proficiente que busco.

Mostrei sempre disponibilidade para reconhecer e aproveitar novas formas de saber e para partilhar conhecimentos e experiências com outros profissionais em busca da excelência dos cuidados de enfermagem.

Apesar do cansaço que por vezes sentia com o acumular de horas de trabalho e de estágio, o facto de ter feito esta caminhada com vontade de aprender e de progredir como pessoa e como profissional e de ter contado, de uma forma geral, com a disponibilidade e reconhecimento dos meus tutores, fizeram com que este percurso se tornasse bem mais fácil.

Termino assim a descrição deste relatório, convicta de que atingi os objetivos de forma satisfatória.

## BIBLIOGRAFIA

ALERT (2007). In: Notícias. [Consultado em Fevereiro de 2009]. Disponível em <http://portal.alert-online.com>.

Almeida, Maria Celeste Bastos Martins. (2002). **Stress e Qualidade de Vida dos Doentes nos Cuidados Intensivos**. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, para provas de mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia e Saúde. [Consultado em Maio de 2009]. Disponível em [http://repositorio.up.pt/aberto/bitstream/10216/10368/3/6100\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio.up.pt/aberto/bitstream/10216/10368/3/6100_TM_01_P.pdf).

Cullen, DJ (1974). Therapeutic intervention scoring system:a method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med.

DGS (2004). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. [Consultado em Dezembro de 2008]. Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_42.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html).

DGS (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [consultado em Fevereiro de 2009]. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

DGS (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Manual de Operacionalização. [Consultado em Fevereiro de 2009]. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

Fernandes, Artur (2004). “Qualidade de Serviço”. In: Curso “Qualidade de Serviços”. Viseu (01 e 02 de Março de 2004).

Fernandes, Carlos (2007). Gestão do Cuidado e do Autocuidado. [Consultado em Janeiro de 2009]. Disponível em <http://www.carlosfernandes.prosaeverso.net/visualizar.php?id=643266>.

Grupo Português de Triagem (2002). Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando. 2ª Edição.

I. Rosa [et al] (2005). Nutrição Entérica em Cuidados Intensivos - Artigo de Revisão. [Consultado em Fevereiro de 2009]. Disponível em [www.spg.pt/download.php?path=publicacoes&filename](http://www.spg.pt/download.php?path=publicacoes&filename).

Jesus, E. H. (2006). Decisão Clínica de Enfermagem. Coimbra: Formasau.

Lerch, C.; Park, G. R (1999). Sedation and analgesia. *British Medical Bulletin*.

Ordem dos Enfermeiros (2002). Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pappert D, Rossaint R, Slama K, et al (1994). Influence of positioning on ventilation-perfusion relationships in severe adult respiratory distress syndrome. *Chest*.

Sábado, Sidónio Faria (2007). Supervisão Clínica na Enfermagem no Caminho da Excelência dos Cuidados. [Consultado em Janeiro de 2009]. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org>.

Santos, Mário (2007). Destruir a Confiança. Ensaios sobre liderança. In: *Jornal Sol*. [Consultado em Janeiro de 2008]. Disponível em <G:\gestao e lideranca\Ensaios sobre Lideranca.htm>.

Swearingen, Pamela; Keen, Janet Hicks (2005). Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico. 4ª ed. Artmed.

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

**(Formação para Auxiliares de Ação Médica)**



## PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE INFECÇÃO

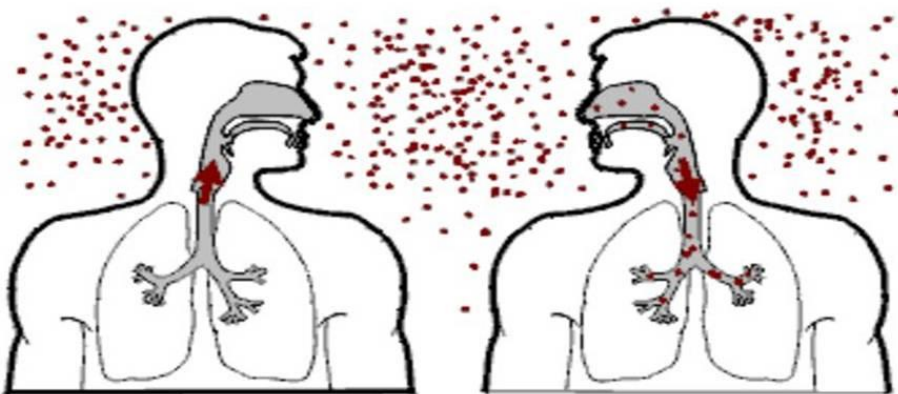


### SUMÁRIO:

- ❖ Vias de transmissão
- ❖ Precauções de controlo das IACS:
  - precauções padrão ou universais
  - Precauções adicionais dependentes da via de transmissão
- ❖ Controlo Ambiental
- ❖ Saúde e segurança dos profissionais
- ❖ Etiqueta respiratória

### VIAS DE TRANSMISSÃO

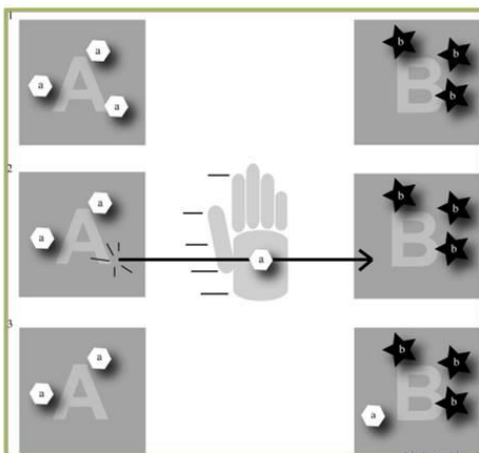
- **Directa** - os microrganismos são transferidos duma pessoa infectada para outras sem existir contaminação intermédia de objectos ou pessoa.



