



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Pedro Nuno Pereira Rodrigues

Abril de 2013



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Pedro Nuno Pereira Rodrigues

Sob orientação de Mestre Amélia Rego

Abril de 2013

«O homem necessita de um instrumento com que trabalhar, e não de um utensílio que trabalhe em seu lugar. Tem necessidade de uma técnica que tire o melhor partido da sua energia e da sua imaginação pessoal e não de uma máquina que o escravize e o programe.»

Illich in La convivialit

RESUMO

A realização do relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, apresentando o percurso efetuado no Estágio, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Braga. As atividades desenvolvidas no decorrer deste Estágio contribuíram para a aquisição, desenvolvimento e reconhecimento de competências técnicas, humanas e científicas na assistência ao doente adulto e idoso a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica e na intervenção na prevenção e controlo da infeção no hospital.

O presente relatório pretende descrever o percurso efetuado durante o estágio sob a forma de atividades realizadas na identificação de problemas e desenvolvimento das respetivas soluções bem como refletir e analisar criticamente as mesmas, fundamentando-as com suporte bibliográfico.

A metodologia utilizada é descritiva e análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas. Relativamente à estrutura, temos para cada objetivo específico/competência delineada pelo plano de curso as atividades desenvolvidas inerentes, que dão resposta à concretização dos mesmos e assim sustentam a aquisição/desenvolvimento de competências nesta área de conhecimento. As competências adquiridas são igualmente enquadradas nos vários domínios de competências do enfermeiro especialista preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

A rapidez com que se produz informação e tecnologia na área da saúde obriga a uma atualização constante de conhecimentos por parte do enfermeiro de modo a que a sua prática seja sustentada pela melhor evidência. Vigiar e atuar em situações de agravamento da situação clínica do doente em estado crítico, dominar técnicas e equipamentos sofisticados e em simultâneo participar em projetos de melhoria de práticas foram prática corrente. A atuação na prevenção e controlo da infeção sustentam uma prática segura e de qualidade. A elaboração de procedimentos normativos para implementação num serviço do hospital e a realização de auditorias clínicas na área são exemplos de atividades que permitiram fundamentar a aquisição/desenvolvimento de competências.

De uma forma global a reflexão sobre as atividades desenvolvidas permitiram a aquisição de saberes que sustentam uma decisão autónoma e independente no exercício profissional dando assim suporte ao perfil de competências preconizado para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

The completion of the report comes as part of the Master-Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, showing the direction followed in the Training in Polyvalent Intensive Care Unit and the Infection Control Committee of the Hospital of Braga. The activities developed during this training contributed to the acquisition, development and recognition of technical, human and scientific skills for the assistance to the sick adults and elderly experiencing processes of critical illness and/or organ failure, and for the intervention in the prevention and control of infection in the hospital.

This report aims to describe the course taken during the training in the form of activities in identifying problems and developing the respective solutions as well as to reflect and critically analyze them, basing them on bibliographical support.

The methodology used is descriptive and critical-analysis reflective of the developed activities. Concerning the structure, we have the inherent activities developed for each specific goal/competency outlined by the course plan in reply to achieving them which therefore, support the acquisition/development of skills in this area of knowledge. The skills acquired are also framed in the various fields of competence of the specialist nurse recommended by the Order of Nurses.

The speed with which the information and technology is produced in the healthcare area requires a constant updating of knowledge by the nurse so that their practice is supported by the best evidence. Supervising and acting in situations of clinical worsening of the patient in critical condition, mastering techniques and sophisticated equipment, and simultaneously participating in projects to improve the practices were very common. The action in the prevention and control of infection maintain a safe and quality practice. The elaboration of normative procedures for implementing a service in the hospital and the audits clinics done in the area are examples of activities that allowed substantiate the acquisition / development of the skills.

Holistically, the reflection on the activities developed allowed the acquisition of knowledge that support autonomous and independent decisions in the professional practice, therefore giving support to the skills profile recommended for the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing.

AGRADECIMENTOS

Á minha família pela presença, em especial à Cidália, João Pedro e Francisco Pedro;

Á Professora Amélia Rego pela disponibilidade e orientação;

Aos Enfermeiros Tutores pela disponibilidade, partilha e orientação prestadas;

A todos os que de forma direta ou indireta estiveram presentes neste percurso de aprendizagem;

A todos, muito obrigado!

SIGLAS e ABREVIATURAS

AO	-	Assistente Operacional
BIS	-	Índice Bispectral
BO	-	Bloco Operatório
CCI	-	Comissão de Controlo de Infeção
CDC	-	Centers for Disease Control and Prevention
CDE	-	Código Deontológico do Enfermeiro
CHKS	-	Comparative Health Knowledge System
DGS	-	Direção Geral de Saúde
DMUU	-	Dispositivos Médicos de Uso Único
ECDC	-	European Centre for Disease Prevention and Control
EECM	-	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
HB	-	Hospital de Braga
HELICS	-	Hospital in Europe Link For Infection Control Trought Surveillance
HVVC	-	Hemofiltração Venovenosa Contínua
IACS	-	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ILC	-	Infeção no Local Cirúrgico
IN	-	Infeção Nosocomial
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
PAV	-	Pneumonia Adquirida no Ventilador
PIA	-	Pressão Intra-Abdominal
PIC	-	Pressão Intracraniana
PNCI	-	Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS
PPC	-	Pressão de Perfusão Cerebral
SABA	-	Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SU	-	Serviço de Urgência
TAC	-	Tomografia Axial Computorizada
UCIM	-	Unidade de Cuidados Intermédios Médicos
UCIP	-	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP	-	Universidade Católica Portuguesa
VE	-	Vigilância Epidemiológica
N.º	-	Número

ÍNDICE

	INTRODUÇÃO	15
1	- DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ..	21
1.1	- Módulo II: Cuidados Intensivos	23
1.2	- Módulo III: Comissão de Controlo de Infecção	44
2	- DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	63
2.1	- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	63
2.2	- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	64
2.3	- Competências do domínio da gestão dos cuidados	65
2.4	- Competências do domínio das aprendizagens profissionais	66
3	- DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	69
4	- CONCLUSÃO	71
5	- BIBLIOGRAFIA	75
6	- ANEXOS	83
	Anexo I - Base gestão documental – UCIP	85
	Anexo II - Projeto prevenção da PAV - Base de dados.....	89
	Anexo III - Monitorização do <i>delirium</i> em doentes internados na UCIP	95
	Anexo IV - Formação AO SU – Boas práticas na Organização dos locais de trabalho	133
	Anexo V - Procedimento: Circuito do doente com necessidade de medidas de isolamento no SU	141
	Anexo VI - Instrução de trabalho: Acondicionamento de amostras para enviar ao serviço de anatomia patológica no SU	149
	Anexo VII - Guião Auditorias	153
	Anexo VIII - Modelo Relatório Auditorias	157

INTRODUÇÃO

O plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) integra o relatório como unidade curricular final, dando visibilidade a todo um percurso académico teórico e prático, este último sob a forma de estágio.

Este documento inclui todas as atividades relevantes desenvolvidas durante o estágio, permitindo deste modo a aquisição/desenvolvimento de competências numa área específica de conhecimento de enfermagem. Permite efetuar a reflexão sobre a ação, sendo que quando interiorizamos esta metodologia a mesma torna-se uma forma de estar e de agir, quer seja na vida pessoal quer seja na profissional.

Ao refletir sobre a prática estamos a fundamentar a mesma, (SÁ-CHAVES, 2000) por outras palavras, a crescer, perspetivando caminhos para a prossecução do melhor desempenho possível naquele momento.

A tradução para o papel de um percurso exige a quem o faz um espírito de aprendizagem contínua. A descolagem do paradigma da formação formal obriga a uma mudança de paradigma por parte do estudante, co-responsabilizando-o pelo seu percurso e acima de tudo torná-lo proativo, indo ao encontro da metodologia preconizada pelo Processo de Bolonha explanada no Decreto-Lei número n.º 74/2006 de 24 de março em que a

“mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem quer as de natureza genérica - instrumentais, interpessoais e sistémicas - quer as de natureza específica associadas à área de formação, e onde a componente experimental e de projecto desempenham um papel importante” (PORTUGAL, 2006).

Neste seguimento o relatório sobressai como um instrumento ideal para traduzir a prática do enfermeiro em estágio indo ao encontro dos novos desafios do milénio em matéria de aprendizagem ao longo da vida.

O estágio na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica contemplou dois módulos, nomeadamente, Cuidados Intensivos (módulo II) e Comissão de Controlo de Infecção (módulo III – Opcional). O módulo I - Serviço de Urgência (SU) foi creditado tendo em conta o previsto no artigo 45.º do Decreto-lei 74/2006 para a validação de competências.

Durante cerca de nove anos de exercício no serviço de urgência do Hospital de São Marcos e atual Hospital de Braga (HB) cuidamos do doente em situação crítica. A colheita de dados, o planeamento e execução célere, a priorização das intervenções e contínua reavaliação das intervenções implementadas foram atividades realizadas de forma metódica e científica, em contextos de grande instabilidade, como por exemplo em sala de emergência. Esta práxis, sustentada por processos de formação contínua e autodesenvolvimento (suporte avançado de vida e de trauma), alicerçada numa filosofia da prática baseada na evidência permitiu alcançar um patamar de competência de perito perante situações de emergência.

Em complementaridade, integramos o Grupo de Emergência Interna do hospital, tendo como funções auditar, no âmbito do processo de (re)acreditação do Hospital pelo referencial da qualidade *Comparative Health Knowledge System* (CHKS), os processos inerentes à emergência interna bem como assessorar os órgãos de gestão nesta área específica de intervenção. Exercemos funções de Coordenador do grupo de formação do doente urgente, emergente e crítico na Academia de Desenvolvimento em Enfermagem do HB.

O módulo II (Cuidados Intensivos) foi realizado na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) do HB no período compreendido entre 27 de abril e 23 de junho de 2012. A UCIP é uma unidade polivalente inserida num hospital central que serve diretamente uma área de cerca de 275000 habitantes alargando esta área para cerca de 1100000 para especialidades como neurocirurgia, laboratório de hemodinâmica, entre outras.

Recebe doentes com vários tipos de patologia do foro médico e traumatologia. Dispõe atualmente de uma capacidade de 12 camas respeitando os rácios de 1 enfermeiro por cada 2 doentes. O modelo atual de gestão do HB é o de Parceria Público-Privada desde setembro de 2009. Esta é uma unidade hospitalar nova, construída de raiz, iniciando a sua atividade com a transferência da atividade assistencial do Hospital de São Marcos para as

novas instalações em maio de 2011. É uma unidade que dispõe de recursos humanos e materiais que permitem oferecer cuidados de qualidade a quem dela necessita.

A opção por efetuar este módulo de estágio nesta unidade deve-se ao fato de ser uma unidade polivalente, com possibilidades múltiplas de aprendizagem em diversas áreas e também fazer parte do hospital em que trabalhamos, permitindo desenvolver e adquirir competências específicas nesta área de conhecimento.

Nesta unidade tivemos oportunidade de desenvolver atividades na assistência ao doente crítico, quase sempre com suporte ventilatório mecânico e invasivo. A prestação de cuidados a doentes com disfunção multiorgânica, com as mais variadas etiologias como foco de partida, até ao doente politraumatizado com lesão neurocirúrgica exigiu uma prática sistematizada e alicerçada na evidência. O imperativo tecnológico, explanado na ventilação artificial invasiva/não invasiva, no doente submetido a técnicas dialíticas como hemofiltração veno venosa contínua (HVVC), na monitorização de pressão intracraniana (PIC) e pressão perfusão cerebral (PPC), da pressão intra-abdominal (PIA) entre outros, é muito forte, contudo, o desafio sempre presente foi nunca esquecer que para além de todo este manancial tecnológico a componente humana continuava presente na forma de cuidar. A adoção de técnicas de comunicação efetivas com o doente sedado e ventilado e com os familiares foram atividades desenvolvidas e exploradas na prática. Em simultâneo, a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) esteve sempre presente uma vez que este é um problema real em todas as unidades deste tipo, podendo levar a um aumento da morbidade e mortalidade. A participação no programa de vigilância epidemiológica (VE) para a pneumonia adquirida no ventilador (PAV) foi também uma atividade realizada.

A opção pela realização de estágio na Comissão de Controlo de Infeção (CCI), módulo III – Opcional, teve em conta a reflexão prévia acerca da abrangência e impacto da problemática das IACS nos cuidados de saúde no hospital em particular e na comunidade em geral, com conseqüente impacto socioeconómico. O contraste entre os dois módulos é notório, transportando para a reflexão o protagonismo que emerge das unidades com muita sustentação tecnológica, como a UCIP, e o papel “invisível” da atividade do enfermeiro na CCI.

O enfermeiro da CCI influencia direta e indiretamente grande parte dos cuidados prestados uma vez que a sua atividade vai desde a seleção de consumíveis até à elaboração de normas e procedimentos de atuação, quer sejam em práticas específicas quer seja na definição de percurso de doentes com agentes problema na instituição. A realização e

participação em programas de VE assim como efetuar auditorias das práticas e processos, permitiram gerar evidências que sustentaram a implementação de planos de ação para melhoria de práticas em particular e da qualidade dos cuidados prestados pela instituição em geral. São exemplos destas atividades a realização de guiões de auditorias bem como dois procedimentos internos para implementação no SU, nomeadamente, “Circuito do doente com necessidade de medidas de isolamento” e “Acondicionamento de amostras para enviar ao serviço de anatomia patológica”, sustentando assim a aquisição de competências nesta área.

A elaboração deste relatório tem como precedente a elaboração de um projeto de estágio onde perspetivamos a realização de uma série de atividades. Este projeto, dinâmico, serviu de guia para orientação do estágio e, acima de tudo, permitiu comparar o planeado e o executado. Optamos, na UCIP, por não efetuar formação como formador uma vez que o plano da própria unidade estava já delineado e no espaço temporal em que decorreu o estágio já estava agendada formação. Contudo, a participação como formando foi possível, dando o nosso contributo quando pertinente.

De um modo geral o planeado no projeto foi executado, efetuando apenas algumas adaptações, estando sempre presente o primado da qualidade em detrimento da quantidade.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi descritiva e a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, pretendendo deste modo dar respostas aos seguintes objetivos:

- Descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio com interesse para a área de especialização;
- Analisar as atividades desenvolvidas com as perspetivadas no projeto de estágio;
- Efetuar uma análise crítico-reflexiva sustentada numa sólida fundamentação teórica;
- Efetuar a correlação entre as atividades desenvolvidas e a aquisição/desenvolvimento de competências;
- Dar cumprimento a um requisito avaliativo.

Estruturalmente este trabalho é composto por três partes, sendo que nesta primeira enumeramos os objetivos que propomos e enquadrámos o trabalho no respetivo plano de estudos do curso. Na segunda parte, no corpo do trabalho, será efetuada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante os diferentes módulos de estágio e

respetiva fundamentação teórica que sustenta a aquisição/desenvolvimento de competências. A discrepância entre o foco de atuação e respectivas atividades entre os dois módulos de estágio conduziu-nos a optar por efetuar esta análise por módulos. Neste seguimento, para cada módulo de estágio efetuamos a análise crítico-reflexiva das atividades inerentes para cada objetivo/competência preconizada pela UCP dando ênfase às atividades que tiveram um impacto relevante nos cuidados e que demonstraram a capacidade de identificação de problemas e respetivo desenvolvimento de soluções.

Após efetuar esta análise por módulos foi efetuado um enquadramento global dessas mesmas atividades nos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e no domínio das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), uma vez que o plano de estudos do curso de pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP vai ao encontro da assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico.

Para finalizar, a conclusão incluirá os principais ganhos pessoais e profissionais do percurso efetuado neste processo de aprendizagem, assim como, as perspetivas futuras, ficando patente que esta fase é mais uma etapa no processo de aprendizagem ao longo da nossa vida.

1. DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A aprendizagem ao longo da vida proporciona a aquisição de uma série de saberes formais e informais que por sua vez se traduzem na aquisição de competências numa ou várias áreas de atuação (UNESCO, 1998).

Desta aprendizagem ao longo da vida fazem parte processos educativos formais e informais, englobando as vivências pessoais, aprendizagem em contexto de trabalho, formação académica especializada, entre outros. É pois um processo de desenvolvimento contínuo onde a conjugação de modalidades e processos de aprendizagem está inerente ao próprio desenvolvimento e crescimento da pessoa (GAUDART e WEIL-FASSINA, 1999).

O ensino em enfermagem, à semelhança do sucedido em outras áreas de conhecimento, iniciou o seu percurso baseando durante décadas a sua estrutura e metodologia numa perspetiva unidirecional, onde o professor era o detentor dos conhecimentos e o estudante um mero recetor/reprodutor dos conhecimentos adquiridos. O paradigma da educação, à semelhança da sociedade, evoluiu, transformou-se, adaptou-se às necessidades de uma nova sociedade, transitando «da “educação” para a “aprendizagem”» (GIDDENS, 2004, p.527). As instituições de ensino e os próprios profissionais tiveram que se adaptar a novos paradigmas de ensino e a novas formas de estar na sociedade.

O modelo de formação evoluiu e atualmente o ensino de enfermagem tem por base o grau de licenciatura. A integração do ensino de enfermagem no ensino superior (formação de base ou especializada) está muito presente na prática discursiva sobre a formação dos enfermeiros (SILVA *et al*, 2011) reforçando o papel da enfermagem no campo da saúde. O decreto Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, artigo 5.º, reforça que “o curso de licenciatura em enfermagem visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção” (PORTUGAL, 1999).

Nesta evolução e mudança constante, a “solidez, abrangência e profundidade das competências desenvolvidas na formação inicial são um factor determinante para a

aquisição das ferramentas essenciais para o aprofundamento e desenvolvimento das competências ao longo da vida” (OE, 2007 a, p.11). A adequação do ensino de enfermagem ao Processo de Bolonha trouxe oportunidades de melhoria uma vez que rompeu com muitos dos dogmas de ensino vigentes, quer da parte de docentes quer da parte de estudantes. O professor passa a ser um orientador, o estudante, um parceiro nesta caminhada da aprendizagem, aprendizagem que se posiciona numa lógica de aquisição de competências. Nesta linha, “esse conjunto de competências, respondendo às exigências profissionais decorrentes do código deontológico do enfermeiro e das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, é essencial para a estruturação dos percursos formativos para enfermeiro especialista” (OE, 2007 a, p.20).

A OE entende *“domínio de competência como uma esfera de acção que compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante a um conjunto de elementos agregados” (OE, 2011 a, p.3). Para cada competência existem parâmetros com os respetivos critérios de avaliação. No Quadro Europeu de Qualificações, competência é descrita, em termos de responsabilidade e autonomia, como “a capacidade comprovada de utilizar o conhecimento, as aptidões e as capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em situações profissionais ou em contextos de estudo e para efeitos de desenvolvimento profissional e/ou pessoal” (COMISSÃO EUROPEIA, 2009, p.11).*

O processo de aquisição de competências não está, nem pode estar, desconetado de um processo de avaliação, pelo contrário, é uma condição para se alicerçar a aquisição das respetivas competências.

É neste contexto que o enfermeiro especialista tem que sobressair sob pena da especialidade ser mais uma questão de título em detrimento do valor acrescentado que esse mesmo título deve conter, especificamente na aplicabilidade dos saberes adquiridos aos contextos práticos de maior complexidade. Esta aquisição de competências está inerente à definição de enfermeiro especialista sustentada pela OE, em que enfermeiro especialista é *“o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2007 b, p.17).*

A capacidade de adequação dos meios e saberes às contingências diárias põe a nu as reais habilidades, isto é, as competências de um enfermeiro em geral e do enfermeiro especialista em particular. O ser detentor de uma determinada competência *“implica,*

assim, a integração e combinação de saberes de diversas naturezas, com uma finalidade de acção, concretizada pela realização das actividades, num determinado contexto” (CARRONDO, 2006, p.130).

Na atual conjuntura económica, em que a regra de ordem é corte orçamental, fazer o mesmo ou mais, com menos, é um exercício brutal mas que habilidosamente temos que conseguir operacionalizar para não descurar a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

As competências definidas pela UCP para que o enfermeiro seja detentor do título de especialista na respetiva área, neste caso concreto, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão explanadas no regulamento do mestrado de natureza profissional e a sua aquisição/desenvolvimento é fundamentada a seguir.

1.1 – Módulo II: Cuidados Intensivos

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada

Nesta fase de aprendizagem é também importante olhar para trás e identificar os diferentes estádios por que passamos no nosso percurso de maturação quer pessoal quer profissional. A experiência e vivência trazem sabedoria. Refletir em vez de reagir, apreender em vez de decorar, aplicar em vez de debitar conhecimentos soltos são características que temos que, à semelhança de uma cultura agrícola, cultivar. A aplicação dos conhecimentos em traumatologia, adquiridos na prática, permitiram mobilizar e aplicar esses mesmos conhecimentos ao politraumatizado na UCIP. Neste período cuidamos de quatro doentes politraumatizados com suporte ventilatório artificial. Mobilizar conhecimentos das diferentes cadeiras da formação pós-graduada para esta prática foi conseguido e aplicado na prática indo ao encontro do preconizado pela OE quando refere que *“a competência surge como um «saber integrar» diferentes tipos de saberes/recursos, para se finalizarem na realização de determinada actividade, na resolução de um determinado problema, ou na consecução de um determinado projecto”* (OE, 2011 a, p.6).

Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros, quanto ao público em geral

A comunicação em cuidados intensivos é um mundo muito particular mas que tem muito do geral. Uma vez mais, contextualizar conhecimentos é uma capacidade que se constrói e alicerça para se conseguir prestar cuidados diferenciados.

As unidades de cuidados intensivos apresentam um aparato tecnológico forte e impressionante. Esta característica, aliada ao isolamento, ao “*excesso de estímulos auditivos e a privação de estímulos “habituais”, os múltiplos cuidados e tratamentos que recebe, e até a própria relação com os profissionais pode ser factor de stress para o doente*” (ALMEIDA, 2008, p.80). O estudo efetuado por estas autoras demonstrou que são vários os aspetos stressantes referenciados pelos doentes neste tipo de unidades, sobressaindo em primeiro lugar o “ter tubos na boca e nariz”, em segundo o “medo da morte”, em terceiro o “não ser capaz de dormir” e em quarto o medo de “ser picado com agulhas”. Quando dispomos de estudos de investigação que produzem estes resultados temos que preparar a desmistificação de alguns medos e minimizar outros passíveis de serem diminuídos, como por exemplo o ruído e a hiperestimulação luminosa permanente. Sempre que chegávamos pela manhã à unidade abríamos a tela da janela para que a luz natural iluminasse a unidade do doente e se possível o próprio sol entrasse em contato com o doente. Na mesma linha, no final do dia fechava gradualmente a mesma para que o ambiente fosse o mais parecido com os ritmos circadianos. Ao proporcionar este ambiente estávamos por inerência a minimizar a perturbação nos biorritmos do doente (SILVA, 2000 *a*). A integração destes pequenos grandes gestos encontra fundamento na área das cronociências. Esta área de conhecimento tem repercussão direta em todas as intervenções prestadas pelo que num futuro não muito longínquo transformará a forma de algumas práticas, a que de forma aligeirada se apelidam, muitas das vezes, de rotinas.

Outros temas alvo de partilha de experiência foram o suporte avançado de vida, que pela nossa prática diária nos torna peritos na área, permitindo desta forma transmitir e sugerir processos de organização na própria unidade de cuidados aquando da ocorrência de uma situação emergente.

A reflexão acerca da prática na área da prevenção de infeção nestas unidades em equipa permitindo dar a conhecer sítios da Internet como o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* e Direção Geral da Saúde (DGS). As meta análises efetuadas por estes organismos

acerca de determinados temas serviram de fundamentação para as temáticas que se discutiam. Destas reflexões emergiram análises e discussão de temáticas como as recomendações para otimização de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, entre outros. A adequação das recomendações emanadas por estes organismos a práticas em contextos específicos é muitas das vezes condicionada por variáveis como a capacidade financeira da instituição. Esta reflexão levou-nos muitas das vezes a chegar a consensos acerca da melhor prática possível. Momentos interessantes se proporcionaram numa partilha de ideias no seio da equipa mas também foram geradoras de alguma desconfiança e ceticismo por parte de alguns elementos. Por vezes o questionar gerou uma espécie de defesa em alguns elementos da equipa. Esta foi uma observação interessante, uma vez que, indiretamente, fornece uma série de indicadores acerca do estágio de maturidade pessoal e/ou profissional de uma determinada equipa/profissional. Tudo gera informação.

