



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

O CUIDAR NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO

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

Por Daniela Cristina Teixeira da Silva Louro

LISBOA, Abril de 2013



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

O CUIDAR NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO

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

Por Daniela Cristina Teixeira da Silva Louro

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Abril de 2013

“Determinação, coragem e autoconfiança são factores decisivos para o sucesso. Não importa quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido: sem ti não conseguia, és o meu porto de abrigo.

À minha mãe: por me ter dado a vida e me apoiar, sem exceção em todos os momentos desta minha caminhada

Aos meus avós: por terem estado ao meu lado quando mais precisei.

No fundo, à minha Família, sem exceção

Aos meus amigos: por me suportarem nos momentos de maior cansaço e por me terem ajudado a acreditar que era capaz.

Aos meus colegas da especialidade pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de alegria.

À Sr.^a Professora Patrícia Pontífice de Sousa pela sua disponibilidade e orientação no decorrer deste trabalho

RESUMO

O presente relatório resulta de um processo de aprendizagem desenvolvido ao longo dos estágios no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este documento pretende ser o retrato da reflexão crítica sobre o meu percurso ao longo dos módulos de Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência e Comissão de Controlo de Infeção, com vista à fundamentação das competências adquiridas para o exercício profissional como Enfermeira Especialista

Na Unidade de Cuidados Intensivos, as atividades de estratégias foram direcionadas para a prestação de cuidados ao doente crítico, no desenvolvimento de Competências técnicas e relacionais, e para a formação com vista à melhoria contínua dos cuidados, implementação e uniformização de boas práticas.

No Serviço de Urgência abordei o doente crítico identificando necessidades, focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Desenvolvi igualmente a Relação de ajuda à família/pessoa significativa visando fomentar a prestação de cuidados humanizados, e por via da formação transmiti aos colegas a importância do enfermeiro na abordagem ao doente com sépsis.

Na Comissão Controlo de Infeção, transmiti através recomendações e de divulgação sobre medidas de controlo e prevenção de infeção, centradas na melhoria da qualidade dos cuidados e no desenvolvimento de práticas adequadas.

A efetivação dos objetivos, a implementação das estratégias e atividades desenvolvidas revelaram-se fundamentais na mobilização de conhecimentos e competências inerentes ao exercício profissional de Enfermeira Especialista.

ABSTRACT

This report is the result of a learning process developed during the traineeship within the master's degree course in nursing, specializing in medical-surgical nursing.

This document aims to be a critical reflection of my journey through the modules carried out in the Intensive Care Unit, Emergency Department and Infection Control Committee, justifying the skills acquired to practice as a professional specialist nurse.

In the intensive care unit, activities and strategies were directed to critical patient care, development of technical and relational skills, with the objective of continuous improvement of healthcare, and, implementation and standardization of best practices.

In the Emergency Department the critical patient was addressed, identifying needs, sources of instability and risk of organic failure. The relationship with the family/patient was enhanced so as to promote humanized care, and through training, the importance of nursing when approaching the patient with sepsis was transmitted to colleagues.

In the Infection Control Committee, through recommendations and dissemination of measures for the control and prevention of infection, the focus was on improving the quality of care and on developing appropriate practices.

To accomplish the goals set out, the strategies and activities carried out have proved to be of vital importance in mobilizing the knowledge and skills inherent to the professional practice as a specialist nurse.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

a.C. – Antes de Cristo

BO- Bloco Operatório

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems.

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EAM – Enfarte agudo do Miocárdio

EPE - Entidade Pública Empresarial

Enf. – Enfermeira

FiO₂ - Fração Inspirada de Oxigénio

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

HGO – Hospital Garcia de Orta

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN - International Council of Nurses

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

IPI – Inquérito de Prevalência

LA – Linha Arterial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio

PVC - Pressão Venosa Central

SIMV - Ventilação mandatória intermitente sincronizada

SSC - Surviving Sepsis Campaign

SUG – Serviço de Urgência Geral

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

UCDI - Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos

UCICRE - Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais

VE – Vigilância Epidemiológica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
I –REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA – IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DA VIA VERDE SÉPSIS	11
II – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO .	24
1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	25
2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	33
3. MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO	42
CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA	51
APÊNDICES	8
APÊNDICE I	8
Ação de formação sobre a Infecção do Local Cirúrgico	8
APÊNDICE II	8
Norma de procedimento Sobre a Infecção do Local Cirúrgico.....	8
APÊNDICE III	8
Ação de formação sobre a Via Verde Sépsis.....	8
APÊNDICE IV	8
Certificado de presença nas V Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infecção	8
APÊNDICE V	8
Recomendação sobre a Prevenção da Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde	8
APÊNDICE VI	8
Recomendação sobre a Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.....	8

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos.....	13
Quadro 2 - Artigo n.º 1	14
Quadro 3 - Artigo n.º 2	15
Quadro 4 - Artigo n.º 3	17
Quadro 5 - Artigo n.º 4	19
Quadro 6- Artigo n.º 5	15

INTRODUÇÃO

O presente relatório representa o término do Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa/Instituto de Ciências da Saúde. Assim, este documento pretende ser a concretização da análise crítica e reflexiva da minha prática, no decurso do estágio.

A opção por este âmbito de especialização vem de acordo com a minha área profissional e pelo prazer que desenvolvi pela mesma, de forma a consolidar e desenvolver competências que me permitam prestar cuidados diferenciados e complexos ao doente crítico e família, procurando a excelência dos cuidados de enfermagem.

O estágio decorreu em três instituições distintas, primeiro no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (Módulo II), seguido pelo Hospital Garcia de Orta, EPE no Serviço de Urgência Geral (Módulo I) e por último o Hospital de Faro, EPE na Comissão de Controle de Infecção (Módulo III- Opcional).

A opção dos locais de estágio baseou-se por serem instituições com abrangente área populacional, que oferecem um amplo leque de oportunidades de aprendizagem permitindo adquirir, aprofundar e aplicar conhecimentos, que possibilitem a compreensão e resolução de problemas, assim como lidar com questões complexas, relacionadas com o doente em situação crítica, em contextos alargados e multidisciplinares. Em relação à CCI como Módulo Opcional, deve-se ao facto de ser uma área de atuação transversal a qualquer área hospitalar, onde o enfermeiro tem um papel preponderante, uma vez que a sua intervenção vai contribuir para a segurança do doente internado ao prevenir e controlar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

O Módulo II decorreu no período de 23 de Abril a 23 de Junho de 2012, o Módulo I de 20 de Setembro a 10 de Novembro, e o Módulo III de 12 de Novembro a 19 de Janeiro de 2013. Para cada módulo elaborei um projeto que serviu de fio condutor para o desenvolvimento do estágio com objetivos e atividades no sentido de desenvolver aptidões, utilizando como metodologia o trabalho de projeto. Assim, foi possível pesquisar, relacionar a teórica e prática, permitiu refletir sobre as temáticas em estudo, reformulando e adaptando-as às situações, aos problemas identificados, e aos recursos disponíveis de modo a desenvolver as competências.

A elaboração deste relatório representa o caminho percorrido desde a realização do projeto até ao desenvolvimento das competências adquiridas nos diferentes estágios, a análise reflexiva foi fundamental para a tomada de consciência das minhas vulnerabilidades e solidificação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento do espírito crítico e capacidade de reflexão.

Neste trabalho encontra-se referência a dois Modelos de Enfermagem, um relacionado com a pessoa em situação crítica e prevenção da doença, feito à luz da Teoria do Cuidado Humano de Watson. O segundo modelo, o Modelo Teórico de Patrícia Benner, procura explicitar o meu próprio aperfeiçoamento como enfermeira, a aquisição de competências fundamentadas numa prática baseada na evidência que se traduza na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes Modelos encontram-se no paradigma da Transformação, caracterizado pela abertura ao mundo. Nesta perspetiva os fenómenos são vistos como únicos mas em interação com tudo o que os rodeia, cada fenómeno pode definir-se por uma estrutura e um padrão únicos. Assim, emerge uma nova perspetiva, em que os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar da pessoa tal como ela o define, sendo o enfermeiro e o doente parceiros nos cuidados individualizados.

O relatório está dividido em dois pontos, o primeiro alusivo à Revisão Sistemática da Literatura e o segundo, a cada um dos módulos de estágio exposto pela sua ordem cronológica de realização, com caracterização do serviço, os objetivos propostos para cada um, bem como as atividades e competências desenvolvidas. A conclusão surge como síntese do percurso desenvolvido, analisando criticamente os aspetos mais relevantes para construção do meu processo de aprendizagem, e as mudanças produzidas fruto deste percurso.

I – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA – IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DA VIA VERDE SÉPSIS

Enquadramento Teórico

A Sépsis grave e o choque séptico afetam milhões de indivíduos no mundo inteiro, sendo uma das causas de morte em muitos dos doentes hospitalizados.¹

O choque séptico é um tipo de choque distributivo resultante da resposta sistémica a uma infeção grave do organismo. Segundo Thelan *et al* (2008) este tipo de choque caracteriza-se pela distribuição irregular do sangue nos tecidos dando lugar a áreas hiperperfundidas e outras hipoperfundidas.

Surviving Sepsis Campaign (SSC) é um esforço global para melhorar o tratamento de doentes com sépsis grave e choque séptico. A campanha foi lançada pela Sociedade Americana de Medicina Intensiva, a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e do Fórum Internacional de Sépsis em 2002. As primeiras orientações foram criadas em 2004 para melhorar os resultados nos pacientes com sépsis grave ou choque séptico. Onze organizações participaram neste esforço internacional para estabelecer e divulgar as 45 diretrizes baseadas em evidências para o tratamento da sépsis grave e do choque séptico. As normas foram atualizadas em 2008 através de métodos baseados em evidências para a avaliação da qualidade da evidência e das principais recomendações. Estas recomendações têm como objetivo manter a pressão venosa central entre 8 e 12 mmhg, pressão arterial média de 65mmhg ou superior, débito urinário de 0,5ml/kg/hr e saturação venosa central ou mista entre 65-70%.²

Tornou-se cada vez mais evidente que há uma longa demora no reconhecimento da sépsis e do início da terapia adequada. Isto tem sido demonstrado para traduzir num aumento da incidência de disfunção orgânica progressiva e um aumento da mortalidade.

Segundo Nguyen HB *et al.* (2000), é na receção do doente que mais se pode ter impacto positivo no resultado. Neste contexto foram criadas as Vias Verdes, comumente utilizado em Portugal para designar sistemas de resposta rápida, que são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em

¹ Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, *et al.* Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med.* 2001;29:1303-1310.

² Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, *et al.* Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock—2008. *Crit Care Med.* 2008;36: 296-327.

que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico.

Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, e através da tradução e adaptação das orientações existentes a nível nacional e internacional, validadas por um grupo de peritos, determina, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação, a nível nacional, da Via Verde da Sépsis. (DGS, 2010)

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (LEI N^a 111/2009, artigo 83^o alínea a), o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento.

Tendo em conta os objetivos será realizada uma revisão sistemática da literatura, por forma, a incorporar os resultados da investigação na nossa prática e com isso melhorar a prestação de cuidados.

Método e estratégias

Como ponto de partida para a revisão sistemática de literatura foi formulada a pergunta de investigação “ Qual o papel do Enfermeiro na abordagem ao doente com sépsis de acordo com o protocolo da Via Verde Sépsis?”

Como objetivo principal do estudo estabeleceu-se: compreender a importância do papel do enfermeiro na abordagem ao doente com sépsis.

De modo a reunir a literatura científica relevante para a investigação, consultei a base de dados EBSCO: *CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE; COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS; COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS*. Foram consultadas tendo em conta o intervalo temporal entre 2010 a 2012 todos os artigos publicados (em texto integral), usando as seguintes palavras-chave:

- Surviving AND Sepsis AND Campaign

Quando colocado os termos Nurse OR Nursing não foram encontrados artigos.

Para realizar a pesquisa e obter os artigos adequados à questão de investigação e aos objetivos do estudo, foi estabelecido um conjunto de critérios de inclusão e exclusão que serão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar as palavras Surviving, Sepsis e Campaign no título; - Participantes doentes com sépsis e Enfermeiros; - Ser um estudo empírico de paradigma dedutivo ou indutivo; - Apresentar informação ao nível dos parâmetros: Participantes (P), Intervenções (I), Resultados (O), Tipo de Estudo (S), ano, país e autor(es); - Ter sido publicado entre Janeiro de 2010 e Novembro de 2012; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser uma revisão e literatura (meta-síntese/meta-análise); - Ser uma dissertação ou tese;

Foram identificados, por título, 11 artigos relevantes para este estudo, contudo foram eliminados 2 por estarem repetidos e por leitura do *Abstract* e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram eliminados 2. Com a leitura integral rejeitaram-se mais 2, tendo-se aceite no final 5 estudos primários. Destes selecionados foi identificado o ano, país, autor(es), participantes, intervenções, resultados e desenho do estudo, apresentando-os em síntese em Tabela.

Apresentação e análise dos dados

Segue-se a análise dos artigos que foram selecionados e considerados pertinentes para o estudo em causa.

Quadro 2- Artigo n.º 1

Título	Surviving sepsis: a trust-wide approach. A multi-disciplinary team approach to implementing evidence-based guidelines	
Autor	Gerber, K	
Ano de Publicação	2010	
Objetivo	Identificar o número de pacientes com Sépsis grave admitidos num Hospital e a adesão às diretrizes de tratamento da Surviving Sepsis Campaign; Identificar o papel do enfermeiro na abordagem ao doente com sépsis.	
Método	Quantitativo (auditoria)	
Participantes	1.496 Pacientes não-obstétricas adultos dos quais 162 pacientes (11%) apresentaram sinais de sépsis grave.	
Intervenções	Forma realizadas auditorias num período de uma semana a um mês com o intuito de determinar a verdadeira extensão do problema e as taxas de mortalidade, de modo a realizar um plano de ação para proporcionar os cuidados baseados em evidência a todos os pacientes com Sépsis, independentemente do local onde estão internados.	
Resultados	<p>Foram identificados nesta auditoria doentes com sepsis, com potencial para desenvolver choque séptico. As recomendações da Campanha da Surviving Sepsis Campaign servem para garantir, que é oportuno a deteção precoce e o rápido tratamento direcionado.</p> <p>A importância da sensibilização, vigilância, deteção e a intervenção precoce não podem ser subestimadas. Educação contínua é essencial para garantir melhorias na prática clínica.</p> <p>Proporciona uma utilização mais eficiente dos recursos e melhoria da qualidade no atendimento aos doentes.</p>	
Nº de Artigo	N.º 1	

Quadro 3- Artigo nº 2

Título	The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis	
Autor	Levy, M. ; Dellinger, R.; Townsend, S.; Linde-Zwirble, W.; Marshall, J; Bion, J; Schorr, C; Artigas, A; Ramsay, G; Beale, R; Parker, M; Gerlach, H; Reinhart, K; Silva, E; Harvey, M; Regan, S; Angus, D.	
Ano de Publicação	2010	
Objetivo	<p>Descrever a iniciativa global, sua implementação, e relatar o impacto no processo de resultados de melhoria e do paciente.</p> <p>Demonstrar os contributos da equipa multidisciplinar na abordagem ao doente com sépsis.</p>	
Método	Quantitativo	
Participantes	Os dados clínicos de 15.022 Pacientes de 165 Hospitais foram analisados para determinar a adesão ao cumprimento das bundles e associação com a mortalidade hospitalar. Para ser inscrito, tinha que ter um local suspeito de infeção, dois ou mais de resposta inflamatória sistémica síndrome (SIRS) e disfunção orgânica de um ou mais órgãos	
Intervenções	Os hospitais foram encorajados a estabelecer procedimentos de triagem para identificar pacientes com sépsis grave com base em critérios anteriormente estabelecidos, baseados em recomendações Surviving Sepsis Campaign	
Resultados	<p>O estudo revelou que a deteção precoce da infeção e instituição de antibioterapia conduziram a melhor sobrevida.</p> <p>Demonstra que a utilização de um melhor desempenho multifacetado é bem-sucedida no tratamento da Sépsis</p> <p>O cumprimento destas medidas foi associado com uma redução significativa na mortalidade hospitalar em pacientes com Sépsis grave e choque séptico.</p>	
Nº de Artigo	Nº2	

Quadro 4-Artigo nº 3

Título	Impact of protocol watch on compliance with the surviving sepsis campaign	
Autor	Giuliano, K., Lecardo, M., Staul, L.	
Ano de Publicação	2011	
Objetivo	Avaliar o efeito do Protocolo Watch em conformidade com 5 diretrizes da Surviving Sepsis Campaign: cumprimento da bundle de reanimação e gestão da sépsis, tempo de conclusão para estas duas bundles, e tempo para a administração do antibiótico. Identificar a importância do tempo para a administração de antibioterapia.	
Método	Estudo qualitativo, de natureza descritiva	
Participantes	Os pacientes que desenvolveram Sépsis em algum momento durante a sua permanência na UCI ou tiveram Sépsis como diagnóstico de admissão na UCI (65 Pacientes na primeira fase (antes da intervenção) 70 Pacientes (após a intervenção))	
Intervenções	Foi realizado ensinamentos aos profissionais sobre as guidelines da surviving sepsis campaign e sobre o Protocolo Watch (que é uma aplicação criada pela Philips Healthcare para auxiliar os médicos na implementação das guidelines do SSC)	
Resultados	<p>A diferença no tempo para a administração do antibiótico nas duas fases é altamente significativa.</p> <p>Esta conclusão é apoiada por dados clínicos que indicam que a fluidoterapia terapêutica precoce de reanimação e intervenções farmacológicas reduzem significativamente a mortalidade dos pacientes.</p> <p>Claramente, mesmo pequenos atrasos no tratamento podem aumentar os já elevados custos humanos e económicos associados com sépsis. As conclusões deste estudo podem fornecer a confirmação adicional de que é imperativo o tratamento precoce e agressivo dos pacientes com sépsis.</p>	
Nº de Artigo	N.º 3	