Alcina Alves

### VIAS DE TRANSMISSÃO

- **Indirecta** – existe contaminação intermédia de um objecto ou pessoa. O mais comum é ser feita através das mãos. Pode ainda ser também através de equipamentos, superfícies, roupa, fardamento, comida, água, etc.



Alcina Alves





### **PRECAUÇÕES DE CONTROLO DAS IACS:**

#### **Níveis de intervenção:**

- Precauções padrão ou universais;
- Precauções adicionais dependentes da via de transmissão.
- Ambiente protector

### PRECAUÇÕES PADRÃO OU UNIVERSAIS:

**OBJECTIVO** : prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde, em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde.

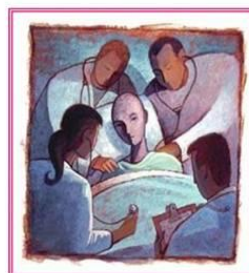
Alcina Alves

### PRECAUÇÕES PADRÃO OU UNIVERSAIS:

Medidas aplicadas nos cuidados a todos os doentes, em todas as unidades de saúde, independentemente da existência de suspeita ou confirmação da presença de um agente infeccioso.



Alcina Alves



### PRECAUÇÕES PADRÃO OU UNIVERSAIS:

A sua implementação constitui a estratégia de primeira linha para o controlo das IACS entre doentes e profissionais.

Aplicam-se quando se prevê o contacto com:

- ❖ Sangue e fluidos orgânicos
- ❖ Secreções e excreções (excepto suor)
- ❖ Soluções de continuidade da pele e membranas mucosas

Alcina Alves

### PRECAUÇÕES PADRÃO OU UNIVERSAIS:

A aplicação das práticas de prevenção de infecção depende de:

1. Duração e natureza da interacção entre profissional - doente;
2. Possibilidade de antecipar a exposição ao sangue ou fluidos orgânicos.

Alcina Alves

## PRECAUÇÕES PADRÃO OU UNIVERSAIS

1. Lavagem das mãos;
2. Uso de Equipamento de Protecção Individual (EPI);
3. Controlo ambiental;
4. Saúde e segurança dos profissionais;
5. Higiene respiratória/etiqueta respiratória;
6. Práticas de injeção seguras.

Alcina Alves

## 1- LAVAGEM DAS MÃOS



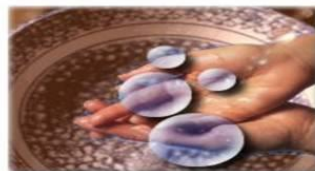
\_ Lavagem social

\_ Lavagem higiénica ou  
asséptica

\_ Lavagem cirúrgica

Alcina Alves

## 1- LAVAGEM DAS MÃOS



### Orientações gerais:

- ✓ Retirar jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o turno de trabalho;
- ✓ Evitar ter unhas compridas e irregulares. Pode ser usado verniz “fresco” (remover e actualizar de 4 em 4 dias);
- ✓ Não usar unhas de gel;
- ✓ Cobrir na totalidade as lesões dérmicas exsudativas ou feridas abertas com penso;
- ✓ Usar luvas não dispensa a lavagem das mãos!!

Alcina Alves

## 1- LAVAGEM DAS MÃOS



**Prática segura mais  
barata e eficaz**

Alcina Alves

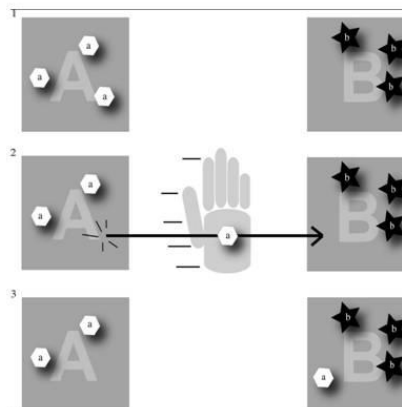
## 1- LAVAGEM DAS MÃOS



Alcina Alves

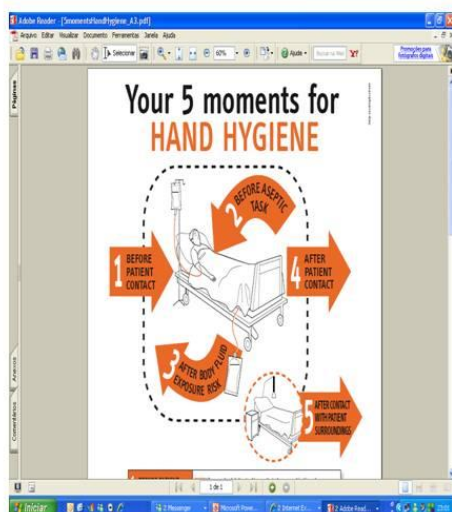
## 1- LAVAGEM DAS MÃOS

- Em cada contacto das mãos – troca bidireccional de microrganismos
- Os microrganismos disseminam através do ambiente em poucas horas



Alcina Alves

## 1- LAVAGEM DAS MÃOS



1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de acto asséptico;
3. Depois de exposição a fluidos;
4. Depois do contacto com o doente;
5. Depois do contacto com a unidade do doente.