Esta desconfiança apenas nos obrigou a “questionar” indiretamente e a aperfeiçoar a arte da gestão de recursos humanos.

Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica
Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros

A reflexão esteve sempre presente no desenrolar do estágio. As passagens de turno surgiam como momentos de excelência para se lançar a reflexão sobre temas que se queria ou existia necessidade de debater.

Estamos, de uma forma geral, habituados a transmitir de forma unidirecional a informação respeitante ao doente. Quase nos atrevemos a referir, debitar a informação de forma programada, repetitiva e claramente pouco acostumados a sermos questionados acerca dos cuidados que prestamos ao doente. Uma vez mais este “questionar” acerca dos cuidados prestados é no sentido da supervisão clínica, de partilha e crescimento, mesmo com o erro.

Esta foi uma prática efetuada com algumas temáticas, nomeadamente a prevenção da PAV, boas práticas para prevenção da infeção nos locais de inserção de cateteres venosos, sejam periféricos ou centrais, separação de resíduos dos vários grupos e hipotermia neuroprotetora pós paragem cardiorespiratória. Relativamente a algumas temáticas surgiram de imediato soluções para a sua operacionalização, como por exemplo

a separação de resíduos que foi alterada. Quanto à prevenção da PAV fomos integrados no grupo para operacionalizar a prática destas recomendações.

Uma outra reflexão foi acerca da organização da equipa de enfermagem aquando de uma paragem cardiorrespiratória/situação de emergência. Foram criados alguns cenários para reflexão e lançadas sugestões de quem deveria assumir o papel de *team leader* enquanto não chegar o médico. Foi sugerido que efetuassem formação em contexto de laboratórios, que existem na instituição para esse efeito. A sugestão foi acolhida e o grupo responsável pela emergência agendou formação nesta área.

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional

Diariamente é necessário aprofundar conhecimentos uma vez que cada doente é uma história de vida singular com um caso clínico específico.

O fato de a UCIP do HB ser polivalente tem também um infindável número de situações clínicas que obrigam o enfermeiro que presta cuidados nesta unidade a possuir conhecimentos muito diversificados, indo desde pós-operatórios de cirurgias complexas do foro vascular, das vias hepatobiliares até ao grande politraumatizado com necessidade de tratamento neurocirúrgico. Esta diversidade obrigou-nos a pesquisar constantemente, como por exemplo, acerca dos cuidados pós-cirúrgicos a doentes submetidos a cirurgias de correção de aneurismas de grandes vasos abdominais e a doentes politraumatizados com traumatismo crânio-encefálico grave. A prevenção de complicações é fundamental na prestação de cuidados ao doente crítico pelo que só podemos cuidar com qualidade se tivermos os conhecimentos sólidos acerca dos órgãos e sistemas afetados e respetivas repercussões fisiológicas, psicológicas e sociais. É esta fundamentação dos nossos atos que nos elevam para um patamar de prestação de cuidados diferenciados.

A pesquisa em tempo útil está muito favorecida com as ferramentas de informação disponíveis. Consultamos e discutimos no próprio serviço artigos acerca da pressão intracraniana (PIC), pressão de perfusão cerebral (PPC), pressão intra abdominal (PIA) e de novos módulos ventilatórios como a *Neurally Adjusted Ventilatory Assist* - NAVA, ainda não disponíveis na unidade mas que serão futuramente integrados por força da evolução tecnológica e maior aproximação da tecnologia com a neurofisiologia.

A disponibilidade de bases de acesso a revistas de forma gratuita, no próprio serviço através da intranet, era desconhecida pela esmagadora maioria dos enfermeiros. A

biblioteca do Hospital dispõe de um vasto número de assinaturas digitais das revistas mais conceituadas nas diversas áreas da saúde. Estas ferramentas estão disponíveis a todo o hospital e permitem aos enfermeiros ter uma fonte fidedigna de pesquisa em tempo real. Divulgamos e fomentamos a sua utilização para sustentar a prática.

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC)

Em matéria de práticas tivemos neste estágio oportunidade de vivenciar aprendizagens novas. A complexidade das técnicas dialíticas foi uma delas tendo oportunidade de prestar cuidados a uma doente a fazer Hemofiltração Veno-Venosa Contínua (HVVC). Mais importante do que manusear o equipamento foi perceber todo o circuito e, acima de tudo, estar desperto para as complicações. A vigilância destes doentes em situação crítica assume importância maior na medida em que prevenir complicações é fundamental. Antever ou antecipar desenvolvimentos menos favoráveis para o doente é uma competência que se adquire, desenvolve e aperfeiçoa com os anos, evidenciando-se claramente que a experiência anterior nos permitiu antecipar as complicações quando não nos focalizávamos apenas nas máquinas, nos alarmes dos monitores. Mais do que olhar, observar o doente, desde a tonalidade da pele, à humidade, ao fâcies, tudo, mas tudo transmite informação vital para quem tem uma experiência de alguns anos a lidar com doentes críticos.

Um outro procedimento de monitorização por nós nunca utilizado foi o Índice Bispectral (BIS), sendo um parâmetro especificamente desenvolvido para descrever alterações no eletroencefalograma que se relacionam com os sinais de sedação, anestesia, perda de consciência e lembrança (DUARTE, 2006). A semelhança desta também a monitorização da PIA foi um procedimento novo para nós. O exercício efetuado foi o mesmo e a aprendizagem com esta metodologia foi interiorizada.

Tivemos a oportunidade de assistir e colaborar na aplicação dos critérios de morte cerebral a um doente para eventual dador. É uma situação que gera uma série de sentimentos contraditórios pelo processo em si. A terminologia de morte cerebral surgiu em 1965 nos Estados Unidos da América, ...*heart beating, brain dead*... estando, ainda nos dias de hoje, envolta em algum misticismo menos esclarecido por parte de quem se vê confrontado com a morte dos seus familiares nestas circunstâncias (PITA e CARMONA, 2004).

Os mesmos autores referem que “*a determinação da morte cerebral surgiu por necessidade técnica, não ética ou filosófica, sendo conseqüente à substituição tecnológica dos outros órgãos, condicionando um cérebro morto num corpo mantido por meios técnicos*” (PITA E CARMONA, 2004, p.74). Perceber os critérios de morte cerebral e participar neste processo ajudou-nos a compreender e, acima de tudo, olhar para este processo como o início de um estado melhor de saúde para muitos outros doentes.

O apoio à família e a possibilidade da mesma estar com o doente o máximo de tempo possível foi um cuidado presente, assim como a solicitação de apoio espiritual pela solicitação por parte da família. As emoções dos familiares são fortes e mesmos perturbadores, contudo compete-nos a nós apoiar neste momento doloroso. A abrangência do papel do enfermeiro transcende o tecnicismo nesta unidade, focalizando também na família a sua intervenção. Este acompanhamento da família revela-se um desafio e uma oportunidade para aplicar técnicas de comunicação, de conforto nas várias vertentes, exigindo do enfermeiro presença, maturidade e profissionalismo. Foi nosso cuidado gerir as visitas complementando informação solicitada.

Um aspeto que tivemos sempre presente foi que sedação é diferente de ausência de dor. Monitorizar a dor como 5º sinal vital foi sempre uma preocupação presente uma vez que “*enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor*” (OE, 2008, p.11).

No cuidar do doente crítico tudo influi no seu estado e qualquer alteração pode desencadear processos que rapidamente levam ao agravamento da situação clínica. Neste sentido a dor se não for devidamente monitorizada, diminuída ou erradicada leva a alterações na hemodinâmica e conforto do doente (DGS, 2008 *a*). As escalas utilizadas divergem mediante o grau de sedação do doente pelo que se utilizava a *Behaviour Pain Scale* para doentes sedados ou em coma e a escala numérica para doentes capazes de definir o grau de dor. A nossa abordagem relativamente à avaliação e atuação perante o doente crítico foi ao encontro do preconizado pela OE e pela DGS que preconiza que “*todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde*” (DGS, 2008 *a*, p. 8).

O aprofundamento dos conhecimentos de ventilação invasiva e não invasiva foi também uma constante. Neste estágio cuidamos de doentes com necessidades específicas

em matéria de ventilação artificial. Manter o doente bem adaptado e fazer desmame deste suporte ventilatório foram atividades realizadas por nós em quatro doentes.

Em dois momentos de passagens de turno introduzimos dois temas atuais para reflexão conjunta em equipa, especificamente a hipotermia neuroprotetora em doentes pós-paragem cardiorrespiratória e a monitorização do *delirium* em doentes na UCIP e repercussões na situação clínica. Relativamente ao primeiro tema a unidade tem instituído, em fase de avaliação, um protocolo de atuação de indução de hipotermia. Discutimos e analisamos evidências desta temática, apontando os resultados para ganhos significativos na recuperação destes doentes e acima de tudo, na diminuição de sequelas. Ao fazer esta análise conjunta partilhamos conhecimentos e ajudamos a equipa a fundamentar a prática.

Relativamente à monitorização do *delirium*, apesar de ser um tema muito atual, a discussão despertou alguma curiosidade mas não foi muito além disso. Mesmo assim propusemos divulgar as evidências desta temática, uma vez que este problema está diretamente relacionado com o aumento da morbilidade e mortalidade nestas unidades (ELY *et al*, 2004 e GIRARD *et al*, 2008).

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da EEMC

Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura

É habitual ouvirmos referir com muita frequência que a família está em crise e que corre o risco de morrer como estrutura social como é conhecida. Contudo a família “*não só não morreu como se mantém, sendo o principal espaço de proteção da integridade pessoal dos seus membros*” (GIMENO, 2003, p.24). Ao formular o plano de cuidados para o doente a família foi sempre preocupação e tida como parceira nesta fase difícil que atravessa.

Existe uma polissémia de conceitos construídos no emaranhado de relações que caracterizam a unidade e diversidade da família, não sendo fácil defini-la. Foi nosso objetivo, manter presente as pessoas mais significativas perto do doente avaliando o tipo de família e as relações que existem entre os diversos atores.

A família também adoce quando o seu familiar está internado na UCIP, apresentando, principalmente, patologia do foro psicológico, como depressão e ansiedade e

muitas destas alterações acompanham a família para além da alta (McADAM e PUNTILLO, 2009).

A comunicação com a família foi um aspeto que não foi descurado. Adequar as regras da visita a cada pessoa em particular e não obstaculizar o acesso ao familiar em situação crítica foi sempre um cuidado presente sendo uma forma de amenizar a angústia e em simultâneo torná-la um elemento facilitador no processo de recuperação do doente.

Para nós a abertura demonstrada na gestão das visitas pela equipa (a necessitar naturalmente de reajustes) foi um sinal de pro-atividade e indicador de qualidade dos cuidados prestados. Transmítia uma imagem de modernidade e não uma imagem estereotipada estagnada no tempo, onde os familiares eram vistos como perturbadores e não como oportunidade de conquista. Conquista-se a família, conquista-se a aceitação. Adequar as regras às pessoas e não as pessoas às regras foi o consenso obtido na reflexão lançada pela enfermeira chefe numa das passagens de turno.

Uma área que francamente tivemos dificuldade inicial e que trabalhamos foi a comunicação com os doentes com traqueostomia e com entubação endotraqueal sem sedação. Só após muito esforço e inúmeras tentativas é que nos aproximávamos do que o doente estava a tentar dizer. Ao refletir acerca desta temática ficou a sugestão de se adquirirem pictogramas para que os doentes sinalizassem de forma rápida alguns aspetos que lhes poderiam estar a causar desconforto físico ou emocional. A comunicação com estes doentes sai reforçada quando primamos por uma comunicação global e não focalizada na comunicação verbal. O toque terapêutico assume aqui uma importância extrema, aparecendo como a humanização no centro do tecnicismo. A utilização do toque é uma técnica que é treinada ao longo do nosso percurso e quando utilizada da forma e na hora correta traz ganhos significativos para a recuperação do doente uma vez que *“na doença também pode significar apoio, amparo e valorização da pessoa. Apesar de o toque no cuidado ser um ato físico, sabemos que ele pode transformar-se numa atitude de aproximação, de afeto, de solidariedade e de troca de emoções”* (GALA *et al*, 2003, p.53).

A repercussão do toque, quer seja de familiares ou profissionais de saúde, tem repercussão direta no estado dos doentes (ZINN, 2003). Neste campo, tocar, falar, sem esperar reciprocidade foi uma atitude permanente na prestação de cuidados durante o estágio.

A comunicação efetiva entre doente e enfermeiro é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. Ambos têm que possuir competências para que esta interação ocorra (FINKE *et al*, 2008) e neste tipo de unidade, onde a reciprocidade na comunicação

verbal está na esmagadora maioria das vezes ausente “*o processo cuidativo perde características que lhe são únicas. Nas unidades que acolhem este tipo de doentes a dificuldade de comunicação é um desafio às habilidades profissionais e humanas dos enfermeiros*” (SARAIVA e MARTINHO, 2011, p.13).

Num processo cuidativo tudo é comunicação, seja o olhar, o franzir a testa, o tom de voz, a postura. De forma voluntária ou involuntária podemos colocar barreiras na interação doente enfermeiro, uma vez que, como refere PHANEUF (2005) a informação gestual assume uma maior importância que a verbal nestes contextos. Estar disponível, presente, mesmo em silêncio foi uma forma de comunicar e muitas das vezes foi essa mesma a metodologia utilizada.

Refletir criticamente na e sobre a prática

Mais do que fazer importa, neste estágio de formação, refletir acerca do que se faz. KOLB (1984), refere que a aprendizagem, a mudança e o conhecimento têm sempre na sua base uma determinada experiência, seguida de um processo reflexivo. Quer seja no campo pessoal quer seja no campo profissional o crescimento é contínuo de modo que aprendemos e evoluímos com a reflexão acerca do que fazemos (ZEICHNER, 2005).

Para um enfermeiro especialista esta será uma ferramenta indispensável para o exercício cabal das funções neste nível, sendo que é exigido não só um domínio dos procedimentos técnicos mas sobretudo a capacidade de interpretar e adaptar os conhecimentos à especificidade e singularidade de cada doente com uma patologia específica. Para além disso será fundamental na prática diária, perante as adversidades, adequar meios e recursos a situações específicas.

O contributo de quem chega é uma mais-valia para sinalizar aspetos que passam despercebidos no dia-a-dia a quem está no seu ambiente. Criar oportunidades de melhoria, seja sob a forma de sugestão e mesmo de operacionalização é uma forma de se obterem ganhos mutuamente e aproveitamento de sinergias. A oportunidade e espaço neste estágio para refletir proporcionaram, tal como na perspectiva de ABREU (2007), a criação de conhecimento, conhecimento partilhado e aplicado à prática diária. Ganham o doente, o serviço, o estagiário e tutor.

Exemplos de temas de reflexão durante os vários turnos foram muitos, tendo alguns já sido referenciados. Outros exemplos foram o que deve ser feito para adotar um modelo

teórico para sustentar a prática de enfermagem no serviço, monitorizar o *delirium* em doentes internados nestas unidades, avaliar o risco nutricional, monitorizar o cumprimento nas boas práticas de controlo de infeção, entre outras.

Uma reflexão interessante foi a temática da adoção de um modelo teórico para fundamentar a prática de enfermagem nesta unidade. O hospital na sua política interna “Estratégia de enfermagem” não assume nenhum referencial teórico para a fundamentação dos cuidados de enfermagem, referindo de forma genérica e abrangente “*que a missão de enfermagem é prestar cuidados adequados, de acordo com as melhores práticas, garantindo ao doente segurança, qualidade, satisfação e respeito pela sua dignidade*” (HOSPITAL DE BRAGA, 2012).

Neste estágio de desenvolvimento profissional importa fundamentar a prática em sólidos e abrangentes conhecimentos e, neste tipo de unidades, é fácil ser ludibriado pelo tecnicismo e imponência tecnológica dos equipamentos e técnicas de suporte de vida do doente em estado crítico, remetendo-nos para o conceito de “prática avançada”, fundamentada numa perspetiva biomédica (SILVA, 2007). A tecnologia influencia as pessoas, as organizações e a conceção que utilizadores e profissionais têm delas. Segundo HELMAN (2003), o imperativo tecnológico continua a estar presente nas ideologias políticas para o campo da saúde pois “*o hospital continua sendo a instituição da biomedicina*” (HELMAN, 2003, p. 89). Não retirando a importância devida aos avanços espetaculares da tecnologia no campo de suporte ao doente em estado crítico, a prática de enfermagem tem que alcançar uma outra dimensão.

Ao incentivarmos a reflexão acerca da fundamentação da prática pretendemos ir ao encontro da prática alicerçada numa “enfermagem avançada”, utilizando conhecimentos “*centrados nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem*” (SILVA, 2007, p.19). Para nós nunca foi dilema a opção por esta última vertente de pensamento, pelo que este tema pareceu-nos pertinente e oportuno não só para a prática de enfermagem na UCIP mas para a organização hospitalar. Várias questões emergiram desta reflexão, nomeadamente, que modelo teórico adotar neste tipo de unidade? Há necessidade de ter um modelo teórico mais específico para este tipo de unidade?

Um consenso imediato surgiu. A prática não pode estar dissociada de uma fundamentação teórica, uma vez que “*theory is not divorced from but integral to nursing praxis*” (JARRIN, 2006, p. 23). As teorias de enfermagem definem a área de prática, diversidade etária do doente, ação ou intervenção de enfermagem e efeito proposto

(TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Ao pensarmos no doente internado em cuidados intensivos pensamos no doente e família a vivenciarem numa situação de doença aguda, grave, colocando em risco permanente a vida do doente. Este período pode ser encarado como uma transição de um estado em que a pessoa se encontrava para outro ainda não descortinado, emergindo aqui o conceito de transição. Esta abordagem levou-nos a lançar a proposta da teoria de médio alcance, teoria das transições, de Meleis. As transições que as pessoas vivenciam entram no campo da enfermagem quando interferem com a saúde ou a doença, ou quando as respostas a essas mesmas transições se repercutem em comportamentos relacionados com a saúde. O enfermeiro, presente nesta fase, para além de cuidar do doente também tem um papel fundamental no apoio à família que também vivencia esta transição de forma intensa, podendo desencadear processos disruptivos na própria família (MELEIS, 2010).

Uma outra abordagem reflexiva centrou-se na teoria do conforto de Katharine Kolcaba, outra teoria de médio alcance, uma vez que o conforto é entendido como processo e resultado, numa visão holística. São várias as necessidades específicas de conforto nos doentes numa unidade de cuidados intensivos, como por exemplo o doente politraumatizado, a quem é aliviada a dor, o doente que faz ventilação invasiva a quem são prestados cuidados de higiene oral e humedecida a boca várias vezes ao dia, o doente que é ajudado a encontrar a sua melhor posição antiálgica e de conforto, o doente que passa horas a ouvir monitores e alarmes e a quem se diminuiu o som dos mesmos, o doente que não dorme há muitas horas ou dorme apenas por breves períodos e que se apagam as luzes da *box*, a família que se assusta com todo o equipamento e imagem do doente e que é informada atempadamente. Estes são alguns dos exemplos com que nos deparamos diariamente.

São várias as interpretações de conforto, contudo, à luz desta teoria, conforto holístico é uma condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto (DOWD, 2004). KOLCABA (1994) descreve o conforto em três formas: alívio, tranquilidade e transcendência. O conforto deve assim ser um objectivo a alcançar e “*um resultado essencial do cuidado de saúde*” (KOLCABA, 2003, p. 16).

Com esta reflexão conjunta o desafio de ir mais além do preconizado pela estratégia de enfermagem do hospital foi lançado.

Com esta reflexão sobre a prática a aprendizagem foi um processo natural e enriquecedor, onde a aquisição de conhecimentos foi facilitada e o apreendido conduziu a

significados efetivos acerca do que se estava a aprender e gerou mudança (VALADARES e MOREIRA, 2009).

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC

Trabalhar neste tipo de unidades é trabalhar no limite das funções vitais dos doentes onde o desequilíbrio surge a qualquer momento. Os equipamentos de monitorização modernos auxiliam em muito a prevenção e antecipação de eventos menos favoráveis ao doente contudo, pela natureza da gravidade das patologias/trauma o imprevisto surgiu algumas vezes. A atenção para os mesmos e o treino na atuação em situações de emergência permitiram dar resposta em tempo útil.

Exemplo específico, como a exteriorização acidental de cateter central em doente instável a fazer aminas em doses elevadas, tendo surgido de imediato a instabilidade hemodinâmica após exteriorização do mesmo fez sobressair as capacidades e competências perante situações imprevistas. Trabalhar em equipa cateterizando acesso endovenoso periférico de imediato para passar a amina para cateter periférico, apesar dos riscos que a atitude comportava, foi uma das decisões tomadas e assumidas. Questionados acerca do procedimento e risco da atitude, a mesma foi devidamente discutida e analisada chegando-se a consenso que foi o mais adequado. Este episódio remeteu-nos para uma reflexão acerca da autonomia do enfermeiro perante situações de emergência, como a descrita anteriormente. No artigo 76.º, alínea *a*) do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) está explanado que o enfermeiro está obrigado a *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (PORTUGAL, 2009 *b*).

Á autonomia na prestação de cuidados está inerente a responsabilização das decisões e ações tomadas, conforme é referido no artigo 79.º, alínea *b*), que o enfermeiro está obrigado a *“responsabilizar -se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”*. Foi, conscientes dos riscos *versus* benefícios que se atuou, assumindo os atos praticados, demonstrando conhecimento, assertividade e em simultâneo, assumindo a responsabilidade desse mesmo ato.

O atendimento do doente com patologia do foro neurocirúrgico grave, instável, com PIC elevadas e sem resposta a atitudes terapêuticas foi um exercício que obrigou a investir

as competências adquiridas quer em contexto de emergência quer as apreendidas no decorrer do estágio. Evitar a lesão neurológica secundária foi um dos grandes objetivos desses turnos. Quando esgotamos todas as possibilidades e a instabilidade se mantinha o objetivo principal continuava a ser evitar a lesão neurológica secundária, alertando o médico e providenciando transporte imediato para realização de tomografia axial computadorizada (TAC) emergente e, seguidamente, para o bloco operatório (BO).

Após decisão de transportar o doente para realização de TAC, o planeamento e efetivação do mesmo foi célere, coordenado e acima de tudo efetuado de forma a avaliar e prever eventuais complicações e assim estar devidamente preparados para dar resposta a uma situação de emergência fora da UCIP. O transporte do doente crítico é uma das tarefas que exige conhecimento e treino. Durante estes transportes é provável que algo de improvável aconteça, uma vez que o *“doente em situação crítica, seja por doença aguda ou trauma, é muito vulnerável durante a transferência”* (MARTINS e MARTINS, 2010, p.113). A prática neste tipo de transporte no SU permitiu-nos gerir de forma adequada o mesmo e acima de tudo, evitar atrasos nesta situação de emergência. O planeamento do transporte foi sustentado nas recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para o transporte do doente crítico, sendo o planeamento o sucesso para não causar dano ao doente durante o transporte (ORDEM DOS MÉDICOS, 2008).

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente

A UCIP tem por objetivo manter a metodologia de trabalho do enfermeiro de referência, contudo, metodologias de gestão condicionam a aplicabilidade desta opção no seu todo. Aquando da admissão de um doente é atribuída a “gestão” dos cuidados desse doente a um enfermeiro específico. Perante a impossibilidade deste dar continuidade aos cuidados, conforme preconizado pela metodologia do enfermeiro de referência, os mesmos são assumidos em colaboração com a equipa.

O fato de optarem pela tentativa de manutenção deste modelo, demonstra que a gestão da unidade tem por missão a prestação de cuidados de qualidade, globais e não fragmentados.

Todos os cuidados foram planeados tendo por base o processo de enfermagem sendo que a avaliação dos cuidados prestados e reformulação do plano foi muitas vezes efetuado várias vezes num turno devido à instabilidade do doente crítico.

A utilização de linguagem classificada, especificamente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, na elaboração de planos de cuidados não era uma opção mas sim uma forma natural de comunicar em enfermagem. As evidências geradas pelos registos em plataforma informatizada sustentam a prática, emanando desta uma série de indicadores que ajudam a gestão da unidade e dos cuidados prestados se, devidamente monitorizados, compilados, tratados e analisados. Para nós não foi novidade a utilização destes instrumentos de informação uma vez que também na prática diária utilizamos os mesmos, reconhecendo que são, apesar das oportunidades de melhoria a implementar, uma mais-valia para a nossa prática (CUNHA *et al*, 2010).