Quadro 5 - Artigo nº 4

Título	Cost-effectiveness of the Surviving Sepsis Campaign protocol for severe sepsis: a prospective nation-wide study in Spain
Autor	Suarez, D., Ferrer, R., Artigas, A., Azkarate, I., Montero, J., Goma, G., Levy, M., Ruiz, J.
Ano de Publicação	2011
Objetivo	Determinar a relação custo-eficácia do protocolo da SSC para o tratamento da Sépsis severa em Espanha após a implementação de um programa educacional e o atendimento convencional de Sépsis grave em 59 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) médico/cirúrgicas localizadas em toda a Espanha. Identificar se a administração de antibiótico em tempo oportuno influencia o tratamento da sépsis
Método	Estudo Observacional prospetivo
Participantes	Um total de 854 pacientes foi inscrito na coorte de programa pré-educativo (Cuidado usual ou padrão de grave sépsis) e 1.465 pacientes no pós-coorte programa educativo (cuidados protocolo SSC de sépsis grave).
Intervenções	Foi realizado um programa de ensino de 2 meses sobre o protocolo SSC, que consistiu na capacitação de médicos e pessoal de enfermagem do departamento de emergência, das enfermarias médicas e cirúrgicas e UCI. Os pacientes foram sistematicamente identificados utilizando um instrumento de triagem que incluiu definições de sépsis e disfunção de órgãos
Resultados	O grupo controlo incluiu 854 pacientes e o grupo de tratamento incluiu 1.465 doentes. As características de pacientes em ambos os grupos eram semelhantes. Tempo médio para a administração de antibióticos de amplo espectro foi de 26 min , menor no grupo de tratamento O custo total médio por paciente foi de 18.671 de euros no grupo de tratamento e 16.935 euros no grupo de controlo O risco de mortalidade hospitalar foi menor no grupo de Protocolo

	SSC do que no grupo controle (44,0% vs 39,7%) Os resultados do presente estudo sugerem que o protocolo SSC é uma opção de baixo custo para tratar sépsis grave em Espanha	
Nº de Artigo	N.º4	

Quadro 6 - Artigo nº 5

Título	Feasibility of Modified Surviving Sepsis Campaign Guidelines in a Resource-Restricted Setting Based on a Cohort Study of Severe S. Aureus Sepsis
Autor	Mahavanakul, W., Nickerson, E., Srisomang, P., Teparrukkul, P., Lorvinitnun, P.t, Wongyingsinn, M., Chierakul, W., Hongsuwan, M., West, T., Day, N., Limmathurotsakul, D., Peacock, S.
Ano de Publicação	2012
Objetivo	Definir a viabilidade e base para as orientações modificadas num recurso restrito, visto a maioria das mortes por Sépsis ocorrer onde a saúde não tem os recursos suficientes para implementá-las. Reconhecer o papel do enfermeiro na abordagem ao doente com sépsis
Método	Estudo observacional prospetivo
Participantes	Todos os doentes com uma ou mais hemoculturas positivas para Staphylococcus aureus (S. aureus) por um período de um ano (Novembro de 2006 a Novembro 2007).
Intervenções	Foram utilizados formulários padronizados após o terceiro dia, de hemocultura positiva para S. aureus, de forma a recolher informação clinica detalhada do processo do doente (para refletir as 72 horas de terapia alvo-dirigida para Sépsis descrito por Rivers et al). Os dados das primeiras 24 horas após a primeira cultura positiva foram utilizados para categorizar pacientes com o diagnóstico de Sépsis, Sépsis grave ou choque séptico. Os detalhes do tratamento do paciente durante os três dias após a primeira cultura positiva, foram registadas de acordo com ressuscitação inicial e problemas de infeção; apoio hemodinâmico e terapia adjuvante e a terapia de suporte de outra Sépsis grave contidos dentro das orientações da Campanha SSC de 2008 Resultados (sobrevivência ou a morte) foram definidos 28 dias após colheita da primeira cultura positiva, com telefonema de acompanhamento para aqueles que receberam alta hospitalar.
Resultados	Foram identificados um total de 106 pacientes com bacteriemia por S.

	<p>aureus, dos quais 98 foram recrutados.</p> <p>S. aureus resistente à metilicina (MRSA) foi responsável pela infecção em 27 pacientes (28%), 88 dos 98 pacientes (90%) com bacteriemia por S. aureus preenchiam os critérios para septicemia dentro do período de três dias começando no dia em que a hemocultura positiva foi recolhida. Destes 88 pacientes, 72 (49 adultos) tiveram sépsis grave, incluindo 48 pacientes (31 adultos) com choque séptico.</p> <p>Dos 72 pacientes com sépsis grave, 28 pacientes (14/23 crianças [61%] e 14/49 adultos [29%]) receberam cuidados na UCI e os restantes foram tratados numa enfermaria.</p> <p>A mortalidade em 28 dias foi de 53% (38/72 pacientes), e metade dos pacientes que morreram fizeram-no 3 dias após o dia a primeira cultura positiva para S. aureus</p> <p>Muitas das recomendações existentes para o tratamento de sépsis grave pode ser implementadas com pouca despesa adicional.</p> <p>A deteção precoce de sépsis grave pode ser uma das principais chaves para a redução da taxa de mortalidade por sépsis grave em países em desenvolvimento.</p>	
Nº de Artigo	Nº 5	

Análise e Discussão dos dados

A eficácia de sistemas de resposta rápida à sépsis tem sido demonstrada em múltiplas publicações recentes, sendo elementos relevantes dos mesmos a identificação e estratificação rápidas dos doentes, o início de antibioterapia adequada e instituição de protocolos de ressuscitação volémica precoce guiados por objetivos. É na área do choque crítico (sépsis associada a hipoperfusão grave) que o maior impacto dos sistemas de resposta rápida é obtido. Estão, deste modo, criadas as premissas para assumir que o doente com Sépsis deverá ser abordado numa filosofia de “Via Verde”.³

A importância desta temática é inclusivamente objeto de atenção da Direção-Geral da Saúde que, no ponto nº 3 Dos Direitos do Doente Internado (SAÚDE, 2005, p.5), entre outros, recomenda, que “O doente internado tem direito a cuidados apropriados ao seu estado de saúde que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil” e “a todos os níveis de prevenção (...)”

Da análise dos artigos que serviram de base a este trabalho depreende-se que os autores identificaram que as recomendações da Surviving Sepsis Campaign permitem uma melhor gestão, diagnóstico e tratamento da sépsis.

Gerber (2010) salienta que as recomendações da Campanha da Surviving Sepsis Campaign são adequadas na deteção precoce e no rápido tratamento direcionado. E proporcionam uma utilização mais eficiente dos recursos e melhoria da qualidade no atendimento aos doentes. Dellinger et al (2010) refere que a utilização de um melhor desempenho multifacetado é bem-sucedida no tratamento da Sépsis. Como evidencia Giuliano et al (2011) é imperativo o tratamento precoce e agressivo dos pacientes com sépsis.

À semelhança dos dados encontrados nos artigos selecionados, a importância da sensibilização, vigilância, deteção e a intervenção precoce não podem ser subestimadas. A educação contínua é essencial para garantir melhorias na prática clínica (Gerber, 2010). Dellinger et al (2010) afirma que a deteção precoce da infeção e instituição de antibioterapia conduziram a melhor sobrevida. Assim os pequenos atrasos no tratamento podem aumentar os já elevados custos humanos e económicos associados com sépsis. (Giuliano et al, 2011)

³ Ministério da saúde - Via verde da Sépsis, Comissão Regional do Doente Crítico Administração Regional de Saúde do Norte, 2009

A leitura dos artigos permite enunciar que o cumprimento de um conjunto de medidas está associado com uma redução significativa na mortalidade hospitalar em pacientes com Sepsis grave e choque séptico (Dellinger et al, 2010) e que a deteção precoce de sépsis grave pode ser uma das principais chaves para a redução da taxa de mortalidade por sépsis grave em países em desenvolvimento. (Mahavanakul et al, 2012)

A implementação de normas de procedimento que uniformizem a prática dos cuidados é um dos aspetos abordados e indicam que a fluidoterapia terapêutica precoce de reanimação e intervenções farmacológicas reduzem significativamente a mortalidade dos pacientes (Giuliano et al, 2011). Mahavanakul et al (2012) refere que as recomendações existentes para o tratamento de sépsis grave podem ser implementadas com pouca despesa adicional.

Suarez et al (2010) assume que o cumprimento destas *guidelines* está associado a um menor risco de mortalidade e que, é uma opção de custo-benefício para o tratamento sépsis grave.

Uma das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica é maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.(ORDEM ENFERMEIROS,2010)

Como enfermeiros temos a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Cabe ao enfermeiro mobilizar conhecimentos e habilidades técnicas para poder responder em tempo útil e de forma holística. Conforme está evidenciado no Código Deontológico do enfermeiro, este tem a responsabilidade, de integrado numa equipa multidisciplinar, de prevenir a doença, promovendo a qualidade dos serviços.

Embora o diagnóstico definitivo de septicemia seja realizada por um médico, a avaliação clínica para o diagnóstico é muitas vezes facilitada pelo enfermeiro que reconhece os sinais e sintomas indicativos do início da síndrome de resposta inflamatória sistémica, sépsis, ou ambas.

Reconhecimento precoce e tratamento da sépsis é responsabilidade de todos. O uso de sistemas de apoio à decisão clínica, juntamente com a educação continuada são ferramentas essenciais para ajudar os enfermeiros a identificar e procurar tratamento baseado em evidências iniciais para os seus doentes. (PLEXMAN, 2011)

É fundamental a participação do enfermeiro neste processo para o reconhecimento e implementação das ações assistenciais respetivas da enfermagem.

Para concluir, as intervenções, por mais diminutas que sejam, podem constituir uma mudança positiva, e se essa mudança trouxer benefícios, não somos apenas nós enfermeiros e outros profissionais a desfrutar dela, mas principalmente o doente como principal beneficiário desta mudança.

Conclusão

De acordo com os artigos analisados, conclui-se que a intervenção precoce e adequada, pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com Sépsis.

É necessário intensificar este processo de implementação que permite reduzir não só a mortalidade, como é uma boa opção custo benefício no tratamento da sépsis permitindo uma otimização da marcha terapêutico-diagnóstica do doente.

É fundamental a atuação do enfermeiro na deteção precoce da sépsis, na otimização do tratamento, é ele que estabelece o primeiro contato com o doente e através da mobilização de conhecimentos, dos sinais e sintomas identificados, dá início ao protocolo da Via Verde Sépsis, permitindo uma melhor gestão dos recursos e uma melhoria na qualidade dos cuidados.

Pensa-se que a aplicabilidade das intervenções identificadas para reduzir o tempo de atuação ao doente com sépsis no nosso contexto de trabalho, passará pela sensibilização da equipa multidisciplinar para os fatores que desencadeiam esta infeção, bem como a intervenção precoce, de forma, a minimizá-los e, com isso, contribuir para uma melhor qualidade dos cuidados prestados ao doente.

De salientar que foi constatado uma escassez de evidência científica específico da prática de Enfermagem, o que limitou a análise sobre o tema. Assim, recomenda-se a realização de estudos que evidenciem a participação do enfermeiro nessa temática.

Dos artigos analisados, os autores tiveram em conta as considerações éticas na realização desses mesmos estudos. Por isso, considera-se não existir dilemas éticos no decorrer desta revisão sistemática da literatura.

Os fenómenos passam por nós, e com alguma frequência temos dificuldade em interpretá-los, o motivo, é o facto de não estarmos despertos ou não dispormos de outros conhecimentos que não sejam os da nossa prática, corrompida pela rotina de tarefas pré-programadas.

II – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

O estágio surge como uma fusão entre as várias unidades curriculares e deverá irradiar todo um universo de saberes adquiridos, evidenciando a flexibilidade de aplicação fundamentada, com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências que promovam a qualidade dos cuidados.

Como referencial teórico escolhido optei pela Teoria do Cuidado Humano de Watson. Segundo esta teórica, o cuidado é reconhecido como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade. A essência da enfermagem requer sensibilidade e coparticipação entre o enfermeiro e o doente. Defende que o cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar autocontrole, autoconhecimento e a promover mudanças nos hábitos de saúde. A evolução da disciplina de enfermagem durante os últimos anos fez com que o cuidar fosse entendido e reconhecido como a essência da profissão. A enfermagem encontra no cuidar a especificidade do seu trabalho, considerando-o, deste modo, parte integrante da arte e ciência da profissão, o núcleo central, o conceito principal, ou a estrutura fundamental para a enfermagem (WATSON, 1988).

Segundo LE BOTERF (1994), o termo competência é definido *como “um saber mobilizar em tempo oportuno, as capacidades ou conhecimentos que foram adquiridos através da formação (...) saber aplicá-las (...) saber integrar (...) e saber transferir”*. Desta forma, ao propor o referencial teórico o Modelo Teórico de Patrícia Benner importa salientar que a autora adapta o Modelo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus à prática de enfermagem. O modelo fornece ainda uma estrutura que permite por em prática um plano de desenvolvimento profissional, integrando as competências e os conhecimentos adquiridos com a experiência. Para Benner (2001, p.209) “ a experiência permite à especialista tomar decisões rápidas fundadas em exemplos concretos”

Assim, este capítulo retrata a minha evolução nos diferentes estágios, iniciando-se por uma breve descrição dos mesmos, seguida pelo percurso desenvolvido e tendo em conta a análise das atividades e reflexões efetuadas ao longo do mesmo.

1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE está integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes. O Hospital tem como política de qualidade a melhoria continua quer dos cuidados de saúde quer dos serviços de gestão e apoio, de acordo com as necessidades e expectativas dos utentes. Foi o primeiro hospital português a ser acreditado pelo King's Found e é pioneiro em Portugal na Acreditação, que obteve em Junho de 2009, a 2ª acreditação conferida pela Unidade de Acreditação e Qualidade de Cuidados de Saúde da CHKS.

A Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais presta cuidados de saúde a doentes cirúrgicos graves, que necessitam de monitorização e suporte vital adequado, numa otimização dos recursos disponíveis, visando sempre a qualidade dos cuidados e a preservação da dignidade do doente e o atendimento das necessidades dos familiares⁴. A Unidade recebe em média 300 doentes por ano, com duração média de internamento de 5 dias e com mortalidade de cerca de 10%. O Serviço desenvolve a sua atividade assistencial na Unidade de 6 camas, 4 em espaço aberto e 2 em isolamento, em estreita articulação com todos os serviços do Hospital.⁵ Cada unidade do doente recebe luz natural e se encontra climatizada e equipada com cama articulada, sistemas de suporte vital e monitorização ventilatória e hemodinâmica, sistema de gases e aspiração por vácuo, bombas e seringas perfusoras, gavetas para arrumos e diversas tomadas de corrente. Como explica Aleixo (2007,p.3) é um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuá-lo noutros serviços do Hospital.

No âmbito da gestão, os cuidados de enfermagem são prestados por equipas formadas por três enfermeiros, durante os três turnos diários (manhã, tarde e noite), com uma dotação de um enfermeiro para dois doentes. Esta realiza-se através do TISS 28, que é o único índice de carga de trabalho de enfermagem validado de forma multicêntrica em Portugal (1994/1995), onde revela uma boa fiabilidade de utilização. (MORENO, 1997) É uma ferramenta útil na gestão dos recursos de enfermagem, e a sua

⁴ [Http://www.hff.min-saude.pt](http://www.hff.min-saude.pt)

⁵ HFF, intranet 2012

utilização em UCI portuguesas é, um dos critérios a valorizar na avaliação da qualidade. (DGS, 2003)

O funcionamento da Unidade depende, principalmente, das competências práticas de Enfermagem e que dificilmente podem ser substituídas pelas competências médicas. Os enfermeiros por estarem 24h/dia em contacto direto com o doente constituem-se elementos cruciais na qualidade do curar, tratar e cuidar em cada unidade de cuidados intensivos. (SILVA E LAGE, 2010)

De forma a projetar melhor as minhas intervenções, optei por uma descrição, tendo por base os objetivos definidos:

Prestar cuidados especializados ao doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos

Jean Watson (1985) considerou a Enfermagem como uma ciência humana, sendo o conceito de cuidar o seu domínio central e unificador. A orientação para o cuidar integra-se nas ideias de Watson. *“Apela para uma ação centrada no cliente, como sujeito de cuidados, para os aspetos relacionais e abrange a pessoa e o seu meio ambiente”* (RIBEIRO, 1995;p.14). A enfermagem encontra no cuidar a especificidade do seu trabalho, considerando-o, deste modo, parte integrante da arte e ciência da profissão, o núcleo central, o conceito principal, ou a estrutura fundamental para a enfermagem (WATSON, 1988).

Prestar cuidados de enfermagem a doentes em estado crítico, em contexto de cuidados intensivos, foi uma nova experiência para mim. Sendo um espaço desconhecido, a expectativa era elevada e, ao mesmo tempo, desafiadora, quer pela especificidade de doentes, quer pela dinâmica multidisciplinar da UCICRE. Neste período inicial, os principais instrumentos de trabalho foram a observação atenta, a colaboração com a equipa e entrevistas com a enfermeira orientadora que colmatou as minhas dúvidas sobre a dinâmica do serviço. Percebi que os doentes aqui internados se encontravam em condição de instabilidade, no entanto com recuperação, por vezes, rápida e, apesar de, chegarem do Bloco Operatório ventilados, procedia-se à extubação e posterior transferência para o Serviço de Internamento, sempre que a sua situação o permitia.