Alcina Alves

## 2- UTILIZAÇÃO DE EPI

- LUVAS
- MÁSCARA E PROTECÇÃO DE OLHOS E FACE
- BATA E/OU AVENTAIS DE PLÁSTICO



Alcina Alves

## 2- UTILIZAÇÃO DE EPI

- ❖ Utilizar sempre que na natureza e tipo de intervenção com o doente for previsível o contacto com sangue ou fluidos orgânicos;
- ❖ Prevenir a contaminação da roupa e pele durante o processo de remoção do EPI;
- ❖ Remover o EPI antes de sair do quarto ou unidade do doente.

Alcina Alves

### LUVAS:

- Quando prevê contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções excreções e materiais contaminados, com membranas mucosas e pele não intacta potencialmente contaminada (urina, fezes)
- Mudar de luvas entre procedimentos contaminados e procedimentos limpos no mesmo doente (mudar fralda e alimentar)
- Não usar o mesmo par de luvas para mais do que um doente

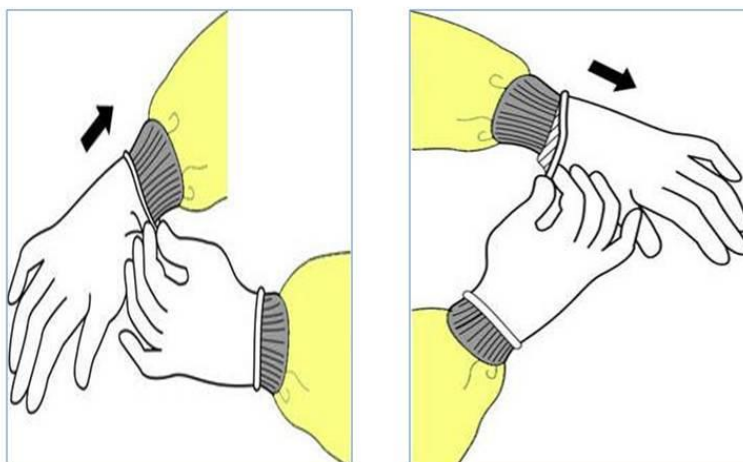
Alcina Alves

### LUVAS:

- Não é necessário usar dois pares de luvas;
- Remover as luvas após contacto com o doente ou com a unidade do doente;
- Lavar as mãos antes e depois de usar luvas



### CALÇAR LUVAS DE FORMA ADEQUADA



### RETIRAR LUVAS DE FORMA ADEQUADA



Alcina Alves

### BATAS E AVENTAIS

- Prevenir sujar ou contaminar a roupa e a pele quando se prevê contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções;
- Não reutilizar a bata, mesmo em contactos frequentes com o mesmo doente;
- O seu uso apenas por rotina não está indicado.

Alcina Alves

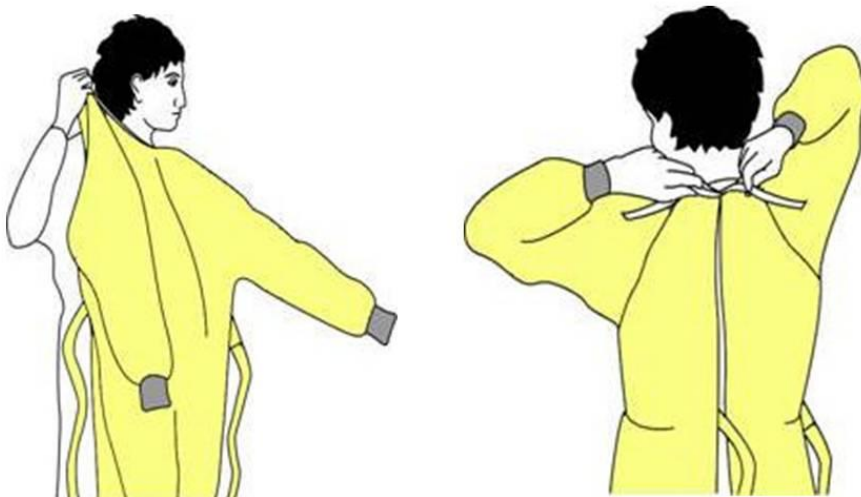
## BATAS E AVENTAIS

- Remover a bata/avental antes de sair da unidade do doente



Alcina Alves

## VESTIR A BATA DE FORMA ADEQUADA



Alcina Alves

### DESPIR A BATA DE FORMA ADEQUADA



Alcina Alves

### MÁSCARAS, ÓCULOS E MÁSCARAS COM VISEIRA

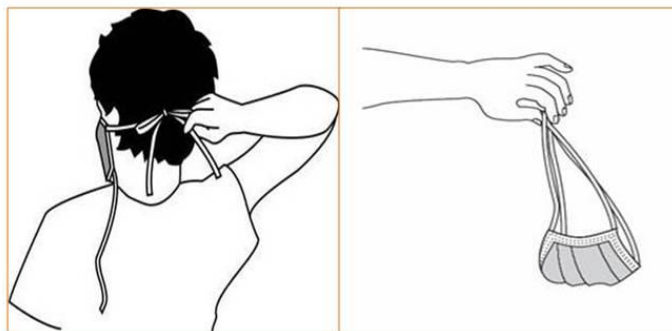
- usar protecção para boca, nariz e olhos quando se prevê formação de salpicos ou aerossóis com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções.
- Seleccionar o EPI de acordo com a previsão da tarefa a desempenhar.