A utilização da linguagem classificada, à semelhança de um idioma que se aprende, depois de interiorizado e reproduzido, passa a fazer parte dos próprios cuidados, funcionando como agente facilitador na comunicação entre os enfermeiros. Ao utilizarmos a linguagem classificada estamos a dar continuidade aos cuidados e permitir que sejam efetuadas comparações entre práticas de cuidados. Em simultâneo estamos a produzir um rol de informação que poderá ser utilizada para gestão e investigação (SILVA, 2006). Em suma, contribuímos para a melhoria dos cuidados prestados.

Foi sugerido, e implementado, a criação de uma “pasta” com as não conformidades detetadas no aplicativo informático *Global Intelligent Technologies - GLINTT* para dar conhecimento aos programadores de modo a que a elaboração de planos de cuidados seja melhorada com benefícios óbvios para todos os intervenientes. Foram detetadas e comunicadas neste período três oportunidades de melhoria que aguardam resolução.

Durante este percurso admitimos doentes na UCIP, efetuamos colheita de dados segundo os padrões funcionais do adulto, elaboramos respetivos planos de cuidados adequados ao doente optando por “*um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente*” (OE, 2001, p.15).

Aquando da transferência do doente para outros hospitais foi efetuada carta de transferência de modo a que a continuidade dos cuidados não ficasse comprometida. Na transferência intra-hospitalar foi efetuado acompanhamento e transmitida informação ao enfermeiro do serviço recetor. Esta prática vem ao encontro do preconizado pelo despacho n.º 2784/2013 relativamente aos registos efetuados aquando da alta da unidade, especificando esta que os registos de enfermagem têm que contemplar o foco de atenção,

diagnósticos e intervenções de enfermagem ativas em linguagem classificada (PORTUGAL, 2013). Neste período efetuamos três cartas de alta de enfermagem promovendo a continuidade de cuidados.

Relativamente à orientação para outros profissionais, quando autonomamente não conseguíamos resolver os problemas, iniciamos a reflexão acerca da necessidade de acompanhamento por psiquiatria a doentes com internamentos prolongados nesta unidade. Neste campo rapidamente observamos que alguns doentes com internamentos mais prolongados e sem sedação necessitavam de colaboração de psiquiatria e outras áreas de conhecimento, uma vez que a depressão rapidamente se instalava e claramente a necessidade de ajuda diferenciada era uma necessidade. A orientação do doente para outros grupos profissionais que poderiam acrescentar mais-valias ao cuidado foi um trabalho conjunto e efetivo conforme preconizado no CDE. Neste período identificamos e orientamos dois doentes para outras áreas de conhecimento, especificamente a psiquiatria.

Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas

A tomada de decisão não deve, mas só pode, ser tomada tendo por base as evidências científicas atuais. A prática baseada na evidência é um *“método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”* (OE, 2012 a, p.10). Toda a decisão na prestação de cuidados tem repercussão no estado do doente. A própria não decisão é uma forma de decidir, pois a ausência da mesma também se reflete nos cuidados prestados.

A procura das melhores evidências para a situação específica do doente não é fácil. Pelo contrário. Hoje, a quantidade de informação disponível é verdadeiramente excomunal, pelo que facilmente nos desviamos da verdadeira evidência para fontes menos credíveis e até pouco ou nada recomendadas. A procura de fontes atuais, de sítios fidedignos, e acima de tudo, sem interesses económico sociais ocultos é uma tarefa que exige treino e alguma experiência neste mar de informação que se chama rede global. A nossa prática diária foi baseada na evidência na medida que procuramos sempre ser detentores das últimas recomendações relativamente a práticas específicas em UCIP, como a prevenção da PAV, a otimização de cateteres venosos, a hipotermia neuroprotetora, definição de volume residual gástrico entre outros.

O enfermeiro, como elemento integrado numa equipa multidisciplinar deve primar por sustentar a sua prática na evidência na medida em que esta metodologia “permite *rever constantemente a nossa prática e procurar formas novas e mais efetivas de fazer as coisas*” (OE, 2012 a, p. 32).

Estamos assim obrigados a cumprir os preceitos ético legais que derivam do próprio título de enfermeiro explicitados nos Estatutos da OE. VIEIRA (2007) refere que o enfermeiro tem que ter “*uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio e capacidade para tomar decisões em situação de complexidade ética na relação permanente com outras pessoas*” (VIEIRA, 2007, p.8). Neste seguimento, o artigo 76.º 1/a do CDE refere que os enfermeiros têm que “*exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem – estar da população...*”. Mais que uma obrigação, a responsabilidade profissional, ética e legal tem que estar presente de uma forma natural na prática diária. Durante todo o estágio a nossa atuação na prática foi de acordo com os princípios de ética e deontologia profissional, respeitando a privacidade, confidencialidade, assim como a solicitação de consentimento informado (quando possível) e a promoção de um ambiente seguro. Perante uma situação de aprendizagem nova, o princípio *primum non nocere* esteve sempre presente na nossa forma de estar e agir.

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Trabalhar em equipa é um requisito fundamental para que os resultados sejam favoráveis e se alcancem ganhos para o doente e para o crescimento da própria equipa.

Durante este percurso mantivemos uma boa relação com todos os elementos dos grupos profissionais, aproveitando para fazer reflexões conjuntas acerca de técnicas instituídas, circuitos do doente, entre outros, quer com a equipa médica quer com a de enfermagem. Com a equipa de assistentes operacionais (AO) foram várias as oportunidades para refletir acerca da correta higienização das unidades e respetiva separação de resíduos.

O HB está em processo de acreditação internacional pelo referencial CHKS sendo que a gestão e operacionalização deste processo nos serviços está sob a alçada da enfermeira chefe e diretor de serviço. Durante dois dias tivemos oportunidade de efetuar a

revisão documental referente à norma específica do serviço bem como verificar o cumprimento das normas transversais.

Colocar no papel a evidência da prática é uma tarefa que exige conhecimento alargado da instituição e de várias matérias, desde o circuito do doente, à segurança, ao risco, à CCI entre outros. A participação neste trabalho foi ao encontro da política da qualidade em saúde onde está explanada a estratégia nacional para a qualidade na saúde, tendo por princípios a orientação para o cidadão, objetividade, compromisso, inovação, evidência científica, melhoria contínua, qualidade e procura da excelência (PORTUGAL, 2009 a).

O hospital disponibiliza toda a informação relativa ao processo de (re)acreditação numa plataforma *intranet*. A constatação de que os utilizadores estão pouco familiarizados com a mesma e as dificuldades sentidas na pesquisa de documentação específica não está agilizada foi sinalizada. Neste seguimento aproveitamos vários momentos para, em contexto de trabalho, ajudar na navegação desta plataforma e em simultâneo sugerimos a criação de uma plataforma de gestão documental para agilizar o acesso à informação específica da UCIP, bem como da mais relevante da instituição, de forma rápida e intuitiva (Anexo I).

Ao colaborarmos na realização de atividades na área da qualidade da instituição e serviço estamos a dar cumprimento ao estipulado no plano nacional de Saúde 2012-2016 referindo este que os profissionais devem promover e colaborar em equipa numa filosofia que preconize a qualidade em saúde, *“compreendendo a cadeia de valor em saúde em que a sua atividade se insere, o percurso clínico, a função de gestão de caso e a gestão do risco, promovendo e assumindo práticas e competências de melhoria contínua”* (DGS, 2012 a, p.17).

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências

Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC

Promover a formação em serviço na área de EEMC

A enfermagem como profissão tem obrigatoriamente que produzir o seu próprio conhecimento sob pena de ficar refém de outras disciplinas. São inúmeras as situações que

diariamente nos levantam questões no decorrer da prática, nos levantam desafios, nos empurram para a reflexão e apesar disso o número de trabalhos de investigação efetuados por enfermeiros no contexto da prática clínica não abundam. Este é um ponto onde nos falta crescer. Em nosso entender é sobre esta prática diária que devemos focalizar a nossa atenção para a fundamentar contribuindo assim para o desenvolvimento do crescimento da profissão e para uma tomada de decisão alicerçada em saber validado (MARTINS, 2008). A integração da melhor evidência científica existente, aliada à prática de profissionais experientes, respeitando a dignidade, crenças e valores da pessoa é característica duma prática de enfermagem baseada na evidência (DALE, 2005).

Na tomada de posição da OE acerca da investigação em enfermagem é referido que em enfermagem “*são sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Acção aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros.*” (OE, 2006, p.1).

Ao apostarmos nesta área, isto é, gerarmos e sermos proprietários do nosso próprio conhecimento estamos a demonstrar a nossa autonomia e a definir o percurso que queremos para a enfermagem. Ao investigar estamos a produzir conhecimento (FORTIN, 1999).

Neste seguimento as reflexões geradas no estágio foram sempre fundamentadas por trabalhos de investigação recentes, ajudando assim a fundamentar a tomada de decisão. Exemplos destes artigos temos a temática do *delirium*, da prevenção da PAV, das orientações do CDC e ECDC para as boas práticas em matérias de utilização de cateteres periféricos e centrais, da monitorização do resíduo gástrico e conseqüente implicação na alimentação entérica.

Relativamente à participação em trabalhos de investigação fomos convidados a participar no projeto multidisciplinar da prevenção da PAV. Na fase em que participamos no projeto, a nossa colaboração incidiu sobre a implementação de medidas preventivas e respetiva monitorização das práticas sob a forma de auditorias.

Os valores da incidência da PAV estão monitorizados faltando implementar as recomendações do CDC/ECDC para prevenção da mesma. Depois das recomendações estarem a ser cumpridas diariamente e a todos os doentes (monitorização efetuada por um sistema interno de auditoria) serão comparados os valores da incidência da PAV para assim se verificar ou não a eficácia das atitudes implementadas. O nosso contributo foi, de uma forma organizada e complementar criar uma base de dados acerca do cumprimento

das recomendações (desta base derivam também indicadores de processo e resultado acerca do desempenho da equipa). Este foi um projeto integrado em que cada grupo realizou uma parte específica do mesmo (Anexo II). Ao elaborarmos esta base de dados pretendíamos ir mais além, ou seja, a monitorização da prática permite identificar não conformidades e quem as pratica. Desta análise resultam indicadores não só para se efetuar trabalhos de investigação mas também funcionam como uma ferramenta de gestão. O objetivo de identificar as não conformidades foi sempre na perspetiva da oportunidade de melhoria quer da prática quer do desempenho do profissional. A reflexão acerca da utilização deste instrumento gerou reflexão entre enfermeira chefe, enfermeiros peritos e nós. O consenso foi a implementação da mesma.

Sugerimos também, como referido anteriormente, efetuar a monitorização do *delirium* em doentes internados na UCIP.

Este trabalho foi efetuado em conjunto com mais dois colegas de estágio, criando sinergias de equipa entre estudantes e diferentes tutores, tendo ficado definido que a cada um ficava inerente a operacionalização de uma parte da elaboração projeto. O projeto contemplou na fase inicial a fundamentação da temática e respetiva operacionalização do mesmo, a construção de um formulário para monitorizar o *delirium* e a programação de uma formação no serviço para divulgar o tema à equipa da UCIP (Anexo III). A nós competiu-nos fundamentar a temática e respetiva operacionalização do tema. Este trabalho, se implementado, terá reflexos diretos na prestação de cuidados, indo ao encontro da investigação ação que se pretende.

Ficou claro para nós que esta é uma área em que a enfermagem tem que investir, sedimentar e multiplicar uma vez que *“se os enfermeiros utilizarem uma abordagem baseada na evidência na sua prática, eles são capazes de colocar boas questões sobre como e quando eles devem mudar a sua prática, demonstrando que utilizam boa informação para basear as suas decisões”* (OE, 2012 a, p.9).

Relativamente à participação em formação no serviço tivemos oportunidade de participar, como formando, na formação em serviço subordinada ao tema “Interpretação de traçados eletrocardiográficos e algoritmos de suporte avançado de vida” podendo, como referido anteriormente, partilhar experiências e práticas.

Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC

Ao alicerçar a tomada de decisão baseada na evidência, ao prestar cuidados tendo presente o CDE estamos a prestar cuidados de enfermagem de qualidade. É nossa função zelar pelos cuidados prestados, auxiliando os enfermeiros com menos conhecimentos e partilhando experiências e saberes com os mesmos. Foi nossa prática comum nunca fazer nenhum procedimento ou técnica se não tivéssemos a certeza que era a forma mais correta. Sempre que sentimos necessidade, socorremo-nos do tutor para refletir acerca de dúvidas e solicitar orientação.

Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC

A gestão é uma das competências que o enfermeiro especialista tem que adquirir para dar resposta a situações de maior complexidade. Durante dois dias participamos na área da gestão permitindo contactar com esta área.

De forma quase automática quando pensamos em gestão pensamos de imediato em números, em pedidos de consumíveis e equipamentos, em reparações, farmácia..., contudo a verdadeira arte de gerir está no lidar com as pessoas. Numa equipa existem variadas pessoas em estádios de desenvolvimento pessoal e profissional, variadas formas de estar e pensar, variadas personalidades. Existem pessoas, pessoas com família e, tudo, mesmo tudo, influi no comportamento e desempenho dos mesmos.

Saber aproveitar a melhor onda, melhor, colocar o surfista na onda certa é, sem margem para qualquer dúvida, uma tarefa que não está ao alcance de qualquer um. Este cuidado em gerir pessoas é a fórmula para o sucesso de uma equipa. Este modelo de gestão enquadra-se claramente no modelo de gestão contingencial/situacional de HERSEY e BLANCHARD (1986) em que, nesta abordagem não existe uma forma universal e eficaz para todas as situações. Existe um líder, um colaborador e uma situação para gerir num determinado contexto e momento. Em suma adequamos a gestão às pessoas, tendo presente que estes são o maior recurso numa organização.

Na atual conjuntura gerir é das tarefas mais difíceis que existem. A chefia intermédia/operacional tem um papel difícil, pois lida diariamente com a operacionalização dos objetivos económicos da organização e com os objetivos dos colaboradores. Potenciar ao máximo a eficiência e minimizar o desperdício obriga a um exercício diário desgastante, mas em simultâneo, desafiador. Um dos instrumentos utilizado para monitorizar a carga de

trabalho e conseqüentemente tentar adequar os rácios enfermeiro/complexidade de cuidados foi a *Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)*, instrumento que permite “*não só estimar as intervenções e, portanto, a gravidade indireta dos pacientes, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem*” (PADILHA *et al*, 2005, p.230). A utilização de instrumentos validados por vários estudos dão segurança na argumentação para se obterem os meios adequados para a prestação de cuidados com qualidade. A utilização destes indicadores na gestão permite criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Tivemos oportunidade de constatar as dificuldades para a elaboração de um horário de trabalho, onde as múltiplas variáveis entram em jogo (por exemplo colocar sempre um sénior na equipa, facilitar trocas, tentar adequar horário à vida familiar, entre outras) e que tem que ser acauteladas para que a harmonia da equipa persista. A gestão desta harmonia tem inerente a segurança dos cuidados, implícita nas dotações seguras, dotações que “*vão para além das quantidades e incluíram outras variáveis que afectam as dotações e a prestação de cuidados seguros, tais como: carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação dos enfermeiros, combinação do pessoal de saúde, eficiência e eficácia em termos de custos e ligação aos resultados dos doentes e de enfermagem*” (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2006, p. 5).

Uma outra área interessante foi a organização e gestão de stocks de consumíveis e equipamentos uma vez que neste tipo de unidade existem equipamentos muito específicos e dispendiosos, não podendo falhar quando necessários. A solicitação de sugestão acerca de procedimentos, de circuitos, da disposição do stock foi um indicador de que como estudantes reuníamos as competências para estar à altura dessas solicitações.

Relativamente à supervisão de cuidados foi também constante, uma vez que a tutora como responsável de turno, para além da prestação de cuidados aos doentes atribuídos tinha também a missão de supervisionar os cuidados da restante equipa. A atitude de reciprocidade entre supervisor e supervisionado quebrava barreiras, permitindo momentos interessantes na reflexão acerca da prática de cuidados. Esta atividade permitiu-nos transmitir novas evidências e em simultâneo recolher indicadores acerca do estado da *leges artis* na prática de cuidados.

1.2 – Módulo III – Comissão de Controlo de Infecção

A problemática da infeção associada aos cuidados de saúde não é nova, contudo assume nos tempos atuais atenção especial pela morbilidade, mortalidade e custos diretos e indiretos que as mesmas promovem. Os hospitais concentram, pela natureza do seu papel, doentes com diversos agentes infecciosos para serem cuidados. A probabilidade de se transmitir um agente infeccioso de um doente para outro, para familiares ou profissionais é grande se não forem tidas em conta medidas de prevenção deste fenómeno.

A consciencialização desta temática como uma área problema que tem que ser tida em conta na gestão das organizações de saúde foi gradual, assumindo atualmente uma das prioridades em saúde uma vez que a 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, 2007, p.4).

Em Portugal, remota ao início do século passado a atenção despendida a esta problemática sendo a infeção hospitalar abordada pela primeira vez em 1930, pela DGS. Em 1979 a então Direção-Geral dos Hospitais volta a dar ênfase às questões da infeção hospitalar e em 1986 recomenda o controlo da infeção nos hospitais, recomendações estas sustentadas em Resoluções do Conselho da Europa. Em 1993 é então difundida pela mesma Direção Geral a necessidade da institucionalização de CCI nos hospitais, sendo implementadas medidas para operacionalizar a criação das mesmas nas unidades de saúde públicas ou privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Em 1999 a Direção-Geral da Saúde cria o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS (PNCI), divulgado pela Circular Informativa n.º 20/GAB/DG de 30/7/99 com o objetivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção através da identificação e modificação das práticas de risco. Em 2006 o PNCI é alocado na DGS sendo integrado na Divisão da Segurança Clínica, da Direção da Qualidade Clínica, centrando o seu alvo de atenção na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde (DGS, 2007.)

O PNCI, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004/2010, tem quatro grandes linhas estratégicas, sendo elas a organização, o desenvolvimento individual e organizacional, o registo e a monitorização e para finalizar, a comunicação. Tem “*como principal objetivo identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes (como os voluntários, estudantes estagiários, trabalhadores contratados) e*

consequentemente diminuir as taxas de infecção e mantê-las a um nível aceitável” (DGS, 2008 b, p.6).

A CCI tem quatro áreas operacionais de atuação para dar cumprimento ao PNCI, nomeadamente, a VE (de processo, de estrutura e de resultado), a elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, a formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes e por último, a consultadoria e apoio. Deve ter um coordenador, preferencialmente da carreira médica ou de enfermagem que deve pronunciar-se sobre a nomeação dos restantes membros da CCI. Para o exercício das suas funções, deve ser-lhe atribuída uma carga horária ajustável à dimensão e especificidades da unidade de saúde. Tem que ter também um enfermeiro de controlo de infeção afeto às unidades de internamento e unidades de ambulatório, devendo seguir, sempre que possível, as orientações internacionais relativas ao nº de camas do hospital/nº enfermeiro de controlo de infeção para alocação de recursos (DGS, 2007).

A enfermagem, à medida que foi desenvolvendo e construindo o seu próprio conhecimento não passou, naturalmente, ao lado desta problemática. Já Florence Nightingale, relativamente à insalubridade dos hospitais da época, primava por arejar e higienizar as enfermarias de forma a evitar a propagação de doenças e acelerar a cura (PFETTSCHER, 2004), sendo pioneira no desenvolvimento dos primeiros contornos da prevenção e controlo da infeção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados segura.

O enfermeiro, pela visão global que transporta da prestação dos cuidados, da estrutura e orgânica da instituição revela-se um elemento fundamental na CCI.

Desde a formação avançada na área, da formação dos pares e dos vários atores da organização hospitalar, na implementação e supervisão de boas práticas na prevenção das IACS até à assessoria aos órgãos de gestão intermédia e comissão executiva, são funções inerentes ao exercício na CCI, pelo que o enfermeiro que trabalha nesta comissão tem que abarcar um vasto leque de competências de especialista, uma vez que o sucesso do combate às IACS está diretamente ligado ao trabalho e sucesso desta comissão.

Não trabalhando de forma isolada, mas em complementaridade com todos os grupos profissionais na prevenção e controlo da infeção, vai ao encontro do princípio de envolver todos nesta missão (DECOSTER *et al*, 2012). Para além disso, o enfermeiro assume também aqui um papel de liderança e salvaguarda da autonomia da enfermagem como profissão nesta área específica de intervenção.

A aquisição/desenvolvimento das competências é fundamentada em seguida.

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada

A experiência adquirida durante o exercício no Gabinete da Qualidade do Hospital de São Marcos – Braga na realização, participação e operacionalização de auditorias clínicas, assim como a supervisão e elaboração de procedimentos, instruções de trabalho, protocolos e até mesmo políticas na instituição foram uma mais-valia para aplicar neste campo de estágio. A CCI é um importante elemento numa organização de saúde que dá sustentação à qualidade dos cuidados prestados.

O relacionamento interpessoal, o trabalho em equipa, a compreensão dos variados papéis dos vários grupos profissionais na instituição foram, entre múltiplas variáveis, fatores que influenciaram o nosso trabalho na prevenção das IACS.

Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros, quanto ao público em geral

Trabalhar em saúde é trabalhar obrigatoriamente com uma equipa multidisciplinar. A área da prevenção e controlo de infeção é uma área transversal a todos os profissionais da instituição pelo que o trabalho desenvolvido não se refere apenas a uma franja ou grupo profissional específico. Pelo contrário, tem obrigatoriamente que envolver todos para que o sucesso da luta contra as IACS seja uma realidade favorável ao doente e profissionais de saúde em particular e à comunidade em geral.

Neste contexto não basta possuímos os conhecimentos sobre as boas práticas, sobre infecologia e epidemiologia por exemplo. Sem dúvida que o exercício nesta área (como nas outras) não pode nunca estar dissociado de um saber baseado na evidência, contudo, a divulgação e operacionalização deste conhecimento é um trabalho contínuo e que exige sabedoria. Discutimos e refletimos com os pares as práticas atuais de modo a justificar e fundamentar ações, mudanças de comportamentos e acima de tudo transformar este conhecimento numa mais-valia para quem o adquiria. Na perspetiva da OE a *“reflexão interpares (também conhecida como grupos de aprendizagem em acção) poderá ser particularmente útil nas fases de mudança de prática. No entanto, os grupos necessitam de ser apoiados e liderados”* (OE, 2012 a, p.27). Esta premissa esteve sempre presente na nossa atuação.

Em vários momentos a comunicação com enfermeiros foi efetiva, como na sessão de formação elaborada no BO para enfermeiros, acerca do tema “Infeção do local cirúrgico”. Esta formação foi aproveitada para debater mudanças no processo de higiene das mãos, mais concretamente a desinfeção cirúrgica das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA). Temas como administração do antibiótico nos tempos preconizados pela Organização Mundial da Saúde foram também debatidos e, por consequência, levantadas questões pertinentes. A exposição dos dados monitorizados relativos ao número de infeções e respetiva análise, era um exercício a que os enfermeiros não estavam habituados a fazer. A discussão foi muito proveitosa e, acima de tudo, a reflexão sobre as recomendações interiorizada. Outras oportunidades foram evidenciadas neste processo de comunicação com os pares, como por exemplo no decorrer de auditorias internas efetuadas aos serviços da UCIP, Neurocríticos, Gastroenterologia e SU. As auditorias incidiram sobre as boas práticas na triagem de resíduos, lavagem das mãos, higienização de equipamentos e áreas, entre outras. Na sequência destas atividades verificaram-se mudanças efetivas de práticas, evidenciadas por visitas subsequentes a estes locais auditados.

A procura, praticamente diária, de profissionais destes serviços para se socorrerem da nossa assessoria para solucionarem problemas e discutir práticas foi uma constatação que a nossa mensagem passou e, acima de tudo, se conseguiu o mais difícil, tornar as não conformidades em oportunidades de melhoria e trazer para esta batalha um maior número de profissionais. Todos os contributos foram analisados e alvo de discussão, tendo sempre presente que *“toda a evidência tem o seu valor e o contributo dos colegas que estão na prática clínica e dos clientes mantém-se igualmente importante”* (OE: 2012 a, p.12).

Mas a problemática das IACS não se restringe ao núcleo de enfermagem. A discussão destas temáticas com os AO, com médicos e até leigos foi uma constante.

Com os AO foram várias as oportunidades para falar destas temáticas, especificamente em dois dias de formação programados no plano de formação da instituição dedicados a boas práticas. Foi interessante constatar que os mesmos estavam, dentro das suas limitações, conscientes da problemática das IACS e do seu papel para as minimizar, levantando questões pertinentes para solucionar algumas não conformidades. Aqui o desafio foi mesmo adequar o conhecimento em linguagem perceptível para os mesmos, uma vez que o leque de habilitações literárias era muito díspar.