Um fator que me causou particular interesse, foi a ventilação mecânica invasiva, no primeiro contacto, deparei-me com alguns receios e dúvidas na sua manipulação e cuidados associados. Inicialmente foi-me explicado o funcionamento do ventilador, diferentes modos ventilatórios, como compreender se o doente se encontra ou não bem adaptado, uma vez que não tinha experiência com doentes em ventilação invasiva. Para tentar colmatar estes meus receios e dúvidas, realizei pesquisa bibliográfica acerca desta temática, de forma a cimentar os conhecimentos adquiridos para posteriormente poder mobilizá-los. **Mantive** assim, de **forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**. Segundo Cintra (2008), Ventilação Mecânica é um método de suporte de vida, geralmente utilizado em pacientes suscetíveis à insuficiência respiratória aguda, cuja finalidade é permitir suporte ventilatório no intuito de suprir as necessidades metabólicas e hemodinâmicas do organismo. A evolução positiva do doente depende de cuidados contínuos, capazes de fornecer a identificação de problemas que atinjam diretamente as suas necessidades. Para uma prestação de cuidados com qualidade, é necessário que os enfermeiros tenham uma ampla compreensão dos princípios da ventilação mecânica, além de reconhecer a tolerância fisiológica específica de cada paciente (SMELTZER, 2005). Com o decorrer da prática clínica, desenvolvi a capacidade de observação e análise, sendo capaz de observar o doente ventilado e interpretar os parâmetros ventilatórios, a sua adaptação ou não à modalidade programada, detetar complicações, os cuidados inerentes, entre outros. Tive oportunidade de colaborar na extubação orotraqueal dos doentes, o que me permitiu constatar que, quando é necessário desconectar os doentes da prótese ventilatória, os métodos mais utilizados são a utilização do tubo ou peça em T, na qual são feitas tentativas de ventilação espontânea podendo ser utilizado o enriquecimento com oxigénio e humidificação através de aerossol. A ventilação mandatória intermitente sincronizada, associada a pressão de suporte é talvez a forma mais verificada na prática, pois permite uma suspensão gradual, permitindo manter o volume minuto sem comprometer as trocas gasosas. (SARMENTO, 2005)

Durante o decorrer do estágio desenvolvi competências a nível da avaliação e interpretação da pressão arterial invasiva, pressão venosa central, traçado eletrocardiográfico e gasometrias. É fundamental realizar uma interpretação correta e adequada dos parâmetros, atendendo à condição singular de cada doente. Efetuei de forma autónoma a troca dos sistemas de PVC e de linha arterial, realizei gasometrias através da LA de forma a verificar se os doentes estavam bem adaptados aos

ventiladores, caso apresentasse um PaO₂ muito elevada, seria preferível diminuir o FiO₂, informando sempre médico responsável pelo estado clínico do doente.

Num dos turnos realizados fiquei responsável por uma doente com cerca de 60 anos, tendo sido submetida a uma cirurgia de urgência, devido a *Gangrena de Fournier*, tendo sido necessário a sua admissão na UCICRE por uma situação de Sepsis com falência multiorgânica. A doente era transplantada renal há 3 anos, com varias cirurgias nomeadamente de colon. Aquando da prestação de cuidados, no que concerne à troca de saco da transversostomia, pude constatar que a doente apresentava exsudado purulento no local de umas das suturas operatórias, procedi à recolha do líquido e, informei o clinico da situação que rapidamente se prontificou de realizar o pedido para bacteriologia. Mais tarde foi possível isolar microrganismos a nível de uma das suturas operatórias, tais como *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*. Neste contexto **transmiti à equipa com base na minha experiencia profissional e formação alguns aspetos importantes sobre isolamentos de contacto para colmatar algumas lacunas encontradas. Demonstrei deste modo, capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Os cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados nesta unidade são complexos e requerem uma formação e atualização constante, com o objetivo de reconhecer, prever e detetar precocemente as complicações e certificar as intervenções específicas em tempo útil concordando com Benner (2005, p. 174) “ só a enfermeira perita pode reconhecer subtis mudanças clínicas”. A enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis. (DREYFUS,1996) Ao contrário, numa situação nova, a enfermeira competente ou proficiente deve apoiar-se num raciocínio consciente, deliberado para resolver de forma analítica um problema de natureza elementar.

Para colmatar a doente teve de iniciar hemodiafiltração. Para mim, foi uma experiência marcante, pois nunca tinha realizado essa técnica anteriormente. Fez-me compreender todo o processo, desde a escolha do filtro, a preparação da máquina, neste caso PrismaFlex®,o circuito extracorporal, bem como os solutos. É importante manter estes doentes com monitorização hemodinâmica continua, devido ao fato de a insuficiência renal aguda em Cuidados Intensivos ser uma situação frequente, que aumenta consideravelmente a mortalidade, que habitualmente é acompanhada de falência multiorgânica. (CHERTOW, 1995). É importante a vigilância contínua dos

parâmetros hemodinâmicos, durante toda a sessão, para a prevenção e detecção precoce de complicações, sendo o papel do enfermeiro fulcral neste processo.

Com o decorrer do estágio fiquei responsável pela **gestão dos cuidados aos doentes** que me foram atribuídos delineando, intervindo e avaliando os resultados dos cuidados prestados, **desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente crítico e família**. A prática de enfermagem em cuidados intensivos é muitas vezes classificada como demasiado tecnicista, importa lembrar que os recursos tecnológicos, quaisquer que eles sejam, foram criados para um objetivo maior, o de proporcionar assistência e contribuir para a recuperação da pessoa doente e este fato não é inconciliável com a humanização dos cuidados. A distinção dos cuidados de enfermagem de qualidade, deve caminhar numa apropriação da globalidade da pessoa, uma visão excessivamente tecnicista retira humanidade ao cuidar. Assim, é sobretudo a qualidade dos cuidados e a satisfação das pessoas doentes e família que deve prevalecer. Para Hesbeen (2011, p.27), “o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e as competências técnicas, revelam-se nestes casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade”.

Relativamente à comunicação com os doentes ventilados, como referem Sá e Machado (2006), o fato de um doente ventilado mecanicamente não se conseguir exprimir nem ser compreendido pelos outros é por si só um fator de stress para esse mesmo doente, porque o coloca numa situação de desvantagem por não conseguir expressar os seus sentimentos e emoções. Tal situação pode ser vetor de sentimentos como ansiedade, frustração e insegurança. Ocorre uma insatisfação muito grande para os doentes traqueostomizados submetidos a ventilação mecânica, contribuindo para seu isolamento pessoal e influenciando negativamente na sua recuperação. Isto acaba gerar uma longa permanência na UCI, e segundo a literatura o agravamento dos distúrbios, o que pode dar origem a um quadro psicopatológico grave, que alguns autores descrevem como a síndrome de UCI. O fato de o paciente não se poder expressar convenientemente, muitas vezes fá-lo adotar os mais variados comportamentos, desde a passividade, indiferença até a agressividade. Assim, consegui estabelecer comunicação com o doente traqueostomizados através da linguagem verbal e não-verbal, tentei ser congruente, preocupando-me com minha linguagem corporal e expressão facial, a fim de haver sintonia com a mensagem verbal que passava ao doente, sendo notório a sua contentamento pelo facto de conseguir transmitir aquilo que pretendia. **Demonstrando**

conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família. Como salienta Bezerra et al (1993) é muito gratificante para o enfermeiro quando o paciente por meio da mímica labial ou por gestos faciais é compreendido. Também, no horário das visitas acompanhei os familiares esclarecendo-os nalguns aspetos em que assistia a dúvida, a ansiedade e medo relacionados com o internamento. A comunicação é um instrumento que permite estabelecer uma relação de proximidade com o doente e com a família, contribuindo para a qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros dispõem de oportunidades únicas para exercerem a arte de cuidar. Durante o internamento têm a possibilidade de, ao longo do dia, estar mais próximos dos doentes. Os cuidados de enfermagem são segundo Hesbeen (2000:47) “Compostos por múltiplas ações, que são sobretudo uma imensidão de pequenas coisas”. Estas pequenas coisas, é aquilo que dá sentido à vida e são importantes para uma determinada pessoa. São estas pequenas coisas que fazem parte do nosso dia-a-dia e que por vezes nos passam despercebidas, ou não lhes damos o devido valor.

Foi visível a consolidação de conhecimentos teóricos na área de cuidados intensivos, que permitiu crescer e enriquecer como pessoa através da autorreflexão efetuada constantemente, tive presente uma postura de **agir, gerir, educar e refletir sobre os cuidados prestados. Fundamentei a minha prática na melhor evidência científica** através das pesquisas realizadas e partilhei o conhecimento **promovendo o desenvolvimento dos restantes profissionais.** Com esta prática profissional consegui atingir o nível de especialização clínica que Benner (2005, p.174) refere, “ As enfermeiras acabam por apropriar-se de uma quantidade de conhecimentos que se tornam capazes de compreender, interpretar e responder às necessidades muito variadas dos doentes. Acabam por adquirir uma certa flexibilidade e inteligência depois de terem encontrado doentes em diferentes estados de uma doença.”

Elaborar uma norma sobre a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, que contribua para melhoria da qualidade dos cuidados prestados

Segundo a Direcção-Geral de Saúde as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde definem-se como sendo uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (PNCI, 2007). A prestação

de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidades de Cuidados Intensivos, quer noutras unidades. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS.

Com base no Inquérito de Prevalência de Infeções de 2009 a distribuição da Infecção do Local Cirúrgico constitui 12,2% das Infeções Nosocomiais por localização. Relativamente a 2010 as ILC representam 14,3% das Infeções Nosocomiais por localização e 56,9% das Infeções Nosocomiais a nível nacional. Os resultados sugerem que é necessário intensificar a vigilância e implementar medidas de prevenção e controlo de infeção mais eficazes. Os serviços de maior risco de aquisição de Infeções Nosocomiais identificados foram as UCI, Hematologia/Oncologia e os Serviços Cirúrgicos. As Infeções do Local Cirúrgico são um alvo importante para a vigilância das Infeções Nosocomiais e estão associadas a internamentos longos de pós-operatório, que resultam muitas vezes num aumento da mortalidade. Estas infeções surgem quando há a entrada de microrganismos durante um procedimento, podem ser provenientes da pele do doente, do contato direto com instrumentos não esterilizados, ou através do sangue quando o doente tem uma infeção pré-existente, podendo originar quadros sépticos graves.

Para que este estágio se traduzisse numa mais-valia para a equipa, ou seja, que esta etapa não se traduzisse apenas em desenvolvimento pessoal mas que refletisse um crescimento da própria equipa através da **transmissão de novos conhecimentos** na área da prevenção da infeção. Neste contexto, tornou-se pertinente a realização de uma norma de procedimento referente à prevenção da Infecção no Local Cirúrgico (Apêndice D).

Relativamente a formação (Apêndice II) optei por a realizar de modo informal, nas passagens de turno, por forma a abranger um maior número de colegas, O tema foi pertinente, mostrando uma prática baseada na evidência, de forma a melhorar a prestação de cuidados de qualidade, promovendo a formação no seio da equipa e aquisição de práticas adequadas. Após a formação pude constatar algumas mudanças, nomeadamente no que diz respeito à modificação do período estabelecido para a realização do penso cirúrgico e a administração de antibioterapia em tempo oportuno, bem como suprimir o

uso de lâminas para a realização de tricotomia. Desta forma, a utilização de práticas adequadas contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Hospital Garcia de Orta tem como objetivo principal, segundo o seu Regulamento Interno (2007), “*a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (...) e a todos os cidadãos em geral*”.⁶

O Serviço de Urgência Geral está inserido no Departamento de Emergência e Planeamento Operatório, situa-se nos piso 1 e 2 do hospital e segundo o regulamento interno do HGO “*visa o atendimento, vinte e quatro horas por dia, das situações de urgência e emergência*” (SUG, 2005). A complexidade de um serviço com as dimensões e características do SUG do Hospital Garcia de Orta é difícil de caracterizar sem correr o risco de tornar esta descrição demasiado exaustiva para o objetivo que se pretende. Assim e de forma sucinta, atualmente no SUG identificam-se quatro áreas de intervenção, no piso 1 encontra-se o ambulatório e no piso 2, três áreas de internamento distintas, nomeadamente a Unidade de Internamento Médico-cirúrgico, a Unidade Médica de Internamento de Curta Duração e a Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos, esta última possui 6 camas preparadas para cuidar de pessoas em situação crítica e em níveis distintos de gravidade.

A Enfermagem é, segundo o artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros, “*a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”. Mais concretamente e de acordo com Sheehy’s (2001), a Enfermagem de Urgência “*é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções*”.

O método de distribuição de trabalho preconizado no SUG é o método individual, por posto de trabalho. Cada enfermeira é responsável pela prestação de cuidados necessários aos doentes que lhe são confiados, durante todo o seu turno de trabalho diário. (HESBEEN,2001, p.139)

⁶ SUG. 2005. *Manual de Integração dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral*. Almada : Hospital Garcia de Orta, 2005.

Dada a dimensão e a grande abrangência de situações no serviço de urgência, delimito a minha área de intervenção a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em estado crítico na área de ambulatório e prevenção de infeção aproveitando a transversalidade dos estágios. Assim, tracei os meus objetivos, optando por permanecer maioritariamente, na sala de reanimação, triagem, pequena cirurgia e salas de atendimento. Detive ainda a oportunidade de observar o funcionamento dos restantes sectores do serviço de urgência, o que me possibilitou conhecer um pouco da realidade do mesmo.

Prestar cuidados de enfermagem especializados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos ao doente em estado crítico, contribuindo para a excelência dos cuidados.

No primeiro dia deparei-me com uma sala completamente repleta de pessoas, por um lado os profissionais a prestar cuidados, e por outro, múltiplos doentes deitados em macas, ocupando os espaços vagos até no corredor. Apercebi-me da falta de privacidade que os doentes devem sentir. Falei com a Enfermeira Orientadora no sentido de perceber como poderia contornar esta situação. Existe uma certa dificuldade em providenciar momentos de privacidade aos doentes, visto a estrutura física do Serviço de Urgência não estar adaptada a população, que a ele recorre. Colaborei assim, na prestação de cuidados ao doente/família de médio e alto risco em situação de urgência, promovendo a privacidade do doente, optando por mobilizar macas, para poderem estar resguardadas por as poucas cortinas que existem, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro em que no Artigo 86º contempla “O respeito pela intimidade”, sendo um dever do enfermeiro respeitar e proteger a intimidade da pessoa e salvaguardar a sua privacidade. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011.) A privacidade é para Watson (1985) um fator importante no cuidado. Segundo a autora, a privacidade serve para manter a dignidade e integridade da pessoa. Deste modo, a integridade e confidencialidade profissional são partes importantes da privacidade.

O sistema de triagem de Manchester, implementado no Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta, tem como objetivo principal a avaliação, no utente que se dirige a este serviço, de determinados sinais e sintomas, que, ao traduzirem uma determinada gravidade, resultam na atribuição de uma prioridade de atendimento, que

em nada se relaciona com o diagnóstico clínico. O momento da triagem representa o primeiro contacto do utente e seu acompanhante com o Serviço de Urgência e com a equipa de saúde, como tal, é neste local que utente e acompanhante esperam um acolhimento personalizado e esclarecedor da dinâmica do serviço. Colaborei com a Enfermeira Orientadora na Triagem, onde pude conjecturar que os enfermeiros têm a possibilidade de por em prática o seu poder de observação, a sua autonomia, permitindo classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao serviço de urgência. Permitiu-me **refletir sobre a minha prática**, simplificando a minha visão clínica da avaliação do doente.

No que diz respeito aos registos de enfermagem, este estágio permitiu-me contactar com um novo sistema de registos através da aplicação informática, *ALERT*®. Perante esta nova realidade, tive necessidade de pesquisar e perceber o funcionamento deste sistema de registos, pois são a base e metodologia do trabalho dos enfermeiros, permitindo a continuidade dos cuidados. Este sistema de registos encontra-se disponível para todos os profissionais no serviço de urgência, apesar de cada utilizador pertencer a determinado perfil dependendo da sua área de atuação. Também o tipo de informação disponibilizada é adaptado às necessidades e competências dos diferentes profissionais. Durante o percurso que o doente faz na urgência irá ser alvo de registo por diferentes profissionais por ordem sequencial até à sua alta. Foi muito útil conhecer as funcionalidades desta aplicação informática, permitiu-me perceber a sua finalidade, possibilita o registo, a análise e o armazenamento de toda a informação relacionada com os episódios de urgência do doente. Desta forma, só poderão ser prestados cuidados de enfermagem adequados e científicos se tivermos conhecimentos das necessidades dos doentes, cuidados prestados e resultados obtidos, o que só se consegue obter através dos registos (RODEIA, 1993, p.90). De acordo com Gonçalves (2008) os registos asseguram a continuidade dos cuidados, estes contribuem para a identificação das alterações da situação e condições dos doentes, ajudando a detetar novos problemas e a avaliar os cuidados prestados.

No que concerne a reanimação, permitiu-me adquirir um grande leque de conhecimentos no que concerne a doentes politraumatizados, por em prática mobilizações e enriquecer na área do trauma. Foi com satisfação que **liderei** momentos de mobilização e transferência do doente entre macas, aplicando conhecimentos teórico-práticos no que respeita, sobretudo, à utilização dos materiais necessários à imobilização do doente (ex.: colar cervical, imobilizadores laterais de cabeça e plano

duro), de forma a prevenir complicações ou evitar o agravamento das lesões já existentes. Pude confirmar a importância da manutenção do material de emergência sempre bem visível e operacional, pois é um local onde se presta cuidados emergentes. Neste sentido, tive sempre o cuidado de repor o material no intuito desta sala se encontrar sempre em condições de operacionalização.

Colaborei no acompanhamento e monitorização de doentes durante a realização de exames complementares de diagnóstico. Tive sempre em conta, o planeamento, efetivação e vigilância do transporte do doente crítico, de forma a evitar situações complexas durante o período em que este decorre. O enfermeiro deve estar preparado, saber qual a situação clínica do doente, se vai acompanhado com médico ou não, qual o exame que vai realizar e local de realização dos mesmos. Refletindo sobre os possíveis cenários que poderão surgir e prevenindo complicações.