Alcina Alves

**MÁSCARA COLOCADA DE FORMA ADEQUADA**

Alicia Alves

**RETIRAR MÁSCARA CIRÚRGICA DE FORMA ADEQUADA**

Alicia Alves

## Seleccionar o EPI de acordo com a previsão da tarefa a desempenhar...



Alcina Alves

## PRECAUÇÕES ADICIONAIS DEPENDENTES DA VIA DE TRANSMISSÃO

- Importância de todos os líquidos corporais, secreções e excreções na transmissão de microrganismos;
- Baseadas na forma de transmissão;
- Devem ser usadas para pacientes conhecidos com suspeita de infecção ou colonização;
- Precauções adicionais:
  - Contacto
  - Gotículas
  - Aerossóis

Alcina Alves

## VIA AÉREA

(Sarampo, Varicela, Tuberculose, Herpes Zooster disseminado ou em doentes imunodeprimidos):

- **Quarto individual, com pressão negativa e porta fechada;**
- **Protecção respiratória para profissionais de saúde e visitas (respirador P1/P2, conhecido por “bico de pato”);**
- **Transportar o doente com máscara cirúrgica;**
- **Avisar o local de exame acerca das precauções a tomar;**
- **Individualização de material para contenção na fonte;**
- **Duas visitas por dia, interdita a crianças;**
- **Ensino às visitas acerca das precauções a tomar.**



Alcina Alves

## GOTÍCULA:

(microrganismos transmitidos por partículas de dimensões superiores a  $5\mu$  - gripe, tosse convulsa, pneumonia)

- **Quarto individual (se possível). Manter distancia mínima de 1 metro;**
- **A porta pode estar aberta;**
- **Usar máscara e protecção ocular se permanecer a menos de 1 metro (além das precauções padrão);**
- **Individualização de material para contenção na fonte;**
- **Educação do doente e família ( Etiqueta Respiratória)**



Alcina Alves

## CONTACTO

(MRSA, VRE, Pseudomonas aeruginosa resistente à Piperacilina, Streptococcus pneumoniae altamente resistente à penicilina, Clostridium difficile)

- Quarto individual ou com outro doente infectado com o mesmo microrganismo;
- Usar luvas;
- Cuidado acrescido na higiene das mãos;
- Uso de bata para contacto próximo com o doente ou com a unidade do doente, se o doente está incontinente ou se a drenagem da ferida não está protegida;
- O equipamento não crítico deve ser de uso exclusivo do doente ou desinfetado antes de ser utilizado noutra doente;
- Educação ao doente e família ;
- Contenção na fonte.



Alcina Alves

## 3- CONTROLO AMBIENTAL

**O ambiente hospitalar deve estar visivelmente limpo, isento de pó e aceitável para o doente, visitas e profissionais.**



Alcina Alves

### 3- CONTROLO AMBIENTAL



#### SUPERFÍCIE COM MATÉRIA ORGÂNICA (SANGUE, URINA, ETC.):

- Absorver com toalhetes e aplicar Pré-Sept durante dois minutos;
- Após tempo de acção, remover o papel e limpar a área com água e detergente;
- Secar a superfície.



Alcina Alves

### 3- CONTROLO AMBIENTAL

#### SUPERFÍCIE COM SALPICOS DE SANGUE OU OUTRA MATÉRIA ORGÂNICA:

- Remoção imediata com toalhetes e Pré-Sept;
- Lavagem imediata com água e detergente.



Alcina Alves

### 3- CONTROLO AMBIENTAL

#### SUPERFÍCIES E EQUIPAMENTOS:



#### Dar especial atenção a:

- ❖ superfícies junto do doente (grades, mesas de apoio, campainhas);
- ❖ Superfícies mais frequentemente manuseadas (manípulos das portas, puxadores, instalações sanitárias);
- ❖ Os equipamentos electrónicos (bombas infusoras, monitores) e suportes de soros devem ser limpos diariamente.



Alcina Alves

### 3- CONTROLO AMBIENTAL

#### TEXTEIS E ROUPA:

- ❖ Não agitar (prevenir transferência para outros e para o ambiente);
- ❖ Triar a roupa na unidade do doente.



Alcina Alves

## 4- SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS:

- ✓ Colocação dos cortoperfurantes em contentores imediatamente após utilização;
- ✓ Não reencapsular as agulhas;
- ✓ Fechar o contentor com cerca de  $\frac{3}{4}$  da sua capacidade total;
- ✓ Vacinação dos profissionais;
- ✓ Segurança ocupacional activa.



Alcina Alves

## 5- ETIQUETA RESPIRATÓRIA

- Prevenir transmissão de agentes patogénicos por gotículas ( vulgo perdigotos).

Informação importante para todos os UTENTES

# Lave as mãos

... depois de espirrar, tossir ou assoar o nariz  
... porque impede-o de transmitir micróbios aos outros

Informação importante para todos os UTENTES

Alcina Alves

### Stop Germs, Stay Healthy!

**Wash hands often for 20 seconds**

Can't wash?  
Use alcohol-based hand sanitizer

**Cover coughs and sneezes**

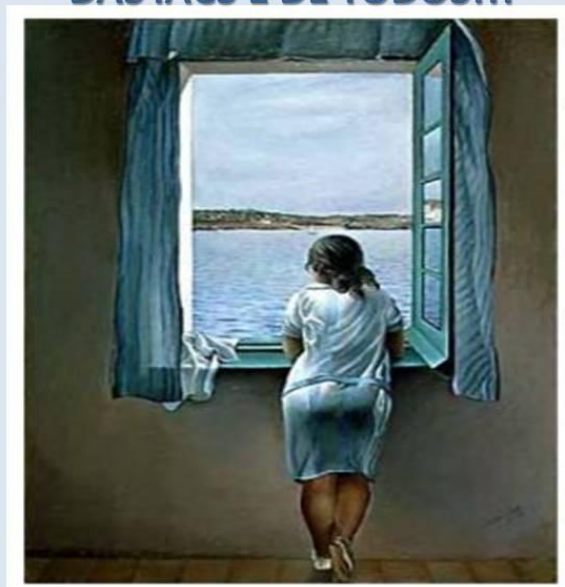
**When sick, stay home**

**Detenga los gérmenes, manténgase saludable!**

- Lávese las manos frecuentemente por 20 segundos
- Use gel a base de alcohol, si no se puede lavar las manos
- Cubra su boca al toser y estornudar
- Quédese en casa cuando está enfermo