Um outro exercício efetuado foi a replicação da formação efetuada no BO a médicos dos serviços utilizadores do BO, isto é, aos cirurgiões. Primeiro estranharam,

depois entranharam com discussões muito interessantes e acima de tudo construtivas. Quanto a mudança efetiva de comportamento, existem planos de ação de monitorização no BO, efetuados por enfermeiros (elos de ligação), para monitorizar as práticas da correta higiene das mãos, da desinfeção do local cirúrgico, tricotomia, normotermia em cirurgias do colon, administração de antibiótico na indução anestésica entre outros.

Um outro exercício efetuado foi a transmissão de princípios básicos de controlo e prevenção de infeção, nomeadamente a lavagem das mãos ou utilização de SABA, a um grupo de voluntários que iam iniciar o voluntariado no serviço de pediatria. Aqui, mais do que usar terminologia científica foi necessário desmistificar algumas crenças e acima de tudo transmitir pequenos grandes gestos que fazem a diferença nesta área.

Como se constata, o leque de intervenientes é muito heterogéneo assim como as metodologias e técnicas de comunicação adotadas. Acima de tudo imperou sempre o princípio que as mudanças de comportamento são sempre pela aquisição e assimilação de conhecimento e não pela imposição, ou seja, o compromisso assumido resulta da autoridade inerente ao conhecimento e não do autoritarismo da imposição.

Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica

Em campos específicos de conhecimento o perigo existente é precisamente que quanto maior for a especificidade do campo de ação maior é o risco de isolamento, isto é, de sermos uma ilha isolada, ilha esta onde existe dificuldade em sair ou alguém chegar. Quando fomos confrontados com questões, foram entendidas como uma oportunidade de crescimento e, acima de tudo, como uma oportunidade para fazer crescer os outros.

A discussão e análise de problemas atuais no campo da prevenção e controlo da infeção não se restringiram ao gabinete mas foram sempre partilhadas com os grupos envolvidos. Esta foi uma prática efetuada com algumas temáticas, nomeadamente no BO, SU, UCIP.

Nas formações a enfermeiros no BO os temas foram mais específicos, nomeadamente a correta higiene das mãos e desinfeção pré-cirúrgica das mesmas. O desafio da substituição de hábitos instituídos por novas evidências é um percurso que tem que ser implementado de forma gradual e resiliente. Exemplos disso são a substituição da solução aquosa Clorohexidina pela SABA, a implementação de desinfetantes da pele de base alcoólica, a substituição das escovas pelos estiletos, a administração do antibiótico no

ato de indução anestésico obedecendo aos tempos definidos pelas novas evidências, a forma como se organizam os circuitos, o uso de adornos pessoais nas salas operatórias, a triagem de resíduos entre outras.

A constatação de que num hospital desta dimensão existem temas que necessitam ser trabalhados de forma sistemática e contínua, que à vista desarmada se julgavam ultrapassados, denotam bem como o imperativo tecnológico se ajoelha perante os alicerces de práticas básicas e simples. Exemplos como a correta higiene e desinfecção pré-cirúrgica das mãos não podem ser mais claros. Este trabalho de monitorização, auditoria, análise e implementação de planos de ação só foi possível desenvolver com o envolvimento das chefias e elos de ligação da CCI dos serviços.

O trabalho efetuado no BO não foi fortuito. O HB faz parte da rede de hospitais que monitorizam a infeção do local cirúrgico (ILC) no âmbito do programa europeu de VE *Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance (HELICS)*. As evidências demonstram que a ILC *“é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequente. No Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção realizado em 2010, as ILC representaram 13% das infeções consequentes aos cuidados prestados no hospital”* (DGS, 2012 b, p.5). O aumento da morbilidade e consequente aumento de custos associados foram fatores que nos levaram a priorizar a implementação de medidas nesta área.

Foram instituídas uma série de medidas corretivas bem como efetuadas pelo menos duas sessões formativas no âmbito da higienização do BO pelos elos de ligação. A criação de grupos de trabalho foi fundamental para agilizar este processo de melhoria e qualidade contínua. Colocar as próprias pessoas do serviço a melhorarem as suas práticas foi um trabalho exigente mas que deu resultados efetivos. Ninguém gosta de ser mandado na sua própria casa, pelo que o nosso trabalho ao explorar estas ineficiências e trazer novos temas para discussão foi precisamente criar grupos de discussão e trabalho com prazos definidos e operacionalizáveis.

A própria forma de monitorização dos indicadores do programa HELICS levou a alguma análise conjunta muito interessante, nomeadamente acerca da forma de colheita de dados para esses mesmos indicadores. A recolha de dados para indicadores de programas de VE da própria instituição, como a infeção urinária em doentes algaliados, foi também alvo de reflexão e análise, uma vez que os dados existentes nos sistemas de informação implementados revelaram algumas deficiências na sistematização e compilação dos mesmos. Desta dificuldade emergiram questões direcionadas ao departamento de

informática para se melhorar este processo de obtenção de dados. Uma vez mais sobressaiu a necessidade de se trabalhar de forma articulada e não isolada.

A alimentação de uma base de dados, no caso específico do HELICS europeia, e outra interna constituem uns instrumentos preciosos para suportarem a análise da evolução destes indicadores. Registrar é pois uma forma de analisar o que fazemos e melhorar a prática (HAUTEMANIÈRE *et al*, 2011).

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional

Hoje, mais que nunca, a facilidade no acesso a informação e conhecimento está facilitado. O primeiro grande desafio é saber precisamente como, o quê e onde pesquisar, sob pena de nos perdermos num oceano de “lixo pseudo-científico”. Suportamo-nos de artigos e revistas da área da prevenção e controlo de infeção. Estas ferramentas estão disponíveis e permitem aos enfermeiros ter uma fonte fidedigna de pesquisa em tempo real. Saber validar a evidência é uma competência que temos que adquirir para fundamentar a nossa prática sob pena de alicerçar a nossa prática em conhecimento pouco fidedigno (OE, 2012 *a*).

Um dos casos que aqui referenciamos respeita ao artigo que sustenta a implementação de um projeto da CCI, denominado “*Safe Zone*”, mais conhecido internamente como “Fita vermelha”. Este artigo fundamenta a implementação de sinalização com fita vermelha para delimitar em quartos de isolamento as zonas seguras, isto é, até onde profissionais e visitas podem ir sem terem que utilizar equipamento de proteção individual. Nas bancas e carros de trabalho sinalizar com fita vermelha a delimitação de zonas limpas das contaminadas. Nos elevadores, para sinalizarem os elevadores adstritos a transporte de sujos. Parece uma coisa simples, simples de mais para ter resultados efetivos. Contudo, a sua aplicação permitiu verificar que esta sinalética ajuda os profissionais a não se esquecerem de algumas precauções básicas fundamentais para quebrarem a cadeia de infeção (FRANCK e BEHAN: 2012).

Uma outra área que se iniciou a análise foi a atualização de um procedimento geral relativo ao cateter venoso central. Adequar as normas do CDC para estes procedimentos ao nosso contexto é mais um exemplo da aplicação das evidências à prática diária.

Participamos em formação específica na área da esterilização de equipamentos reutilizáveis. Perceber mecanismos e processos de esterilização é fundamental nesta área

da CCI, para se poder compreender e dar as informações corretas quando solicitadas pelos serviços utilizadores desses mesmos equipamentos.

Refletir criticamente na e sobre a prática

Exemplos de temas de reflexão foram muitos, como por exemplo a evidenciação do trabalho desenvolvido. Como e o que evidenciar? Como evidenciar as auditorias “informais” no cumprimento das boas práticas de controlo de infeção? Elaborar guiões de auditorias e registar as mesmas, gerando um relatório foi sempre nosso objetivo, que se revelou fundamental para interagir com os serviços auditados. Gera dupla evidência, para quem audita e para quem é auditado. Este registo permitiu uma rastreabilidade do percurso trilhado no campo da melhoria.

Como rentabilizar o trabalho da CCI com os atuais recursos? A envolvência mais operacional dos elos de ligação da CCI nos serviços foi outro tema analisado e sugerida uma maior envolvência dos mesmos. Estes foram convidados a colaborar como formadores nas sessões de formação de atualização de boas práticas, libertando assim o enfermeiro da CCI para outros trabalhos de campo.

A necessidade de monitorização da prática para que dessa forma seja possível extrair indicadores para refletir e analisar essa mesma prática é hoje fundamental. Os programas de VE apresentam-se como *“uma ferramenta essencial para avaliar o desempenho das instituições de saúde com respeito à prevenção das infeções nosocomiais (IN) e segurança do doente. A VE das IN pode ser efetuada através de estudos de incidência, com monitorização contínua, e de prevalência de ponto (uma fotografia obtida num ponto de tempo)”* (DGS, 2010, p.3).

A análise dos dados recolhidos permite avaliar a qualidade da prática e acima de tudo sustentam processos de melhoria contínua.

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC

O conhecimento da estrutura e dinâmica organizacional do hospital foi uma mais-valia neste campo de estágio. Efetuar este estágio no hospital em que trabalhamos é duplamente benéfico. Para além de ter o conhecimento da estrutura e processo de um outro

ângulo operacional foi também uma oportunidade para partilhar essa visão com quem está mais afastado da prática.

Uma das situações vivenciadas foi precisamente a sinalização e referenciação de um doente com uma tuberculose pulmonar num serviço clínico. O serviço de patologia clínica identificou uma amostra de expetoração de um doente internado como positiva para tuberculose pulmonar. De imediato ligou para a CCI a dar o alerta. O mesmo resultado foi em simultâneo validado na plataforma eletrónica (processo clínico do doente). De imediato ligamos ao serviço a dar conhecimento e a definir a necessidade de isolamento (via área) do doente. Em seguida, alertamos enfermeiro responsável pela gestão de camas. O agente foi contido poucos minutos após ser dado o alerta pelo serviço de patologia clínica. O sistema desenhado e implementado mostrou-se eficaz e acima de tudo respondeu em tempo útil. Participar neste processo foi interessante constatando a importância de desenhos bem definidos, assim como de planos alternativos se acaso a vaga no isolamento não estivesse disponível.

Outras situações surgiram, como por exemplo, emitir pareceres a questões específicas e complexas, como a reutilização de dispositivos médicos de uso único (DMUU). Esta temática reveste-se de uma complexidade vasta, pelo que o parecer carecia de fundamentação técnica, ética e legal. A este respeito socorremo-nos do parecer da OE que refere

“ que um DMUU reprocessado não deverá constituir nunca maior risco para o utilizador do que um DMUU novo e reforçamos que os enfermeiros não estão obrigados a permitir a reutilização de um DMUU que não mantenha a qualidade, funcionalidade e segurança de um equivalente original, sendo que para o respectivo processo de decisão deverão exigir toda a informação que considerem necessária à garantia da segurança dos clientes e da qualidade dos cuidados” (OE, 2012 b).

Colaborar na pesquisa de legislação e pareceres nesta área emanados por outras instituições externas foi um trabalho efetuado.

De realçar que muitos destes pedidos têm, como é normal, motivações económico-financeiras, pelo que a fundamentação dos mesmos carece de sustentação jurídica consistente (AESOP, 2012). Uma vez mais o papel do enfermeiro alarga-se para lá da

fronteira da enfermagem e vai beber a outros campos muito díspares do campo de conhecimento da enfermagem.

Um especial cuidado que norteou a nosso exercício foi a prudência. Perante questões colocadas e para as quais não tínhamos a devida fundamentação, a opção foi de nunca emitir pareceres precipitados mas antes pedir tempo para análise, e sempre que possível, solicitar e comprometer quem questionava na procura da fundamentação da questão colocada.

Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas

As decisões da CCI repercutem-se, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados e, por inerência, no estado do doente.

Muito do trabalho da CCI está relacionado com pareceres na área. Estes pareceres são diários, sendo que muitos deles podem ser chamados de assessoria, uma vez que são muito informais. Contudo, toda a assessoria prestada é, na prática, uma forma de parecer. Assim sendo a fundamentação dos pareceres emitidos (formais e informais) obrigaram a pesquisa e acima de tudo fundamentação científica e legal. Muitos dos temas da área da CCI estão regulados juridicamente por vários diplomas, circulares normativas, pareceres e recomendações nacionais e internacionais. Uma vez mais o domínio destas ferramentas foi fundamental e, como referido anteriormente, nesta fundamentação conseguiu-se não cair no risco de afogamento no tal “oceano pseudo-científico” que muitas vezes não é mais que um pântano difícil de se sair! Uma vez mais o acesso a bases e sítios de idoneidade reconhecida, como a DGS, CDC, ECDC, entre outros, foram práticos habituais. O recurso à revisão de artigos científicos considerados como a melhor evidência científica para basear a prática contribuiu para promover um ambiente seguro para a execução dos cuidados de enfermagem, neste caso com especial atenção ao controlo de infeção.

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

O combate contra as IACS tem que ser um trabalho multidisciplinar, sob pena de uma pessoa ou grupo profissional colocar em causa todo o trabalho efetuado por uma equipa (PEREIRA *et al*, 2004). Com a equipa de AO foram especialmente aproveitadas as

várias oportunidades para refletir acerca da correta higienização das unidades e respetiva separação de resíduos.

No decorrer do processo de (re)acreditação internacional pelo referencial CHKS foram efetuadas diversas auditorias na área da CCI.

Trabalhar com os diversos grupos profissionais foi uma oportunidade para reforçar a importância do papel do enfermeiro na CCI pela competência e conhecimentos adquiridos na liderança de projetos. O trabalho em equipa neste contexto não só foi necessário como fez parte do próprio trabalho. Falar em CCI e não falar em multidisciplinaridade é praticamente impossível, e se assim não for algo não vai bem com certeza. O trabalho efetuado com a médica (que faz parte da CCI), com a gestão hoteleira, com o responsável pela manutenção do edifício, com os serviços clínicos, entre outros, foram prova que todos convergiam num sentido, a melhoria contínua e a missão de quebrar a cadeia de infeção. Ao integrar equipas multidisciplinares trabalhamos em articulação e complementaridade respeitando o CDE em que atuamos responsabilmente na nossa área de competência e reconhecemos a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma.

Ao SU efetuamos visitas e auditorias das quais resultaram o levantamento de problemas com elaboração de planos de ação. Estes planos de ação foram analisados e discutidos com a tutora, enfermeiro chefe, elos da CCI no SU, tendo sido muitos dos problemas solucionados. A otimização e uniformização dos carros de lixo e de roupa suja nas unidades, com retirada das tampas dos mesmos para evitar que os profissionais manuseassem as pegadas dessas mesmas tampas (alternativa à falta de carros com pedal para abertura das tampas) foi um dos exemplos. Privilegiou-se o funcionalismo em detrimento da estética. Contudo esta medida continua a ser monitorizada e alvo de auscultação dos profissionais acerca da sua eficácia. Ao auscultar os colegas acerca das práticas instituídas estamos a compromete-los com as soluções e a gerar conhecimento. A delimitação com fita vermelha, nas bancas de trabalho, da zona limpa da contaminada e delimitação da zona de segurança no isolamento da unidade de cuidados intermédios médicos (UCIM), organização da sala “adúfa” do isolamento da UCIM com substituição de mobiliário, a redistribuição de suportes nas paredes para utilização de SABA e sabão, a aplicação de suportes para copos, toalheiros de papel em falta desde a abertura do SU, organização das salas de sujos e colocação em funcionamento de uma sala de sujos que estava inativada foram ações que derivaram das auditorias efetuadas.

Dos problemas enunciados foi proposta e efetuada formação à equipa de AO do SU (Anexo IV) para reforçar conceitos básicos de medidas na prevenção e controlo da infeção, reposição de consumíveis clínicos, organização e higienização das superfícies de trabalho que estão muitas das vezes desarrumadas, com excesso de material potenciando o risco de infeção e o desperdício.

Como metodologia nesta formação, integramos dois AO como formadores nesta ação formativa. Foi a primeira vez que AO assumiram o papel de formadores e o empenho, a motivação evidenciados contribuíram, sem dúvida, para reforçar o contingente que luta diariamente contra a problemática das IACS. O acompanhamento e a mediação foram sempre do enfermeiro, sendo que a delegação em AO não retirou a responsabilidade ao enfermeiro. Delegamos a tarefa mas não a responsabilidade.

Uma segunda ação formativa efetuada teve como alvo elementos da equipa de limpeza, que apesar de ser externa e contratada em *outsourcing* existiam algumas práticas visualizadas que contrariavam os princípios das boas práticas. Esta focalizou-se sobre o transporte, acondicionamento de resíduos, manutenção e correta utilização das salas de sujos.

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências

Num estágio com esta duração não podemos, como é óbvio, ostentar fazer um trabalho de investigação de raiz. Perceber o que existe ou o que está a ser feito nesta área, sugerir temáticas ou ficar desperto para as mesmas são objetivos realistas para esta janela temporal em que decorre o estágio.

Como referido anteriormente, neste estágio tivemos a oportunidade de analisar, discutir e perceber a amplitude do programa de VE europeu HELICS e dos programas internos de VE da instituição.

Da monitorização dos dados acerca da infeção do local cirúrgico numa série de cirurgias previamente definidas emerge a análise dos mesmos, sempre com o objetivo de identificar as causas que levam ao aparecimento de determinadas infeções em locais cirúrgicos. Em seguida comparam-se resultados e avalia-se a evolução dos mesmos. São elaborados planos de ação para tentar diminuir a incidência destas infeções. Estes programas instituídos revelam como é oportuno a existência da monitorização destas

infecções para a implementação de melhorias, indo ao encontro do sustentado pela investigação/ação, prática, exequível e com aplicabilidade nas práticas diárias.

Relativamente à análise de indicadores foram várias as reuniões em que participamos, quer como observadores (indicadores de produção) quer como assessores. Assistimos e intervimos em várias reuniões, concretamente com enfermeiros no BO, com enfermeiros chefes e diretores de serviço e com Núcleo do Programa de Segurança na Saúde. Na reunião com este último grupo estiveram presentes vários enfermeiros de diferentes unidades de saúde, com o objetivo de se uniformizarem práticas para minimizar as IACS.

Valorizar o papel do enfermeiro com EEMC na área da CCI

No regulamento da CCI do HB estão definidos os objetivos, composição, definição de quem coordena, funções e competências dos núcleos que constituem esta comissão assim como funcionamento, estrutura e organização da mesma.

Um dos aspetos deste regulamento é precisamente a atribuição da coordenação desta estrutura a um enfermeiro. Esta competência espelha as conquistas da profissão, fruto de um saber alicerçado na ciência e competência técnica e humana.

A Circular Normativa da DGS nº 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 referencia que “*de acordo com os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e o National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS) as unidades de saúde devem ter um enfermeiro de controlo de infeção (ECI) a tempo completo, para uma lotação entre as 110 e as 140 camas e mais um ECI por cada mais 250 camas, além desta lotação*” (DGS, 2007, p.3).

Tendo o HB uma lotação oficial de cerca de 700 camas, escasseiam pelo menos dois enfermeiros nesta estrutura, atendendo aos rácios preconizados pelo CDC, fonte esta utilizada para pedir reforço da equipa pela coordenadora.

São múltiplas as solicitações que são efetuadas à enfermeira que exerce funções na CCI. Desde enfermeiros, médicos, AO, todos ocorrem à CCI para obter assessoria em áreas específicas. Foi muito frequente funcionarmos como um árbitro em pequenas distonias quer na prestação de cuidados quer na higienização de unidades e equipamentos e outras matérias relacionadas com a prevenção da infeção.

No atendimento, aberto a todos os grupos profissionais, primou-se por um cuidado para não deixar de atender os colaboradores tendo por objetivo aproveitar as sinergias de

quem tenta e procura melhorar as práticas diárias. São destes pequenos grandes contactos que se conseguem muitas das vezes mudanças efetivas e acima de tudo se conquistam as pessoas para a adesão a projetos na área da prevenção e controlo das IACS.

As áreas de atuação da CCI compreendem quatro áreas interligadas entre si, nomeadamente a formação, elaboração de recomendações e supervisão de boas práticas, consultadoria e vigilância epidemiológica (DGS, 2007).

Na área da formação o dinamismo e volume de atividades foi enorme, sendo transversal a todos os grupos profissionais, mais focalizado para os grupos que trabalham diretamente com os doentes. A focalização em determinados grupos/serviços com especificidades orgânicas e funcionais muito próprias como é o caso do BO e Central de Esterilização, Gastroenterologia, UCIP, Neurocríticos, por exemplo, exigiram um trabalho específico e dedicado. Formações mais abrangentes também foram efetuadas, como por exemplo, formações “Seminários de Atualização” aos vários grupos profissionais, como enfermeiros, médicos e AO. Estes últimos fazem parte da formação anual que é disponibilizada a todos os funcionários do hospital e, para além de dar resposta a um critério do manual CHKS no âmbito do processo de (re)acreditação e que permite à CCI atualizar anualmente as recomendações a todos os colaboradores de uma forma geral.

Mais do que formar foi dar a conhecer o que se faz e para que se faz e em simultâneo passar a mensagem que a CCI está presente para esclarecer e ajudar na resolução de problemas e dúvidas que sobressaem do dia-a-dia.

Nas formações dos AO reforçaram-se recomendações relacionadas com a higienização das unidades dos doentes e respetivos equipamentos, entre outras. O grande número de colaboradores admitidos desde a abertura do hospital obriga a que se operacionalizem estas formações, reforçando a importância da lavagem das mãos, a exemplificação de como retirar as luvas “contaminadas”, a forma de vestir e despir uma bata e a correta utilização de todos os equipamentos de proteção individual de uma forma geral, entre outros temas. A nossa participação foi ativa em duas sessões, demonstrando a correta utilização dos equipamentos de proteção individual.

Neste seguimento e aproveitando a nossa presença no estágio para melhorar a qualidade dos cuidados no SU, elaboramos um procedimento específico para o SU intitulado “*Circuito do doente com necessidade de medidas de isolamento*” (Anexo V) e uma instrução de trabalho “*Acondicionamento de amostras para enviar ao serviço de anatomia patológica*” (Anexo VI). Estes documentos permitem uniformizar práticas em toda a equipa, evitando assim uma prática baseada no senso comum.

Relativamente ao circuito do doente com necessidades de medidas de isolamento no SU nada existia a este respeito, verificando-se muitas das vezes várias formas de atuar quando surgiam doentes com estas necessidades específicas. Exemplos destas situações mais comuns eram os doentes com tuberculose pulmonar e laríngea e doentes com outros agentes problema, que permaneciam várias horas em contato com outros doentes e profissionais sem as medidas de isolamento apropriadas. Para além disso era muitas das vezes chamado o Chefe de Equipa para resolver a situação, ou seja, a autonomia do enfermeiro para solucionar este problema era vedada. Neste sentido, envolvendo elos de ligação da CCI, CCI, diretor e enfermeiro chefe do serviço, foi criado o circuito para estes doentes, otimizando espaços e equipamentos. O acondicionamento de amostras de espécimes para enviar ao serviço de anatomia patológica, que era efetuado de uma forma que gerava algum desconforto, foi também regulado, sendo redefinida a forma de acondicionar e enviar estas amostras ao respetivo serviço, sob a forma de uma instrução de trabalho

Estes documentos permitiram trazer para a nossa esfera a decisão sobre a prática, ajudando a preservar e alicerçar a nossa autonomia na prática. Os mesmos foram divulgados na plataforma de informação *intranet* e poderão servir também de exemplo para outros serviços adequarem as suas práticas.

As auditorias efetuadas serviram fundamentalmente para melhorar práticas e reforçar outras, supervisionar e monitorizar a aplicação de normas de procedimento da CCI. Foi um trabalho contínuo efetuado com resiliência e sapiência. Saber ouvir e adequar a melhor solução possível para o contexto específico foi sempre um trabalho conseguido. Nem sempre se consegue o ideal mas o mais próximo que se conseguir chegar é já uma conquista.

Um outro trabalho efetuado foi a elaboração de uma estrutura de guião para efetuar as auditorias. Este documento foi efetuado em formato digital (Anexo VII) de modo a que pudesse ser adaptado a qualquer auditoria. Foi efetuado de modo a ser utilizado para os mais variados contextos, desde a UCIP, BO, Gastroenterologia, serviços de internamento e consultas de serviços médicos e cirúrgicos, esterilização e até à morgue. Este documento gerava de imediato um gráfico com a perspetiva geral da auditoria. Mais do que fazer as auditorias a preocupação foi sempre retribuir o feedback aos auditados. Este era efetuado durante e no final da auditoria, contudo, a cada auditoria efetuada foi gerado um relatório em formato *pdf* (Anexo VIII) do documento *excel* e enviado por correio eletrónico à

respetiva chefia dos serviços auditados. Estas evidências permitiram à CCI e aos auditados acompanhar as melhorias efetuadas.