Relembro-me de um doente, que recorreu ao serviço de urgência com queixas de dor torácica com duração de 8 horas, mas tinha permanecido no local de trabalho sem dar relevo à sintomatologia, tendo vindo apenas no final da tarde por insistência da esposa. Estabelecendo uma relação empatia com o doente, procedi à colheita de sangue, administrei terapêutica analgésica prescrita e encaminhei o doente para realizar Eletrocardiograma (exame que está protocolado na triagem no caso de dor torácica). O doente permaneceu na área ao lado da sala de enfermagem, no entanto através das minhas capacidades perceptivas, observei que o doente se encontrava com sudorese intensa, pálido e um pouco asténico. De acordo com Benner (2005,p.125) o enfermeiro deve gerir e prever situações de urgência “(...) diagnosticar e vigiar as mudanças que se produzem num doente (...) gerir situações maiores de crise de evolução rápida.” Pedi então, a um colega que me ajudasse a deitar o doente numa maca e encaminhei o doente para a sala de reanimação. Contactei equipa médica, e procedeu-se à monitorização eletrocardiográfica do doente, apresentava hipotensão, que permaneceu após reposição da volémia. Após realização de novo ECG e Ecografia cardíaca, permaneceu a dúvida se o doente apresentava um EAM ou um TEP. Neste contexto acompanhei o doente a realizar TAC torácico, mantendo sempre a vigilância hemodinâmica. O mesmo exame revelou um TEP maciço, transferi então o doente para a UCDI. Transmiti assim, o que se tinha passado com o doente ao colega da unidade e realizei as notas referentes ao sucedido. No decorrer do turno fui sempre observando a evolução do seu estado clínico, tendo o doente melhorado tanto a nível hemodinâmico como a nível do estado de consciência. O facto de **reconhecer precocemente os sinais de alarme** permitiu a uma

rápida intervenção da equipa multidisciplinar, na chegada ao diagnóstico como no tratamento em tempo útil de uma situação potencialmente grave, **demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

Quando Watson (1979) propõe a promoção e a aceitação de sentimentos positivos e negativos como fator de cuidado para melhorar a comunicação entre as pessoas, refere-se à abertura que a enfermagem deve proporcionar à evidência dos pensamentos e/ou sentimentos do doente. Assim, procurei aproximar-me dos familiares que aguardavam por informações, procurando estimular a expressão do que sentiam ou pensavam. O estímulo inicial comumente era dado por mim nesta interação, mas normalmente um único estímulo de atenção e demonstração de interesse bastava para a conversa fluir, emergindo dúvidas, desabafos e indicações das necessidades de auxílio. Desta forma desenvolvia-se uma comunicação capaz de estabelecer um relacionamento de ajuda-confiança, a qual é apontada por Watson (1979) como um dos melhores instrumentos da enfermeira para garantir uma relação de harmonia e cuidado. A autora refere que, ao desenvolver esta ideia, apregoa a empatia, a congruência e o calor como características para o alcance da ajuda-confiança. Busquei ser verdadeira nas minhas interações, desenvolver a empatia para alcançar sintonia com o outro e, inúmeras vezes, estimulei a expressão de aceitação através da linguagem corporal aberta, do toque afetivo e do tom de voz utilizado. E pude verificar a importância destes instrumentos, que fazem a grande diferença na qualidade do cuidado. Watson (1979) propõe a promoção e a aceitação de expressões de sentimentos como forma de se permitir que sejam exteriorizadas, tanto as positivas quanto as negativas. Para a autora, esta seria uma medida terapêutica de cuidado. **Desenvolvi assim, competências comunicacionais com o doente e família/pessoa significativa** ao estabelecer a relação de ajuda, utilizando técnicas de comunicação adequadas, empregando um discurso técnico e fundamentado, promovendo a diminuição da ansiedade e medo relacionados com a hospitalização.

Na área de atendimento tive oportunidade de desenvolver o meu estágio no Balcão de cirurgia e de apoio à trauma, onde era responsável por proceder à contagem de material relativo à esterilização, no que diz respeito a material a esterilizar e material esterilizado, contagem de traqueias dos diferentes ventiladores, circuitos de ventilação para os diferentes ventiladores, colares cervicais, planos duros e de kits para procedimento pequena cirurgia. Assim, pedi que enviassem o material a esterilização no intuito de repor rapidamente o material de forma a estar sempre disponível. O

enfermeiro delega a atividade, e mantém o dever de orientar e supervisionar, assumindo a responsabilidade pelos resultados obtidos, possibilitando a excelência pretendida, ainda que a ação seja realizada por outra pessoa. (DEODATO, 2004)

Relembro de alguns doentes que recorriam ao serviço de urgência com dor abdominal, eram triados e encaminhados para o Balcão de cirurgia. Um dos doentes apresentava dor intensa na região abdominal, canalizei acesso periférico para colheita de sangue e para realizar medicação analgésica prescrita. Referi também que não se deveria alimentar. Ao realizar ecografia abdominal revelou uma oclusão intestinal, sendo transferido para o serviço de cirurgia. A perícia em matéria de **tomadas de decisões** humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner, 2001).

Recordo também uma doente com antecedentes de doença hematológica, com vários episódios de urgência, que recorreu por palidez, astenia e cansaço fácil a pequenos esforços. Estabeleci uma relação terapêutica com a doente, percebi que se encontrava impaciente e preocupada sobre a sua situação, transmiti uma palavra amiga, um sorriso no sentido de diminuir sua ansiedade. Watson (1985) refere que *"a empatia é a habilidade da enfermeira para experienciar o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas também a habilidade de comunicar a essa outra pessoa o grau de compreensão que ela atingiu"*. Realizei colheitas prescritas, mas devido a estes sintomas e este antecedente de doença hematológica, deixei um acesso canalizado para o fato de por ser necessário realizar alguma transfusão sanguínea e colhi mais um tubo para tipagem. Mais tarde comprovei que a doente iria realizar transfusão de concentrado de eritrócitos. Assim, diminuí os custos inerentes ao material, promovi a qualidade dos cuidados melhorando o conforto proporcionado a doente, uma vez que foi possível evitar a realização de uma técnica invasiva. De acordo com Kolcaba citada por Tomey e Alligood (2004,p.484) *"o conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)"*. Para Watson (1979) inserir a humanização nas práticas de suporte avançado à vida, realizadas na unidade de urgência, requer que o profissional, *a priori*, integre sensibilidade às atividades realizadas, invista nas

qualidades subjetivas e comunicativas que tem a oferecer em meio às exigências de agilidade e eficiência técnica deste cenário laboral. A minha análise crítica facultou detetar necessidades colaborar na **gestão dos cuidados** ao contribuir para uma melhor organização dos recursos materiais aplicadas às necessidades da equipa, promovendo uma eficiente utilização de recursos colaborando para a qualidade dos cuidados prestados. (TOMEY, 2004)

A implementação de sistemas de triagem de prioridades (Triagem de Manchester) nos Serviços de Urgência, permite o encaminhamento do doente no serviço de acordo com norma previamente definida e padronizada, respeitando e privilegiando a seriação feita, para melhor garantir a observação do doente pela equipa mais adequada e em tempo útil. A capacidade de identificar os doentes que mais rapidamente necessitam de cuidados é especialmente necessária numa realidade caracterizada por uma casuística elevada que impossibilita o atendimento simultâneo de todos os casos. Neste contexto tornou-se pertinente a concretização do objetivo subsequente.

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através de formação acerca Via Verde Sépsis

Recorrendo a entrevista com Enfermeiro Chefe, Enfermeira Orientadora e Chefe de Equipa de Enfermagem (na qual presto cuidados especializados), tornou-se pertinente a **realização de uma formação** sobre Via Verde Sépsis, no intuito de planeamento e a formação necessários aos profissionais, para futura implementação nesta instituição, com vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente. Neste sentido delimito a equipa onde estava inserida como alvo desta formação, devido ao vasto leque de colegas existentes no SUG, permitindo assim cimentar os conhecimentos e a partilha dos mesmos. Esta formação veio antecipar e complementar a formação institucional que iria ser desenvolvida. A profissão de Enfermagem para oferecer um serviço de qualidade à comunidade, com a respetiva competência para tal, possui um corpo de saberes na matéria de cuidados que faz do enfermeiro um agente apto para agir e cuidar, como também um ser responsável e dotado de um domínio do saber que aplica (Ferreira da Rocha, 1996). Em conformidade com Hesbeen (2000, p.19) *“se os cuidados de enfermagem são a atenção prestada a uma pessoa por uma enfermeira ou por um enfermeiro com vista a ajudá-la, utilizando, para concretizar*

essa ajuda, as competências, que definem o enfermeiro, é na aquisição e no desenvolvimento dessas competências, que definem o enfermeiro, que se baseia a formação.” Deste modo, segundo o mesmo autor a formação contínua “*é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida*” (Hesbeen, 2000, p. 138). A formação é algo inerente à existência humana e que facilita a descoberta das nossas potencialidades. Também Dubar (1997) destaca a importância da aprendizagem nos contextos de trabalho, considerada uma situação formativa interdisciplinar porque assenta em problemas reais que emergem no exercício profissional.

A observação atenta dos comentários emitidos pela equipa, permite-me afirmar que o convite, só por si, despoletou grande motivação dos pares a participarem no momento formativo, devido à pertinência da temática em questão. Procedi não só uma exposição de conteúdo, mas também uma participação ativa do grupo, continuei com uma apresentação (Apêndice III), mostrando-me simultaneamente disponível para esclarecimento de dúvidas. Considero que a forma como dinamizei a ação de formação, permitiu captar o interesse e atenção dos participantes, assim como a **partilha de conhecimentos e experiências**, o que enriqueceu o momento formativo e favoreceu o sucesso da formação. Esta atividade enquadrou-se no âmbito do desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, desenvolvidas no Artigo 4, alínea C, do Regulamento das Competências Específicas emanado pela Ordem dos Enfermeiros. Também, organizei um manual teórico, onde coloquei a formação em suporte de papel e todos os estudos de investigação e artigos consultados para a realização do trabalho, bem como a Revisão Sistemática da Literatura, foi colocado no gabinete de Enfermagem para consulta e aprofundamento do tema. Mais tarde pude constatar que foi implementado o protocolo no SUG e que a equipa se encontra motivada para esta temática, referindo que foi uma mais-valia a formação, possibilitou uma melhor apreensão dos conhecimentos, direcionando a sua prestação de cuidados de forma a contribuir para a qualidade dos mesmos.

Este estágio possibilitou **desenvolver um espírito crítico e raciocínio estruturado e fundamentado pela própria prática e anos de experiência**. Permitiu gerir situações de crise e conflitualidade, muito frequentes em serviços com estas características, demonstrando para isso maturidade e profissionalismos na relação com a equipa e na relação com o doente e família.

No que concerne à **supervisão do exercício profissional**, implicou por um lado **zelar pela qualidade dos cuidados** e por outro pela **promoção do desenvolvimento profissional e pessoal da equipa de enfermagem**.

3. MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

A história da medicina revela-nos que as Infecções Hospitalares são tão antigas quanto a origem dos hospitais, sendo que as primeiras menções remontam o ano de 325 a.C., porém, somente em 1950 institui-se, em Inglaterra, a primeira Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (Martins, 2005). O papel da Enfermagem no controlo da IH está presente desde suas primeiras descobertas. Florence Nightingale já apresentava preocupação com essa problemática e durante a Guerra da Criméia padronizou procedimentos de cuidados de enfermagem voltados à higiene e limpeza dos hospitais, introduzindo principalmente técnicas de antissepsia, com a finalidade de diminuir os riscos desse tipo de infecção. (Fontana, 2006)

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 4) define que o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica: “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

A Comissão de Controlo da Infecção tem como objetivo prevenir, detetar e propor medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, em articulação com os vários departamentos, serviços e unidades funcionais. É uma área privilegiada de atuação do enfermeiro especialista e de enorme importância no que diz respeito à prevenção da infecção, quer ao nível da investigação quer ao nível da formação de pares. A CCI deve integrar na sua composição: um núcleo executivo, um núcleo de apoio técnico e consultivo e um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação. O núcleo executivo da CCI do Hospital de Faro é constituído por duas Enfermeiras a tempo inteiro, um coordenador e uma administrativa. Semanalmente existe uma reunião com todos os membros de forma a planear e reestruturar áreas temáticas pertinentes, delineando estratégias de atuação face a um determinado problema.

Desenvolver competências de Enfermeira Especialista na área da Prevenção e Controlo de Infecção

A comissão de Controlo de Infecção tem como função planear, implementar e monitorizar na unidade de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo da IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos

profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente (PNCI, 2008).

Consultei a legislação que suporta as atividades da Comissão de Controlo de Infecção, de forma a conhecer o seu plano de ação, bem como as recomendações e normas existentes no manual de controlo de infeção da CCI, o que permitiu acomodar conhecimentos de forma a poder atuar em consonância.

Realizei visitas aos vários serviços do Hospital de Faro, onde observei que o hospital tem sofrido algumas modificações na sua estrutura e pude visualizar onde se encontram armazenados os equipamentos, resíduos, bem como as infraestruturas para a higienização das mãos e se estavam em conformidade. Reparei na triagem de resíduos/cortantes/perfurantes e questionei-me sobre a dificuldade que a CCI possui no cumprimento das normas por parte dos profissionais. Assim, a CCI tem o papel de identificar áreas problemáticas e promover medidas de melhoria, através de intervenção contínua e diária. De referir a visita ao serviço de esterilização onde pude observar as distintas áreas de intervenção. Neste serviço os materiais são lavados, preparados, acondicionados, esterilizados e distribuídos por todas as unidades. Deve-se ter atenção ao manuseamento do material, identificar dispositivos de acordo com a classificação de Spaulding, bem como os métodos de esterilização quer químicos quer físicos.

Florence Nightingale descreveu procedimentos de cuidados relacionados aos pacientes e ao ambiente, com a finalidade de diminuir os riscos da infeção hospitalar. Essa atitude provavelmente constituiu-se na primeira referência à vigilância epidemiológica, tão usada atualmente nos Programas de Controlo de Infeção Hospitalar (Couto,1999). A Vigilância Epidemiológica é uma componente fundamental da prevenção e controlo de infeção. Consiste na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre doentes e infeções, a fim de implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo de infeção. O registo da infeção pode ser contínuo, ativo, sistemático e/ou periódico, permitindo avaliar as taxas de infeção, estratificadas por níveis de risco para reduzir a incidência da infeção nas unidades de saúde (DGS, 2008). Acompanhei a Enf. Orientadora ao Laboratório de Microbiologia a fim de realizar o registo diário de estirpes epidemiologicamente significativas, no intuito de proceder a VE dos mesmos. Esta experiência foi muito enriquecedora, permitiu promover intervenções de melhoria, aumentar o meu leque de conhecimentos e **transmitir aos profissionais as medidas de precaução apropriadas** de forma a diminuir o risco de transmissão cruzada da infeção, promovendo a sua adesão a práticas adequadas. Tive

oportunidade de participar na VE da infecção nosocomial da corrente sanguínea e de microrganismos epidemiologicamente significativos. Esta tem por base protocolos da DGS, que permitem classificar o tipo de infecção, como nosocomial ou da comunidade. A VE da infecção da corrente sanguínea tem como ponto de partida uma hemocultura positiva, a partir da qual é necessário consultar a informação registada no processo clínico para determinar se o resultado corresponde a uma infecção nosocomial e qual o serviço a que pode ser atribuída. À semelhança da VE da corrente sanguínea também a VE dos microrganismos epidemiologicamente significativos tem como ponto inicial a identificação laboratorial. Acompanhei a enfermeira orientadora aos serviços para completar dados através da consulta dos processos clínicos, bem como, em colaboração com o Enfermeiro Chefe, instituir as medidas necessárias a adotar pelos profissionais para a prevenção da transmissão dos microrganismos. Durante a VE deparei-me com algumas dificuldades, no que concerne à consulta de processos, nomeadamente aos registos de enfermagem e diário clínico. Existe alguma falta de coerência nos mesmos e não evidenciam os procedimentos realizados aos doentes. Esta realidade fez-me analisar a minha prática, onde devemos evidenciar as nossas ações através dos registos de forma a podermos contribuir para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Watson (1985), inúmeras variáveis afetam a vida e o bem-estar da pessoa, devendo ser considerados no quotidiano do cuidado de enfermagem. Estas variáveis podem ser externas e internas à pessoa, sendo ambas interdependentes. Ambas afetam igualmente tanto a saúde como a doença. Embora Watson considere que existem inúmeras variáveis, ela enfatiza as externas neste fator de cuidado, tais como: conforto, privacidade e segurança, além de um ambiente estético e limpo. A segurança é fundamental nos cuidados de enfermagem. O Enfermeiro interessado na segurança do doente fica alerta para as causas que a ameaça, medidas básicas de segurança incluem controlo da infecção, entre eles a lavagem das mãos, cuidado com a pele, técnicas de isolamento, métodos de limpeza e práticas de esterilização (WATSON, 1985). Corroborando a OE, os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional (OE,2006, p.9). Neste contexto, assisti a reuniões do Grupo de Gestão de Risco, onde pude constatar que os elementos da equipa tem como função desenvolver e

implementar mecanismos formais para a participação imediata de todos os incidentes, avaliação das consequências potenciais e investigação das causas, para a determinação de falhas no sistema, sem atribuição de culpa. Permite uma melhoria da qualidade na prestação de cuidados e promove a segurança para profissionais e utentes, ao identificar falhas, concordando com a OE (2011) quando afirma que é um desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de Enfermagem, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.

Relativamente à área de consultadoria e apoio, tive a oportunidade de participar numa reunião referente a um concurso sobre resíduos hospitalares, onde se procedeu à análise das propostas apresentadas pelas empresas concorrentes face ao caderno de encargos proposto pelo hospital. Esta experiência permitiu-me perceber como se realizavam os concursos a nível hospitalar, adquirir conhecimentos sobre a legislação que suporta esta atividade que permite a aquisição de bens e serviços para a instituição.