Public Health  
King County  
www.metrokc.gov/health  
206-296-4600

**A RESPONSABILIDADE DO CONTROLO  
DAS IACS É DE TODOS!!!**



# **ANEXO II**

**(Formação para Enfermeiros)**

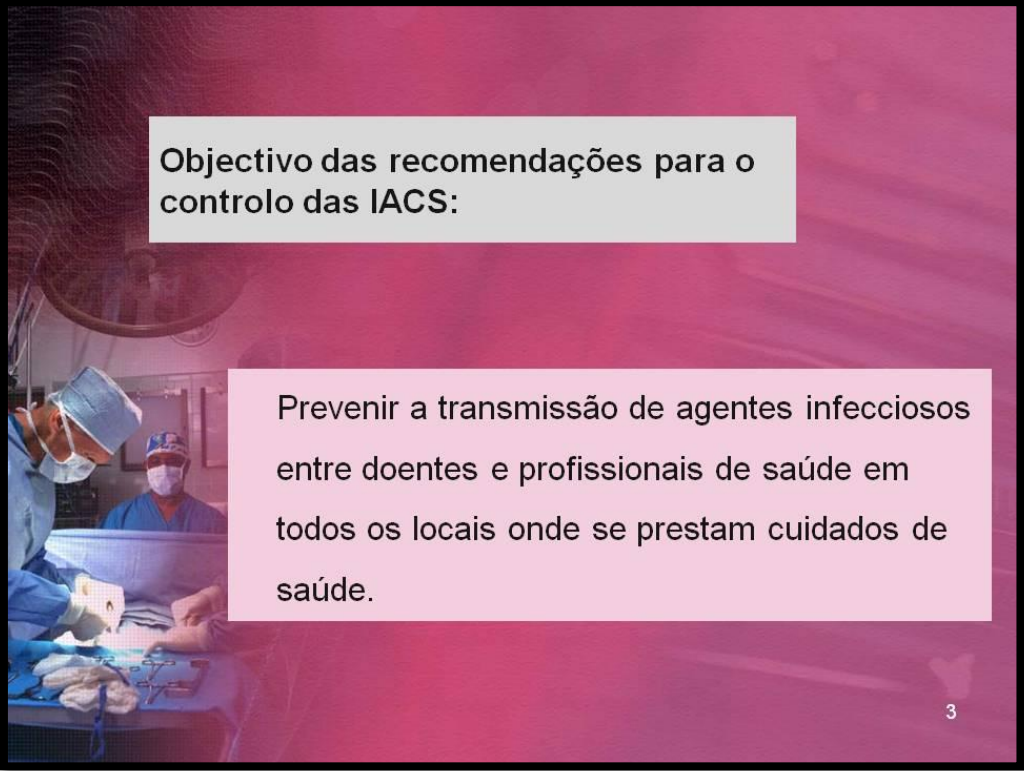


## PREVENÇÃO DE IACS NO DOENTE CIRÚRGICO

Infecção associada aos cuidados de saúde:

*“uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que pode também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.”*


Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos cuidados de Saúde



### Objectivo das recomendações para o controlo das IACS:

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

3



### Prevenção de IACS no doente cirúrgico:

1. Medidas preventivas de infecção do local cirúrgico:
  - Preparação pré-operatória do doente
  - Tricotomia
  - Realização de pensos
2. Medidas preventivas de infecção respiratória no pós-operatório:
  - Ensino ao doente
  - Aspiração de secreções
  - Manutenção do equipamento respiratório