Uma das constatações efetuadas foi que cada vez mais profissionais de outras áreas, como engenharia biomédica, procuram focalizar-se nesta área do conhecimento, fazendo estágios de vários meses no hospital. Aqui a enfermagem tem obrigatoriamente que reforçar o seu saber e, acima de tudo, reforçar o seu conhecimento não só com o saber teórico mas também com o saber prático. Esta será a grande vantagem perante estes novos profissionais que, naturalmente tentarão arranjar o seu espaço de ação. Compete-nos a nós ser agentes pró-ativos na afirmação da enfermagem como elemento privilegiado na assunção deste papel na CCI. Contudo é necessário estar desperto para um tema que deverá merecer mais atenção e reflexão aprofundada.

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros

As reflexões acerca de temas específicos da CCI foram, quer com a tutora quer com os elos de ligação e chefias dos serviços, sempre partilhados com o máximo de elementos da equipa de modo a fomentar a reflexão conjunta e em simultâneo tentar inculcar o espírito da aprendizagem contínua. Esta aprendizagem contínua ao longo da vida é entendida como *“toda e qualquer actividade de aprendizagem, com um objetivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências”* (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2000, p. 3).

O estágio na CCI, sendo uma área completamente diferente da prestação de cuidados está diretamente ligada à mesma, uma vez que na prestação diária de cuidados esta é uma área em que obrigatoriamente se tem que primar pela segurança, atualização e cumprimento de boas práticas baseadas nas últimas evidências. A divulgação de evidências, de novas transposições de recomendações internacionais para a nossa esfera de atuação estiveram sempre presentes na nossa atuação na CCI.

Embora não tendo sido retirado de um referencial científico tem muito de sabedoria a frase da poetisa Cora Coralina que por um destes dias nos apareceu num mural de uma rede social referindo *“feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”*. Sem dúvida que de nada vale o nosso conhecimento se não for partilhado e colocado à disposição do outro. Nunca sabemos tudo, e o nosso saber tem que ser constantemente alimentado para podermos ajudar corretamente quem nos procura. Assim o fizemos.

Assessorar os órgãos de gestão no âmbito da CCI

A CCI assume especial importância na medida em que gere e operacionaliza todo um manancial de informação produzida/divulgada por diversas entidades nacionais e internacionais relativa à prevenção de IACS e em simultâneo funciona como “*um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, na área da prevenção e controlo de infeção, constituindo um recurso com autonomia técnica e executiva para a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI)*” (DGS, 2007, p.2).

O papel do enfermeiro na CCI não se esgota no plano mais operacional, funcionando como um órgão de consultadoria e assessoria da Comissão Executiva no acompanhamento das IACS no hospital. A taxa de prevalência e incidência das IACS num hospital são um indicador com pesada carga na avaliação da instituição em matéria de boas práticas. Taxas de IACS elevadas revelam que existe claramente um problema no hospital, com consequências para a instituição em geral e para o doente em particular. A imagem pública de um hospital com uma taxa de IACS elevada não é de toda a melhor publicidade, remetendo de imediato para a área da segurança do doente, uma vez que as IACS matam (VONBERG *et al*, 2011).

Neste campo a OE reforça a importância das “*medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controlo de infeção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro)*” (OE, 2006 b, p.7) para a prestação de cuidados segura.

Foram inúmeras as reuniões efetuadas com a comissão executiva dando a conhecer os indicadores de prevalência e incidência das IACS no HB. A participação num vasto número de reuniões, com emissão de pareceres devidamente fundamentados e suportados pelas evidências na área são um exemplo de uma verdadeira assessoria técnica. No mesmo seguimento, o trabalho em relação estreita com a Direção da Qualidade, com a Direção de Enfermagem e Clínica são exemplos de como a CCI tem presença efetiva nos centros de decisão.

Esta consultadoria estendeu-se não só à comissão executiva mas também à logística/gestão hoteleira e aprovisionamento. A seleção de equipamentos de hotelaria, desde cortinas, tecidos para camas, baldes para lixos, entre outros são exemplos de que matérias tão diversas passam pelo cravo da CCI. Aqui a experiência do terreno é

importante para verificar a operacionalidade e eficácia do equipamento em contexto de prática clínica.

Em matéria de obras no edifício o diálogo com o engenheiro responsável pela gestão desta área foi praticamente diária. Do mesmo modo que eram solicitados pareceres acerca de estruturas e equipamento também do outro lado emanavam questões pertinentes e reflexões conjuntas interessantes para solucionar problemas.

A colaboração com o serviço de aprovisionamento na definição de características de material e equipamento clínico e não clínico com implicações no controlo e prevenção das IACS foi também efetuada. Emitimos parecer acerca de válvulas anti-refluxo para cateteres endovenosos em que as testamos e verificamos que somente obedeciam a um critério de um conjunto de dois. Assim o parecer foi negativo para aquisição do mesmo. Um outro parecer efetuado foi acerca de batas de proteção para visitas e enfermeiros. O material colocado à apreciação tinha algumas ineficiências, contudo, o preço também teve que ser levado em conta uma vez que as contingências orçamentais também têm que ser tidas em conta. Um outro exemplo foi a avaliação de novos debitómetros de urina. De imediato ressaltou a inexistência de adaptador para saco de substituição de urina e conseqüente recusa para aquisição do mesmo.

A preparação para a auditoria externa pelo CHKS também proporcionou um ambiente de trabalho intenso mas muito em complementaridade com a Comissão Executiva, uma vez que o objectivo da acreditação é um objetivo institucional e por inerência de todos nós.

2 – DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Tudo o que é adquirido no percurso de vida não se desperdiça, pelo contrário junta-se ao todo para melhor cuidar. O enfermeiro especialista para além de demonstrar conhecimentos enquadrados num domínio específico demonstra “ *níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (OE, 2009, p.10).

O enfermeiro especialista, se primar por honrar o título na sua plenitude, tem um lugar fundamental para o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade assim como no desenvolvimento da enfermagem como campo de conhecimento autónomo. As competências comuns do enfermeiro especialista “*demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*” (OE, 2011b, p.3) dão suporte a esta prática.

2.1 – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

A responsabilidade profissional, ética e legal esteve sempre presente na forma de cuidar e de estar. Desde a solicitação do consentimento informado (quando possível) ao respeito pela dignidade da pessoa foi sempre nossa prática. Quando o desfecho previsto era a morte demonstrou-se a essência da enfermagem no respeito pela pessoa, com uma identidade, com um passado, com família, com um lugar neste tempo, a terminar um percurso e transitar para uma nova fase.

O respeito pela privacidade em todos os procedimentos que expunham a pessoa, quer a nível físico quer a nível auditivo, foi também um cuidado atendido.

Como enfermeiros, pertencentes a um grupo profissional com uma identidade específica, com uma Ordem que regula o próprio exercício, com um Código Deontológico próprio, zelamos pelas boas práticas e pelo cumprimento das mesmas. Aquando da delegação de atividades esta foi sempre supervisionada e nunca transmitida a

responsabilidade dos cuidados/tarefas delegadas. O recurso a pareceres emitidos pela OE foi também um recurso utilizado durante o estágio.

Neste âmbito cumprimos o dever de zelar pelo bom nome, pela identidade idónea da profissão de enfermagem, que inúmeras vezes sofre incursões provocatórias, tentando ferir a autonomia dos cuidados planeados e executados.

O respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais esteve sempre presente, agilizando processos para que os doentes internados nestas unidades, e a pedido dos familiares, tivessem visita de sacerdote.

Na CCI o sigilo esteve sempre presente, uma vez que o acesso a dados dos processos clínicos dos doentes com IACS era uma prática neste trabalho. Neste campo a componente preventiva assumiu a globalidade das atividades efetuadas de modo a prevenir práticas de risco e consequentes malefícios para o doente. Quando confrontados com indicadores que evidenciavam desvio das boas práticas foram implementados planos de ação para corrigir esses desvios.

As decisões tomadas foram sempre fundamentadas em evidências e sempre que possível em conjunto com a equipa, fomentando a partilha de conhecimentos e a reflexão sobre as decisões tomadas.

2.2- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A prática diária teve como objetivo a prática da excelência. Esta prática de excelência adaptada às circunstâncias e contextos da realidade onde foram prestados os cuidados, foi efetuada de forma organizada, autónoma e sustentada na metodologia de trabalho cientificamente validada, no processo de enfermagem.

A segurança do doente e profissionais esteve sempre presente aquando do planeamento de qualquer intervenção de enfermagem. A atenção na preparação de fármacos e respetivas perfusões, às diluições e respetivas incompatibilidades, à estabilidade, foi um desafio superado. Não houve qualquer dificuldade e incidente neste campo. Da mobilização do doente politraumatizado, com instabilidade hemodinâmica, à otimização do doente conectado a prótese ventilatória todas as intervenções se regeram pelo exercício seguro das mesmas.

Como contributos para a melhoria contínua propusemos a monitorização do *delirium* para posteriormente se avançar para protocolos de atuação multidisciplinares e participação no projeto da prevenção da PAV.

Contribuímos também com a criação da aplicação de gestão documental dos conteúdos específicos da UCIP, ficando este projeto apto a ser implementado. Participamos ativamente na reflexão conjunta com a equipa acerca de temáticas pertinentes, já referenciadas, permitindo refletir sobre a ação e deste modo crescer profissionalmente.

Na CCI propusemos e elaboramos documentos para definir o circuito de doentes com necessidades de medidas de isolamento no SU bem como para o acondicionamento de amostras para enviar ao serviço de anatomia patológica.

Criamos a aplicação de gestão documental dos conteúdos específicos das auditorias efetuadas para as diversas auditorias. Colaboramos na elaboração do índice e estrutura do manual da CCI para divulgação na *intranet*. Na elaboração da estrutura e seleção de conteúdos tivemos em conta os princípios de disponibilizar da forma mais rápida e simples o acesso á documentação relacionada com a prevenção e controlo de infeção por todos os profissionais do HB.

Em ambos os módulos de estágio a colaboração na realização de atividades na área da qualidade foi efetiva, transpondo esses conhecimentos para a prática dos cuidados. Ao auditar práticas contribuímos para a construção de indicadores, indicadores estes que depois de analisados em equipa permitiram refletir e mudar práticas.

2.3 - Competências do domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados faz parte de um planeamento seguro e eficaz. Planear e reavaliar constantemente, atendendo ao estado crítico do doente, foi um exercício contínuo. Muitas vezes planeamos, executamos e aguardamos apenas alguns minutos para reavaliar se a intervenção efetuada surtiu ou não efeito, como nos exemplos dos doentes com traumatismo crâneo-encefálico com hipertensão intracraniana. Este exercício obrigou a que a tomada de decisão fosse baseada na evidência. O trabalho em equipa foi uma parceria e a partilha de informação acerca da evolução do doente uma realidade. Assessorar a equipa em práticas mais diferenciadas, como a mobilização do doente politraumatizado e situações de emergência, foi uma realidade.

A referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde, quando não conseguíamos de forma autónoma solucionar o problema foi também efetuado, como a sugestão da referenciação para a especialidade médica de psiquiatria de doentes internados há várias semanas e meses na UCIP.

A liderança e gestão de recursos fazem parte das competências do enfermeiro especialista. Nesta unidade tivemos a oportunidade de lidar de perto com esta realidade. Os problemas surgiam diariamente para serem resolvidos praticamente na hora, a solicitação para reuniões com outros grupos da gestão eram uma constante assim como as solicitações por parte dos elementos da equipa. A grande tarefa de quem está na gestão passa por conseguir gerir pessoas, não como apenas um recurso mas como uma pessoa, com a sua especificidade e singularidade sendo que *“é a partir da identificação dos problemas encontrados nas situações de cuidados que o enfermeiro gestor elabora projectos de intervenção e de mudança efectiva, tendo em conta a equipa que lidera (SILVA, 2000 b, p.72).* A mesma autora refere também que mais que um gestor na equipa de cuidados é um agente facilitador do processo de crescimento.

A gestão destes saberes e sua transmissão influenciou diretamente na forma de estar e agir no local de trabalho conforme observado formal e informalmente nas auditorias efetuadas.

A avaliação de rácios e sua repercussão nas boas práticas foi também alvo de reflexão. Uma vitória conseguida, baseada na efetiva fundamentação, foi conseguir aumento das AO especificamente para a higienização programada dos serviços conforme plano de higienização definido para o serviço.

Liderar também significa delegar noutros atividades que podem ser assumidas por pessoas menos diferenciadas. Esta capacidade obrigou a avaliação de recursos e acima de tudo a supervisão contínua. O modelo de gestão adotado em equipa foi contingencial, para e com as pessoas, criando motivação na equipa.

2.4 - Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Mais que tirar cursos, frequentar formações é necessário ter motivação para aprender e acima de tudo, ter a perspetiva da aplicabilidade dos conhecimentos em contexto de trabalho. Ser enfermeiro especialista é sinónimo de estudo permanente para poder prestar cuidados diferenciados e atualizados na respetiva área de atuação. A leitura de vários artigos, a pesquisa em *sites* com reconhecida idoneidade científica, foi uma metodologia utilizada. A prática solidificada pelos conhecimentos permitiram decidir em conformidade sempre em função do melhor para doente em particular e para a comunidade em geral.

Neste estágio a aquisição de conhecimentos específicos na área da CCI foi uma constante, interiorizando a dinâmica dos programas da VE do hospital e sua importância para a construção de uma prática segura e de qualidade. Ter um enfermeiro nestas comissões é ter um pilar, um referencial no grupo de enfermagem.

A função do enfermeiro na CCI reveste-se de uma responsabilidade acrescida, uma vez que é o espelho das boas práticas na instituição. Esta função obriga a aquisição e atualização constante de conhecimentos de microbiologia, epidemiologia, doenças infecciosas, esterilização e desinfecção, medicamentos, vacinas e uso de antibiótico, estatística, entre outros. Demonstrar competência na área da consulta, análise de dados, interpretação e gestão de projetos foram essenciais também. A maioria desses conjuntos de conhecimentos e competências foram adquiridos para além da formação básica de enfermagem, obrigando a um desenvolvimento e aprendizagem pós-graduada.

A detecção de necessidades formativas, respetiva programação e operacionalização de formação em contexto de trabalho foi uma prática efetuada. No campo da Investigação muito há a fazer e a trilhar, sendo esta temática alvo de reflexão nos dois módulos de estágio.

3 - DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências definidas pela UCP para que o enfermeiro seja detentor do título de especialista na respetiva área, neste caso concreto, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão explanadas no regulamento do mestrado de natureza profissional. O mesmo está organizado por forma a focalizar a aquisição de competências para a prestação de cuidados à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado grave.

Estas competências posicionam-se paralelamente com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

O doente em situação de agudização da doença ou vítima de politrauma é um doente que necessita de cuidados diferenciados e sistematizados. As competências demonstradas em várias áreas específicas de atuação, que vão desde o trauma, suporte avançado de vida, domínio das técnicas de ventilação invasiva, monitorização avançada, são exemplos da complexidade e aquisição das mesmas.

Mais do que intervir mecanicamente foi importante estar desperto para a prevenção de acontecimentos adversos, muitas das vezes silenciosos, estando a sua deteção apenas ao alcance de quem tem experiência na prestação de cuidados a doentes críticos. A informação e acompanhamento dos familiares estiveram sempre presentes, pois o plano de cuidados incluía sempre a família. No nosso caso foi o que se passou, a vigilância ocupou uma grande parte da nossa atenção e atividade na UCIP.

Parece desfasado o tema da CCI neste domínio mas seria impensável que o mesmo não fosse integrado uma vez que o mesmo influi diretamente na qualidade dos cuidados.

As competências adquiridas neste estágio também se correlacionam com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Aqui, para além das atividades realizadas transversalmente a toda a instituição foram efetuadas atividades específicas direcionadas ao serviço de urgência, como referido anteriormente. No decorrer deste trabalho foram relatadas e fundamentadas inúmeras situações específicas que dão sustentação à aquisição de competências neste domínio, nomeadamente quando é referido que o enfermeiro *“lidera o desenvolvimento de*

procedimentos de controlo de infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011c, p.4). Neste seguimento o mesmo documento refere que o enfermeiro neste domínio de competência demonstra conhecimentos do PNCI e respetivas diretivas da CCI, diagnosticando necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção. Para além destas “estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infecção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica” e os conhecimentos demonstrados permitem “ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infecção” (OE, 2011c, p.4).

As atividades desenvolvidas dão sustentação à aquisição de competências neste domínio.

4 - CONCLUSÃO

Terminada esta etapa no percurso de aprendizagem é chegada a altura de compilar e enfatizar os ganhos obtidos, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Antes de tecermos as considerações finais acerca da aquisição de competências falamos deste instrumento, o relatório. É sem dúvida uma metodologia que ajuda e empurra o enfermeiro para a reflexão efetiva sobre a prática uma vez que ao refletirmos sobre as atividades desenvolvidas estávamos em simultâneo a fundamentar essa mesma prática.

Esta metodologia reflexiva transporta-nos de imediato para o novo paradigma de aprendizagem. Em nosso entender esta é uma das peças do *puzzle* complexo da formação de enfermeiros que faltava operacionalizar e evidenciar. Aproveitar sinergias, partilhar conhecimentos, analisar e debater ideias e ideais, questionar procedimentos implementados, compará-los com outras práticas e, acima de tudo, analisar á luz da prática baseada na evidência foi um exercício que trouxe ganhos para o doente e para o profissional, na medida que esta metodologia empurra o desempenho para a excelência do cuidar.

A aquisição de competências está explanada no corpo deste trabalho e respetivos anexos. As evidências geradas da prática atravessam os vários domínios de competências preconizadas quer pela UCP para a EEMC, direcionada para a prestação de cuidados à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico, quer pela OE nos domínios de competências comuns e específica em enfermagem em pessoa em situação crítica.

O módulo de estágio II (Cuidados Intensivos) decorreu na UCIP, tendo iniciado o estágio por este módulo. A realidade do intensivismo não nos era de todo alheia uma vez que muitas vezes trabalhamos em parceria. A orgânica, estrutura e filosofia neste tipo de unidades é diferente da que estamos habituados, sobressaindo de imediato o aparato tecnológico que confere um grau de espetacularidade a quem presta cuidados nas mesmas. Dominar a utilização dos diversos equipamentos foi um processo gradual, importante, mas não prioritário.

Valorizar a componente relacional nesta área de cuidados foi um desafio. Comunicar com quem não responde, com quem respira de forma artificial, sedado e

curarizado, algumas deles em morte cerebral, foram atividades que obrigaram a utilizar estratégias diferenciadas e focalizadas neste tipo de situações, envolvendo sempre a família. A detecção da falta de pictogramas para comunicar de forma mais eficaz com doentes traqueostomizados foi sinalizada e serviu de mote para a respetiva aquisição.

A prestação de cuidados, sustentada na enfermagem avançada, permitiu-nos aprofundar e adquirir competências técnicas diferenciadas, nomeadamente, na prestação de cuidados a doentes ventilados (invasiva e não invasiva), a doentes com necessidade de HVVC, com necessidade de vigilância intensiva e monitorização específicas como a PIC, PPC, PIA, BIS, entre outras. Todas as intervenções e atividades foram no sentido de manter os valores de referência da respetiva monitorização dentro dos parâmetros normais para a especificidade da patologia de cada doente.

Para além destas competências técnicas e relacionais efetuamos uma proposta de monitorização do *delirium* (confusão aguda) uma vez que a presença deste distúrbio conduz a elevados índices de morbidade e mortalidade. Participamos também no projeto de prevenção da PAV, construindo uma base de dados que permite gerar evidências da prática neste contexto específico. A referida base de dados ficou pronta a ser gerida por um grupo de auditores internos do serviço aquando do término deste módulo de estágio.

A necessidade de agilizar a consulta pelos enfermeiros de documentos específicos desta unidade, bem como documentos gerais do hospital relativos a várias áreas que normalizam a prática, levou-nos, após uma revisão documental no âmbito do processo de (re) acreditação pelo referencial da qualidade, a elaborar uma plataforma de gestão documental que auxilia quer a gestão quer os próprios enfermeiros da unidade na consulta e disponibilidade dos mesmos em tempo útil.

O módulo III (CCI) decorreu entre 1 de outubro e 24 de novembro de 2012, na CCI do mesmo hospital. A problemática das IACS e seu impacto na estrutura e funcionamento de uma unidade hospitalar é constante e podem condicionar toda a qualidade dos cuidados prestados. A operacionalização, em contextos diferentes, de medidas de prevenção e controlo da infeção, auditorias contínuas, participação em reuniões de trabalho com diversos grupos profissionais, discussão de indicadores resultantes dos programas de VE instituídos no HB com medidas concretas para se diminuírem o seu impacto foram uma realidade. A assessoria à Comissão Executiva e outras áreas de gestão foi uma prática realizada e evidenciada. Na área da formação muito trabalho foi desenvolvido, sendo transversal a todos os grupos profissionais.

A formação efetuada aos AO intitulada “Boas práticas na organização do trabalho” foi efetuada em virtude das necessidades detetadas aquando da realização de auditorias focalizadas a diversos serviços e onde se verificaram oportunidades de melhoria diretamente relacionadas com o desempenho deste grupo profissional. Integrar os AO, sob supervisão, como formadores nesta sessão formativa revelou-se uma estratégia ganhadora, uma vez que a reflexão conjunta sobre os problemas detetados originou planos de ação mais focalizados e direcionados para a realidade da prática diária.

A elaboração de guiões de auditorias em formato digital, com respetiva emissão de relatório, acima de tudo sistematizou o que era efetuado de forma manual e mais demorado, permitindo ganhos de tempo consideráveis. Para além da disponibilidade do tempo ganho com este processo o mesmo permitiu gerar e compilar evidências do trabalho efetuado. A emissão e divulgação do relatório das auditorias em tempo útil foi uma metodologia implementada, gerando planos de ação muito mais céleres na resolução das não conformidades. De salientar que os guiões serão incorporados numa plataforma de gestão de auditorias contratualizada pelo HB a uma empresa externa.

Na área da produção de pareceres e elaboração de procedimentos (documentos no âmbito do processo de Acreditação pelo CHKS) muito trabalho foi realizado. Especificamente para o SU foram elaborados, analisados, aprovados e divulgados para implementação dois documentos que sustentam a prevenção das IACS, nomeadamente, “Circuito do doente com necessidade de medidas de isolamento” e “Acondicionamento de amostras para enviar ao serviço de anatomia patológica”.

O tempo que medeia desde a conceção, planeamento e operacionalização de projetos vai muito para além da janela temporal do estágio sendo que o projeto da monitorização do *delirium* na UCIP ficou pela fase de conceção e planeamento. A variável tempo teve o seu contributo mas outras, inerentes à organização do serviço, fizeram com que o mesmo fosse adiado. Ficou o alerta.

Nesta etapa, importa reflectir acerca das competências adquiridas/desenvolvidas neste modelo de formação. A componente teórica auxiliou a reflexão alicerçada na evidência, contudo, o mais complexo foi transportar esta reflexão e os conhecimentos adquiridos para os diferentes contextos da prática profissional. Deste exercício dependeram características intrínsecas e extrínsecas, cabendo ao estudante a sua incorporação no seu processo de aprendizagem de modo a que este processo traduzisse a respetiva aquisição de competências.

No nosso caso, analisamos artigos científicos, transferimos conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares do plano de estudos do mestrado, aproveitamos experiências anteriores do nosso percurso académico e profissional para fundamentar a nossa prática. Nesta prática foi fundamental a relação tridirecional entre estudante, tutor e orientador, promovendo momentos de reflexão e crescimento conjunto para todas as partes envolvidas.

Em paralelo, é indissociável desta prática reflexiva a reflexão acerca do actual modelo formativo, nomeadamente questionar se a carga académica não deverá ser minimizada em detrimento do aumento da carga prática tutelada, alicerçada numa supervisão clínica reflexiva. Parece-nos ser este o caminho que melhor se adequa às necessidades e contextos práticos da enfermagem avançada.