Procedi, em colaboração com a Enf. Orientadora, à revisão de normas de procedimento efetuada pelos enfermeiros de um serviço do Hospital de Faro, sobre Cateter Venoso Central, especificamente sobre as intervenções de enfermagem na sua inserção e manutenção. Esta revisão permitiu atualizar os meus conhecimentos com base na evidência científica (consulta de recomendações nacionais e internacionais), e contribuir para a uniformização, qualidade e segurança dos cuidados.

A CCI, integrado no seu plano de ação desenvolve um plano de formação ao longo do ano, dirigido a todos os profissionais. O plano de formação inclui a formação inicial e a formação contínua dos profissionais do Hospital de Faro. As primeiras integradas no acolhimento a novos colaboradores da instituição, as segundas como objetivo de atualização de conhecimentos e apresentação de resultados de vigilância epidemiológica. Até 2012 este plano incluía os profissionais das carreiras: médica, enfermagem, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Em 2013 incluirá ainda os assistentes técnicos. Assim, este programa de formação permite divulgar pelos profissionais as práticas adequadas e capacita-los para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. Assisti a formação sobre a Prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde ministrada ao serviço de alimentação, onde pude constatar a dificuldade que estes profissionais sentem no que concerne aos mecanismos de transmissão de microrganismos. Nesta sessão foram reforçadas as

medidas de isolamento bem como as precauções básicas. Relativamente à formação sobre a Prevenção da Infecção Nosocomial Associada aos Cuidados de Saúde no Pré-hospitalar, ministrada pela Enf. Chefe Ana Dora aos elementos da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, pude testemunhar as dificuldades sentidas por estes profissionais no que concerne a desinfeção de material e aos equipamentos de proteção individual. Outra formação a que pude intervir foi sobre as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde para a equipa médica, na qual foi abordada principalmente as infeções do trato urinário, pneumonia associada aos cuidados de saúde, bem como o processo de colheita de espécimes para bacteriologia. Assim, as atividades formativas são de grande importância na atualização de temáticas, na comunicação de novas recomendações e na solidificação de conhecimentos, conduzindo a uma melhoria das práticas. A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2008). A Organização Mundial de Saúde (2006) também reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade. Quanto à formação inicial sobre a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde para médicos internos de ano comum, contribui para a clarificação de dúvidas referente à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical e da infeção associada a cateter vascular. Foi uma experiência gratificante onde pude **mobilizar e aplicar conhecimentos adquiridos** ao longo dos 7 anos como enfermeira, permitindo demonstrar a minha capacidade de articulação de informação, constatei também a importância que este tipo de formação inicial tem para a prevenção da infeção, bem como para a sensibilização para as práticas adequadas. Para além de participar nas várias atividades desenvolvidas, em cada uma das áreas de intervenção da equipa de enfermagem da CCI, desenvolvi simultaneamente atividades para a concretização dos objetivos pessoais.

Ainda durante o estágio foi-me proposto assistir as V Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infecção (Apêndice IV), pude contactar que as apresentações efetuadas foram bastante pertinentes e que evidenciaram uma conjugação de recursos com evidência científica de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da elaboração da recomendação para a Prevenção da Infecção respiratória associada aos cuidados de saúde

Uma das áreas de intervenção da Comissão de Controlo de Infecção é a elaboração de recomendações de práticas adequadas com o objetivo de uniformizar práticas de prestação de cuidados e contribuir para uma melhoria contínua da qualidade.

A Pneumonia associada à ventilação (PAV) é uma infecção respiratória adquirida em ambiente hospitalar que se desenvolve como consequência da entubação traqueal para efetuar ventilação mecânica invasiva, estes doentes manifestam um maior risco de contrair a pneumonia por apresentarem as suas defesas alteradas (PNCI, 2004). A Pneumonia Nosocomial é um tema de crescente atualidade e preocupação dos profissionais de saúde. Trata-se da segunda infecção nosocomial mais frequente (após a infecção urinária) e a que apresenta maior mortalidade. (Froes, 2007)

Com base no Inquérito de Prevalência de Infecções (IPI) de 2009 a distribuição da Infecção da Vias respiratórias constitui 34,6% das Infecções Nosocomiais por localização. Relativamente a 2010 representam 33,2% das Infecções Nosocomiais por localização. No Hospital de Faro, de acordo com o IPI de 2012, a infecção respiratória é a infecção nosocomial mais prevalente. Os resultados sugerem que é necessário intensificar a vigilância e implementar medidas de prevenção e controlo de infecção.

Watson crê que a Enfermagem diz respeito à promoção e recuperação da saúde e à prevenção da doença (Watson,1988). Perante esta realidade, várias sociedades científicas e grupos de peritos têm divulgado recomendações para a abordagem diagnóstica, terapêutica e preventiva da pneumonia nosocomial. A otimização e implementação de *guidelines*, de estratégias periodicamente atualizadas são fundamentais para mudar e melhorar comportamentos na equipa de saúde que presta cuidados a estes doentes. O controlo da infecção é inerente ao processo de cuidar, como Hesbeen (2000,p.10) afirma, “*cuidar* designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde.”

Simple procedimentos como: manutenção da cabeceira do doente entre 30 e 45 graus para reduzir o risco de aspiração, formação/informação dos profissionais de saúde, remoção dos dispositivos invasivos assim que possível, higiene das mãos e uso de equipamento de proteção individual, aspiração traqueal adequada, individualização

de equipamentos entre doentes, limpeza/desinfecção adequada do equipamento de terapêutica respiratória, adequado manuseamento do circuito externo do ventilador, nebulização estéril e interrupção da dieta em manobras de aspiração contribuem para redução da pneumonia nosocomial associada à ventilação mecânica. A realização da recomendação sobre a Pneumonia associada aos cuidados de saúde (Apêndice V) e sobre a Pneumonia associada a ventilação mecânica (Apêndice VI) foi uma mais-valia, permitindo adquirir conhecimentos sobre a prevenção da infeção respiratória associada aos cuidados de saúde e **contribuir para práticas adequadas de prevenção e controlo de infeção junto dos pares.**

Este estágio, na Comissão de Controlo de Infecção, apresentou-se como um excelente campo de aprendizagem com uma dinâmica pró-ativa na prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde no Hospital de Faro, verificada através das suas variadas intervenções ao contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como assegurar a segurança dos doentes internados, uma vez que estes estão mais suscetíveis a contrair infeções associados aos cuidados de saúde. A Comissão de Controlo de Infecção, **permite refletir sobre a prevenção e controlo de infeção como um todo**, é apenas em interligação com os diferentes serviços desta instituição que se consegue levar a cabo essa árdua tarefa. **Promoveu a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível da prevenção e controlo da infeção**, uma área que tem como objetivo a qualidade dos cuidados prestados.

De referir que não foi possível desenvolver o tema da revisão Sistemática da Literatura neste capitulo de estágio devido a não se enquadrar neste contexto. Para colmatar esta limitação, foi realizada revisão de normas para prevenção da infeção e desenvolvida a temática da Pneumonia associada aos cuidados de saúde muitas vezes associada ao tema inicial.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório ajudou-me a refletir sobre este período de formação que está em fase de conclusão. As competências adquiridas, os novos conhecimentos alcançados, contextualizados às atividades realizadas nos campos da prática clínica, serviram sobretudo para adquirir uma nova visão da minha prática diária. Importa refletir sobre esta nova aprendizagem, pois os fenómenos passam por nós, e com alguma frequência temos dificuldades em interpreta-los, o motivo, é o fato de não estarmos despertos ou não dispor de outros conhecimentos que não sejam os da nossa prática, corrompida pela rotina de tarefas pré-programadas. Interessa sobretudo que os ganhos pessoais se reflitam na estrutura dinâmica de prestação de cuidados onde me integro e principalmente na melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

O percurso não esteve isento de algumas contrariedades, nomeadamente a dificuldade na realização de estágios em algumas unidades hospitalares bem como a distância, fator importante na consecução deste caminho, implicando um esforço pessoal e profissional acrescido, comprometendo a disponibilidade para investigar. Apesar desta contrariedade, os campos de prática clínica, onde posteriormente realizei estágio revelaram-se de uma riqueza ímpar, pelas suas características específicas, pelas capacidades pedagógicas e científicas da generalidade dos enfermeiros e principalmente porque pude observar atitudes de um cuidados de qualidade, respeitando a individualidade do doente, com manifesta preocupação pelo conforto, pelo ambiente seguro, pelo repouso. Para Watson (2002, p.55), “Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas competências”.

Face ao exposto, o projeto de estágio funcionou como fio condutor a toda a prática clínica, considero ter atingido os objetivos a que me propus na sua plenitude e ter desenvolvido as competências intrínsecas ao enfermeiro especialista projetadas no plano de estudos do curso. Para esse sucesso contribuiu a minha personalidade, onde se evidencia o espírito de iniciativa e de grupo e a tenacidade, embora acompanhada de assertividade, assim como a disponibilidade e orientação tutorial.

Em relação à minha contribuição para os diversos campos de estágio, considero que deixei a minha marca em todos eles, há que destacar as formações desenvolvidas sobre a Via Verde Sépsis, Prevenção da Infecção no Local Cirúrgico, bem como a recomendação sobre a Prevenção da Pneumonia, dando-me assim uma motivação extra para implementação de novos projetos para a melhoria dos cuidados prestados, baseados em evidência científica, assim como desenvolver o espírito crítico dos pares, de forma a contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados prestados nos respetivos contextos.

Esta etapa proporcionou-me a aquisição e desenvolvimento de competências em diferentes áreas, particularmente: comunicação, conhecimento, prestação de cuidados, gestão, formação/investigação e supervisão. Facultou, ainda, deter a noção das distintas realidades e das dificuldades sentidas pelos enfermeiros, bem como uma partilha de saberes, de experiências e de reflexão sobre diversos aspetos nomeadamente: a minha prestação, aspetos positivos e negativos de cada experiência vivenciada e diferentes aspetos éticos, socioeconómicos e culturais vivenciados pelo doente. Este, é o culminar de um longo caminho de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal que, face as competências adquiridas e apesar das dificuldades sentidas, deveras contribuiu para aperfeiçoar o meu desempenho profissional.

A título de sugestão para o futuro gostaria de realçar o que já foi referido anteriormente, o facto de a escolha dos locais de estágio ser distante do lugar onde desempenhamos funções e do qual residimos, revelando-se uma problemática para a consecução deste percurso.

BIBLIOGRAFIA

ALEIXO, Fernando. 2007. *Unidade de Cuidados Intensivos – Manual de Enfermagem.* s.l. : Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, 2007. p. 30.

ANGUS, D., Linde-Zwirble, W. e Lidicker, J. et al. 2001. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med.* 2001, Vol. 29, pp. 1303-1310.

BENNER, Patricia. 2001. *De iniciado a Perito.* Lisboa : Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BENNER, Patrícia. 2005. *De iniciado a perito.* Coimbra : Quarteto, 2005. ISBN 989-558-052-5..

—. **2005.** *De iniciado a Perito.* Coimbra : Quarteto, 2005. ISBN 989-558-052-5..

BEZERRA, A., Tranquitelli, A., Monetta, L. e 78-81, 120(3):. 1993. Análise do nível de satisfação de enfermeiras que atuam em unidade de terapia intensiva, frente a comunicação não-verbal com o paciente crítico. *Rev An Paul Med Ci.* 120, 1993, Vol. 3, pp. 78-81.

CHERTOW, G., et al. 1995. Prognostic stratification in critically ill patients with acute renal failure requiring dialysis. *Archives of Internal Medicine.* Julho de 1995, Vol. 155, pp. 1505-1511.

CINTRA, E. 2008. *Assistencia de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo.* São Paulo : Atheneu, 2008.

COUTO, R., T., Pedrosa e Nogueira, J. 1999. *Infecção Hospitalar: epidemiologia e controle.* 2º Edição. Rio de Janeiro : Medsi, 1999.

DELLINGER, R. e Levy, M. et al. 2010. The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. *Intensive Care Med.* 2010, Vol. 36, pp. 222–231.

DELLINGER, R., Levy, M. e Carlet, J. et al. 2008. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock—2008. *Crit Care Med.* 2008, Vol. 36, pp. 296-327.

DEODATO, Sérgio. 2004. A Excelência do Exercício: Perspectiva Ética e Deontológica. *Revista Da Ordem dos Enfermeiros.* Dezembro de 2004, Vol. 15, p. 29.

DREYFUS, H., Dreyfus, S. e Benner, P. 1996. *Implications of the phenomenology of expertise for teaching and learning everyday skilful ethical comportment.* 1996. pp. 258-279. Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A.(1996). Expertise

in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics. New York, Springer Publishing Company..

—. **1996.** *Implications of the phenomenology of expertise for teaching and learning everyday skilful ethical comportment.* 1996. pp. 258-279. [in] Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A.(1996). Expertise in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics. New York, Springer Publishing Company..

DREYFUS, H., Dreyfus, S.. e Benner, P. 1996. *Implications of the phenomenology of expertise for teaching and learning everyday skilful ethical comportment.* 1996. pp. 258-279. Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A.(1996). Expertise in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics. New York, Springer Publishing Company..

DUBAR, C. 1997. *A Socialização.* Lisboa : Porto Editora,Lda, 1997.

ENFERMEIROS, ORDEM DOS. 2010. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Lisboa : s.n., 2010.

—. **2010.** *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Lisboa : s.n., 2010.

—. **2011.** REPE E Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Online] 2011. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf.

—. **2006.** *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente.* 2006.

FELIX, V., et al. 1997. *Terapia intensiva adulto.* São Paulo : Sarvier, 1997.

FERREIRA DA ROCHA, A. et al. 1996. Relação teoria-prática na formação de enfermeiros (III). Agosto de 1996, Vol. 8, pp. 29-33.

FONTANA, R. 2006. As infecções hospitalares e a evolução das infecções. *Revista Brasileira Enfermagem.* 5, 2006, Vol. 58, pp. 703-706.

FORTIN, M., CÔTÉ, J. e FILION, F. 2009. *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FROES, F. e al], [et. 2007. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE PNEUMONIA NOSOCOMIAL, Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Pneumologia.* 3, 2007, Vol. 13, pp. 7-30.

GERBER, KARIN. 2010. Surviving sepsis: a trust-wide approach. A multi-disciplinary team approach to implementing evidence-based guidelines. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care.* 3, 2010, Vol. 15.

- GIULIANO, K., Lecardo, M. e Staul, L. 2011.** Impact of Protocol Watch on Compliance with the Surviving Sepsis Campaign. *American Journal Of Critical Care*. 4, July de 2011, Vol. 20.
- GONÇALVES, V. 2008.** Anotação de Enfermagem. In:Cianciarullo, T., Gualda, D., Milleiro, M., Anabuki,M. Sistema de Assistencia de Enfermagem: evolução e tendência. 4ª Edição, 2008, pp. 221-229.
- HESBEEN, Walter. 2000.** *Cuidar no hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures : Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
- HESBEEN, Walter. 2001.** *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures : Lusociência, 2001. p. 220. ISBN 972-8383-20-7.
- HOSPITAL FERNANDO DA FONSECA, EPE.** HOSPITAL FERNANDO DA FONSECA. [Online] [Http://www.hff.min-saude.pt](http://www.hff.min-saude.pt).
- . INTRANET. [Online] HFF, intranet 2012.
- LE BOTERF, G. 1994.** odolos de aprendizagem em alternância na comunidade: Cinco desafios a enfrentar. 10, Fev./Abr. de 1994, pp. 40-46.
- MAHAVANAKUL, W. e Nickerson, E. et al. 2012.** Feasibility of Modified Surviving Sepsis Campaign Guidelines in a Resource-Restricted Setting Based on a Cohort Study of Severe S. Aureus Sepsis. *PLoS ONE*. 2, February de 2012, Vol. 7.
- MARTINS, M. 2005.** *Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle*. 2ª Edição. Rio de Janeiro : Médica e Científica Ltda, 2005.
- MORENO, R. e Morais, P. 1997.** On behalf of the Severity Scoring Systems Study Groups of the Portuguese Intensive Care Society and the Portuguese Society of Internal Medicine. Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*. 1997, Vol. 113, pp. 752-758.
- N.º111/2009, LEI. 2009.** Código Deontológico dos Enfermeiros. *Diário da Republica I Serie A*. 16 de Setembro de 2009.
- NEEDLEMAN, Ian. 2002.** A guide to systematic reviews. *Journal of Clinical Periodontology*. 3, 2002, Vol. 29, pp. 6-9.
- NGUYEN, H. et al. 2000.** Critical care in the emergency department: a physiologic assessment and outcome evaluation. *Acad Emerg Med*. 2000, Vol. 7, pp. 1354-1361.
- PLEXMAN, KAREN. 2011.** Nurses Making a Difference. *American Journal of Critical Care*. 6, November de 2011, Vol. 20.

- PÓVOA, P. et al. 2009.** Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. Results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study. *Crit Care Med.* 2009, Vol. 37, pp. 410-416.
- RIBEIRO, L. 1995.** *Cuidar e tratar em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral.* Lisboa : Educa, 1995. p. 109.
- RODEIA, J. 1993.** Registos de Enfermagem. *Revista Servir.* nº2, Março/ Abril de 1993, Vol. 41.
- SÁ, T. e Machado, L. 2006.** Comunicar com Doentes Ventilados. *Revista Sinais Vitais.* 67, 2006, pp. 29-34.
- SARMENTO, G. 2007.** *Fisioterapia Respiratória no Paciente Crítico: Rotinas Clínicas.* 2ª Edição. São Paulo : Manole, 2007.
- SAÚDE, DIREÇÃO GERAL DA. 2003.** *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.* Lisboa : s.n., 2003.
- **2009.** *Inquérito Nacional de Prevalência da Infecção.* Lisboa : s.n., 2009.
- **2010.** *Inquérito Nacional de Prevalência da Infecção.* Lisboa : s.n., 2010.
- **2008.** *Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Associado aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização.* Lisboa : s.n., 2008.
- **2007.** *Programa Nacional de Prevenção e Controlode Infecção Associados aos Cuidados de Saúde.* Lisboa : s.n., 2007.
- SAÚDE, DIRECÇÃO GERAL DA. 2005.** *Carta dos direitos do doente internado.* Lisboa : s.n., 2005.
- **2010.** *Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis.* Lisboa : s.n., 2010.
- SAÚDE, DIRECÇÃO-GERAL DA. 2005.** *Carta dos direitos do doente internado.* Lisboa : s.n., 2005.
- **2010.** *Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis.* Lisboa : s.n., 2010.
- **2003.** *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.* Lisboa : s.n., 2003.
- **2009.** *Inquérito Nacional de Prevalência da Infecção.* Lisboa : s.n., 2009.
- **2010.** *Inquérito Nacional de Prevalência da Infecção.* Lisboa : s.n., 2010.
- **2008.** *Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Associado aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização.* Lisboa : s.n., 2008.
- **2007.** *Programa Nacional de Prevenção e Controlode Infecção Associados aos Cuidados de Saúde.* Lisboa : s.n., 2007.

- SAÚDE, MINISTÉRIO DA. 2004.** *Recomendações para Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado - PNCI.* [ed.] Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa : s.n., 2004. p. 22.
- SEMELTZER, S. e BARE, B. 2005.** *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico.* 10. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005. Vol. 1.
- SEPSIS, SURVIVING.** [Online] <http://www.survivingsepsis.org>.
- SHEEHY, Susan. 2001.** *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática.* 4ª Edição. Loures : Lusociência, 2001. p. 877. ISBN 972-8383-16-9.
- SILVA, A. e Lage, J. 2010.** *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* Coimbra : Formasau, 2010. 9789898269119.
- SUAREZ, D. e Ferrer, R. et al. 2011.** Cost-effectiveness of the Surviving Sepsis Campaign protocol for severe sepsis: a prospective nation-wide study in Spain. *Intensive Care Med.* December de 2011, Vol. 37, pp. 444–452.
- SUG. 2005.** *Manual de Integração dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral.* Almada : Hospital Garcia de Orta, EPE, 2005.
- THELAN, L. e al, et. 2008.** *Enfermagem em Cuidados Intensivos, diagnóstico e intervenção.* 5ª Edição. Lisboa : Lusodidacta, 2008.
- TOMEY, A. ALLIGOOD, M. 2004.** *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).* 5ª Edição. Loures : Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.
- TRAUMA, MANUAL DE. 2009.** 5ª Edição. Damaia : LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2009. p. 183. ISBN 978-972-8930-52-3.
- WATSON, J. 2002.** *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – uma Teoria de Enfermagem.* Loures : Lusociência, 2002.
- WATSON, Jean. 2002.** *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – uma Teoria de Enfermagem.* Loures : Lusociência, 2002.
- . **1985,1988.** *Nursing: human science and human care: a theory of nursin.* East Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1985,1988.
- . **1979.** *Nursing: The Philosophy and Science of Caring.* Boulder : Associated University Press, 1979.
- WHO. 2006.** [Online] 2006. <http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>.
- . **2005.** World Alliance for Patient Safety. Who guidelines on hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hands. [Online] 2005. <http://www.who.int/patientsafety>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Ação de formação sobre a Infecção do Local Cirúrgico


CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais




PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA EPE HOSPITAL

Daniela Louro

Prevenção da Infecção do Local Cirúrgica

As Infecções do Local Cirúrgico (SSI) surgem quando suficientes microrganismos entram no local cirúrgico durante o procedimento para oprimir os mecanismos de defesa natural do hospedeiro. Estes microrganismos podem ser provenientes: da pele do doente, da contaminação de pessoal na sala de operações, de instrumentos inadequadamente descontaminados ou através do sangue quando o doente tem uma infecção pré-existente.

- IPI 2009 SSI constitui 12,2% das Infecções Nosocomiais, tendo aumentado para 14,3% em 2010.
- Constituem 56,9% das infecções Nosocomiais a nível Nacional
- Maior risco de aquisição identificados UCI, Serviços cirúrgicos (IPI, 2010)

 	Tipo de Documento: Política - PG <input type="checkbox"/> Procedimento - PR <input type="checkbox"/> Protocolo - PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho - IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento Tipo de Documento (N.º/Qualificação Códica e Emisor)		
	Título: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico	Código Emisor: ABCDE	N.º: 0000	Versão: 00	
Emissor:					

FATORES DE RISCO



PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

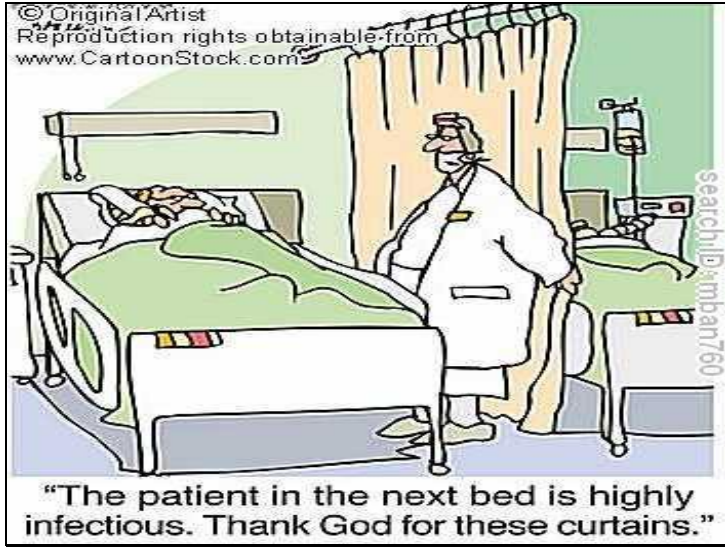
- Deve ser realizado o rastreio para a avaliação do risco de MRSA na admissão do doente, realizando zaragatoas nasal e perineo. Se for positivo deve-se proceder ao isolamento, descolonização e administração de antibioterapia adequada.
- Planear curtas estadias pré operatórias
- Identificar e tratar todas as infeções pré operatórias. Considerar o adiamento da cirurgia eletiva
- Evitar tricotomia, se for necessária utilizar cremes depilatórios ou cortar os pelos. Evitar o uso de lâminas.
- Assegurar o controlo ideal da glicose
- Promover a abstinência tabágica
- Assegurar que o banho é realizado no dia da cirurgia de preferência, ou no dia anterior. Utilizar Sabão ou cloro-hexidina
- Administrar antibioterapia prescrita nos 60 minutos antes da incisão na pele, ou 2 horas antes se for administrada Vancomicina

PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO

- Usar gluconato de cloro-hexidina 2% em solução alcoólica isopropilica a 70% para desinfeção da pele. Usar iodopovidona se o doente for sensível. Deixar secar ao ar.
- Assegurar que a temperatura do corpo do paciente é mantida acima dos 36°C no período peri-operatório (excepto doentes cardíacos).
- Assegurar que o nível de glicose nos pacientes diabéticos é mantido abaixo dos 200 mg/dl durante a operação.
- Manter saturação de Oxigénio acima dos 95%
- Colocar uma compressa estéril sobre a sutura no final da cirurgia (Película semipermeável).
Assegurar que o penso permanece fechado por 48 horas após a cirurgia, a menos que clinicamente indicado.

PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

- Manter penso na sutura durante 48 horas após a cirurgia, a menos que clinicamente indicado.
- Utilizar técnica asséptica para realizar o penso, ou quando este se encontrar repassado, independentemente do uso de EPI.
- Higienizar as mãos antes de cada realização do penso.
- Remover os dispositivos invasivos, como drenos, quando clinicamente indicado.
- Os profissionais devem manter as unhas curtas, sem verniz e não usar unhas de gel.
- Realizar registos claros e concisos





Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica



PLANO DE SESSÃO

1. Identificação da Ação

Data	20 Junho 2012
Local	Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca
Tema	Prevenção da Infecção do Local Cirúrgica
Destinatários	Enfermeiros do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais
Tempo previsto	1 Hora

2. Objetivo Geral

Divulgar aos Enfermeiros do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais a temática em questão de forma a contribuir para a prestação de cuidados de excelência

3. Objetivo específico

- a) Advertir para medidas de prevenção de infecção do local cirúrgico

4. Materiais e equipamentos a utilizar

- Apresentação PowerPoint
- Projetor de imagem

5. Conteúdos programáticos

- O que se entende por Infecção do Local Cirúrgico
- Dados do Inquérito de Prevalência de 2009
- Fatores de risco
- Período Pré-operatório
- Período Intraoperatório
- Período Pós-operatório

6. Metodologia

- Método expositivo com apresentação em PowerPoint
- Métodos ativos (Discussão)

7. Avaliação


Utilização de um questionário de avaliação da instituição, pelo facto de ser um questionário comum a todos os profissionais, facilitando a avaliação da formação

Aspetos a considerar

Conteúdo	Metodologia	Material e equipamento	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">○ Apresentação;○ Objetivos e metodologia;○ Introdução ao tema.	Método expositivo	Computador (Apresentação PowerPoint) Projektor	Instrumento de avaliação	10Min
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none">○ O que se entende por Infeção do Local Cirúrgico○ Dados do Inquérito de Prevalência de 2009○ Fatores de risco○ Período Pré-operatório○ Período Intraoperatório○ Período Pós-operatório	Método expositivo e Método participativo	Computador (Apresentação PowerPoint) Projektor	Discussão	20 Min
Conclusão <ul style="list-style-type: none">○ Período para questões e dúvidas○ Síntese da sessão	Método expositivo e Método participativo Período para esclarecimento de dúvidas Síntese conclusiva	Computador (Apresentação PowerPoint) Projektor	Preenchimento de questionário de avaliação da sessão	30 Min

APÊNDICE II

Norma de procedimento Sobre a Infecção do Local Cirúrgico

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código o Emissor)		
	Título: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor:		ABCDE	0000	00

1. Objetivo

- a) Otimizar o período operatório, minimizando o risco de infecção do local cirúrgico
- b) Uniformizar qualidade nos cuidados operatórios

2. Âmbito

Enfermeiros

3. Definições e Siglas

MRSA **Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus**

CDC *Centers for Disease Control*

EPI Equipamento de Proteção Individual

HPS *Health Protection Scotland*

Infecção do Local Cirúrgico

As Infecções do Local Cirúrgico surgem quando suficientes microrganismos entram no local cirúrgico durante o procedimento para oprimir os mecanismos de defesa natural do hospedeiro. Estes microrganismos podem ser provenientes: da pele do doente, da contaminação de pessoal na sala de operações, de instrumentos inadequadamente descontaminados ou através do sangue quando o doente tem uma infecção pré-existente.

4. Descrição

4.1. Pontos importantes

4.1.1. Fatores de risco

- a) Doente imunocomprometido (por drogas, quimioterapia ou diabetes) tem uma pré-disposição à infecção
- b) Desnutrição ou obesidade
- c) Aumento do tempo peri-operatório, longa permanência pré-operatório
- d) Tabagismo

4.1.2. Período pré-operatório

- a) Deve ser realizado o rastreio para a avaliação do risco de MRSA na admissão do doente, realizando zaragatoas nasal e períneo. Se for positivo deve-se proceder ao isolamento, descolonização e administração de antibioterapia adequada.
- b) Planear curtas estadias pré operatórias

- c) Identificar e tratar todas as infeções pré operatórias. Considerar o adiamento da cirurgia eletiva
- d) Evitar tricotomia, se for necessária utilizar cremes depilatórios ou cortar os pêlos. Evitar o uso de lâminas.
- e) Assegurar o controlo ideal da glicose
- f) Promover a abstinência tabágica
- g) Assegurar que o banho é realizado no dia da cirurgia de preferência, ou no dia anterior. Utilizar Sabão ou cloro-hexidina
- h) Administrar antibioterapia prescrita nos 60 minutos antes da incisão na pele, ou 2 horas antes se for administrada Vancomicina.

4.1.3. Período intraoperatório

- a) Usar gluconato de cloro-hexidina 2% em solução alcoólica isopropílica a 70% para desinfeção da pele. Usar iodopovidona se o doente for sensível. Deixar secar ao ar.
- b) Assegurar que a temperatura do corpo do paciente é mantida acima dos 36°C no período peri-operatório (excetuo doentes cardíacos).
- c) Assegurar que o nível de glicose nos pacientes diabéticos é mantido abaixo dos 200 mg/dl durante a operação.
- d) Manter saturação de Oxigénio acima dos 95%
- e) Colocar uma compressa estéril sobre a sutura no final da cirurgia (Película semipermeável). Assegurar que o penso permanece fechado por 48 horas após a cirurgia, a menos que clinicamente indicado.

4.1.4. Período pós-operatório

- a) Manter penso na sutura durante 48 horas após a cirurgia, a menos que clinicamente indicado.
- b) Utilizar técnica asséptica para realizar o penso, ou quando este se encontrar repassado, independentemente do uso de EPI.
- c) Higienizar as mãos antes de cada realização do penso.
- d) Remover os dispositivos invasivos, como drenos, quando clinicamente indicado.
- e) Os profissionais devem manter as unhas curtas, sem verniz e não usar unhas de gel.
- f) Realizar registos claros e concisos

5. Documentos relacionados

PR.0201/T.CCIH - Técnica Asséptica

PR.0276/T.CCIH - Higienização das Mãos

6. Referências de suporte

CENTERS FOR DISEASE CONTROL - Prevention of site surgical infection Disponível:
<http://www.cdc.gov/nhsn/CPTcodes/ssi-cpt.html>

HEALTH PROTECTION SCOTLAND – Guidelines for the prevention of site surgical infection, 2012

Disponível:

<http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infectioncontrol/evidenceforcarebundles/literaturereviews/ssireview.pdf>

<http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/bundles/ssi/ssi-fishbone.doc>

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
10/06/2012	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	8 de 3
	Assinatura		Assinatura		

APÊNDICE III

Ação de formação sobre a Via Verde Sépsis



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



VIA VERDE SÉPSIS

Daniela Louro

Enf. Orientadora: Cristina Baltazar

Tutor: Prof. Doutor Sérgio Deodato



Almada, 2012

Prevalência da Sépsis em Portugal

Dados portugueses (DGS,2010) indicam que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devido a Sépsis adquirida na comunidade. Os quais originam uma mortalidade hospitalar global de cerca de 40%,



A mortalidade das formas mais graves de Sépsis, nomeadamente do choque séptico, atinge 51%. (Póvoa PR et al, 2009)

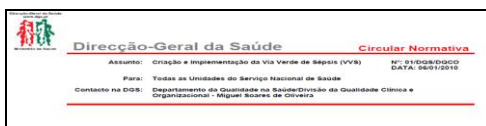
Hoje em dia, por cada hora que demoramos a administrar os antibióticos adequados, há uma redução de 7.6% na sobrevivência. (DGS,2010)

Via Verde Sepsis



Surviving Sepsis Campaign (SSC) foi criada em 2004 para melhorar os resultados (diminuir 25% da mortalidade) nos pacientes com sepsis grave ou choque séptico. As normas foram atualizadas em 2008 através de métodos baseados em evidências.

Neste sentido, a DGS (2010) através da adaptação de orientações internacionais existentes, validadas por um grupo de peritos, determina, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação, a nível nacional, da Via Verde da Sepsis.



Nível 1: Serviços de Urgência SEM Cuidados Intensivos

(SU Básicos e SU Médico-cirúrgicos de Hospitais que não possuam Unidades de Cuidados Intensivos)

Nível 2: Serviços de Urgência COM Cuidados Intensivos

(SU Médico-cirúrgicos que possuam Unidades de Cuidados Intensivos e SU Polivalentes).

Os SU de Nível 1

Identificam doentes com suspeita de infeção

Tabela 1: Critérios de Presunção de Infeção

- Tosse + (dispneia ou dor pleurítica)
- Dor lombar + (disúria ou polaquiúria)
- Dor abdominal ou icterícia
- Diminuição aguda do nível de consciência
- Cefaleias + vômitos
- Sinais inflamatórios cutâneos extensos
- Critério clínico do responsável

Tabela 3: Critérios de SIRS

- Frequência Cardíaca > 90 bpm
- Frequência respiratória > 20 cpm
- Temperatura corporal < 36°C ou > 38°C

PELO MENOS 2 CRITÉRIOS →

Tabela 2: Exames complementares iniciais

- Hemoculturas
- Outros exs microbiológicos de acordo com o foco provável de infeção
- Gasimetria de sangue arterial
- Hemograma com plaquetas (se possível com % de neutrófilos imaturos)
- Ionograma, ureia, creatinina, glicose e PCR
- RX pulmonar na suspeita de foco respiratório
- Estudo da coagulação (se disponível)

devem ser enviadas com o doente e a equipa de transporte para o hospital de nível 2.

- A instituição de antibioterapia adequada
- O início de reposição de volémia
- A referência e transporte para centro de NÍVEL 2.

Os SU de Nível 2

Deve estar sempre presente no SU um responsável pela VVS, explicitamente nomeado, baseado em critérios de cada hospital. Terá a seu cargo o cumprimento do algoritmo e a decisão de transferência.

Passo 1: Passo de identificação de caso-suspeito de sepsis.

TRIAGEM DE PRIORIDADES



Passo 2: Confirmação médica de caso-suspeito de sepsis, de existência de hipoperfusão e de ausência de critérios de exclusão.

- o Reavaliação do doente por um médico do SU, para confirmar suspeita clínica de infeção,
- o Avaliar se existe hipoperfusão grave, traduzida por hipotensão (TAS < 90mmHg) ou por lactato (> 4mmol/l), e se não existem critérios de exclusão da VVS

Critérios de Exclusão da VVS
- Gravidez
- ICC descompensada / Síndrome coronário agudo
- Doença cerebrovascular aguda
- Hemorragia digestiva activa
- Estado de mal asmático
- Politrauma / grandes queimados
- Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico

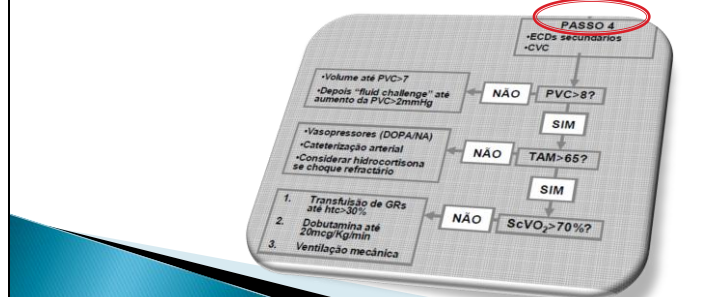
Os doentes com confirmação médica da suspeita clínica de infeção e hipoperfusão passam, não havendo critérios de exclusão, para **O TERCEIRO PASSO**.

Passo 3: Algoritmo terapêutico

Os dois objetivos fundamentais são a administração de antibioterapia adequada e a otimização da entrega tecidual de oxigênio

6 Horas

- Pressão venosa central (PVC) > 8 mmHg (ou 12 em doentes ventilados),
- Tensão arterial média (TAM) > 65 mmHg,
- Saturação venosa central de oxigênio (ScvO₂) > 70%.



Guidelines 2012

- Uso de **crystalóides** para reposição de volêmia para pessoas com Sepsis grave (1L ou mais de crystalóides de fluido inicial e um mínimo de 30ml/kg nas primeiras 4-6 horas)
- Recomendam **Noradrenalina** como primeira escolha para terapia vasopressora
- **Dobutamina** é fortemente recomendada para doentes com baixo débito cardíaco, sinais de hipoperfusão após restabelecimento da TA com reposição volêmia

Bibliografia

- <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/crrneu.htm>
- <http://www.dgs.pt>
- Póvoa PR et al. Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. Results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACIUCI study). Crit Care Med 2009; 37: 410-6
- <http://www.survivingsepsis.org>
- Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med. 2008;36(1):296-327.
- Friswell, Andrea C. Pulmonary Reviews. May2012, Vol. 17 Issue 5, p1-5. 2p



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica



PLANO DE SESSÃO

8. Identificação da Ação

Data	31 Outubro 2012
Local	Hospital Garcia de Orta – Serviço de Urgência Geral
Tema	Via verde Sepsis
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta
Tempo previsto	1 Hora

9. Objetivo Geral

Divulgar aos Enfermeiros do Serviço de Urgência a temática em questão de forma a contribuir para a prestação de cuidados de excelência

10. Objetivo específico

- b) Conhecer o papel do enfermeiro na deteção precoce da sepsis

11. Materiais e equipamentos a utilizar

- Apresentação PowerPoint
- Projetor de imagem

12. Conteúdos programáticos

- Prevalência da Sepsis em Portugal
- O que se entende por “Via Verde Sepsis”
- Níveis de Responsabilidade na Via Verde Sepsis
- Triage de Doentes na Via Verde Sepsis
- Algoritmo Terapêutico para Estabilização Hemodinâmica

13. Metodologia

- Método expositivo com apresentação em PowerPoint

- Métodos ativos (Discussão)

14. Avaliação

Utilização de um questionário de avaliação da instituição, pelo facto de ser um questionário comum a todos os profissionais, facilitando a avaliação da formação

Aspetos a considerar

Conteúdo	Metodologia	Material e equipamento	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação; ○ Objetivos e metodologia; ○ Introdução ao tema. 	Método expositivo	Computador (Apresentação PowerPoint) Projetor	Instrumento de avaliação	10Min
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> ○ Prevalência da Sepsis ○ Via Verde Sepsis ○ Níveis de Responsabilidade ○ Triagem de Doentes ○ Algoritmo Terapêutico 	Método expositivo e Método participativo	Computador (Apresentação PowerPoint) Projetor	Discussão	20 Min
Conclusão <ul style="list-style-type: none"> ○ Período para questões e dúvidas ○ Síntese da sessão 	Método expositivo e Método participativo Período para esclarecimento de dúvidas Síntese conclusiva	Computador (Apresentação PowerPoint) Projetor	Preenchimento de questionário de avaliação da sessão	30 Min

APÊNDICE IV

**Certificado de presença nas V Jornadas da Associação Nacional de Controlo de
Infeção**

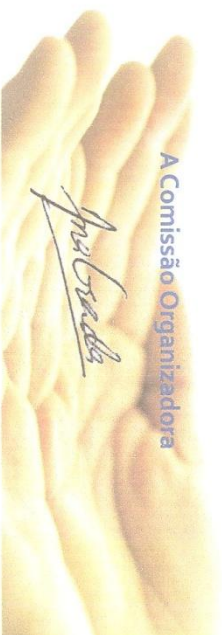
CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que:

DANIELA CRISTINA TEIXEIRA SILVA LOURO

esteve presente nas V Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infecção
"Promover, Monitorizar, Atuar" que decorreram no dia 23 de novembro de 2012, no Hotel
Olisippo Oriente, em Lisboa.

Lisboa, 23 de novembro 2012



A Comissão Organizadora
Daniela Cristina Teixeira Silva Louro

V Jornadas da ANCI – 23 de novembro de 2012


- Programa -

- **Resultados nacionais da vigilância de infeção nosocomial da corrente sanguínea**
- **Auditoria em Controlo de infeção: Realidade ou Utopia?**
 - Metodologia e instrumentos de auditoria
 - Auditoria ao reprocessamento em endoscopia digestiva
 - Auditoria às práticas na manutenção de cateteres centrais e periféricos
- **Sustentabilidade de Recursos e o Controlo de Infeção**
 - Custos versus benefícios em controlo de infeção
 - Construção de programas vigilância epidemiológica
 - Produção de indicadores transversais
 - Como escolher a SABA ideal?
- **Contributos da Investigação para a Prática em Controlo de Infeção**
 - Utilização de EPI pelos enfermeiros – práticas relacionadas com o uso de luvas
 - MRSA: percepção do risco e atitudes dos enfermeiros
 - Adesão dos profissionais ao cumprimento de medidas de contenção
- **Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC)**
 - Estudo de incidência e variáveis de risco
 - ILC em cirurgia cardiotorácica
 - Vigilância da ILC em cirurgia ambulatória

num total de 7 horas de formação.

APÊNDICE V

Recomendação sobre a Prevenção da Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde

	3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas 3.1 - Prevenção da infeção respiratória associada aos cuidados de saúde	Página 1 de 2
	RECOMENDAÇÃO	Versão: 1/2012
	PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE	N.º Identificador:3.3. A


I DEFINIÇÃO	Conjunto de recomendações, baseadas na evidência científica, que têm por objetivo prevenir a infeção respiratória associada aos cuidados de saúde.
------------------------	--

II CONSIDERAÇÕES GERAIS	Pneumonia associada aos cuidados de saúde – inflamação do parênquima pulmonar causada por agentes infecciosos não presentes ou em incubação no momento da admissão hospitalar, ocorrendo 48 a 72h após a mesma. A Pneumonia associada a cuidados de saúde ocorre 48 h após o internamento. Existe uma maior probabilidade em doentes imunologicamente comprometidos e com presença de dispositivos invasivos.
--	---

III AMBITO DE APLICAÇÃO	Área de adultos e pediátrica.
--	-------------------------------

IV OBJECTIVO	Prevenir a infeção respiratória associada aos cuidados de saúde. Promover a segurança do utente.
-------------------------	---


V GRAU DE EVIDÊNCIA DAS RECOMENDAÇÕES	Categoria IA- Fortemente recomendado para aplicação e fortemente suportado por estudos experimentais clínicos ou epidemiológicos. Categoria IB- Fortemente recomendado e suportado por alguns estudos clínicos ou epidemiológicos e fundamentação teórica. Categoria IC – Medidas recomendadas por outras Federações e Associações. Categoria II- Sugerida aplicação e suportado por estudos sugestivos clínicos ou epidemiológicos ou fundamentação teórica. A CCI sugere o cumprimento integral das recomendações, independentemente da classificação das mesmas.
--	--

	3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas 3.1 - Prevenção da infeção respiratória associada aos cuidados de saúde	Página 1 de 2
	RECOMENDAÇÃO	Versão: 1/2012
	PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE	N.º Identificador:3.3. A

VI PRECAUÇÕES BÁSICAS	HIGIENE DAS MÃOS	Como: Com água e sabão neutro/antisséptico se as mãos estão visivelmente sujas ou com solução antisséptica de base alcoólica se as mãos não estão visivelmente sujas.	CIA
		Quando: - antes e após contactar com o doente; - após o risco de exposição a fluidos orgânicos (sangue/urina/ vômitos/secreções respiratórias); - antes de realizar procedimentos invasivos; - após contactar com a unidade do doente; - antes e após contatar com equipamentos de terapêutica respiratória.	CIA
		A higiene das mãos deverá ser realizada independentemente do uso de luvas.	CIA

VI PRECAUÇÕES BÁSICAS	EQUIPAMENTO PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	LUVAS	Use luvas limpas se prevê contato com secreções respiratórias ou objetos contaminados com secreções respiratórias.	CIA
			Use luvas esterilizadas durante a aspiração de doentes imunodeprimidos graves e recém-nascidos, quando se utiliza um sistema de aspiração aberto.	CIA
			Retire as luvas e higienize as mãos: - entre doentes; - após contato com secreções respiratórias ou objetos contaminados com secreções respiratórias de um doente e antes de entrar em contato com outro doente, objeto ou superfície; - entre o contato com um local do corpo contaminado e o sistema respiratório ou material de terapêutica respiratória num mesmo doente.	CIA
		BATA	Se prevê risco de contato com secreções respiratórias, utilize uma bata impermeável .	CIB
			Retire a bata após contato com secreções e antes de prestar cuidados a outro doente.	CIB
MÁSCARA	Use máscara com viseira ou máscara e óculos se prevê o risco de salpicos para a mucosa oral/nasal ou conjuntiva (durante a manipulação de secreções respiratórias e/ou durante a entubação endo/orotraqueal).			

VIII HIGIENE ORAL	Promova a higiene oral dos doentes, no mínimo, 2 vezes ao dia.	CII
--------------------------	--	-----


	3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas	Página 1 de 2
	3.1 - Prevenção da infeção respiratória associada aos cuidados de saúde	Versão: 1/2012
	RECOMENDAÇÃO	
	PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE	N.º Identificador:3.3. A

VII TRAQUEOSTOMIA	Efetue a traqueostomia em condições de assepsia.	CIB
	Na mudança da cânula (de acordo com a indicação do fabricante) use técnica asséptica e substitua por uma cânula esterilizada	CIB

VIII ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES	Use sonda estéril de uso único se sistema de aspiração aberto.	CII
	No sistema de aspiração aberto e se há necessidade de fazer reentrar a sonda de sucção nas vias respiratórias inferiores use apenas líquidos estéreis para remoção de secreções da sonda.	CIB
	Mude os tubos do aspirador de secreções entre doentes.	CIB

IX PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO ASSOCIADA À ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA	Mantenha a cabeceira da cama com uma elevação entre 30° e 45° em doente submetidos alimentação entérica (salvo se indicação clínica em contrário).	CII
	Verifique frequentemente o posicionamento da sonda naso/oro-gástrica e a tolerância gastrointestinal, evitando resíduo gástrico significativo (superior a 150-200ml).	CIB

X PREVENÇÃO DA PNEUMONIA NO PÓS- OPERATÓRIO	Encoraje os doentes no período pós-operatório a respirar fundo, mover-se na cama e deambular assim que a condição médica o permita.	IB
	Incentive o uso de espirómetro pelos doentes identificados com maior risco associado de desenvolver pneumonia no período pós-operatório.	IB

	3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas	Página 1 de 2
	3.1 - Prevenção da infeção respiratória associada aos cuidados de saúde	Versão: 1/2012
	RECOMENDAÇÃO	
	PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE	N.º Identificador:3.3. A

XI MEDIDAS RELACIONADAS COM O EQUIPAMENTO	<p>Todo o material reutilizável que vai ser desinfetado ou esterilizado deve ser previamente lavado.</p>		CIA
	<p>O material semicrítico reutilizável, como é o caso daquele que contata direta ou indiretamente com membranas mucosas do aparelho respiratório, deve ser sujeito a desinfecção (atendendo à de acordo com a definição de <i>Spaulding</i>).</p>		CIB
	Balão resuscitador	Individualize o uso do balão resuscitador.	CIB
		Se reutilizável, submeta o balão resuscitador a desinfecção entre doentes.	CIB
	Humidificadores de oxigénio	Utilize somente líquidos estéreis no reservatório dos humidificadores de oxigénio.	CIA
		Não acrescente líquidos nos humidificadores, mas substitua-os na totalidade.	CIB
		Siga as recomendações do fabricante para a utilização e manutenção dos reservatórios para humidificação do oxigénio.	CIB
	Máscaras e tubos de oxigénio	Substitua máscaras, sondas e tubos utilizados na administração de oxigénio entre doentes.	CIB
		Substitua máscaras, sondas e tubos utilizados na administração de oxigénio se apresentam sinais de mau funcionamento.	CIB
		Sempre que visivelmente sujos limpe (água e detergente) e seque.	CII
	Nebulizadores de pequeno volume (“in line”)	Desinfete, passe por água estéril e seque com ar comprimido, entre utilizações.	CIB
		Use solutos estéreis, nas nebulizações. Os mesmos não devem ser acrescentados mas sim substituídos na totalidade.	CIA
		Use preferencialmente medicação unidose, nas nebulizações.	CIB
	Nebulizadores de grande volume	Desinfete os nebulizadores de grande volume entre utilizações em diferentes doentes e a cada 24h de uso no mesmo doente.	CIB
		Individualize os copos de medicação e traqueias entre doentes.	
Use solutos estéreis, nas nebulizações. Os mesmos não devem ser acrescentados mas sim substituídos na totalidade.		CIA	

XI MEDIDAS RELACIONADAS COM O EQUIPAMENTO (continuação)		Use preferencialmente medicação unidose, nas nebulizações.	CIB
	Equipamento para testar a função pulmonar	Não esterilize ou desinfete por rotina o mecanismo interno do equipamento para testar a função pulmonar entre doentes.	CII
		Mude o bocal e o filtro (espirómetro) entre doentes.	CII
	de oxigénio, termómetro e capnógrafo	Entre doentes esterilize ou desinfete com desinfetante de alto nível.	CIA
	Laringoscópio	Envie a lâmina ao serviço de esterilização para lavagem e desinfeção após cada utilização, se compatível com indicação do fabricante.	CIA
		Lave (água e detergente) e desinfete (álcool a 70º) o cabo do laringoscópio após cada utilização, se o mesmo não poder ser enviado ao serviço de esterilização	CIB
		Lave com água e detergente e desinfete com álcool a 70º (submersão durante 10min) a lâmina do laringoscópio, nas situações em que a mesma não pode ser enviada ao serviço de esterilização	CIA
	Equipamento de anestesia	Não esterilize ou desinfete por rotina o mecanismo interno dos ventiladores dedicados à anestesia.	CIB
		Entre doentes limpe e desinfete os componentes reutilizáveis do circuito externo do ventilador (ex. máscara facial, traqueias, humidificadores de oxigénio), respeitando as indicações do fabricante	CIB
		Siga as recomendações do fabricante na manutenção, limpeza, desinfeção, esterilização de outros componentes ou acessórios do sistema de respiração ou circuito do doente.	CIB

XII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS -Guidelines for management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia [Em linha] . 2004 [Consult. Em 9 de Jan. 2012]. Disponível em <http://ajrccm.atsjournals.org/content/171/4/388.full.pdf+html>.

CENTERS for DISEASE CONTROL and PREVENTION - Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia [Em linha] . Atlanta, CDC, 2003 [Consult. Em 9 de Jan. 2012]. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

CHAN, Ee Yuee [et al.] – Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. BMJ, [Em linha]. Vol. 334 (2007), p.889-893 [Consul. 6 de Mar. 2012]. Disponível em http://www.bmj.com/highwire/filestream/360376/field_highwire_article_pdf/0.pdf. - onde estão no texto as recomendações relacionadas com este artigo?

COFFIN, Susan E. [et al.] – Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology [Em linha], Vol. 29, NºS1, a compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals (2008), p.S31-S40. [Consul. em 9 de Nov. 2011]. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>.

Cook , Brian; Swann, David - VAP Prevention Bundle Guidance for Implementation. Scottish Intensive Care Society Audit Group. NHS National Services Scotland, 2012

Cruz, F.; Meneses, M.; Serra, S.; Barbosa, M.- Pneumonia associada a ventilação mecânica: medidas preventivas. Rev Pesq Saúde, 12(1): 56-59, jan-abril, 2011 ISSN-2236-6288

DeRISO II; Anthony J. [et al.] – Chlorhexidine Gluconate 0.12% Oral Rinse Reduces the Incidence of Total Nosocomial Respiratory Infection and Nonprophylactic Systemic Antibiotic Use in Patients Undergoing Heart Surgery. Chest [Em linha]. Vol.109 (1996), p.1556-1561 [Consul. 6 de Mar. 2012]. Disponível em: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/109/6/1556>. Onde estão no texto estas recomendações – já são muito antigas: 16 anos...

FROES, Filipe, et al - Documento de consenso sobre pneumonia nosocomial , [Em linha] . 2007 [Consult. Em 9 de Jan. 2012]. Disponível em http://www.sppneumologia.pt/sites/sppneumologia.pt/files/pdfs/RPP20073419Pneumologia13-3-10-Normas_Clinicas-Documento_de_Conse.pdf

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - 5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia How-to Guide [Em linha]. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2010 [Consult. em 1 de Fev. 2012]. Disponível em www.ihc.org. – onde estão as recomendações relacionadas com este artigo?

MALAGÓN-LONDONO, Gustavo; MORENO, Carlos – Infecciones hospitalarias. 3ª ed., Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2010. 645-660 p.,.