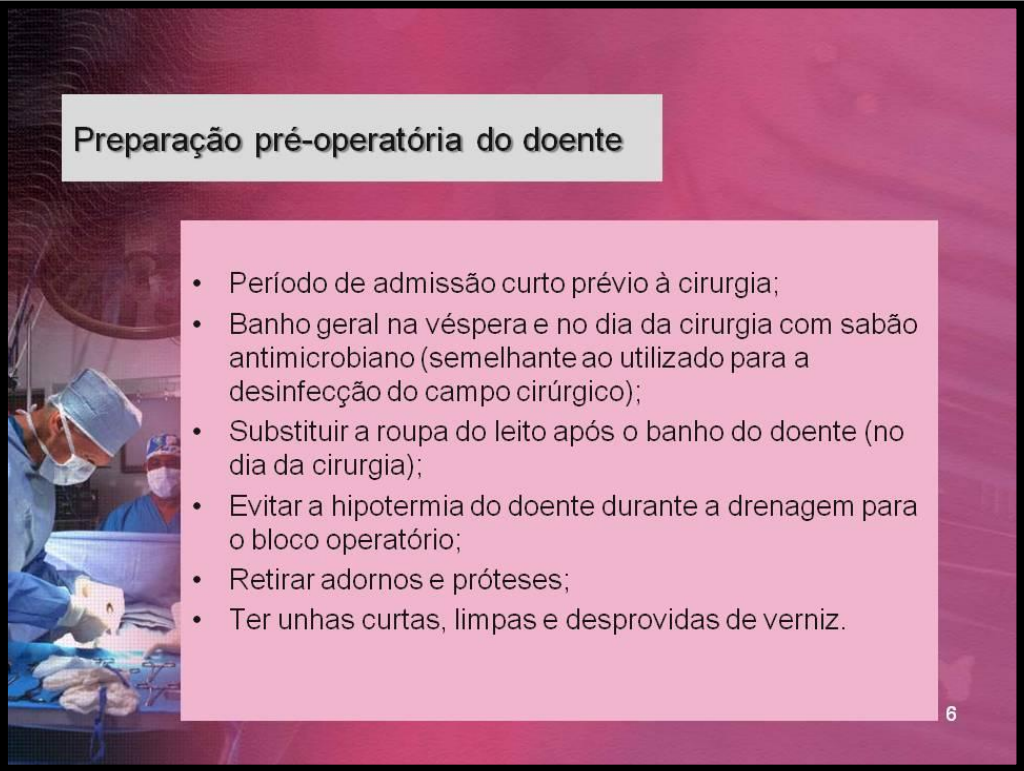
4



## 1-Medidas preventivas de infecção do local cirúrgico

5

### Preparação pré-operatória do doente

- 
- Período de admissão curto prévio à cirurgia;
  - Banho geral na véspera e no dia da cirurgia com sabão antimicrobiano (semelhante ao utilizado para a desinfecção do campo cirúrgico);
  - Substituir a roupa do leito após o banho do doente (no dia da cirurgia);
  - Evitar a hipotermia do doente durante a drenagem para o bloco operatório;
  - Retirar adornos e próteses;
  - Ter unhas curtas, limpas e desprovidas de verniz.

6

## Tricotomia

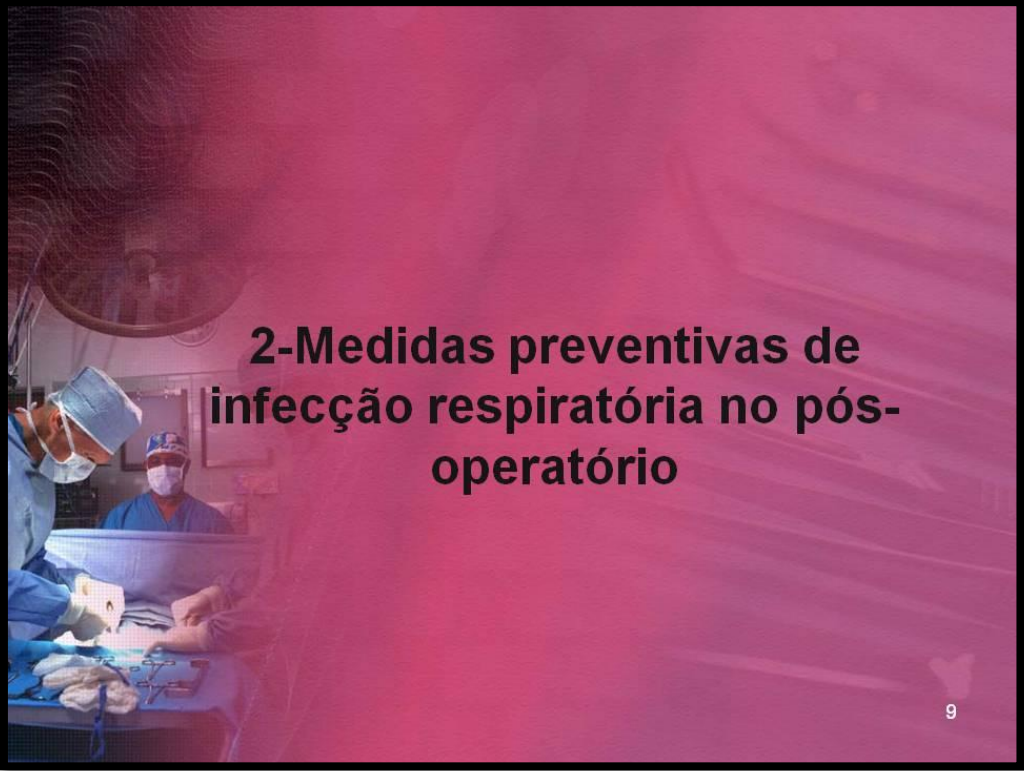
- Fazer lavagem higiénica das mãos;
- Verificar o estado da pele;
- Utilizar máquina eléctrica;
- Efectuar tricotomia na direcção do crescimento do pêlo;
- Efectuar tricotomia numa só passagem;
- O doente deve tomar banho após a tricotomia;
- Vestir bata limpa ao doente;
- Evitar tricotomia. Se for necessária, efectué-la o mais próximo possível da intervenção.

7

## Realização de pensos

- Quando for necessário substituir o penso, fazê-lo com técnica asséptica;
- Não utilizar anti-sépticos em feridas cirúrgicas limpas;
- Está desaconselhada a mudança de penso por rotina.

8



## 2-Medidas preventivas de infecção respiratória no pós-operatório

9

### Ensino ao doente

- Ensinar a apoiar as incisões cirúrgicas com as mãos ou utilizando uma almofada, quando tosse ou faz um esforço;
- Informar da importância de tossir e fazer inspirações profundas;
- Avaliar a dor que interfira com estas actividades;
- Levantar o doente precocemente, de preferência duas vezes por dia;
- Etiqueta respiratória.

10

## Aspiração de secreções

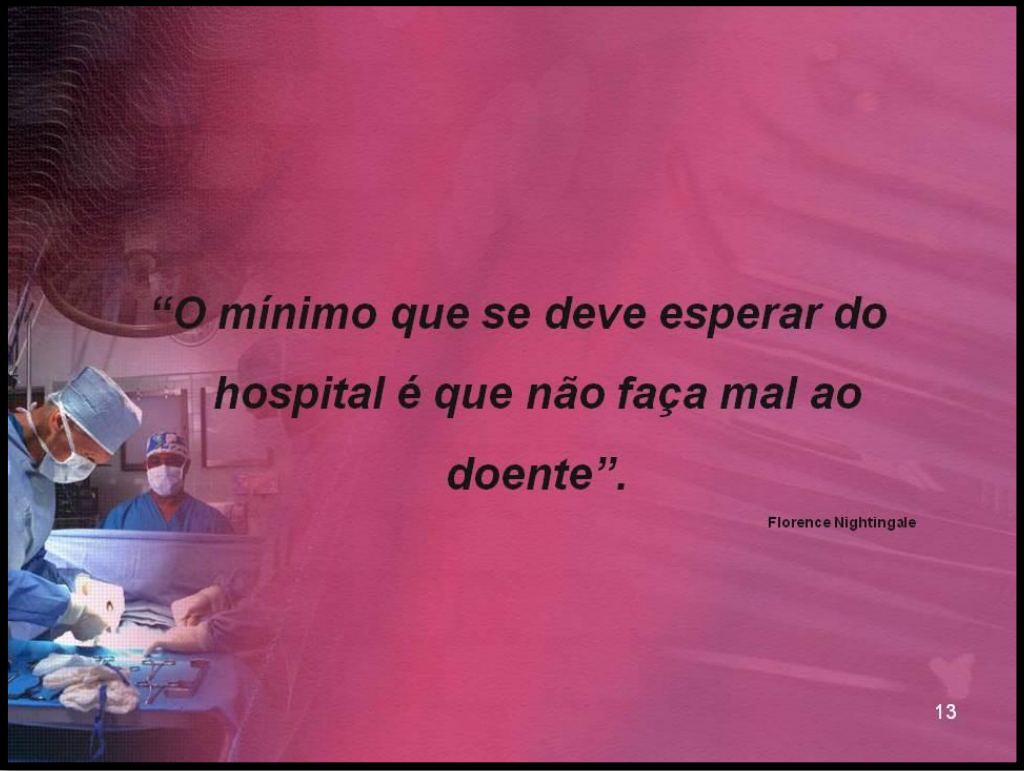
- Utilizar luvas clinicamente limpas;
- Utilizar material descartável;
- Oxigenar o doente antes e após a aspiração;
- A aspiração por via oral só deve ser realizada depois de concluída a aspiração nasotraqueal profunda;
- Tempo de manobra de aspiração: até 10 segundos;
- Lavar a tubuladura com água estéril;
- Manter o tubo em “y” protegido;
- Mudar tubos e “y” de doente para doente;
- Mudar tubos e “y” após 24 horas no mesmo doente.

11

## Manutenção do equipamento respiratório

- Executar correcta lavagem social das mãos;
- Utilizar líquidos estéreis no humidificador;
- Mudar o humidificador em cada 24 horas e de doente para doente;
- Lavar o humidificador na máquina Miele;
- Proteger as máscaras de nebulização quando não estão a ser utilizadas;
- Mudar os nebulizadores e reservatórios cada 72 horas;
- Mudar o cateter cada 24 horas e SOS.

12



***“O mínimo que se deve esperar do hospital é que não faça mal ao doente”.***

Florence Nightingale

# **ANEXO III**

**(Trabalho para compilação da norma “Cuidados  
Pós-Mortem”)**



# **CUIDADOS PÓS-MORTEM**

---

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Alcina do Amaral Loureiro Alves

VISEU, NOVEMBRO DE 2008

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO-----	3
2- DEFINIÇÕES-----	3
3- OBJECTIVOS-----	3
4- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO-----	4
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

## 1. INTRODUÇÃO

Os profissionais que lidam com cadáveres devem estar instruídos acerca dos riscos potenciais, assim como estar preparados para adoptar as medidas necessárias. Contudo, devem ter sempre presente que as precauções universais são baseadas no conceito de que todo o sangue ou fluidos orgânicos de todas as pessoas representam risco potencial, independentemente do seu diagnóstico ou do risco perceptível.

## 2. DEFINIÇÕES

Agentes biológicos: os microorganismos, incluindo os geneticamente modificados, as culturas de células e os endoparasitas humanos susceptíveis de provocar infecções, alergias ou intoxicações.

Cuidados Pós-Mortem: Assistência prestada ao cadáver, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana agora falecida. Englobam a preparação do cadáver e a protecção de quem o manipula.

Nível de confinamento: o conjunto das medidas que, no local de trabalho, garantem as condições de segurança e saúde adequadas à realização do trabalho ou manipulação de agentes patogénicos.

## 3. OBJECTIVOS

- \* Garantir práticas seguras na remoção do cadáver;

- \* Prevenir a transmissão de infecção para outros doentes na enfermaria;
- \* Prevenir a contaminação dos profissionais que lidam com o cadáver.

## **4- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

### **4.1-No serviço/unidade**

Os cuidados Pós-Mortem iniciam-se após a confirmação do óbito, com a preparação do cadáver antes de ser removido para a morgue. Estes cuidados são prestados na unidade do doente ou na sala de tratamentos.

#### **Preparação do cadáver:**

- Recolher o material necessário para a preparação do cadáver;
- Utilizar Equipamento de Protecção Individual;
- Higienizar as mãos antes e depois de preparar o cadáver;
- Remover todos os mecanismos invasivos, que devem ser depositados em saco branco – Grupo III. Se estiver requisitada autópsia, os dispositivos invasivos devem permanecer no cadáver;
- Proceder ao tamponamento dos orifícios naturais com material absorvente e proteger as soluções de continuidade, de modo a garantir a contenção dos fluidos orgânicos;
- Após retirar todos os mecanismos invasivos, o corpo deve ser lavado, seco e limpo;
- Fechar os olhos e unir os membros superiores e inferiores;
- Identificar o cadáver com as etiquetas próprias (mod.327), devendo colocar uma no interior (na mão) e outra no exterior da múmia;
- Envolver o corpo em lençol limpo ou caso exista, colocá-lo em saco para cadáver, tapando-o de seguida com outro lençol limpo;
- Todos os resíduos utilizados no manuseamento do cadáver são considerados de risco biológico e triados para o Grupo IV;

- Utilizar esponjas descartáveis na higienização e preparação do cadáver;
- Processar mecanicamente as bacias utilizadas na higienização do cadáver;
- Antes de sair do serviço, os profissionais devem certificar-se de que o corpo está devidamente identificado, de acordo com a norma existente na instituição e que foram cumpridos os pontos anteriores;
- Após remoção do cadáver para a casa mortuária, deve-se proceder à limpeza e desinfecção da Unidade.

#### **4.2-Transporte**

- Entre as 9h e as 19h, o cadáver é removido pelo funcionário da Casa Mortuária e pelo Auxiliar de Acção Médica, em maca de transporte de cadáveres;
- Entre as 19h e as 9h será removido pelo Auxiliar de Acção Médica, em maca do serviço/unidade;
- Depositar o cadáver em câmara frigorífica. Caso estejam todas preenchidas, depositar em marquesa de cadáver;
- A mesma maca regressa ao serviço, onde deve ser limpa e desinfectada na sala de desinfectação de camas.

#### **4.3-Na casa mortuária**

- O nível de confinamento da casa mortuária, além de reunir as condições de manipulação de agentes biológicos, deve incluir ventilação, luz adequada e temperatura ambiente entre 18° C e 21° C.
- Os frigoríficos e arcas de congelação devem ser lavados, entre cada utilização, com água quente e detergente e posteriormente desinfectados com 7 pastilhas do desinfectante em uso de 2,5 gramas, diluídas em 1 litro de água. No final, secar.
- Deve existir um vestiário e um chuveiro na área de transição entre a sala *Pós-Mortem* e as áreas limpas.

- A manipulação do cadáver deve ser limitada às áreas destinadas para o efeito;
- Os corpos não identificados devem permanecer em arcas de congelação a temperaturas inferiores a 14° C;
- Os restantes corpos devem ser tratados (limpos e vestidos) para poderem ser vistos pelos familiares. Quando necessário, devem ser usadas “gilletes” descartáveis em cada corpo;
- Os familiares directos devem ter acesso ao corpo, salvaguardando a exigência de o fazerem com equipamento de protecção (bata, máscara e protectores de calçado). Após contacto físico com o corpo, os familiares devem lavar as mãos;
- Os lençóis envolvidos nos cuidados Pós-Mortem são triados para o saco laranja;
- Todos os resíduos utilizados no manuseamento de cadáveres, incluindo o saco de transporte, são considerados de risco biológico e triados para o Grupo IV;
- Utilizar esponjas descartáveis na higienização e preparação do cadáver;
- Processar mecanicamente as bacias utilizadas na higienização do cadáver;
- A farda utilizada pelos profissionais que exercem funções na Casa Mortuária é de uso exclusivo para esta área;
- Na deslocação aos serviços de internamento para o transporte de cadáveres, deverão utilizar bata de protecção limpa, a retirar à chegada à casa mortuária e colocar em saco verde.

**Roupas de protecção:**

- Os funcionários da casa mortuária devem possuir farda própria de uso exclusivo para este espaço e substituir por nova farda quando se ausentam do serviço;

- Para além do fardamento próprio, devem existir outros equipamentos de protecção tais como: luvas, máscaras, batas, aventais, calçado e outros que sejam considerados necessários face a eventuais circunstâncias;
- Qualquer pessoa, ao sair da área suja, deve retirar as roupas e luvas (de uso único) e colocá-las nos contentores com saco branco, lavar as mãos e, se usar óculos, também os deve lavar;
- Todas as pessoas e profissionais que não pertençam à casa mortuária e que necessitem de entrar, devem ser elucidadas sobre as normas de segurança que devem cumprir, bem como o vestuário de protecção que devem utilizar.

## REFERÊNCIAS

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). (1996). *Postmortem care Guidelines*: Infection Control and Epidemiology, chapter 52.

Diário da República I Série-A nº 89 de 16-04-1997 – *Decreto-Lei no 84/97. Protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a Agentes biológicos durante o trabalho.*

Health Services Advisory Committee (HSAC). (1991). *Safe working and the prevention of infection in the mortuary and post-mortem room* In: <http://hse.gov.uk>.

HOFFMAN, Peter; BRADLEY, Christina; AYLIFFE, Graham (2004). *Disinfection in Healthcare*. Cambridge: Blackwell Publishing.