Na viagem do processo de aprendizagem, este percurso foi mais uma etapa na caminhada da aprendizagem ao longo da vida. Dotados das competências adquiridas/desenvolvidas estamos aptos a abraçar novos projetos, nomeadamente na participação ativa na área da gestão de cuidados e em simultâneo fortalecer a área da formação de enfermagem. Nesta última, ao termos a coordenação do grupo de formação de urgência/emergência do Centro de Conhecimento do HB, pretendemos implementar uma estratégia formativa assente na prática baseada na evidência. Continuar a participar em projetos de investigação no serviço de urgência e hospital é um objetivo que pretendemos levar avante para evidenciar o que de melhor fazemos na nossa prática.

Aceitar o convite efetuado pela CCI, aprovado pela direção de enfermagem e Comissão Executiva, para integrar o núcleo de auditores internos nesta área será mais uma vertente a desenvolver.

Acima de tudo, o maior desafio será nunca esquecer o objetivo primeiro que deve nortear todo o nosso percurso, continuarmos a ser felizes.

5 – BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson Correia (2007), *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra, Formasau
- AESOP (2012), *Tomada de posição da Associação dos enfermeiros de sala operações portuguesas sobre reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Único (DMUU)*
- ALMEIDA, Maria Celeste Bastos; RIBEIRO, José Luís Pais (2008), *Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos*, Revista referência, II.^a Série, n.º7, p. 79-88
- CARRONDO, Ezequiel Martins (2006), *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*, Tese de Doutoramento área de Conhecimento – Currículo e Supervisão em educação Básica, Ramo Estudos da Criança, Universidade do Minho
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2000), *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida*, Bruxelas
- COMISSÃO EUROPEIA (2009), *Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (QEQ)*, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Luxemburgo: acessado em http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_pt.pdf a 2-2-2013.
- CUNHA, Alice Paula; FERREIRA, João J. M; RODRIGUES, Manuel Alves (2010), *Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem*, Revista de Enfermagem, III Série - n.º 1, p. 7-16, acessado <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n1/v3n1a02.pdf> a 5-2-2013
- DALE, AE (2005), *Evidence-based practice: compatibility with nursing*, *Nursing Standard*, Vol19, n.º 40, p.48-53.
- DECOSTER A. *et al* (2012), *A prospective study of nosocomial-infection-related mortality assessed through mortality reviews in 14 hospitals in Northern France*, abril, *The Journal of Hospital Infection*, Vol 80, n.º4, p. 310-5 acessado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22365323> a 10-11-2012

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007), *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*, acessado em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf> a 26-3-2012
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008 a), *Programa Nacional de Controlo da dor*, acessado em <http://www.portaldasaude.pt> a 15 -1-2013
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008 b), *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde- Manual de Operacionalização* acessado [http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollection Documents/SPublica/Controlo%20Infeccao/SPManualdeOperacionalizacao. pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SPManualdeOperacionalizacao.pdf) a 23-10-2012
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010), *Inquérito de Prevalência de Infecção 2010*, Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde acessado em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0> a 10-11-2012
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2012a), *Plano Nacional de Saúde 2012/2016, eixo estratégico - qualidade em saúde*, acessado em [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024 _Qualidade _em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf) a 12-12-2012
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2012b), *Relatório do programa de vigilância epidemiológica das infeções do local cirúrgico – HELICS-cirurgia*, acessado em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017795.pdf> a 13-11-2012
- DOWD, T. (2004), *Katharine Kolcaba. Teoria do conforto* in TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. – *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, p. 481-495
- DUARTE, Leonardo Teixeira Domingues (2006), *Índice Bispectral – Bis*, in *Medicina Perioperatória*, p. 209 a 231.
- ELY EW, Shintani A, TRUMAN B *et al* (2004), *Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit*, JAMA, nº 291, p.1753-1762
- FINKE EH, Light J, KITKO L (2008), *A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus*

on the use of augmentative and alternative communication, Journal of Clinical Nursing n°17, p.2102–2115.

- FORTIN, Marie-Fabienne (1999), *O processo de investigação, da concepção à prática*, Lusociencia
- FRANCK, Janet Nau; BEHAN, Andrew Z. (2012), “Safe Zone” in doorway improves hospital clinician productivity and the frequency and quality of interactions with isolated patients acedido em http://www.innovations.ahrq.gov/innovations_qualitytools.aspx?search=safe%20zone a 15-10-2012
- GALA, Marília Fogaça; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro; SILVA, Maria Júlia Paes da (2003), *Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica*, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; n° 37, p.52-61.
- GAUDART, Corinne; WEIL-FASSINA, Annie (1999), “L’Évolution des compétences au cours de la vie professionnelle: une approche ergonomique”, in “Activités de Travail et Dynamique des Compétences”, Rev. Formation-Emploi n° 67, Paris
- GIDDENS; Anthony (2004), *Sociologia*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa
- GIMENO, Adelina (2003), *A Família, O desafio da diversidade*, Instituto Piaget, Lisboa
- GIRARD, Timothy D; PANDHARIPANDE, Pratik P; ELY, E Wesley (2008), *Delirium in the intensive care unit*, *Critical Care* , n°12
- HAUTEMANIÈRE, A. *et al*: (2011). *Identifying possible deaths associated with nosocomial infection in a hospital by data mining*, American Journal of Infection Control, Vol. 39, n°2, p.118-22 acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20888670> a 10-11-2012.
- HELMAN, Cecil (2003), *Cultura, Saúde e Doença*, Porto Alegre, Artmed.
- HERSEY, Paul, BLANCHARD, Kenneth H (1986), *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*, São Paulo.
- HOSPITAL DE BRAGA (2012), *Política: estratégia de enfermagem*
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2006), *Dotações seguras salvam vidas, instrumento de formação e ação.*

- JARRIN, Olga F. (2006) , *An integral Philosophy and Definition of Nursing: Implications for Unifying Meta-Theory of Nursing*, University of Connecticut, School of Nursing acessado em http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1048&context=son_articles a 3-7-2012
- KOLB, David A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- KOLCABA, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- KOLCABA, K. Y. (1994). *A theory of holistic comfort for nursing*. Journal of Advanced Nursing, nº19, p.1178 –1184
- MARTINS, José Carlos Amado (2008), *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*, *Pensar Enfermagem* Vol. 12 N.º 2, 2º Semestre, p. 62-66;
- MARTINS, Regina M.C.S., MARTINS, José Carlos Amado (2010), *Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos*, *Revista de Enfermagem Referência*, n.º 2, p.111-120
- MCADAM, Jennifer L; PUNTILLO, Kathleen (2009), *Symptoms experienced by family members of patients in intensive care unit*, *Journal of Critical Care*, Volume 18, nº. 3, p.200-209
- MELEIS, Afaf I. (2010), *Transitions Theory, Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*, Springer Publishing Company, New York
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001), *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*, Divulgar
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006 a), *Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem*, acessado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao> a 15-6-2012
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006 b), *Tomada de Posição: Segurança do cliente*, acessado em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_2Maio2006.pdf a 15-01-2013
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007a), *Enfermagem Portuguesa, implicações na adequação ao Processo de Bolonha no atual quadro regulamentar*, Lisboa

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007b), *Desenvolvimento Profissional – Individualização das especialidades em Enfermagem*, Suplemento da Revista Da Ordem dos Enfermeiros , N.º 26 de junho 2007
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). *DOR, Guia orientador de boa prática*, Ordem dos enfermeiros
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009), *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*, Caderno Temático
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a), *Modelo de Desenvolvimento Profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos; Progressividade e etapas*, Caderno Temático 4
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b), Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*; Diário da República, 2.ª série, N.º 35
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c), Regulamento nº 124/2011, de 18 fevereiro *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*; Diário da República, 2.ª série, N.º 35
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012a), *combater a desigualdade: da evidência à ação*, Ordem dos Enfermeiros
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012b), *tomada de posição acerca do reprocessamento de dispositivos médicos de uso único*
- ORDEM DOS MÉDICOS (2008), *Transporte do doente crítico*, Centro editor livreiro da Ordem dos Médicos.
- PADILHA, Katia Grillo *et al* (2005), *Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação*, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; Vol.39, n.º2, p.229-233
- PEREIRA, MS; SOUZA, ACS; TIPPLE, AFV; PRADO, MA (2005), *A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem*, Texto Contexto Enfermagem, Vol. 14, N.º2, p.250-257
- PFETTSCHER Susan A (2004), *Florence Nightingale: Enfermagem Moderna* In TOMEY Ann M., ALLIGOOD Martha R.- *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5ª Edição, Loures, Lusociência

- PHANEUF, Margot (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência
- PITA, Fernando; CARMONA, Cátia (2004), *Morte Cerebral, do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo*, Ata Médica Portuguesa, N.º17, p. 70-75
- PORTUGAL (1999), Ministério Da Educação, Decreto-Lei n.º. 353/1999 de 3 de setembro, D.R. I A SÉRIE.
- PORTUGAL (2006), Ministério Da Ciência, Tecnologia E Ensino Superior. Decreto-Lei n.º. 74/2006 de 24 de março, D.R. I A SÉRIE.
- PORTUGAL (2009 a), Despacho 14223/2009 - *Estratégia nacional para a qualidade na saúde*, acessado em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/asaudeemportugal/noticias/arquivo/2009/6/qualidade+saude.htm> a 15-6-2012
- PORTUGAL (2009 b), *Código Deontológico do Enfermeiro, Inserido no Estatuto da OE* republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro que procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de abril
- PORTUGAL (2013), Despacho 2784/2013 – Diário da República, 2ª Série, Nº 36 de 20 de fevereiro
- Regulamento do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde
- SÁ-CHAVES, I. (2000), *Portefólios reflexivos. Estratégia de formação e de supervisão*. Aveiro, Universidade de Aveiro, Formação de Professores, Cadernos didáticos. Série Supervisão, n.º1
- SARAIVA, Dora; MARTINHO, Teresa Cruz (2011), *Comunicar com o doente em estado crítico*, Revista Nursing, acessado em <http://www.informacaoemsaude.com/Cache/binImagens/33-632.pdf> a 21-6-2012
- SILVA, A. (2006), *Sistema de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*, Formasau, Coimbra
- SILVA, Abel Paiva (2007), *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina, Servir*, Vol. 55, n.º1-2, p. 11-20
- SILVA, Amélia da Conceição Rego (2000 b), *Como gerir uma unidade de cuidados intensivos*, Servir, Vol 48, n.º2, p. 68-75

- SILVA, Carlos Fernandes (2000 a), *Fundamentos teóricos e aplicações da cronobiologia*, Psicologia: teoria, investigação e prática, n.º2, p.253-256, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho
- SILVA, Pedro José; MAGALHÃES, António; NUNES, Lucília (2011), *A prática discursiva sobre a formação de enfermeiros em Portugal*, *Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 3*
- TOMEY Ann M., ALLIGOOD Martha R. (2004), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*, (Modelos e teorias de enfermagem), 5ª Edição, Loures, Lusociência
- UNESCO - *International Commission on Education for the Twenty-First Century* (1998), *Educação : um tesouro a descobrir : relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século*, Edições ASA, Porto
- VALADARES, Jorge António; MOREIRA, Marco António (2009) - *A Teoria da Aprendizagem significativa: sua fundamentação e implementação*, Coimbra, Editora Almedina
- VIEIRA, Margarida (2007), *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência –* Universidade Católica Editora
- VONBERG , R *et al.* (2011) *Worldwide Outbreak Database: The largest collection of nosocomial outbreaks*, *Infection*, n.º39, p.29–34
- ZEICHNER, Kenneth M (2005), *Pesquisa dos educadores e formação docente voltada para a transformação social*, *Cadernos de Pesquisa*, Vol. 35, n.º 125, acessado em 10_05_2012 em <http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n125/a0535125.pdf> a 10-12-12
- ZINN, G., SILVA, M., TELLES, S. (2003), *Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol.11, n.º3, p.326-332

ANEXOS

ANEXO I

Base gestão documental - UCIP

Proposta plataforma gestão documental : documentos específicos UCIP

A sugestão para criar uma plataforma de gestão documental surgiu aquando da revisão documental e das evidências necessárias para dar cumprimento ao referencial CHKS 2010 no âmbito do processo de acreditação do Hospital de Braga pelo CHKS.

Existe no hospital uma *intranet* que disponibiliza toda a documentação produzida pelos vários serviços, incluindo a administração, contudo, o volume de informação nessa plataforma é de tal ordem elevado que foram detetadas dificuldades no acesso em tempo útil às mesmas em diversas ocasiões.

Assim, foi proposta e criada uma plataforma de gestão documental com documentos específicos da UCIP para que a equipa aceda e participe na seleção dos documentos que julguem pertinentes aí colocar.

Hoje, mais que nunca, estar informado acerca das políticas, procedimentos, instruções de trabalho é um imperativo, dando estas ferramentas um contributo para melhorar o desempenho da prestação de cuidados.

A proposta e descrição da operacionalidade da plataforma está no quadro que se segue:

Proposta plataforma gestão documental: documentos específicos UCIP

OBJETIVOS:

- Agilizar o acesso à informação específica da UCIP e da mais relevante da instituição, de forma rápida e intuitiva.
- Garantir acesso da informação nos computadores da sala de doentes

FUNDAMENTAÇÃO:

Da mesma forma que é fundamental prestar cuidados baseados na evidência é também imperioso estar informado acerca das políticas, procedimentos e instruções de trabalho específicos da unidade. Todos os documentos aprovados pelo Departamento da Qualidade do HB estão disponíveis na *intranet*, contudo a sua procura e disponibilidade não é ágil e intuitiva conduzindo por vezes a gastos desnecessários de tempo e consequente desmotivação na pesquisa.

DESCRIÇÃO:

A criação de um ficheiro *excel* com os títulos do procedimento e respetivas palavras chave com hiperligação ao documento em formato *pdf* dá resposta rápida e simples a esta necessidade.

Por questões de segurança da manutenção da plataforma a alimentação do ficheiro *excel* com novos documentos estará a cargo da Enf.^a Chefe (ou em quem delegar). No mesmo seguimento a pasta que contém os documentos em formato *pdf* para consulta está restrita e serve apenas para acondicionar os respetivos documentos. A sua alimentação está, à semelhança do ficheiro *excel*, a cargo dos mesmos intervenientes. Esta plataforma não exige aquisição de *software* com custos para o utilizador uma vez que as ferramentas disponíveis dão resposta a estas restrições na alimentação do respectivo ficheiro.

The image displays two overlapping screenshots. The top screenshot is a Microsoft Excel spreadsheet titled 'MANUAL BOAS PRÁTICAS UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS 31_3_2012'. The spreadsheet has a header row with the following columns: 'PROCEDIMENTO', 'Palavras chave', 'REVISÃO', 'GRUPO RESPONSÁVEL', 'LÍDER GRUPO', 'EDIÇÃO', 'REVISÃO', and 'OBSERVAÇÕES'. The 'Palavras chave' column contains hyperlinks to PDF documents. The bottom screenshot is a Windows File Explorer window showing a folder named 'estágio UCIP' containing a folder 'Procedimentos' and a file 'GESTÃO DOCUMENTAL UNIDADE CUID...'. A blue arrow points from the 'Palavras chave' column in the Excel spreadsheet to the File Explorer window, indicating the link between the spreadsheet and the document files.

PROCEDIMENTO	Palavras chave	REVISÃO	GRUPO RESPONSÁVEL	LÍDER GRUPO	EDIÇÃO	REVISÃO	OBSERVAÇÕES
Aspiração de Secreções - 0		0		António Sousa	30-05-2012		
Drenagem Torácica - 0		0		Fátima	21-04-2012		
HIGIENE ORAL EM DOENTES INTERNADOS NA UCIP - 1		1		Rui Pinto	15-09-2010		
Monitorização Electrocardiográfica na UCIP - 0		0		Aida Teixeira	01-06-2012		

ANEXO II

Projeto prevenção da PAV - Base de dados

PROJETO MULTIDISCIPLINAR DA PREVENÇÃO DA PAV

UCIP – HOSPITAL DE BRAGA

O objetivo deste projeto é baixar a incidência da IACS, neste caso específico PAV. Estes projetos vão ao encontro do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos cuidados de Saúde, que tem por objetivo reduzir em 5% a incidência da IACS em 30% das unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde até ao final do ano de 2013.


Os valores da incidência da PAV estão monitorizados e a etapa seguinte é implementar as recomendações do CDC/ECDC para prevenção da mesma. Depois de as recomendações estarem a ser cumpridas diariamente e a todos os doentes (monitorização efetuada por um sistema interno de auditoria) serão comparados os valores da incidência da PAV para assim se verificar ou não a eficácia das atitudes implementadas. O nosso contributo foi, de uma forma organizada e complementar, efetuar um formulário para auditar as recomendações para prevenção da PAV, respetiva criação de base de dados acerca do cumprimento das recomendações (desta base derivam também indicadores de processo e resultado acerca do desempenho da equipa). Esta última foi efetuada por nós. Para finalizar, só faz sentido fazer auditorias e compilar dados se os mesmos forem divulgados com o objetivo de melhoria contínua. Assim o terceiro elemento efetuou uma newsletter para divulgação mensal do cumprimento geral da recomendação e respetivas sugestões de oportunidades de melhoria.

O combate à IACS é uma competência específica do enfermeiro especialista, que tem por obrigação *“maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE:2011).*

A participação neste projeto ficou pela operacionalização destas etapas descritas (criação de formulário para auditoria, criação de base de dados e criação de newsletter para divulgação dos mesmos). A implementação será efetuada pela equipa, uma vez que no período de estágio não estavam ainda reunidas as condições para avançar com a implementação das recomendações. Após o término do estágio ficou agendada reunião para operacionalização do trabalho efetuado.

Nas páginas seguintes está evidenciado trabalho produzido, seguindo também em suporte informático respetivo ficheiro informático com conteúdos referenciados

Formulário auditoria prevenção da PAV



**Hospital
Braga**

AUDITORIA INTERNA

RECOMENDAÇÕES PREVENÇÃO PAV

AUDITOR: _____ DATA: ___/___/___

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C12	C14
	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:	Esf:
ESTRUTURA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
1 Cartas afixada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sterillum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Manómetro cuff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Clorhexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Requer frequência da procedimenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL PARCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROCESSO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
1 Elevação cabeceira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Higiene oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cuff TET (frequência) / Amia 25 cm H2O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL PARCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOMATÓRIO TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES/COMENTÁRIOS												



AUDITORIA INTERNA: PREVENÇÃO PAV

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

MÊS: _____ /20__

GRÁFICO CUMPRIMENTO PROCESSO

COMENTÁRIOS:

OPORTUNIDADES DE MELHORIA:

Newsletter para divulgação dos dados da auditoria

ANEXO III

Monitorização do *delirium* em doentes internados na UCIP

MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM*
EM
DOENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
DO HOSPITAL DE BRAGA

Braga, junho de 2012

INDÍCE

	INTRODUÇÃO	3
1	- <i>DELIRIUM</i> , UM RUÍDO SILENCIOSO	5
1.1	- Instrumentos de Monitorização do <i>delirium</i>	7
1.2	- Operacionalização do projecto	8
2	- CONCLUSÃO	11
3	- BIBLIOGRAFIA	13
	Anexos	15

Anexo I – Algoritmo *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* - CAM- ICU

Anexo II - *Richmond Agitation-Sedation Scale* - RASS

Anexo III - The Attention Screening Examination (ASE) – auditivo e visual

Anexo IV – Formulário monitorização *delirium* UCIP HB

Anexo V – Formação divulgação *delirium*

Anexo VI – Cronograma atividades

INTRODUÇÃO

O presente trabalho está inserido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica – módulo Cuidados Intensivos, que decorreu na unidade de cuidados intensivos (UCIP) do Hospital de Braga (HB).

Neste estadió de aprendizagem em que nos encontramos, especialização em enfermagem médico-cirúrgica, mais do que fazer é fundamental observar, reflectir e integrar na reflexão saberes oriundos quer da nossa experiência profissional e pessoal quer das aprendizagens proporcionadas pelo próprio estágio para dar o nosso contributo em ganhos de qualidade na prestação de cuidados.

Ao final de uma semana de estágio constatamos que alguns doentes manifestavam agitação e estavam confusos, muitos deles após longos períodos de sedação. Após indagar acerca do que existia na UCIP para monitorizar este problema dos doentes verificamos que nada existia. Neste seguimento propusemos iniciar um projecto para monitorização do *delirium* e conseqüente atuação para minimizar os efeitos do mesmo.

A sugestão foi proposta aos tutores, enfermeiro chefe e director de serviço. A ideia recolheu atenção e luz verde para se avançar e assim desenvolvemos a fundamentação e respectivo planeamento do projecto para evidenciar a prática relativamente ao *delirium* em doentes internados na UCIP.

Como objetivos deste trabalho temos:

Monitorizar a incidência de *delirium* em doentes internados na UCIP

Identificar os fatores de risco de *delirium* em doentes internados UCIP

Implementar protocolo de atuação em doentes com *delirium* na UCIP

Contribuir para a melhoria contínua da qualidade

Promover a investigação no serviço na área da Enfermagem Médico-cirúrgica.

Este trabalho tem a introdução e no corpo do trabalho a fundamentação desta problemática bem como o algoritmo sugerido para monitorizar o *delirium*. Na conclusão serão efectuadas considerações acerca da evolução deste trabalho.

1 – *DELIRIUM*, UM RUÍDO SILENCIOSO

Muitos doentes estão numa fase hipoativa de *delirium* que se não for convenientemente sinalizado pode surgir numa forma mais exacerbada e colocar em causa a própria vida.

Quando manifestam o *delirium* numa fase ativa são claramente identificados como perturbadores da harmonia deste tipo de unidades de cuidados. O ruído, a agitação é frequente, contudo a atuação fundamentada perante este problema é muitas das vezes silenciosa, pouco visível.

Nos períodos de agitação e confusão é maior o risco de exteriorização de cateter venoso central e periférico e da linha arterial, desentubação nasogástrica; desalgaliação, má adaptação da ventilação não invasiva e invasiva, de queda e de lesão da integridade cutânea por fricção no leito, entre outros. Todas estas ocorrências influenciam directamente os resultados dos cuidados prestados pelos enfermeiros, sobrecarregando-os com intervenções que poderiam ser evitadas/prevenidas, uma vez que um doente com *delirium* necessita de mais horas de cuidados do que aquelas que seriam necessárias para atender ao seu estado de saúde.

O termo *delirium* define um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível (Sousa e Ferraz, 2011). Por seu lado Pessoa e Nácúl (2006) definiram o *delirium* como:

“um distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção caracterizado por início agudo e flutuante da função cognitiva, de forma que a capacidade do paciente receber, processar, armazenar e recordar informações está marcadamente alterada. Ele ocorre em curto período (horas ou dias), é geralmente reversível e pode ser consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, causada por uso de drogas mesmo em concentração terapêutica, exposição a toxinas ou a combinação destes factores” (Pessoa e Nácúl, 2006, p.1).

O *delirium* pode ser visto como uma forma de disfunção orgânica, podendo ocorrer em formas hiperativas, hipoativas ou ambas.

Os factores desencadeantes de *delirium* são multifactoriais, tais como: idade (superior a 70 anos), doentes institucionalizados, história prévia de depressão, demência, acidente vascular cerebral, epilepsia, alcoolismo, consumo de psicofármacos, uso de drogas ilícitas,

hipo/hipernatremia, hipo/hiperglicemia, hipo/hipertiroidismo, hipo/ hipertermia, falência renal, doença hepática, insuficiência cardíaca congestiva, choque séptico ou cardiogénico, doentes portadores de Síndrome de imunodeficiência adquirida, doentes com necessidade de alimentação por sonda nasogástrica, algaliação, cateter venoso central, desnutrição e deficiência visual/auditiva, entre outros (Ely *et al.*, 2001).

Qualquer doente admitido nesta Unidade de Cuidados Intensivos tem pelo menos um ou mais destes factores causais sendo a idade um dos predominantes. Actualmente, idosos com mais de 65 anos, representam mais de 48% dos doentes internados sendo o *delirium* uma fonte comum, grave e potencialmente evitável de morbilidade e mortalidade destes doentes, pois ocorre em 25-60% dos casos, estando associado a taxas de mortalidade de 25-33%. (Inouye *et al.*, 1990).

O *delirium* não é reconhecido/detetado na avaliação inicial em cerca de 2/3 dos doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos/intermédios (Truman e Ely, 2003) fragilizando a construção do planeamento de cuidados. Os mesmos autores referem que a presença de *delirium* nos doentes está associado a mais dias de hospitalização, complicações clínicas que podem aumentar a mortalidade, maior dependência nos cuidados aquando da alta com inerente sobrecarga para os cuidadores e ou necessidade de alternativas (lares).