MENICUCCI, Silvio Augusto Corsini – Pneumonia Nosocomial in COUTO, Renato C. [et al.] – Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-Infeciosas da Doença: Epidemiologia, Controlo e Tratamento, Guanabara Koogan, 4ª ed. 2009, Rio de Janeiro. p.422-434. ISBN 978-85-277-1543-0.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . (2004) - Recomendações para a prevenção da infeção respiratória em doente ventilado [Em linha] . Lisboa, PNCI-INSA; 2004 [Consult. em 9 de Jan. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

Prevention of ventilator associated pneumonia. In: Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, JSI Research and Training Institute, Inc. Prevention and control of healthcare associated infections in Massachusetts. Part 1: final recommendations of the Expert Panel. Boston (MA): Massachusetts Department of Public Health; 2008 Jan 31. p. 56-60.


Standing, Diane - Prevention of ventilator associated pneumonia. British Journal of Cardiac Nursing Vol 6, nº6. Junho 2011
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention of ventilator-associated pneumonia. Health care protocol. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2011 Nov. 29 p.

Critérios de diagnóstico de Infecção Respiratória


RADIOLÓGICOS	<p>Duas ou mais radiografias ou tomografias seriadas com imagens sugestivas de pneumonia em doentes com doença pulmonar ou cardíaca subjacente.</p> <p>Nos doentes sem doença pulmonar ou cardíaca subjacente uma radiografia ou tomografia do tórax inequívoca é suficiente.</p>
CLÍNICOS	<p>Febre (> 38 °C) sem outra causa reconhecida;</p> <p>Leucopenia (<4000 leucocitos/mm³) ou leucocitose (≥ 12 000 leucocitos/mm³);</p> <p>Aparecimento de secreções purulentas ou alteração das suas características (cor, odor, quantidade, consistência);</p> <p>Aparecimento ou agravamento de tosse, dispneia ou taquipneia;</p> <p>Auscultação sugestiva (fervores ou ruídos respiratórios brônquicos), roncos, sibilos;</p> <p>Agravamento das trocas gasosas (p.ex., dessaturação de O₂ ou aumento da necessidade de oxigénio ou de ventilação).</p>
MICROBIOLÓGICOS	<p>A – Diagnóstico Bacteriológico efetuado por:</p> <p><u>Cultura quantitativa positiva de uma amostra minimamente contaminada da via respiratória inferior (VRI)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lavado Bronco-alveolar (LBA) com um limiar de >10⁴ UFC²/ml ou ≥ 5% de células obtidas por LBA contendo bactérias intracelulares no exame microscópico direto (classificado na categoria diagnóstica LBA). ▶ Escovado brônquico protegido (PB Wimberley) com um limiar de >10³ UFC/ml. ▶ Aspirado Distal protegido (DPA) com um limiar de > 10³ UFC/ml. <p><u>Cultura quantitativa positiva de uma amostra das VRI possivelmente contaminada</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cultura quantitativa de amostra da VRI (p.ex. aspirado endotraqueal) com um limiar de 10⁶ UFC/ml. <p>b – Métodos microbiológicos alternativos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hemocultura Positiva sem relação com infeção de outra origem; ▶ Cultura positiva de líquido pleural; ▶ Cultura positiva de amostra de aspirado de abscesso pleural ou pulmonar; ▶ Exame histológico pulmonar com evidência de pneumonia; ▶ Exame positivo para pneumonia por vírus ou microrganismos específicos (<i>Legionella</i>, <i>Aspergillus</i>, micobacterias, micoplasmas, <i>Pneumocystis carinii</i>): <ul style="list-style-type: none"> ● Detecção positiva de antígeno viral ou anticorpo nas secreções respiratórias (p.ex., EIA, FAMA, PCR etc); ● Exame direto positivo ou cultura positiva de secreções ou tecido brônquico; ● Seroconversão (ex: vírus influenza, <i>Legionella</i>, <i>Chlamydia</i>); ● Detecção de antígenos na urina (<i>Legionella</i>).

APÊNDICE VI

Recomendação sobre a Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

	3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas	Página 1 de 2
	3.1 - Prevenção da Infecção Respiratória associada aos cuidados de saúde	Versão: 1/2012
	3.1.2 – Prevenção da Pneumonia associada à ventilação	
RECOMENDAÇÃO		
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO		N.º Identificador:3.3. A


I DEFINIÇÃO	Conjunto de recomendações, baseadas na evidência científica, que têm por objetivo prevenir a infeção respiratória associada à ventilação.	
II CONSIDERAÇÕES GERAIS	Os doentes submetidos a ventilação invasiva apresentam maior risco de desenvolvimento de PAV, associada a uma maior mortalidade, morbidade e duração do internamento hospitalar. A sua incidência pode ser significativamente diminuída, através de medidas de prevenção e de melhoria dos cuidados prestados ao doente ventilado.	
III AMBITO DE APLICAÇÃO	Área de intensivos adultos e pediátrica.	
IV OBJECTIVO	Prevenir a infeção respiratória associada à ventilação. Promover a segurança do utente.	
V GRAU DE EVIDÊNCIA DAS RECOMENDAÇÕES	<p>Categoria IA- Fortemente recomendado para aplicação e fortemente suportado por estudos experimentais clínicos ou epidemiológicos.</p> <p>Categoria IB- Fortemente recomendado e suportado por alguns estudos clínicos ou epidemiológicos e fundamentação teórica.</p> <p>Categoria IC – Medidas recomendadas por outras Federações e Associações.</p> <p>Categoria II- Sugerida aplicação e suportado por estudos sugestivos clínicos ou epidemiológicos ou fundamentação teórica.</p> <p>A CCI sugere o cumprimento integral das recomendações, independentemente da classificação das mesmas.</p>	
VI HIGIENE ORAL	Promova a higiene oral dos doentes com clorexidina, no mínimo, 2 vezes ao dia (fornece a humidade, mantém a integridade dos tecidos, previne a formação de placa dentária e a colonização da orofaringe).	CII
VII TRAQUEOSTOMIA	Efetue a traqueostomia em condições de assepsia.	CIB
	Na mudança da cânula (de acordo com a indicação do fabricante) use técnica asséptica e substitua por uma cânula esterilizada.	CIB

	3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas	Página 1 de 2
	3.1 - Prevenção da Infecção Respiratória associada aos cuidados de saúde	Versão: 1/2012
	3.1.2 – Prevenção da Pneumonia associada à ventilação	
RECOMENDAÇÃO		N.º Identificador:3.3. A
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO		


VIII PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO ASSOCIADA À ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	Assim que a condição clínica da pessoa doente, o permita remova tubo endotraqueal, traqueostomia e sonda naso/oro-gástrica.	CIB
	Evite a re-entubação endotraqueal em doentes que foram submetidos a ventilação invasiva.	CII
	Utilize a ventilação não invasiva para evitar e/ou reduzir a duração da ventilação invasiva.	CII
	Prefira a entubação orotraqueal à nasotraqueal (exceto se indicação clínica em contrário), pelo risco associado de sinusite nosocomial e PAV.	CIB
	Antes de retirar o ar do balão para remoção ou mobilização do tubo traqueal, aspire as secreções acima do mesmo.	CII

IX ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES	Na aspiração de secreções utilize um sistema fechado ou aberto. Uma vez que não existe evidência de diminuição de risco de PAV comparando a utilização dos dois sistemas. (questão não resolvida)	
	Nos utentes com suspeita ou confirmação de doença transmissível por via aérea utilize um sistema de aspiração fechado, com o objetivo de minimizar o risco de exposição do profissional e diminuir a contaminação do ambiente.	
	Use sonda estéril de uso se sistema de aspiração aberto.	CII
	No sistema de aspiração aberto e se há necessidade de fazer reentrar a sonda de sucção nas vias respiratórias inferiores use apenas líquidos estéreis para remoção de secreções da sonda.	CIB
	No sistema de aspiração fechado, substitua a sonda se a mesma apresenta mau funcionamento ou se encontra visivelmente suja.	CIB
	Mantenha uma pressão adequada do balão/cuff (pressão ≥ 20 cm H ₂ O/15mmhg para prevenir a aspiração e ≤ 30 cm H ₂ O/23mmhg para evitar isquemia. Deverá ser monitorizada uma vez turno.	CIB
	Mude os tubos do aspirador de secreções entre doentes.	CIB

X PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO ASSOCIADA À ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA	Mantenha a cabeceira da cama com uma elevação entre 30° e 45° em doente submetidos a ventilação invasiva e alimentação entérica (salvo se indicação clínica em contrário).	CII
	Verifique frequentemente o posicionamento da sonda naso/oro-gástrica e a tolerância gastrointestinal, evitando resíduo gástrico significativo (superior a 150-200ml).	CIB

	<p>3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas</p> <p>3.1 - Prevenção da Infecção Respiratória associada aos cuidados de saúde</p> <p>3.1.2 – Prevenção da Pneumonia associada à ventilação</p>	<p>Página 1 de 2</p>
	<p style="text-align: center;">RECOMENDAÇÃO</p> <p style="text-align: center;">PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO</p>	<p>Versão: 1/2012</p>
		<p>N.º Identificador:3.3. A</p>

XI MEDIDAS RELACIONADAS COM O EQUIPAMENTO	<p>Todo o material reutilizável que vai ser desinfetado ou esterilizado deve ser previamente lavado.</p>	<p>CIA</p>	
	<p>O material semicrítico reutilizável, como é o caso daquele que contata direta ou indiretamente com membranas mucosas do aparelho respiratório, deve ser sujeito a desinfecção (atendendo à indicação do fabricante).</p>	<p>CIB</p>	
	<p>Humidificadores do ar inspirado</p>	<p>Prefira o uso de HME (<i>heat and moisture exchange</i>) aos humidificadores de água aquecida.</p>	<p>CII</p>
		<p>Mantenha o HME na vertical acima do tubo traqueal.</p>	<p>CII</p>
		<p>Substitua o HME em intervalos superiores a 48horas.</p>	<p>CIB</p>
		<p>Troque o HME sempre que o mesmo apresente contaminação visível ou sinais de mau funcionamento (obstrução).</p>	<p>CIB</p>
	<p>Balão ressuscitador</p>	<p>Individualize o uso do balão ressuscitador.</p>	<p>CIB</p>
		<p>Se reutilizável, submeta o balão ressuscitador a desinfecção entre doentes.</p>	<p>CIB</p>
	<p>Circuitos dos ventiladores</p>	<p>Não esterilize ou desinfete por rotina o mecanismo interno dos ventiladores.</p>	<p>CIA</p>
		<p>Substitua os circuitos externos do ventilador entre doentes.</p>	<p>CIB</p>
		<p>Esterilize (quando reutilizáveis) os circuitos externos do ventilador e o humidificador, entre doentes.</p>	<p>CIB</p>
		<p>Substitua os circuitos externos, ligados a um HME sempre que visivelmente sujos ou apresentem sinais de mau funcionamento.</p>	<p>CIB</p>
		<p>Utilize água esterilizada nos reservatórios dos humidificadores quando o circuito externo dos ventiladores está ligado a humidificadores de água aquecida.</p>	<p>CII</p>
		<p>Drene e elimine, periodicamente qualquer condensado que se forme no circuito externo do ventilador.</p>	<p>CIB</p>
		<p>Na drenagem do condensado evite que o mesmo drene na direção das vias respiratórias do doente.</p>	<p>CIB</p>


	3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas	Página 1 de 2
	3.1 - Prevenção da Infecção Respiratória associada aos cuidados de saúde	Versão: 1/2012
	3.1.2 – Prevenção da Pneumonia associada à ventilação	
RECOMENDAÇÃO		N.º Identificador:3.3. A
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO		

XI MEDIDAS RELACIONADAS COM O EQUIPAMENTO (Continuação)	Nebulizadores de pequeno volume (“in line”)	Desinfete, passe por água estéril e seque com ar comprimido, entre utilizações.	CIB
		Use solutos estéreis, nas nebulizações. Os mesmos não devem ser acrescentados mas sim substituídos na totalidade.	CIA
		Use preferencialmente medicação unidose, nas nebulizações.	CIB
	Nebulizadores de grande volume	Desinfete os nebulizadores de grande volume entre utilizações em diferentes doentes e a cada 24h de uso no mesmo doente.	CIB
		Individualize os copos de medicação e traqueias entre doentes.	
		Use solutos estéreis, nas nebulizações. Os mesmos não devem ser acrescentados mas sim substituídos na totalidade.	CIA
		Use preferencialmente medicação unidose, nas nebulizações.	CIB

XII ADMINISTRAÇÃO DE AGENTE ANTIMICROBIANO	Não administre por rotina, antimicrobianos sistémicos com o objetivo de prevenir a PAV.	CIA
---	---	-----

XIII VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE)	Vigilância epidemiológica da PAV para determinar taxas de incidência e fornecer informação de retorno aos profissionais de saúde. Recomenda-se a adoção do programa HELICS UCI (adultos) e Infecções nas UCI recém-nascidos (neonatais e pediátricas).	CIB
	Na ausência de critérios clínicos e/ou radiológicos de infeção não efetuar colheita de produtos para exame bacteriológico.	CII

XIV FORMAÇÃO E ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS NA PREVENÇÃO	Formação dos profissionais relativamente à epidemiologia e procedimentos de controlo de infeção para a prevenção da PAV, promovendo a competência dos mesmos, de acordo com o nível de responsabilidade na instituição.	CIA
	Envolvimento dos profissionais na introdução e desenvolvimento de estratégias para a prevenção da PAV.	
	Desenvolvimento, aplicação e monitorização de protocolos de sedação, cujo objetivo é promover um acordar precoce, diminuindo o tempo de entubação, o risco de PAV e consequentemente a estadia na UCI.	CIC

	3 - Procedimentos de risco – técnicas assépticas 3.1 - Prevenção da Infecção Respiratória associada aos cuidados de saúde 3.1.2 – Prevenção da Pneumonia associada à ventilação	Página 1 de 2
	RECOMENDAÇÃO	Versão: 1/2012
	PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO	N.º Identificador:3.3. A

Definições:

Pneumonia associada à ventilação (PAV) - infeção respiratória nosocomial que se desenvolve em consequência da entubação/traqueostomia e ventilação mecânica (48h após o procedimento)

PAV precoce – pneumonia que ocorre nos primeiros 4 dias (96h) após a entubação e ventilação mecânica

PAV tardia – pneumonia que ocorre a partir do 5º dia de entubação e ventilação mecânica

**XII
REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS -Guidelines for management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia [Em linha] . 2004 [Consult. Em 9 de Jan. 2012]. Disponível em <http://ajrccm.atsjournals.org/content/171/4/388.full.pdf+html>.

CENTERS for DISEASE CONTROL and PREVENTION - Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia [Em linha] . Atlanta, CDC, 2003 [Consult. Em 9 de Jan. 2012]. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

CHAN, Ee Yuee [et al.] – Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. BMJ, [Em linha]. Vol. 334 (2007), p.889-893 [Consul. 6 de Mar. 2012]. Disponível em http://www.bmj.com/highwire/filestream/360376/field_highwire_article_pdf/0.pdf. - onde estão no texto as recomendações relacionadas com este artigo?

COFFIN, Susan E. [et al.] – Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology [Em linha], Vol. 29, NºS1, a compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals (2008), p.S31-S40. [Consul. em 9 de Nov. 2011]. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>.

Cook , Brian; Swann, David - VAP Prevention Bundle Guidance for Implementation. Scottish Intensive Care Society Audit Group. NHS National Services Scotland, 2012

Cruz, F.; Meneses, M.; Serra, S.; Barbosa, M.- Pneumonia associada a ventilação mecânica: medidas preventivas. Rev Pesq Saúde, 12(1): 56-59, jan-abril, 2011 ISSN-2236-6288

DeRISO II; Anthony J. [et al.] – Chlorhexidine Gluconate 0.12% Oral Rinse Reduces the Incidence of Total Nosocomial Respiratory Infection and Nonprophylactic Systemic Antibiotic Use in Patients Undergoing Heart Surgery. Chest [Em linha]. Vol.109 (1996), p.1556-1561 [Consul. 6 de Mar. 2012]. Disponível em: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/109/6/1556>. Onde estão no texto estas recomendações – já são muito antigas: 16 anos...

FROES, Filipe, et al - Documento de consenso sobre pneumonia nosocomial , [Em linha] . 2007 [Consult. Em 9 de Jan. 2012]. Disponível em http://www.sppneumologia.pt/sites/sppneumologia.pt/files/pdfs/RPP20073419Pneumologia13-3-10-Normas_Clinicas-Documento_de_Conse.pdf

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - 5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia How-to Guide [Em linha]. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2010 [Consult. em 1 de Fev. 2012]. Disponível em www.ihl.org. – onde estão as recomendações relacionadas com este artigo?

MALAGÓN-LONDONO, Gustavo; MORENO, Carlos – Infecciones hospitalarias. 3ª ed., Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2010. 645-660 p.,.

MENICUCCI, Silvio Augusto Corsini – Pneumonia Nosocomial in COUTO, Renato C. [et al.] – Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-Infeciosas da Doença: Epidemiologia, Controlo e Tratamento, Guanabara Koogan, 4ª ed. 2009, Rio de Janeiro. p.422-434. ISBN 978-85-277-1543-0.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . (2004) - Recomendações para a prevenção da infeção respiratória em doente ventilado [Em linha] . Lisboa, PNCI-INSA; 2004 [Consult. em 9 de Jan. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

Prevention of ventilator associated pneumonia. In: Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, JSI Research and Training Institute, Inc. Prevention and control of healthcare associated infections in Massachusetts. Part 1: final recommendations of the Expert Panel. Boston (MA): Massachusetts Department of Public Health; 2008 Jan 31. p. 56-60.

Standring, Diane - Prevention of ventilator associated pneumonia. British Journal of Cardiac Nursing Vol 6, nº6. Junho 2011
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention of ventilator-associated pneumonia. Health care protocol. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2011 Nov. 29 p.