Estatísticas dos cuidados de saúde dos EUA indicam que o *delirium* em cada ano complica a hospitalização de mais de 2,30 milhões idosos, envolvendo mais de 17,50 milhões dias de internamento e contabilizando mais de 8 bilhões de dólares em gastos dos seguros médicos (Inouye *et al.*, 1990). Assim, o *delirium* é umas das causas de prolongamento do internamento, de custos substanciais adicionais acumulados após a alta hospitalar, devido à crescente necessidade de institucionalização, reabilitação e cuidados domiciliários bem como de mortalidade seis meses após alta, de doentes que desenvolveram *delirium* em Unidades de Cuidados/Intermédios cardíacos e médicos.

Para além das implicações directas no doente, a monitorização do *delirium* é também hoje um indicador da qualidade destas unidades (Ely *et al.*, 2001; Truman e Ely *et al.*, 2004). Quando o enfermeiro observa alterações de comportamento deve atuar para minimizar o desconforto do doente, promovendo o seu maior bem-estar possível. Assim é nosso dever zelar para que, o doente em situação crítica esteja o mais confortável e seguro possível, uma vez que o seu metabolismo já está alterado pela situação clínica em que se encontra.

Watson (1998) refere que o “*conforto criado pela enfermeira deve ajudar a pessoa a funcionar de modo eficaz tanto quanto o seu estado de saúde/doença lho permita*” (Watson, 1998, p.97). Portanto, é um resultado do cuidado e uma área de intervenção no processo de cuidar em enfermagem.

Relativamente ao *delirium* existem evidências que demonstram que em unidades de cuidados intensivos 50-80 % doentes ventilados desenvolvem *delirium*, 20-50 % doentes internados UCI com menor gravidade desenvolvem *delirium*, mais de 40000 doentes ventilados mecanicamente em UCI nos EUA manifestam *delirium* todos os dias e que 10% mantém o *delirium* depois da alta (Ely *et al.*, 2001).

No mesmo seguimento, Milbrandt *et al* (2004) referem que a presença do *delirium*

Aumenta o tempo de internamento na UCI (8 vs 5 dias)

Aumenta o tempo de internamento no hospital (21 vs 11 dias)

Aumenta o tempo de ventilação mecânica (9 vs 4 dias)

Aumento dos custos

Aumenta 3 vezes o risco de mortalidade

Aumenta a possibilidade de permanecerem perturbações cognitivas a longo prazo

1.1 Instrumentos de Monitorização do *delirium*

Para monitorizar o *delirium* sugerimos a implementação do algoritmo diagnóstico *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit - CAM-ICU* (Método de avaliação da confusão) (Anexo I) proposta por Ely *et al.* (2001) e a *Richmond Agitation-Sedation Scale - RASS* (Richmond, 2003) (Anexo II).

O CAM-ICU é uma ferramenta validada em 2001 por Ely *et al.*, com alta sensibilidade e especificidade, de aplicação rápida (2 a 5 minutos), podendo ser usada, inclusive, em doentes com ventilação mecânica. Desde o seu desenvolvimento o CAM-ICU tornou-se o instrumento mais utilizado para deteção do delírium a nível mundial, devido aos seus fortes resultados de validação bem como sua facilidade de uso tendo sido usado em mais de 250

artigos originais até à data tanto como medida de processo ou de resultado (Inouye et al., 1990).

Esta escala deve ser aplicada simultaneamente com a escala que verifica o nível de agitação e sedação dos pacientes (RASS - The Richmond Agitation and Sedation Scale), pois o CAM-ICU não pode ser aplicado a doentes em coma ou muito sedados. Para que se confirme o diagnóstico de *delirium* são necessárias três das quatro características avaliadas no teste: alteração no estado mental de forma súbita ou flutuante, desatenção, pensamento desorganizado e/ou nível de consciência alterado (Ely et al., 2001).

No algoritmo *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* - CAM-ICU é também utilizado o Teste de Atenção (The Attention Screening Examination (ASE) – auditivo e visual (Anexo III)

A opção por este instrumento prende-se com a facilidade da sua aplicação, apesar de existirem outros instrumentos validados para a população portuguesa (Sampaio et al: 2010) e esta estar traduzida para vários idiomas, incluindo o português.

1.2 - Operacionalização do projecto

Esta é uma área que nos parece pertinente atuar de modo a obter ganhos efectivos e em simultâneo criar padrões de comparação nacionais e internacionais da UCIP nesta área.

Assim, antes de se iniciar a formação acerca da importância desta temática em contexto de UCIP parece-nos fundamental que este projecto seja multidisciplinar, isto é, que seja criado um grupo de trabalho que inclua médicos e enfermeiros.

Nesta fase de estágio, e atendendo à complexidade da operacionalização deste projecto, propomos a elaboração do presente projecto com respetiva fundamentação, a criação de um formulário (Anexo IV) com o algoritmo de monitorização do *delirium* e efectuar uma acção de formação (Anexo V) à equipa de enfermagem para divulgar a temática.

Numa segunda fase os colegas de especialidade do segundo grupo darão continuidade ao mesmo, sob a forma de implementação da monitorização.

Esta formação de grupo de trabalho visa criar sinergias que permitam dar continuidade ao projeto, isto é, depois da monitorização e análise dos dados importa implementar medidas

sob forma de protocolos de atuação, incluindo farmacológicas, para operacionalizar as estratégias de diminuição da incidência do mesmo.

Anexa-se proposta de cronograma (Anexo VI) para a implementação do mesmo.

2 - CONCLUSÃO

O doente crítico por si só necessita de cuidados diferenciados do enfermeiro mas estes cuidados só serão globais se atenderem a todas as dimensões e acima de tudo se se valorizarem os pequenos grandes pormenores, o implícito e o que pode ser prevenido. Não detectar o *delirium* é um erro muito comum na avaliação que se faz a estes doentes e por consequência todo o plano de intervenção de enfermagem delineado fica incompleto logo na sua concepção. Para além do imperativo tecnológico subjacente ao tratamento da sua situação clínica importa prestar cuidados de enfermagem que tenham como resultados o conforto do doente. A nossa acção faz-se directamente sobre o doente mas também sobre o que o rodeia, sobre o ambiente extrínseco que muitas das vezes é agente despoletador de desconforto. Assim, ao concebermos medidas de conforto para abordar essas necessidades procuramos melhorar o conforto dos doentes, que é o resultado imediato desejado (Dowd, 2004).

Não basta ser excelente na prática, dominar a componente da patologia e do tecnicismo que estas unidades emanam e por vezes dão uma falsa sensação de super enfermeiros e super-enfermagem onde se domina tudo e a um ritmo vertiginoso. Mas o que torna realmente os cuidados de excelência? Tudo! A questão da prática avançada versus enfermagem avançada está bem presente nestas unidades e compete-nos a nós enveredar pela excelência dos cuidados alicerçados em conhecimento de enfermagem.

3 - BIBLIOGRAFIA

Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. Teoria do conforto. In TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. – *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, p. 481-495.

Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, B., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G., Inouye, S. (2001). Evaluation of *delirium* in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*; 29:1370-1379.

Ely, EW, Shintani A, Truman B, *et al.* (2004). *Delirium* as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *The Journal of the American Medical Association*; 291:1753–1762.

Pessoa, R. F. e Nácul, F. E. (2006). *Delirium* em Pacientes Críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Abril – Junho; Vol. 18 Nº 2.

Sampaio, Sequeira & Sá (2010). *Tradução do método de avaliação da confusão (CAM): importância no contexto da saúde mental*. In II Congresso Internacional da SPESM, Barcelos, Portugal, 26-29 Outubro, 2010 - Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental: [actas]. Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. ISBN 978-989-96144-2-0. 2010: 166-173.

Sousa, W. A. e Ferraz, V. M. (2011). Avaliação de *delirium* em pacientes em uso de sedativos. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, Vol. 5, (1).

Truman, B. e Ely, EW (2003). Monitoring *delirium* in critically ill patients. Using the confusion assessment method for the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, Apr; 23(2):25-36.

The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual acedido em 24 de Fevereiro 2012]. Disponível em <http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/assessment.html>

Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*. Paris: Ed. Seli Arsean.

Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of *delirium*. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright 2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH.

Milbrandt EB et al. (2004), Costs Associated with *Delirium* in Mechanically Ventilated Patients. Crit Care Med 20; 32: 955-962,

ANEXOS

MONITORIZAÇÃO DO *DELIRIUM* EM

DOENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

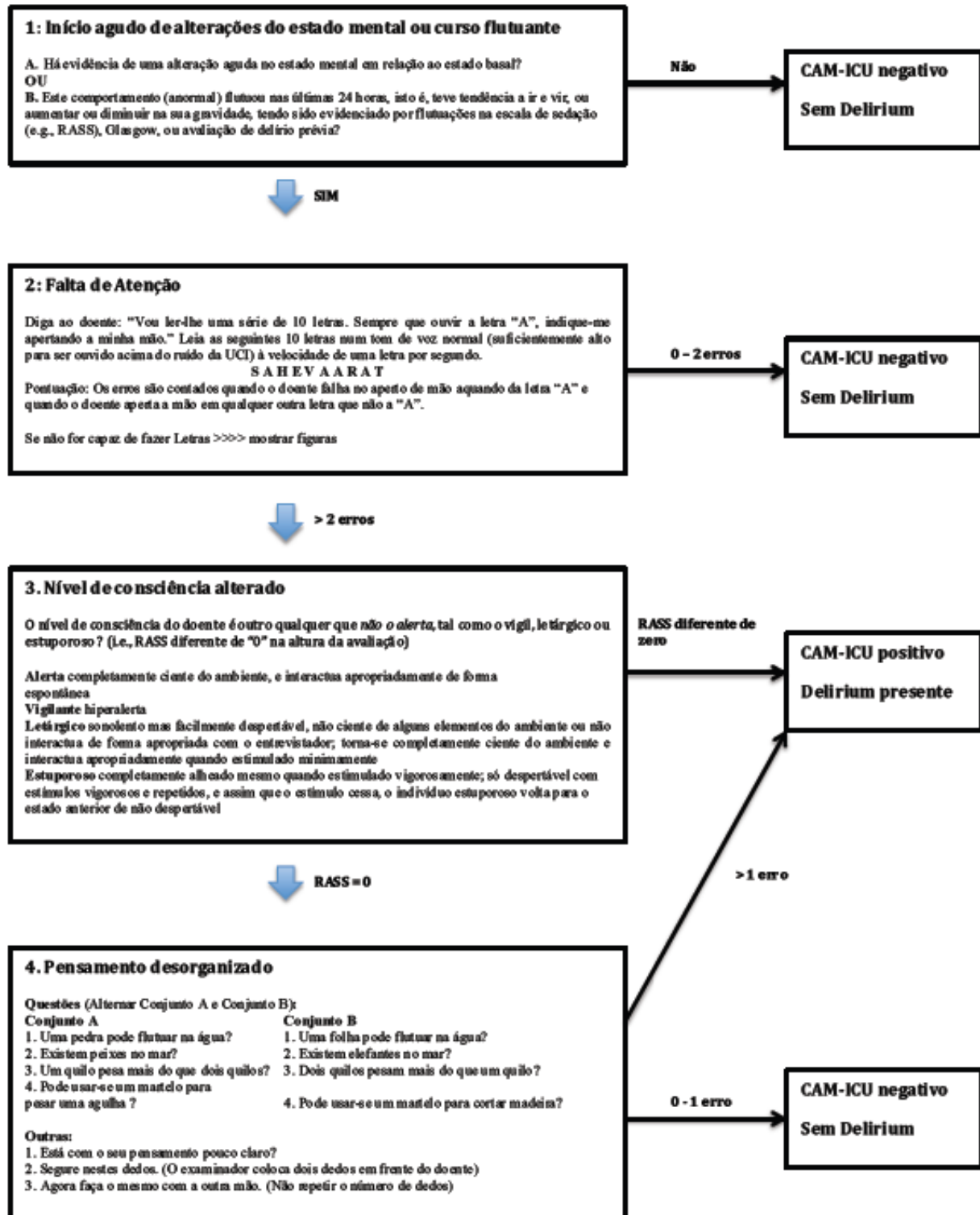
DO HOSPITAL DE BRAGA

ANEXO I

**Monitorização do *delirium* em doentes internados na unidade de cuidados intensivos do hospital de
Braga**

Algoritmo Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit - CAM- ICU

Fluxograma da aplicação do Confusion Assessment Method for de ICU (CAM-ICU)



ANEXO II

**Monitorização do *delirium* em doentes internados na unidade de cuidados intensivos do hospital de
Braga**

Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS

A Escala de Agitação e Sedação de Richmond: a RASS*
(The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*)

Pontuação	Termo	Descrição	
+4	Combativo	Abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para o pessoal da UCI	
+3	Muito agitado	Puxa ou retira tubos ou catéteres; agressivo	
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes; luta contra o ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso mas os movimentos não são agressivos	
0	Desperto e calmo		
-1	Confuso	Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/contacto dos olhos) à voz (>10 segundos)	} Estimulação Verbal
-2	Sedação Ligeira	Acorda por breves períodos com contacto dos olhos à voz (<10 segundos)	
-3	Sedacão Moderada	Movimento ou abertura de olhos à voz (mas sem contacto dos olhos)	} Estimulação Física
-4	Sedação Profunda	Não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com <i>estímulo táctil</i>	
-5	Não despertável	Não responde à voz ou ao <i>estímulo táctil</i>	

Se RASS for -4 ou -5, **Parar e Reavaliar** o doente mais tarde

ANEXO III

**Monitorização do *delirium* em doentes internados na unidade de cuidados intensivos do hospital de
Braga**

The Attention Screening Examination (ASE) – auditivo e visual

Attention Screening Exam Visual

~ Form A ~

Attention Screening Exam (ASE) Visual

This is a test of attention, the ability of the patient to concentrate and demonstrate short-term memory.

General Instructions:

- Alternate daily between Form A and Form B if repeat measures are taken.
- If a patient wears glasses make sure he/she has them on when attempting the Visual ASE.

Scoring: This test is scored by the number of correct "yes" or "no" answers during the second step (out of a possible 10).

References:

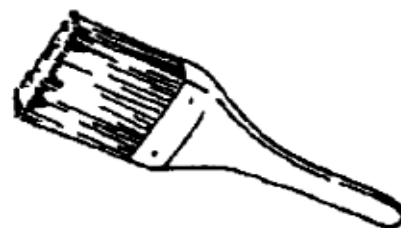
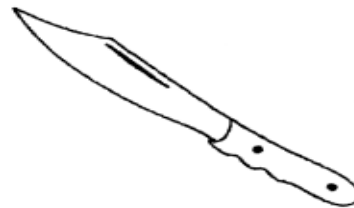
Du, C.W., Inouye, S., Bernard, G., Gordon, S., Francis, J., May, L., Turner, B., Speroff, T., Gaudin, S., Margolin, R., Citrus, R., DeLamater, A. (2001). Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Journal of Intensive Care Medicine*, 16(1), 7-13.

Du, C.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Turner, B., Citrus, R., Speroff, T., Gaudin, S., Bernard, G., Inouye, S. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*, 29(13), 1376-1381.

Step 1 (5 Pictures)

Say to the patient: "Mr. or Mrs. _____, I am going to show you pictures of some common objects. Watch carefully and try to remember each picture because I will ask what pictures you have seen."

Show the following 5 pictures for 3 seconds each verbally identifying each picture when shown.

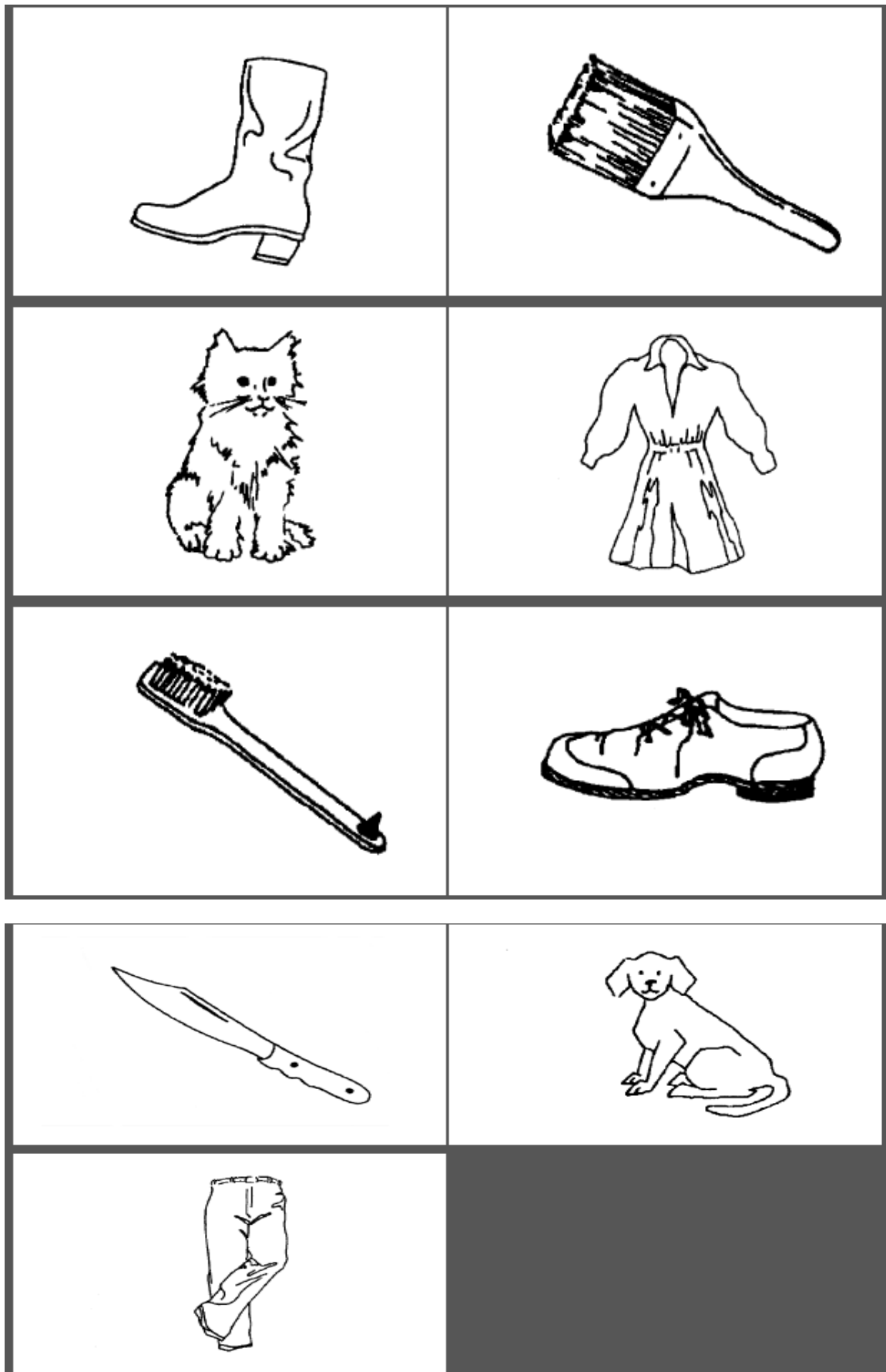


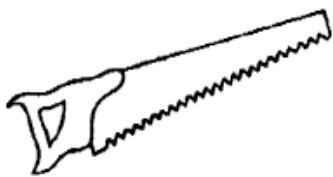
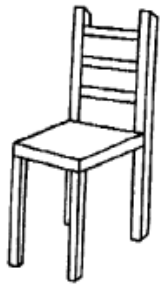
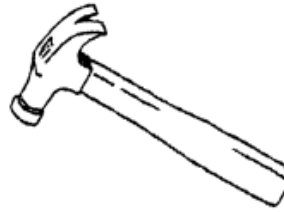
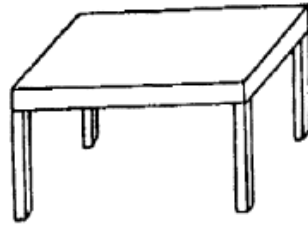
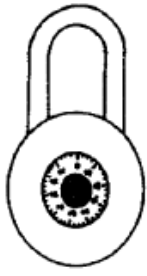
Step 2 (10 Pictures)

Say to the patient: "Now I am going to show you some more pictures. Some of these you have already seen and some are new. Let me know whether or not you saw the picture before by nodding your head yes (demonstrate) or no (demonstrate)."

Show the following 10 pictures (5 new, 5 repeat) for 3 seconds each verbally identifying each picture when shown.







ANEXO IV

**Monitorização do *delirium* em doentes internados na unidade de cuidados intensivos do hospital de
Braga**

Formulário monitorização *delirium* UCIP HB

**Monitorização Delirium
Unidade Cuidados Intensivos Polivalente
do Hospital de Braga**

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Confusion Assessment Method for the ICU(CAM-ICU)

DIA													
HORA		Aç	12	24	12	24	12	24	12	24	12	24	
RASS <small>Esale de agitado e sedação de sedação</small>	+4	COMBATIVO, abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para pessoal UCI											
	+3	MUITO AGITADO, puxa ou retira tubos ou cateteres; agressivo											
	+2	AGITADO, movimentos não intencionais frequentes; luta contra ventilador											
	+1	INQUIETO, ansioso mas os movimentos não são agressivos											
	0	DESPERTO E CALMO											
	-1	CONFUSO, não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/ contacto dos olhos) à voz > 10 segundos - estimulação verbal											
	-2	SEDAÇÃO LIGEIRA, acorda por breves períodos em contacto dos olhos à voz (< 10 segundos) - estimulação verbal											
	-3	SEDAÇÃO MODERADA, movimento ou abertura de olhos à voz (mas sem contacto dos olhos) - estimulação verbal											
	-4	SEDAÇÃO PROFUNDA, não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo tátil - estimulação física (PARAR E REAVALIAR MAIS TARDE)											
	-5	NÃO DESPERTÁVEL, não responde à voz ou ao estímulo tátil - estimulação física (PARAR E REAVALIAR MAIS TARDE)											
PASSOS													
CAM-ICU	1	Início agudo de alterações do estado mental ou curso flutuante	SIM	PASSAR PARA PASSO 2									
			NÃO	SEM DELIRIUM									
	2	Falta de atenção	SIM	PASSAR PARA PASSO 3									
			NÃO	SEM DELIRIUM									
			Palavras										
			Imagens										
	3	Nível de consciência alterado	SIM	RASS ≠ 0 - DELIRIUM									
			NÃO	RASS = 0 PASSAR PARA PASSO 4									
	4	Pensamento desorganizado	SIM	> 1 ERRO - DELIRIUM									
			NÃO	SEM DELIRIUM									
	RÚBRICA												
	Nº OE												

ANEXO V

**Monitorização do *delirium* em doentes internados na unidade de cuidados intensivos do hospital de
Braga
Formação divulgação *delirium***

**MONITORIZAÇÃO DO DELIRIUM
EM
DOENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
DO HOSPITAL DE BRAGA**

Objetivos

- Monitorizar a incidência de delirium em doentes internados na UCIP
- Identificar os fatores de risco de delirium em doentes internados UCIP
- Implementar protocolo de atuação em doentes com delirium na UCIP
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade
- Promover a investigação no serviço na área da Enfermagem Médico-cirúrgica.

Delirium

“um distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção caracterizado por início agudo e flutuante da função cognitiva, de forma que a capacidade do paciente receber, processar, armazenar e recordar informações está marcadamente alterada. Ele ocorre em curto período (horas ou dias), é geralmente reversível e pode ser consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, causada por uso de drogas mesmo em concentração terapêutica, exposição a toxinas ou a combinação destes factores”

Delirium vs delírio



Delirium

- distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção
- **início agudo e flutuante** da função cognitiva
- ocorre em curto período (horas ou dias)
- é geralmente reversível
- pode ser consequência direta:
 - condição médica (causa médica/cirúrgica/traumática)
 - síndrome de intoxicação ou abstinência
 - uso de drogas mesmo em concentração terapêutica
 - exposição a toxinas
 - combinação destes factores

**Monitorização do delirium ...
evidenciar a prática**

Vantagens

Carga de trabalho

Como monitorizar – CAM - ICU

Quando monitorizar - FORMULÁRIO

Perspetivas – PTC/ glintt

**Monitorização do delirium ...evidenciar a prática
PORQUÊ???**

- 50-80 % Doentes ventilados desenvolvem delirium
- 20-50 % doentes internados UCI com menor gravidade desenvolvem delirium
- 10% mantém o delirium depois da alta

**Monitorização do delirium ...evidenciar a prática
PORQUÊ???**

O delirium é muitas vezes **invisível** a menos que o procuremos !!!

- Delirium subtipo **hipoativo** (35%) ou misto (64%)
- Delirium subtipo hiperactivo puro 1%
- Idade: preditor de delirium hipoativo

Como monitorizar delirium?

[CAM – ICU \(fluxograma\)](#)

The Confusion Assessment Method for the ICU

[A Escala de Agitação e Sedação de Richmond: a RASS*](#)
[\(The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*\)](#)

Teste de Atenção (The Attention Screening Examination (ASE)
– auditivo e visual

Teste de Atenção (The Attention

Screening Examination (ASE) – auditivo e visual

- A. Teste de Atenção Auditivo (Letras)
S A H E V A A R A T – 1 seg cada letra
- B. Teste de Atenção Visual (Figuras [A](#) ou [B](#))

Quando monitorizar – FORMULÁRIO

Propostas para parametrização aplicativo
informático

Cronograma do projeto

Questões?

ANEXO VI

Monitorização do *delirium* em doentes internados na unidade de cuidados intensivos do hospital de

Braga

Cronograma atividades

ANEXO IV


Formação para Assistentes Operacionais SU – Boas práticas na Organização dos locais de trabalho



Hospital
Braga

Boas práticas na organização dos locais de trabalho


Pedro Rodrigues
Henrique Silva
Marta José



Hospital
Braga

OBJETIVOS

- Uniformizar formas de atuação
- Optimizar espaços de trabalho
- Diminuir desperdício
- Prevenir infeção hospitalar



Hospital
Braga

Metodologia



Hospital
Braga


Higiene das Mãos



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



medidas simples salvam vidas




Hospital
Braga

Higiene das Mãos

- Porquê?

- 1) para proteger o doente de microrganismos prejudiciais transportados nas nossas mãos ou presentes na pele do doente
- 2) para proteger o profissional de saúde e o ambiente envolvente dos microrganismos prejudiciais



Hospital
Braga

Higiene das Mãos

“Fricção com SABA - Sterillium”

- É mais rápido, funcional, eficaz e seca menos a pele
- Aplicação numa grande parte dos procedimentos
- Mãos visivelmente limpas

Higiene das Mãos

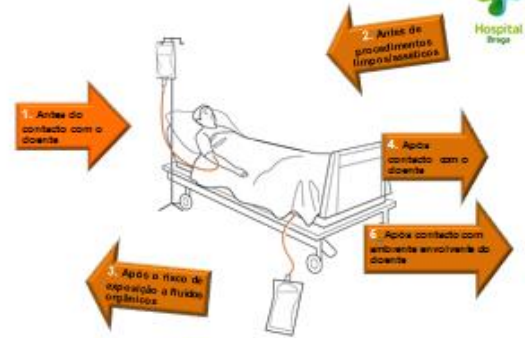


“Lavagem com água e sabão”

- Mãos visivelmente sujas ou contaminadas
- Mãos húmidas/molhadas
- Após contaminação das mãos com fluidos orgânicos (mesmo usando luvas)
- Após cuidar de um doente com diarreia – *Clostridium difficile*

7

Higiene das Mãos



8

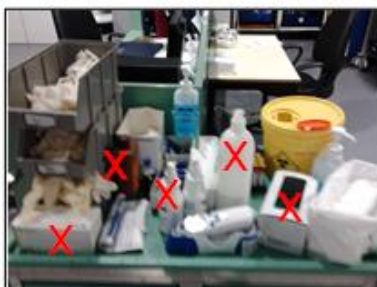
Organização do local de trabalho



9



10




11



12






Excesso de material

- Desorganização
- Desperdício
- Aumenta a probabilidade de conspurcar


20



- Reposição de consumíveis clínicos
- Reposição de soros
- Arrumação/organização de equipamentos
- Higienização de equipamentos

21





Higienização dos equipamentos:

- Produtos?
- Quando?
- Como?
- Porquê?



**Hospital
Braga**

Gratos pela atenção

Sele. Fontes - B. Vitor
4710-243 BRAGA

T. 253 027 000 F. 253 027 999

WWW.HOSPITALDEBRAGA.COM.PT

ANEXO V

Procedimento: Circuito do doente com necessidade de medidas de isolamento no SU

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO
CIRCUITO DO DOENTE COM NECESSIDADE DE MEDIDAS DE ISOLAMENTO

1. OBJECTIVO

Optimizar o percurso do doente com necessidade de medidas de isolamento no Serviço de Urgência.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os profissionais do Serviço de Urgência do Hospital de Braga.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Director e Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

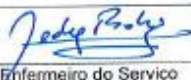


Crítérios de referência: 13.13; 13.16; 13.19; 13.23; 13.31; 13.32; 13.38; 35.6.

Microrganismos problema:

- ***Mycobacterium tuberculosis*** (Tuberculose Pulmonar e Laringea)
- **MRSA** (*Staphylococcus aureus* metilino resistente)
- **VRE** (Enterococos Vancomicina Resistente)
- **ABMR** (*Acinetobacter baumannii* Multirresistente)
- ***Neisseria meningitidis*** (Meningite Meningocócica)

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Os doentes portadores de microrganismos problema, que pela sua especificidade podem contribuir para o aumento das IACS no Serviço de Urgência em particular e no Hospital de Braga em geral, merecem um plano de acção específico.

Nº. DOC	ELABORADO	VALIDADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
PRO.SU.008.00	 Enfermeiro do Serviço de Urgência Pedro Rodrigues	 Coordenadora da Comissão de Controlo de Infecção Isabel Veloso	 Director do Serviço de Urgência Jorge Teixeira	12/11/2012	11/2015	1/4

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO
CIRCUITO DO DOENTE COM NECESSIDADE DE MEDIDAS DE ISOLAMENTO

Assim, no sentido de otimizar um circuito de doentes com necessidades de medidas de isolamento específicas no Serviço de Urgência deve proceder-se do seguinte modo:

I. Identificação do doente com necessidade de isolamento

1. Triagem de Manchester – Se o enfermeiro, ao efectuar a triagem, identificar algum doente portador dos microrganismos problema acima descritos deve:
 - a) Comunicar ao Enfermeiro Especialista/Chefe de equipa
 - b) Operacionalizar o circuito do doente para os locais adiante descritos.
2. Identificação/sinalização pelo médico – Se o médico identificar algum doente portador dos microrganismos problema acima descritos deve comunicar ao enfermeiro do posto de trabalho da área a situação identificada. O enfermeiro comunica ao Enfermeiro Especialista/Chefe de Equipa e operacionaliza o circuito do doente para os locais adiante descritos.

II. Circuito do doente com necessidade de isolamento

1. Doente com suspeita/confirmação de *Mycobacterium tuberculosis* (Tuberculose Pulmonar e Laríngea):
 - a) Doente com necessidade de vigilância idêntica ao da enfermaria
 - Explicar a situação ao doente;
 - Colocar máscara cirúrgica ao doente;
 - Colocar respirador de partículas P2 nos profissionais de saúde;
 - Encaminhar o doente para o gabinete 9;
 - Sinalizar a porta do gabinete com aviso "Acesso condicionado" (Anexo I – Aviso: Acesso Condicionado);
 - Utilizar o Hospi-Gard conforme *PRO.120 – Utilização Equipamento Filtração de Ar Hospi-gard*;

Nº. DOC	ELABORADO	VALIDADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
PO.SU.008.00	Enfermeiro do Serviço de Urgência Pedro Rodrigues	Coordenadora da Comissão de Controlo de Infecção Isabel Veloso	Director do Serviço de Urgência Jorge Teixeira	12/11/2012	11/2015	2/4

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO

CIRCUITO DO DOENTE COM NECESSIDADE DE MEDIDAS DE ISOLAMENTO

- Actuar de acordo com medidas de isolamento de via aérea *PRO.125 – Prevenção e Controlo da Infecção por Mycobacterium tuberculosis (Tuberculose Pulmonar e Laringea)*;
- Após alta do doente o gabinete deve ser higienizado conforme *PRO.075 – Higienização da unidade do doente*.

b) Doente com critérios de internamento na UCIM

- Contactar Chefe de equipa para operacionalizar encaminhamento para isolamento UCIM se vaga disponível;
- Se vaga UCIM indisponível, comunicar Chefe de Equipa, Enf.º Especialista ou Coordenação de enfermagem e CCI para agilizar a melhor solução possível até existir vaga em unidade de isolamento disponível;
- Actuar de acordo com medidas de isolamento de via aérea *PRO.125 – Prevenção e Controlo da Infecção por Mycobacterium tuberculosis (Tuberculose Pulmonar e Laringea)*.

2. Staphylococcus aureus metilicilino resistente (MRSA), Enterococos Vancomicina Resistente (VRE), Acinetobacter baumannii Multirresistente (ABMR):

- Explicar a situação ao doente;
- Providenciar o encaminhamento do doente para a UDC1/UDC2 (mediante a triagem efectuada);
- Alocar espaço dos lugares 6/6A na UDC1 e 1/1A na UDC2 (junto a lavatório), ficando apenas o doente a ocupar o espaço destes dois lugares.
- Correr cortina lateral;
- Proceder de acordo com medidas de isolamento de contacto (*PRO.126 – Prevenção e Controlo Infecção transmitida por MRSA*)

3. *Neisseria meningitidis* (Meningite Meningocócica):

- Explicar a situação ao doente;

Nº. DOC	ELABORADO	VALIDADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
PRO.SU.008.00	Enfermeiro do Serviço de Urgência Pedro Rodrigues	Coordenadora da Comissão de Controlo de Infecção Isabel Veloso	Director do Serviço de Urgência Jorge Teixeira	12/11/2012	11/2015	3/4

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO

CIRCUITO DO DOENTE COM NECESSIDADE DE MEDIDAS DE ISOLAMENTO

- Colocar máscara cirúrgica ao doente, se possível;
- Providenciar o encaminhamento do doente para a UDC1/UDC2 (mediante a triagem efectuada);
- Alocar espaço dos lugares 6/6A na UDC1 e 1/1A na UDC2 (junto a lavatório), ficando apenas o doente a ocupar o espaço destes dois lugares;
- Correr cortina lateral e frontal;
- Proceder de acordo com **medidas de isolamento de gotículas** (*PRO.119 – Precauções Baseadas na Transmissão – Medidas de Isolamento*).

4. Outras situações

Qualquer outra situação que não esteja enquadrada neste procedimento deve ser comunicada à Comissão de Controlo de Infecção. Fora do horário de funcionamento da CCI comunicar à Coordenação de Enfermagem.

6. ANEXOS

- **Anexo I** – Aviso: Acesso Condicionado
- **Anexo II** – Fluxograma

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- PRO.075 – Higienização da unidade do doente
- PRO.119 – Precauções Baseadas na Transmissão – Medidas de Isolamento
- PRO.120 – Utilização Equipamento Filtração de Ar Hospi-gard
- PRO.125 – Prevenção e Controlo da Infecção por *Mycobacterium tuberculosis* (Tuberculose Pulmonar e Laringea)
- PRO.126 – Prevenção e Controlo Infecção transmitida por MRSA

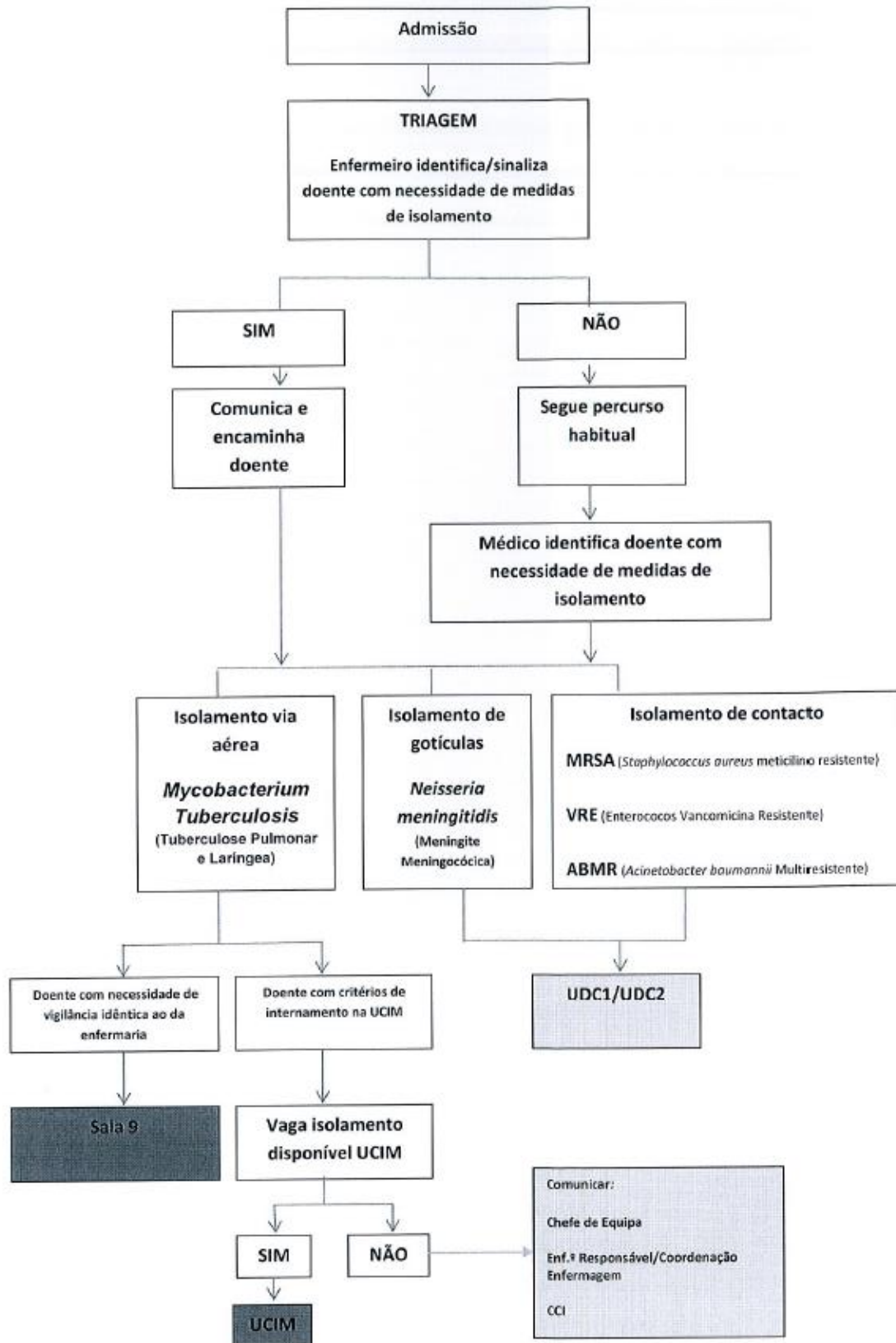
Nº. DOC	ELABORADO	VALIDADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
PRO.SU.008.00	Enfermeiro do Serviço de Urgência Pedro Rodrigues	Coordenadora da Comissão de Controlo de Infecção Isabel Veloso	Director do Serviço de Urgência Jorge Teixeira	12/11/2012	11/2015	4/4

ACESSO CONDICIONADO



Colocar Respirador Partículas P2

FLUXOGRAMA
CIRCUITO DO DOENTE COM NECESSIDADE DE MEDIDAS DE ISOLAMENTO



ANEXO VI

Instrução de trabalho: Acondicionamento de amostras para enviar ao serviço de anatomia patológica no SU

INSTRUÇÃO DE TRABALHO ESPECÍFICA
ACONDICIONAMENTO DE AMOSTRAS PARA ENVIAR AO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

1. OBJECTIVO

Optimizar o acondicionamento e envio atempado das colheitas de espécimes ao Serviço de Anatomia Patológica.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os profissionais do Serviço de Urgência do Hospital de Braga.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Director e Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS

CrITÉrios de referéncia: 13.21; 35.6.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Os espécimes colhidos no Serviço de Urgência para envio à Anatomia Patológica devem ser acondicionados no frigorífico do Gabinete 5. Após colheita do espécimen, o enfermeiro deverá proceder da seguinte forma:

- Confirmar a requisição e identificar as amostras com etiqueta identificadora do doente;
- Certificar que o contentor/frasco da amostra está bem fechado;
- Colocar amostras de cada doente dentro de um saco plástico individualizado por doente (idêntico ao saco do envio de amostras de sangue);

N.º DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
IDT.SU.006.00	 Enfermeiro do Serviço de Urgência Pedro Rodrigues	 Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência António Faria	12/11/2012	11/2015	1/2

INSTRUÇÃO DE TRABALHO ESPECÍFICA**ACONDICIONAMENTO DE AMOSTRAS PARA ENVIAR AO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

- Colocar requisições das amostras dentro de saco plástico (não colocar dentro do saco que contém a amostra);
- Comunicar ao enfermeiro Responsável de turno a existência das amostras;
- Acondicionar as amostras/requisições dentro de uma caixa plástica existente para o efeito;
- Acondicionar a caixa das amostras dentro do frigorífico;
- O Enfermeiro Responsável de turno deverá providenciar o envio das amostras, pelo Assistente Operacional, para o Serviço de Anatomia Patológica entre as 8 horas e 30 minutos e as 16 horas e 30 minutos se dia útil, ou no dia útil imediatamente a seguir à colheita;
- Providenciar higienização da caixa plástica pelo Assistente Operacional com toalhetes Clinell® após envio das amostras.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
IDT.SU.006.00	Enfermeiro do Serviço de Urgência Pedro Rodrigues	Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência António Faria	12/11/2012	11/2015	2/2

ANEXO VII

Guião Auditorias

GUIÃO AUDITORIAS

REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS		Sim (%)	Não (%)
GASTRO		18 (85,71%)	3 (14,29%)
Auditor: Isabel Veloso Pedro Rodrigues (IEEMIC)			
Data: 23-10-2012		Total: 21 (100,00%)	
Áreas	REQUISITOS	Est. at.	Comp. real
Estrutura física e ambiente	Separação áreas sujas e limpas		S
	Porta zona de descontaminação fechada		N
	Bancada com duas cubas para lavagem e enaguamento do		N
	Existe lavatório para higienização das mãos		S
Uso de EPI	Uso de luvas de nitrilo de punho alto resistentes a químicos		S
	Uso de máscaras e óculos de proteção ou máscaras de		S
	Batas impermeáveis com manga comprida e punho		S
	Uso bata para limpeza do endoscópio contaminado é a mesma para a higienização após a desinfeção mecânica. (melhoria da prática -		S
REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS E ACCESÓRIOS	Aventais		S
	Limpeza preliminar e Manual.		S
	Enaguamento		S
	Desinfeção (mecânica ou novo enaguamento para remover resíduos de		S
Secagem		S	
Armazenamento correto		S	
Reprocessamento de endoscópios			
			Isolamento MRSA
			Isolamento

- Os vários itens auditados estão referenciados como boas práticas em procedimentos internos e recomendações externas.
- Para cada serviço adapta-se a estrutura aos vários itens a auditar.
- A colocação de sim ou não permitem de imediato ter uma percepção do estado do cumprimento da boa prática preconizada.
- Esta ferramenta, simples, sem custo na aquisição de qualquer equipamento, gera evidências de forma rápida e estruturada.
- O gráfico demonstrado é alimentado automaticamente dando a perspetiva geral do cumprimento da boa prática.

ANEXO VIII

Modelo Relatório Auditorias

AUDITORIA	REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS	Sim (S)		8	85,71%
SERVIÇO	GASTRO	Não (N)		3	14,29%
Audidores	Isabel Veloso/ Pedro Rodrigues (EEMC)	Total		1	100,00%
Data	23-10-2012				
ÁREAS	REQUISITOS	Evidência	Observação pelo auditor	Cumprimento	
Estrutura física e ambiente	Separação áreas sujas e limpas		O circuito está definido	S	
	Porta zona de descontaminação fechada		Não, cheiro a químicos muito intenso. Solicitar parecer acerca da possibilidade de renovação de ar	N	
	Bancada com duas cubas para lavagem e enxaguamento do material			N	
	Existe lavatório para higienização das mãos			S	
Uso de EPI	Uso de luvas de nitrilo de punho alto resistentes a químicos			S	
	Uso de máscaras e óculos de proteção ou máscaras de viseira.			S	
	Batas impermeáveis com manga comprida e punho		Uso bata para limpeza do endoscópio contaminado é a mesma para a higienização após a desinfecção mecânica. (melhoria da prática - a ponderar)	S	
	Aventais			S	
REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS E ACESSÓRIOS	Limpeza preliminar e Manual.			S	
	Enxaguamento			S	
	Desinfecção (mecânica ou manual)			S	
	novo enxaguamento para remover resíduos de desinfetante			S	
	Secagem			S	
	Armazenamento correto			S	
	A cada utilização são submetidos a desinfecção de alto nível			S	
Armazenamento de endoscópios após paragens na utilização	Paragens superiores a 72 h: armário com barreira sanitária.			S	
	Paragens superiores a 12 h: armário sem barreira sanitária. Reprocessados antes de cada utilização			S	
	Limpeza externa do endoscópio antes de desconetar			S	
TRANSPORTE ENDOSCÓPIOS PÓS UTILIZAÇÃO	Em contentor fechado pelo corredor		Tabuleiro com celulose a proteger equipamento	N	
	Testes de fuga			S	
	Imersão em detergente enzimático			na	

Limpeza manual	Retirar todas as válvulas e colocar em detergente enzimático			na
	Acessórios com lúmens lavados em tinas			na
	Limpar superfícies externas com compressa não tecido e escovilhão macio. Parte distal escova macia			S
	Irrigar todos os canais e lúmens com a solução de limpeza (usar seringa de 50 ml pelo menos duas vezes)			na
	Eliminar solução de detergente enzimática após cada utilização.			na
	Enxaguar endoscópio em segunda tina com			
Desinfecção automática	Após desinfecção no equipamento, e se não for usado de imediato, as superfícies internas e externas do endoscópio devem ser secas e colocado em armário próprio. Irrigar os canais com álcool 70% e secar com ar comprimido medicinal.			S
Desinfecção manual (apenas se avaria das máquinas)	Imergir totalmente endoscópio em tina com ácido peracético			na
	Preencher todos os canais com seringa de 50 ml			na
	Desinfetar válvulas e respetivo endoscópio			na
	Rejeitar solução desinfetante e seringa diariamente			na
	Enxaguar endoscópio em segunda tina com água estéril. Todos os canais devem ser enxaguados			na
	Se for para utilização verificar se necessita de secagem manual			na
	Antes de armazenamento os canais devem ser irrigados com álcool a 70%			na
Armazenamento	Higienizar as mãos e calçar luvas limpas antes de manusear endoscópio.			N
	Higienização armários		1 X MÊS	S
	Estão armazenados na posição vertical para evitar a retenção de líquido residual nos canais.			S
RASTREABILIDADE	Registo do processo em formulário próprio	IMPASTROLES		S
<p>Observações Pontos Positivos Organização. Preocupação com a limpeza. Utilizaçã dos toalhetes Clinell nos equipamentos entre utilizações.</p>				

A melhorar:

Higienização sala sujos, retirar equipamentos em excesso nesta sala (cadeiras de rodas, material de limpeza duplo balde, microondas avariado, quadro didax)

Limpeza das grelhas de ventilação (Comunicar estado em que se encontram).

Embalagens em utilização de Xilonibsa spray sem data de abertura.

Triagem resíduos grupo IV (saco vermelho). Contentor vermelho com resíduos grupo I.

Frascos pulverizadores sem prazo preparação.

Em duas arrecadações de consumíveis clínicos/equipamentos existem embalagens de cartão no chão. Deverão ser colocadas em estrado/estante.

Outros:

Algumas prateleiras, de várias áreas de armazenamento, devem ser subidas para as medidas recomendadas (Prateleira 20 a 25cm do chão).

Fechar comunicação das salas de exames com sala de sala de descontaminação (já solicitado, a aguardar resposta).

Colocar:

Cabides para bata na sala de descontaminação.

Suporte sabão e de SABA na banca-

SABA sala de exames junto interruptor luz (sala de exames nº — fundo do corredor).

Balde com saco preto na zona de sujos.

Carro para resíduos saco amarelo.

Prateleira por cima banca de trabalho do recobro.

Existe uma sala de equipamentos, partilhada com a urologia, que está a ocupada com uma marquesa, uma mesa de apoio e uma cadeira. Nesta arrecadação não existe lavatório nem qualquer traagem de resíduos. Esta sala deverá servir para parquear cadeiras de rodas e outros equipamentos da Gastro/Urologia.

Oportunidades de melhoria sugeridas pelo serviço:

Criação de formulário para registo da higienização dos armários de armazenamento dos endoscópios.

Criação de formulário/pasta/base de dados para registo de próteses (rastreadibilidade das próteses).

Assinaturas Auditores: