UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

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

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por SUSANA FERNANDES TORMENTA

LISBOA, FEVEREIRO 2011

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

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

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por SUSANA FERNANDES TORMENTA

Sob orientação da Prof. ISABEL RABIAIS

LISBOA, FEVEREIRO 2011

“Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, mas não vai só, nem nos deixa sós.
Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo.”
(Antoine De Saint-Exupery)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Isabel Rabiais a disponibilidade demonstrada e a orientação dada para a realização deste relatório contribuindo com as suas opiniões e o seu saber, sem o qual não teria sido fácil a sua execução.

Agradeço ao meu marido, familiares e amigos a paciência que tiveram, aceitando a minha falta de disponibilidade.

LISTA DE SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais

CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

CDC – Centers for Disease Control

CHLC, EPE – Centro Hospitalar Lisboa Central

DGS – Direcção Geral de Saúde

EAP – Edema Agudo do Pulmão

HSM – Hospital de Santa Maria

HSJ – Hospital de São José

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

NICE – Nacional Institute for Health and Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

REPE – Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

SU – Serviço de Urgência

SO – Serviço de Observação

TCE – Traumatismo Craneo-Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UUM – Unidade de Urgência Médica

RESUMO

O presente relatório pretende ser uma descrição, análise e reflexão de todas as actividades realizadas ao longo do ensino clínico do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a finalidade de adquirir competências de Enfermeiro Especialista.

O ensino clínico decorreu em 2 módulos, foram efectivados na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Hospital de Santa Marta (modulo opcional) e no Serviço Urgência do Hospital de Santa Maria (modulo I). O módulo II foi creditado e corresponde aos Cuidados Intensivos.

No decorrer do ensino clínico, prestaram-se cuidados especializados ao doente e família de médio/alto risco, promoveu-se a formação em serviço, favorecendo o crescimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, assim como se sublinhou a importância da prevenção e controlo da infecção hospitalar nos diferentes contextos. O módulo opcional incidiu na investigação em serviço por forma a contribuir para a melhoria da prática de enfermagem. A formação foi o meio de divulgação dos resultados, de recomendações e promoção das medidas preventivas no controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.

O módulo creditado permitiu reflectir sobre competências já adquiridas, mobilizando conhecimentos e capacidades desenvolvidas ao longo dos anos como enfermeira, recrutados durante este percurso como fonte de informação científica, técnica e relacional e que se consideram imprescindíveis na representação do enfermeiro especialista.

ABSTRACT

This report pretends to be a description, analysis and reflection of all the activities carried out throughout the clinical training of Masters Course of Nursing Specialising in Medical-Surgical Nursing, with the aim to acquire competences of Nurse Specialist.

The clinical training took place in two modules, carried out in the Commission for the Control of Nosocomial Infection of the Hospital Santa Marta (optional module) and the Emergency Department of Santa Maria Hospital (modulo I). The module II was credited and corresponds to Intensive Care.

During the clinical training, specialized care to the patient and family of medium/high risk was given and training in service was promoted, enhancing personal and professional growth of other nurses and the importance of prevention and control of nosocomial infection in different contexts was emphasized. The optional module focused on research in order to contribute to the improvement of nursing practice. The training was the mean of dissemination of results, recommendations and promotion of preventive measures in the control of infection related to health care.

The credited module allowed the reflection on competences already acquired, mobilising knowledge and capabilities developed over the years as a nurse, recruited during this course as a source of scientific, technical and relational information, which are considered essential in the representation of the nurse specialist.

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO..... 10

1- MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR…….. 16

2- MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA……. 29

3 - MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS…… 40

4 – CONCLUSÃO……. 45

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……. 47

ANEXOS…….…… 51

ANEXO I – Questionário para avaliar a "adesão dos enfermeiros aos procedimentos preconizados pelo CDC na prestação de cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva"…….. 52

ANEXO II – Grelha de auditoria sobre procedimento para prevenção de infecção respiratória nosocomial em doente com ventilação mecânica invasiva…….…… 55

ANEXO III – Acção de formação aos assistentes operacionais sobre "Manipulação e acondicionamento de roupa hospitalar"…….…… 58

ANEXO IV – Relatórios das auditorias……..…….. 61

ANEXO V – Apresentação dos resultados do questionário e plano de formação……..…….. 68

ANEXO VI – Folha de presenças da acção de formação sobre os resultados do questionário…… 74

ANEXO VII – Manual teórico sobre "Abordagem do politraumatizado em ambiente hospitalar"…….. 76

ANEXO VIII – Manual teórico sobre "Traumatismo craneo-encefálico"……..…… 81

ANEXO IX – Poster sobre "traumatismo craneo-encefálico"……..…… 89

ANEXO X – Panfleto informativo e plano de formação da apresentação do poster……..…. 91

ANEXO XI – Grelha de avaliação da sessão de apresentação do poster……..…… 94

ANEXO XII – Folheto informativo para doente/família "vítima de TCE"…….……. 96

ANEXO XIII – Fotografia de exemplo de Kit e respectivas *check-list*……..……. 98

ANEXO XIV – Manual de boas práticas sobre "Prevenção da infecção urinária em doente algaliado"…….. 102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Objectivos da Acção de Formação……..…..….. 37

Gráfico 2 - Conteúdo da Acção de Formação…….…... 37

Gráfico 3 - Utilidade do Tema da Acção de Formação…….…. 37

0 – INTRODUÇÃO

Assiste-se hoje, a uma evolução nos cuidados de enfermagem, às alterações demográficas e às condições sócio-económicas das populações. O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência da doença crónica e das situações de dependência, aliados à melhoria dos processos terapêuticos, constituem actualmente um desafio a ser ultrapassado pelos sistemas de saúde. Atenta a estes factos, a enfermagem tem procurado focalizar-se na melhoria dos processos adaptativos da pessoa, tendo como fulcro da sua actuação as transições ao longo do ciclo vital. (Petronilho 2009, p.38)

Para este processo são necessários enfermeiros empenhados em sedimentar os seus conhecimentos e exercerem as suas funções com "conhecimento, habilidade, humanidade e competência para atender às necessidades de saúde e expectativas do ser humano" (Silva citado por Adami 2000, p.192). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE 2007, p.16) "O saber especializado em Enfermagem implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa", assim, para o mesmo autor " O Enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente".

O desenvolvimento de competências profissionais é efectuado nas dimensões cognitivas, técnicas e relacionais. Contudo para que se faça adequadamente deverá existir um fio condutor que oriente o processo e torne a experiência em aprendizagem.

Uma formação contínua, baseada na prática, assegura uma evolução coerente nos domínios do saber e na realização profissional e pessoal (Alarcão, 1996), esta inter-relação prática/teoria é um processo cíclico que sistematiza diversos princípios de acção em que permanentemente se enriquece, se cresce como enfermeiro, através do desenvolver de competências "científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados". (REPE 1996, Capítulo II, Artigo 4º. Alínea 3).

A experiência gera conhecimentos próprios e reflecti-la é promover uma aprendizagem consciente e crítica que incrementa o próprio saber, assim, no âmbito do Mestrado de Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-cirúrgica da

Universidade Católica Portuguesa, surge este relatório que engloba os estágios preconizados para a aquisição de competências profissionais relacionadas com a área de especialização.

A estrutura do Curso de Mestrado Profissional pressupõe a realização de três momentos distintos de estágio: um em contexto de Urgência, outro numa Unidade de Cuidados Intensivos e um terceiro opcional (Bloco Operatório, Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar e Geriatria).

O primeiro a ser realizado é o módulo III (opcional), no período de 19 Abril a 19 de Junho na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Hospital de Santa Marta em Lisboa.

Ao escolher a Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH), o objectivo primordial é conhecer e ter contacto com esta área, sendo de primordial importância e tanto relevo tem obtido com o seu trabalho junto dos serviços que ao observar o Serviço onde estou inserida seria uma mais valia adquirir competências nesta área.

Indo ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros como competências a desenvolver para a área de especialização da Pessoa em situação crítica, pretendo adquirir competências para "Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da Infecção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas". (OE 2009,p.42)

A CCIH é um órgão de assessoria técnica nomeada pelo Conselho de Administração, constituída por um Núcleo Executivo composto por uma Médica coordenadora e uma Enfermeira Chefe e Especialista, tem apoio de uma Assistente Administrativa, do Núcleo de Apoio Técnico que é formado por 4 médicos, uma enfermeira do núcleo de Apoio Consultivo e mais um Núcleo de membros dinamizadores que são os elos de ligação á CCIH dos vários serviços.

Segundo o Regulamento da CCIH do CHLC de 2004-2007, as actividades da CCIH incidem fundamentalmente na; vigilância epidemiológica, formação interna e externa, elaboração de normas e recomendações sobre procedimentos e divulgação de boas práticas, intervenções, pareceres e auditorias.

Os objectivos da CCIH são: promover a higiene a fim de tornar sadio o meio hospitalar; sensibilizar e actualizar o pessoal hospitalar e o público nesta área; prevenir a disseminação de agentes infectantes pelo meio extra-hospitalar.

O segundo é o módulo I, que se iniciou a 27 de Setembro até 19 de Novembro no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria em Lisboa.

A escolha deste serviço prende-se com o facto de ser uma urgência de um hospital central, sendo concomitantemente considerada um serviço "escola" de referência no nosso país. Tendo uma área de abrangência diversificada e uma grande afluência de utentes, tem vindo continuamente a sofrer processos de melhoria e de optimização no atendimento e prestação de cuidados de saúde, o que poderá ser um local de estágio bastante enriquecedor.

Sendo Enfermeira há cerca de 15 anos pretendo com este estágio continuar a desenvolver competências na área do "cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica" (OE 2009,p.42)

O Serviço Urgência (SU) é constituído por diversos sectores com a finalidade de optimizar o atendimento do doente/família e a sua recuperação. Podemos enumerá-los; sala de espera da triagem, sala de triagem (com 3 postos de trabalho), 2 salas de reanimação (com capacidade para receber em simultâneo 3 doentes críticos), 2 salas de tratamentos, um bloco operatório com recobro, o serviço de observação (SO) com capacidade para 16 doentes, sala para aerossoloterapia, laboratório de análises e sala de colheitas, 2 salas de imagiologia, 1 sala de electrocardiogramas, 1 sala de meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT), 2 salas de pequena cirurgia, 2 salas de ortopedia, 8 gabinetes médicos, sala de espera de doentes triados, 3 gabinetes de atendimento administrativo, gabinete para Enfermeiro Chefe, gabinete para Directora Clínica do Serviço, gabinete para Assistente Social, sala para apoio á família/comunicação de más notícias e 3 salas destinadas a armazém de material de consumo hospitalar e farmácia.

O serviço tem actualmente 99 enfermeiros, distribuídos por 5 equipas, 4 dos quais estão no apoio á gestão com o enfermeiro chefe que é o único enfermeiro especialista em reabilitação. Estes elementos são distribuídos pelos vários sectores com o objectivo de prestar cuidados enfermagem de qualidade com dignidade e humanização para com os doentes/família que recorrem diariamente a este SU.

A triagem efectuada segue o modelo de Manchester, o conceito é classificar os sintomas dos doentes e atribuir graus de prioridade, ou seja, identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica.

A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por cor e tempo alvo de observação inicial: emergente -vermelho = 0 minutos, muito urgente - laranja = 10 min, urgente - amarelo = 60 min, pouco urgente - verde = 120 min, não urgente - azul = 240 min.

Os doentes que recorrem a este SU são maioritariamente adultos/idosos que apresentam patologias do foro médico, cirúrgico e ortotraumatológico, também recebem crianças vítimas de trauma. Sendo um SU central existe o predomínio de transferências inter-hospitalares, dos hospitais distritais da sua área de influência.

O módulo II - Cuidados Intensivos - foi creditado tendo por base a minha experiência na prestação de cuidados directos na Unidade de Urgência Médica (UUM) do Hospital de São José (HSJ) em Lisboa, o que me permitiu desenvolver competências "dirigidas aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde / doença crítica com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida" (OE 2009,p.7)

A UUM do HSJ é, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de nível 3, tendo a capacidade de receber doentes em estado crítico de elevada complexidade do foro médico, cirúrgico e traumatológico.

De acordo com o *site* oficial:

> *"A UUM tem como missão a prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados a utentes com falência orgânica ou multiorgânica. Procuramos, diariamente na nossa intervenção, a excelência da prática médica e de enfermagem, a manutenção de altos níveis de qualidade, não esquecendo as necessidades únicas dos nossos utentes e familiares. Para além disto, contribuímos de forma decisiva para a transmissão do conhecimento e formação de profissionais na área da Medicina e Enfermagem."*
>
> (disponível em: http://uum.com.pt)

São admitidos nesta unidade, doentes em falência respiratória com necessidade de suporte ventilatório, politraumatizados e doentes do foro neurocirúrgicos/cirurgia geral associada à falência múltipla de órgãos (sépsis/choque séptico), pós-operatórios complicados e intoxicações graves (como por exemplo, por organofosforados).

Os doentes são geralmente provenientes do SU do HSJ, dando cobertura a uma área geográfica que compreende o oeste sul (Centro Hospitalar de Torres Vedras), Ribatejo (Centro Hospitalar do Médio Tejo), Alentejo (Hospital do Espírito Santo – Évora e o Hospital José Joaquim Fernandes – Beja) e Algarve (Hospital Distrital de Faro e Hospital do Barlavento Algarvio).

A UUM é uma unidade de cuidados intensivos polivalente, dividida por 11 salas com capacidade para 24 camas, 7 salas para doentes em fase aguda da doença e as outras 4 salas para doentes crónicos ou em período de transição para outro serviço.

Para além destas salas e das tradicionais zonas de apoio (sala de enfermagem, armazém de material de consumo clínico, etc.), o espaço físico da UUM engloba também uma sala de diálise, onde são realizadas as sessões aos doentes que se encontrem em programa de hemodiálise, internados nas enfermarias ou provenientes do serviço de urgência e que não reúnam condições para se deslocarem ao centro de diálise do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, localizado no Hospital Curry Cabral. Esta técnica pode também ser realizada em situações de urgência, onde o doente não careça de internamento na unidade.

Para além desta sala, existe também uma sala de técnicas onde é realizada a colocação de electrocateteres/*pace-makers* temporários, cateteres de diálise de longa duração e broncofibroscopias.

A equipa multidisciplinar é constituída por uma equipa médica, maioritariamente especialistas/internos da especialidade de Medicina Interna, contando com o apoio de outras especialidades sempre que necessário. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 50 elementos, estruturada de acordo com as funções desempenhadas.

Para além da Enfermeira Chefe do serviço, conta também com 4 elementos de apoio à chefia, que se encontram "fora de escala", a realizar horário fixo.

Os restantes enfermeiros, encontram-se na área de prestação de cuidados, distribuídos em 5 equipas em horário de *roullement*, assegurando a distribuição habitual de 1 enfermeiro por sala, ou seja, 1 enfermeiro para cada 2 doentes de cuidados intensivos e, 1 enfermeiro para 4 doentes de cuidados intermédios. Em cada equipa há 1 enfermeiro "chefe de equipa" (normalmente, o enfermeiro mais experiente ou de referência), sem atribuição de doentes, que fica responsável pela gestão de cuidados e apoio a procedimentos.

A UUM conta também com uma equipa de assistentes operacionais e de 1 assistente técnico.

A elaboração deste relatório representa o caminho percorrido desde a realização do projecto até ao desenvolvimento das competências adquiridas nos ensinos clínicos, a análise reflexiva foi fundamental para a tomada de consciência das minhas vulnerabilidades e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento do sentido crítico e capacidade de auto-avaliação.

Tem como objectivos;

- Descrever os objectivos/actividades desenvolvidas ao longo dos estágios;
- Reflectir e avaliar as experiências de aprendizagem vivenciadas ao longo dos estágios;
- Apresentar as competências adquiridas de forma a melhorar a qualidade dos cuidados.

A sistematização estrutural deste relatório compreende, a introdução, onde é feito o enquadramento do curso, identifico os locais de estágio, caracterizando-os e justificando a sua escolha. No desenvolvimento incluí os objectivos delineados para cada local de estágio e as actividades realizadas. Baseada na reflexão fundamentada procuro facilitar a percepção real das situações problema identificadas, das estratégias sugeridas e implementadas e das competências adquiridas. Por fim, a conclusão, onde efectuo uma análise crítica dos aspectos mais relevantes neste processo de aprendizagem, dificuldades sentidas e contributos deste percurso para mim como pessoa/ enfermeira.

1- MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A prevenção e controlo da infecção hospitalar é um tema bastante actual, o contacto efectivado nas aulas foi o propulsor da minha decisão para realizar este ensino clínico, constatei que a minha passagem foi um momento enriquecedor para o desenvolvimento de competências na área do conhecimento especializado.

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

É uma área de extrema relevância para o enfermeiro que presta cuidados ao doente/família em ambiente hospitalar, quer na fase aguda da doença, quer no processo de alta. Está aliada directa e indirectamente ao doente, desde os recursos materiais a utilizar na prestação de cuidados, até à sua integração na sociedade e adaptação.

Este foi o primeiro estágio realizado, de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010 no Hospital de Santa Marta em Lisboa e teve como objectivos:

1 – Realizar intervenções de enfermagem no âmbito da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) que requeiram conhecimentos especializados na área de Enfermagem Médico-cirúrgica contribuindo para a melhoria continua dos cuidados

2 – Identificar a adesão dos profissionais de saúde aos procedimentos da CCIH na prevenção de infecção ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva e sugerir estratégias na melhoria da prestação de cuidados.

A passagem nesta CCIH permitiu-me transformar o desempenho como enfermeira no local onde exerço funções. A visão desta temática tornou-se mais abrangente, pois a minha actuação foi em diversas áreas do Hospital.

Inicialmente o objectivo era incidir nas áreas funcionais onde permaneciam os doentes submetidos a ventilação mecânica. No entanto, no decorrer do estágio houve a

oportunidade de participação noutras actividades, nomeadamente na realização de auditorias e na elaboração de procedimentos.

A auditoria é uma das ferramentas utilizadas pela comissão para identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados, mas também para detectar deficiências e problemas que requeiram acções de melhoria, incentivando o trabalho em equipa e a aquisição e actualização de conhecimentos, através da revisão sistemática e crítica dos processos, de forma a prevenir incidentes (Santos, 2008,p.123).

A participação na realização de uma auditoria à "gestão dos resíduos hospitalares", em todas as áreas clínicas do hospital, foi um acréscimo ao conhecimento pessoal, pois permitiu perceber como os profissionais dos vários departamentos (gestão hoteleira, da CCIH e da empresa prestadora de serviços) articulam e planeiam as propostas de melhoria para as não conformidades detectadas.

Uma das áreas de intervenção da comissão é a elaboração de normas de boas práticas com o objectivo de uniformizar práticas de prestação de cuidados e contribuir para uma melhoria contínua da qualidade.

Colaborei com o grupo de trabalho (elementos das várias áreas, CCIH, gabinete do risco, Serviço de Instalações e Equipamento - SIE), para a elaboração do "Procedimento da prevenção do desenvolvimento da legionella". Tive oportunidade de visitar o SIE e monitorizar dados relativos aos níveis de cloro livre na água da rede sanitária do hospital. Esta é uma área sobre a qual nunca tinha reflectido, mas constatei ser de extrema importância, pelo empenho e motivação dos diversos profissionais de saúde e de todos os colaboradores dos vários departamentos nesta área da prevenção e controlo de infecção.

Esta actividade levou-me a pesquisar sobre as características epidemiológicas da legionella, consultando as *Guidelines for Enviromental Infection Control in Health-Care Facilities.* Constatei que a legionella provoca uma infecção respiratória e que se propaga pelo ambiente aquático, podendo entrar no sistema de água de um hospital se não existir vigilância adequada e as decorrentes medidas de prevenção. Os doentes submetidos a transplantes ou sob terapêutica de corticóides são os que apresentam maior risco face a esta bactéria. Por outro lado também os doentes cirúrgicos ou com doenças crónicas, nomeadamente os respiratórios e os que estão em programa de diálise fazem parte da população de risco.

É fundamental a articulação dos diversos departamentos e serviços do hospital. O controlo da infecção é responsabilidade de todos os profissionais de saúde e a responsabilização leva a uma consciencialização dos comportamentos e da necessidade de mudança. Este trabalho conjunto contribui para que todos os profissionais se identifiquem com os procedimentos adequados e os introduzam nos seus hábitos de trabalho diário.

Ao atingir esta consciencialização estamos a contribuir para a prestação individualizada de cuidados, mantendo e melhorando a integridade física e psíquica do doente. De acordo com o regulamento da CCIH do Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE (2004, p.2)

> "São atribuições dos enfermeiros: promover as normas para a prevenção e controlo da infecção e monitorizar a sua correcta aplicação; definir, implementar e monitorizar um sistema de vigilância de estruturas, processos e resultados dirigido a situações de maior risco; proceder a inquéritos e divulgar os seus resultados dentro da instituição; participar na promoção da qualidade dos cuidados; colaborar na formação na aérea da prevenção e controlo da infecção; colaborar na aplicação das normas sobre as condições de higiene e segurança no trabalho; colaborar na apreciação e aplicação de normas relativas à recolha transporte e eliminação dos resíduos hospitalares."

A oportunidade de participar nas reuniões da CCIH, na elaboração de outros procedimentos (Prevenção da infecção ao doente com cateterismo vesical), fez com que mobilizasse e aplicasse conhecimentos adquiridos ao longo dos 16 anos como enfermeira, permitindo demonstrar a minha capacidade de articulação de informação de forma adequada a cada situação. Partilhar as medidas implementadas no serviço onde presto cuidados, como por exemplo critérios para a colocação de cateter urinário ou dispositivo urinário externo e a periodicidade da sua substituição, serviu para reforçar a importância e pertinência do conhecimento das "*Guideline for Prevention of Catheter-Associeted Urinary Tract Infection 2009*" elaborado por Healthcare Infection Control Practices Advisory Commitee.

O controlo das infecções hospitalares é inerente ao processo de cuidar, como Hesbeen (2000,p.10) afirma, "«cuidar» designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde."

São os enfermeiros que estando junto do doente, devem implementar medidas que previnam o aparecimento de novas infecções oportunistas, durante o período de internamento. Segundo a DGS (2007,p.4) "A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade."

As IACS são infecções adquiridas em ambiente hospitalar, não estando presente no acto da admissão e podendo surgir após a alta. As suas consequências são profundas, pois a nível individual a pessoa fica sujeita a um internamento mais prolongado, tratamentos mais invasivos e o seu papel na família e sociedade fica afectado.

"A OMS reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade" (DGS 2007,p.4)

Nos últimos anos verificamos uma evolução positiva nesta área, ao reconhecer os artigos científicos, teses, livros e congressos sobre os diversos tópicos e o crescente interesse pelos profissionais de saúde.

O controlo da infecção adquire importância no sentido de se minimizar riscos para o doente e profissionais de saúde. Contudo não nos podemos esquecer que do ponto de vista financeiro, político e social também tem as suas repercussões tendo deste modo, surgido várias entidades idóneas (CDC, NICE, American Association of critical-care nurses, Sociedade de Pneumologia e Sociedade de cuidados intensivos, entre outros grupos de trabalho) que trabalharam para se conseguir obter práticas homogéneas quando se cuida dos doentes internados, com risco de pneumonia nosocomial submetidos a ventilação mecânica invasiva.

A pneumonia associada à ventilação (PAV) é uma infecção respiratória adquirida em ambiente hospitalar que se desenvolve como consequência da entubação traqueal para efectuar ventilação mecânica invasiva, estes doentes manifestam um maior risco de contrair a pneumonia por apresentarem as suas defesas alteradas (PNCI, 2004).

Segundo o PNCI (2004,p.5) a PAV " É a segunda causa de infecção nosocomial, é responsável por 20 a 30% da mortalidade hospitalar, aumenta significativamente quer a demora média (em cerca de 4 dias) quer os custos."

Com o intuito de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, são adoptadas iniciativas voltadas para o processo de acreditação hospitalar, as quais impõem novas exigências no que se refere às mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objectivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do atendimento prestado. Neste hospital, o processo de acreditação pelo Health Quality Servive (HQS) busca a excelência e respeitando os critérios definidos procurei contribuir para a minimização do risco da pneumonia nosocomial em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, através da análise e interpretação das práticas efectuadas sustentada pela divulgação dos resultados obtidos tendo em vista as recomendações de boas práticas e assegurando a informação aos profissionais envolvidos.

A pneumonia nosocomial é um tema de crescente actualidade e preocupação dos profissionais de saúde. Trata-se da segunda infecção nosocomial mais frequente (após a infecção urinária) e a que apresenta maior mortalidade. (Froes, 2007)

Perante esta realidade, várias sociedades científicas e grupos de peritos têm divulgado recomendações para a abordagem diagnóstica, terapêutica e preventiva da pneumonia nosocomial. A optimização e implementação de *guidelines*, de estratégias periodicamente actualizadas é fundamental para continuar os esforços para mudar e melhorar comportamentos na equipa de saúde que presta cuidados a estes doentes.

A PAV é uma infecção respiratória nosocomial que se desenvolve como consequência da entubação e ventilação mecânica, é comum nas unidades de cuidados intensivos (UCI) tendo como prevalência 9% a 24% nos doentes entubados por um período superior a 48 horas. (Morehead, 2000).

Amaral et al (2009) define a PAV como sendo toda infecção do trato respiratório inferior que ocorre durante o internamento, desde que não esteja presente ou em incubação, no momento da admissão do paciente.

A elevada incidência de pneumonia nosocomial, principalmente nas UCI's, levou ao desenvolvimento de recomendações para a prevenção, pois a manipulação dos doentes e equipamentos aumenta a probabilidade de aparecimento, agravamento e mortalidade desta patologia (Santos, 2006).

Simples atitudes como: manutenção da cabeceira do doente entre 30 e 45 graus para reduzir o risco de aspiração, o controle da infecção para evitar a disseminação dos microorganismos de outros doentes, educação dos profissionais de saúde, remoção dos

processos invasivos assim que possível, lavagem das mãos e uso de luvas quando necessário, aspiração traqueal adequada, evitar acumulação de secreções, evitar o uso de equipamentos entre doentes, proceder a desinfecção adequada do equipamento respiratório, troca dos circuitos quando necessário, humidificar o ventilador com água estéril, nebulização estéril, interrupção da dieta em manobras de aspiração contribuem bastante para redução do índice de pneumonias nosocomiais associadas à ventilação mecânica (Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar, 2002).

O trabalho realizado pretende objectivar os cuidados prestados pelos enfermeiros, a doentes submetidos a ventilação mecânica focalizando a prevenção da infecção: pneumonia nosocomial.

Os serviços no qual a pesquisa foi realizada são; unidade de cuidados intensivos cardíacos, unidade de cuidados intensivos polivalente, unidade de cuidados intensivos cardio-torácica, bloco operatório e sala de hemodinâmica.

Conhecendo a situação real do problema da PAV procurei implementar medidas para obter a melhoria das práticas, deste modo optei por elaborar e aplicar um questionário (ANEXO I) aos profissionais de saúde nas unidades funcionais onde têm doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva. Foi elaborado tendo por base as directrizes do CDC e do NICE, foi feito um pré-teste a um perito na área e aceite as sugestões. Posteriormente foi aplicado a 59 enfermeiros da prestação directa de cuidados, distribuídos pelas diversas unidades funcionais com doentes submetidos a ventilação mecânica.

O instrumento para a colheita de dados consta de duas partes: a primeira compreende a caracterização pessoal e profissional, que inclui idade, sexo e tempo de serviço na profissão.

O segundo item diz respeito à aspiração das secreções das vias aéreas superiores, a higienização das mãos antes e depois de realizar o procedimento; interrupção da dieta enteral e posição da elevação da cabeceira do doente quando não contra-indicado; uso de equipamento de protecção individual (máscara, luvas, óculos e avental), sonda de aspiração estéril; sequência de aspiração tubo, nariz e boca; uso de “ambu” individual e cuidados com o equipamento de suporte ventilatório (traqueias, filtros, nebulizadores de terapêutica inalatória e humidificador de oxigénio).

A escolha do questionário depreendeu-se pelo facto de conseguir uma abordagem junto dos profissionais e assim diagnosticar e avaliar as práticas. Proporcionar a participação destes na partilha dos conhecimentos que têm e práticas que desempenham, envolvendo-os e responsabilizando-os a tomar consciência dos seus comportamentos serve para que de uma forma natural recebam a mudança. A divulgação dos resultados deste questionário surge como ferramenta de estímulo aos profissionais para a mudança de comportamentos fundamentados nas *guidelines* preconizadas.

O método de colheita de dados aplicado, tem por finalidade obter dados concretos e mensuráveis, com o objectivo de aferir a adesão dos profissionais ao procedimento sobre prevenção da infecção respiratória nosocomial em doente com ventilação mecânica invasiva presente no Hospital de Santa Marta. Deste modo, pretende-se identificar as áreas a melhorar, para se enumerar estratégias a implementar e actualizar o procedimento.

Como complemento deste processo elaborei uma grelha de auditoria (ANEXO II), servindo de mecanismo de certificação das práticas, sendo um exame sistemático organizado com vista a validar, processos, produtos e serviços com a finalidade de avaliar a necessidade de melhorias ou de acções correctivas.

Com a elaboração do questionário e da grelha de auditoria, pude demonstrar capacidade de análise e identificação do problema que desejava trabalhar. Por outro lado, a minha presença nos serviços onde apliquei o questionário e realizei as auditorias, permitiu-me estabelecer contacto com diversos colegas com metodologias diferentes de trabalho, procurei respeitar as diferentes culturas de trabalho nas várias unidades funcionais, consegui obter um reconhecimento profissional pois, quando conversava com os colegas pude observar o interesse crescente sobre o tema que abordava e a forma como o fazia cativava os colegas a fazerem-me mais questões.

Como enfermeira em processo de aquisição de novas competências utilizei o raciocínio, o pensamento crítico, a reflexão e análise para informar das minhas avaliações e tomadas de decisão á enfermeira tutora de forma a obter uma orientação mais direccionada sempre que necessário.

Na área das competências de ensinar e aprender, pude contribuir no “Curso de prevenção e controlo da infecção hospitalar” para assistentes operacionais (AO), com a apresentação da temática; “Manipulação e acondicionamento de roupa hospitalar”,

motivo que me levou a aprofundar conhecimentos sobre este assunto e a elaborar uma apresentação em suporte informático (ANEXO III), a minha função foi facilitar a aprendizagem utilizando a formação como estratégia de partilha de conhecimentos sobre a prevenção e controlo de infecção e por outro lado o auto-desenvolvimento profissional OE (2007).

Para complementar a minha passagem nesta comissão, pude assistir ao "Workshop da Qualidade – Segurança do doente", dando enfoque à sua importância no processo da Qualidade dos cuidados prestados, à nomeação dos vários grupos de trabalho e por fim, aos resultados obtidos das reuniões dos respectivos grupos.
Constatei a relevância da presença do enfermeiro como elemento fundamental inserido nestes grupos de trabalho, dando visibilidade às acções autónomas da enfermagem, enfatizando a preponderância da tomada de decisão do enfermeiro junto dos processos de resolução de problemas clínicos dos doentes. Observei a pertinência dos temas abordados como temáticas fulcrais, da nossa pratica diária, em que são os enfermeiros que mais contribuem para identificar e monitorizar a segurança do doente, (risco de quedas, risco terapêutico, risco de infecção) através dos nossos registos.
Ainda durante o estágio foi-me proposto assistir ao Congresso da Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF), após conversar com a minha orientadora concluímos que no dia 20 Maio as apresentações pertinentes seriam; " Infecção em Feridas: um problema sem fim?" e "Prevenção de úlceras de pressão".
Este congresso evidência a necessidade do diagnóstico precoce da etiologia da ferida e da abordagem desta por parte da equipa multidisciplinar, é um tema actual que revela apreciação por toda a equipa de saúde, em qualquer parte do globo se harmonizam esforços para a prevenção e controlo da infecção hospitalar.

De dia 25 Maio a 4 Junho foram realizadas as auditorias às unidades funcionais; UCI cardíacos, UCI cirurgia cardio-torácica, UCI polivalente e Sala de hemodinâmica. Foram momentos de grande aprendizagem como futura enfermeira especialista na área da Enfermagem Médico-cirúrgica, desenvolvi competências na área da gestão de informação, na comunicação com a equipa multidisciplinar sobre a minha experiência profissional de forma fundamentada e contribuí para a investigação na prática dos cuidados.

Com a perspectiva de melhorar a qualidade dos cuidados na prevenção da infecção respiratória nosocomial, tive de trabalhar os dados obtidos no questionário que apliquei e realizar os relatórios das auditorias efectuadas. Permitiu-me desenvolver um sentido crítico construtivo e ao mesmo tempo reflectir sobre o meu desempenho no serviço onde estou inserida como forma de crescimento profissional.

Ao entregar os relatórios das auditorias (ANEXO IV) pude promover a comunicação com os responsáveis das unidades funcionais, dando a conhecer os resultados obtidos e assim, facilitar a troca de informação pertinente para algumas propostas de melhoria mencionadas no respectivo relatório.

No dia 18 de Junho estava previsto a apresentação dos resultados do questionário aplicado (ANEXO V), em auditório para todos os profissionais de saúde, mas porque nesta altura o Hospital de Santa Marta estava em processo de re-acreditação a minha orientadora achou que seria benéfico adiar porque a disponibilidade dos profissionais não seria a mais adequada.

Procurando a optimização do trabalho efectuado com vista a divulgar os resultados obtidos foi programada a apresentação para dia 1 de Julho, já fora do tempo de estágio, mas seria sem dúvida uma actividade que não deveria ficar por realizar. Tendo o objectivo de adquirir competência na comunicação dos resultados da prática clínica e da investigação aplicada a uma audiência especializada, a apresentação foi efectivada nesse dia. A audiência era composta por 10 enfermeiras chefes de vários serviços e enfermeiros que seriam os elos de ligação com a CCIH deste hospital (ANEXO VI), o facto de serem colegas com experiência profissional considerável, fez com que a apresentação fosse muito produtiva e enriquecedora.

No final da apresentação houve um tempo destinado a discussão livre sobre a temática e que seria também o momento de avaliação, constatei que as observações foram positivas, consegui sentir-me com competências para esclarecer as dúvidas colocadas com argumentação fundamentada na pesquisa bibliográfica extensa que efectuei durante este ensino clínico. Obtive uma apreciação muito positiva da minha enfermeira tutora do estágio assim como da professora orientadora que estava a presente.

A enfermeira tutora referiu que o meu trabalho era de extrema relevância para a elaboração do procedimento multi-sectorial sobre a infecção nosocomial em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, que estava a ser revisto em parceria com a

CCIH do Hospital Dona Estefânia e no qual eu já tinha participado em diversas reuniões.

Concordo com Martins (2001) quando defende que a divulgação dos resultados obtidos na investigação é um momento estratégico e fundamental, representa a dinâmica entre a CCIH e os restantes membros da equipe multidisciplinar de um hospital, estabelece a comunicação tendo em vista a melhoria da qualidade das práticas. Esta etapa estimula a difusão das medidas preventivas priorizadas pela CCIH.

Esta actividade permitiu participar e promover a investigação em serviço, incorporar na prática os resultados obtidos, produzir um discurso pessoal e fundamentado, comunicar os resultados da investigação aplicada para audiências especializadas e reflectir na e sobre a prática dos cuidados de enfermagem.

Reconhece-se que todos os conhecimentos científicos estão em constante desenvolvimento e aperfeiçoamento, o que é imperativo é envolver todos os profissionais de saúde para a problemática das medidas preventivas. Este ensino clínico é o inicio de um caminho a percorrer, não termina aqui, os saberes, as experiências vão--se repercutir no futuro do meu desempenho profissional.

Durante este ensino clínico surgiu a oportunidade de frequentar o curso teórico-prático sobre a abordagem da via aérea difícil. Como futura enfermeira especialista na área de especialização Médico-cirúrgica inserida na equipa multidisciplinar é da minha competência demonstrar capacidade de reagir a situações imprevistas face a doentes com necessidade de cuidados mais complexos que surgem diariamente no serviço de urgência. Foi neste contexto que considerei pertinente a execução deste curso, com a finalidade de aperfeiçoar e desenvolver as práticas.

Verificar a permeabilidade da via aérea constitui uma medida indispensável na avaliação inicial de todos os doentes em risco de obstrução, a incapacidade de manter o controlo das vias aéreas impedindo a adequada oxigenação tecidual traz consequências dramáticas.

Existem situações nas quais as dificuldades de entubação traqueal podem ser facilmente antecipadas: traumas de face ou vias aéreas superiores, obesidade, sequelas de queimaduras, alguns síndromes congénitos e outras malformações. Em outros casos, porém, esta dificuldade não é explícita, devendo ser pesquisada de forma dirigida e baseada em orientações já estudadas.

A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) conduziu à elaboração de orientações de natureza prática com o objectivo de facilitar a abordagem à via aérea difícil e reduzir a incidência de eventos adversos. A partir desta referência conceptualizaram-se as seguintes definições (Barrios, 2005):

Via aérea difícil – Diz-se quando um profissional experiente encontra dificuldade na manutenção de ventilação sob máscara, dificuldade de entubação traqueal ou ambos.

Laringoscopia difícil – Não é possível visualizar qualquer porção das cordas vocais com o método de laringoscopia convencional.

Entubação traqueal difícil – São necessárias mais que três tentativas ou mais que dez minutos para completar a manobra de entubação, utilizando laringoscopia convencional. Tal definição, apesar de ainda ser utilizada, é imprecisa pois várias tentativas de laringoscopia podem traumatizar a via aérea, levando a hemorragia e edema. Estas lesões podem dificultar a ventilação manual com máscara, trazendo sérias complicações. Se mesmo em condições excelentes não é possível realizar a entubação traqueal, a entubação difícil será caracterizada em apenas uma tentativa e em menos de trinta segundos.

Ventilação sob máscara facial - Não é possível com apenas um operador, manter a SPO2 acima de 90% usando FiO2 de 100%, num doente cuja saturação era normal antes da indução anestésica. É impossível para apenas um operador, evitar o princípio ou reverter sinais como cianose, ausência de expansibilidade torácica ou distensão gástrica durante a ventilação com pressão positiva.

As técnicas de entubação que melhor asseguram a oxigenação cerebral são as que preservam a ventilação espontânea associada à inalação de mistura enriquecida de oxigénio. Desta forma, é recomendação da ASA que a entubação de via aérea difícil previamente reconhecida deve ser preferencialmente realizada com o paciente acordado, após o devido preparo (sedação leve, anestesia tópica e bloqueios nervosos).

Quanto à técnica alternativa a ser empregada, não há recomendação específica, mas sim a sugestão do adequado treino com o maior número possível de técnicas. Sendo assim, pode-se eleger a que seja melhor para cada caso, baseando-se nas condições do paciente e não em limitações do executante.

A história deve reconhecer as associações da via aérea difícil com uma variedade de doenças congénitas, com alterações traumáticas, e com antecedentes e complicações ocorridas com acesso prévio da via aérea. Componentes do exame físico da via aérea

incluem o comprimento dos dentes na arcada superior, a relação entre a arcada superior e inferior durante o encerramento mandibular normal, a relação entre a arcada superior e inferior durante a protusão voluntária mandibular, a distância entre os incisivos, a visibilidade da úvula, o formato do palato, a distância tireomentoniana, o comprimento e a espessura do pescoço e a amplitude de movimentos da cabeça e pescoço. Quanto aos equipamentos que devem estar disponíveis, incluem lâminas de laringoscópio de diversos tamanhos e formas, tubos traqueais de diversos tamanhos, fios guia (estiletes flexíveis, estiletes luminosos) máscaras laríngeas (simples, de entubação e de aspiração) de diversos tamanhos, combitube, fibroscópio para entubação e kits de cricotirodectomia percutânea e cirúrgica. Quanto às técnicas para a entubação difícil, incluem laringoscópios alternativos, entubação por fibroscopia ou com utilização de fio guia, máscara laríngea para entubação, combitube e tubo laríngeo.

Partindo do princípio de que o cuidar exige um olhar para a dimensão total do ser, torna-se imprescindível, para nós enfermeiros, uma maior consciencialização acerca do importante papel que desempenhamos ao cuidar das pessoas dependentes das nossas intervenções.

O enfermeiro pela sua formação e actuação profissional desenvolve papéis no âmbito educativo, da gestão, na coordenação e implementação dos cuidados de enfermagem ao doente em todo o seu ciclo vital. Tendo em conta que uma situação de urgência/emergência pode ocorrer em qualquer serviço, o doente crítico é o alvo das nossas práticas e na maioria das vezes estamos na linha da frente quando esta situação surge, o tempo é precioso.

O enfermeiro no processo de tomada de decisão identifica a situação problema e actua de forma a evitar risco para o doente, resolve ou minimiza os potenciais problemas aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas á prática.

É essencial que todos procurem adquirir conhecimentos que lhes permita uma prática de excelência, adquirir competências na área da identificação e abordagem da via aérea difícil é desenvolver competências para avaliar situações complexas é o construir de uma perspectiva profissional avançada.

A educação e o treino para situações de via aérea difícil devem ser obrigatórios a todos os profissionais de saúde. Somente a prática apropriada e o raciocínio ágil, frutos da educação contínua, podem salvar vidas em situações de via aérea difícil na prática clínica.

Esta formação permitiu adquirir competências teórico-práticas para responder em tempo útil, face a um doente em situação crítica, nomeadamente com dificuldade respiratória. Estando inserida na equipa de enfermagem da urgência e fazendo parte da equipa da viatura médica de emergência e reanimação (VMER) a abordagem da via aérea é fundamental para manter a permeabilidade da mesma e preservar a oxigenação adequada para a optimização do estado clínico do doente.

2- MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Hospital de Santa Maria é representado por uma urgência polivalente, segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS,2001) esta é caracterizada por ser uma unidade com maior grau de diferenciação com capacidade para acolher situações urgentes e emergentes, referenciadas pelo Sistema Nacional de Emergência Médica na respectiva área de influência e também de referência supra-regional ou nacional.

O serviço de urgência (SU) é composto de profissionais de saúde, utentes e famílias, movimento, cor e odores. Os cuidados que se prestam englobam pessoas de todas as faixas etárias que apresentam alterações físicas ou psíquicas percepcionadas ou reais, é um misto de capacidades que o enfermeiro tem de ter, desde a experiência técnica ao saber personalizado da doença e sua fisiopatologia.

A transição súbita da saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada, a presença da dor física, da dor da perda, do sentimento de impotência contra as alterações apresentadas no próprio corpo leva a que a pessoa que recorre ao serviço de urgência procure cuidados de qualidade e personalizados.

A "confusão" que reina no SU, é uma das características mais referenciada, mas é uma agitação organizada para quem lá trabalha. A afluência diária de utentes e as características das suas queixas, leva-nos à necessidade de actuar rapidamente e num curto espaço de tempo, evitando o agravamento da situação quer física ou psicológica do doente.

Cuidar num SU implica, não só os saberes técnico-científicos, mas também estar "permanentemente alerta" para dar resposta a todas as necessidades da pessoa/família, ser capaz de criar um ambiente de confiança, saber escutar e respeitar a individualidade de cada um (WATSON citada por Tomey e Alligood, 2004).

Este foi o segundo estágio realizado, de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010 no Hospital de Santa Maria em Lisboa e teve como objectivos:

1 – Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na assistência ao doente crítico de médio e alto risco numa situação de urgência que requeiram cuidados especializados na área da Enfermagem Médico-cirúrgica.

2 – Contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados prestados ao doente com Traumatismo Craneo-Encefálico

3 – Colaborar na supervisão do cumprimento de procedimentos e normas estabelecidos sobre a prevenção e controlo da infecção hospitalar no doente algaliado

Sendo o SU a porta de entrada de um hospital, os profissionais que aqui prestam cuidados, são o primeiro rosto que recebe o utente quando este se sente fragilizado pelo seu processo de doença.

Como serviço, onde a primeira abordagem do binómio saúde-doença é primordial, todos os profissionais estão despertos para o estabelecimento de prioridades, quando qualquer utente dá entrada quer seja classificado como pouco urgente, urgente ou emergente.

Através do sistema de Triagem de Manchester, o enfermeiro utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada utente que recorre ao serviço de urgência. Este método permite uma rápida identificação dos doentes, permitindo atender em primeiro lugar os doentes mais graves e não, necessariamente, quem chega primeiro. Embora este sistema de triagem não seja novo para mim, tive a oportunidade de observar os colegas a colocá-lo em prática, o que me permitiu reflectir sobre a minha prática, e por outro lado simplificou a minha visão clínica da avaliação do utente.

Estando actualmente inserida na equipa de enfermagem de uma urgência polivalente, como a do Hospital de São José, a minha vinda para este serviço foi com o objectivo de vivenciar uma realidade diferente em relação á organização do serviço, dinâmica da equipa e experienciar o sistema informático *Alert,* que é uma aplicação informática diferente da que é utilizada no local onde exerço funções.

Os utentes que aqui se deslocam para obter cuidados de saúde não são diferentes dos que contacto diariamente, o que difere é o circuito que o doente percorre e/ou a especialidade que o observa.

Ao integrar a equipa enfermagem e ficar colocada no serviço de observação (SO) e sala de reanimação (sectores onde entram os doentes críticos), pude desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família de médio e alto risco numa situação de urgência.

SO é onde estão os doentes que ficam internados e que por se apresentarem instáveis do ponto de vista hemodinâmico requerem vigilância adequada pela equipa médica e necessitam de cuidados imediatos da equipa de enfermagem.

A sala de reanimação 1 é o local onde dão entrada doentes em estado crítico, quer do foro médico, cirúrgico ou traumatológico e que requerem uma abordagem rápida no seu estado clínico por parte de toda a equipa de saúde.

A extraordinária dinâmica e complexidade de um serviço de urgência e emergência obrigam a períodos de constante actualização de conhecimentos e períodos de reflexão relativos à prática hospitalar. A oportunidade de realizar este ensino clínico em contexto de formação pós-graduada permitiu-me desenvolver a capacidade de comunicar com os meus pares sobre os meus conhecimentos adquiridos na formação inicial e sedimentados ao longo dos anos em que presto cuidados directos a doentes críticos.

Segundo Benoliel, citado por Abreu (2007,p.99) "em contexto clínico os estudantes necessitam de mobilizar não apenas competências técnicas ou as necessárias à resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional necessária à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações particularmente difíceis".

A experiência obtida ao longo dos anos, permite-me olhar para o doente de uma forma organizada, identificando de imediato as prioridades a estabelecer quando são necessários cuidados urgentes. Para Kolb, citado por Abreu (2007,p.100) " a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência".

Ao acompanhar o meu orientador as perguntas que me surgem são de carácter organizacional, não sinto dificuldade nas técnicas a realizar ou na abordagem do doente e família.

Considerando que tenho presente o significado de competência, desenvolvido ao longo destes anos de experiência profissional e pelos vários contextos de trabalho onde passei, este engloba aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afectivos. É um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades que adquiri de forma a estabelecer um especial equilíbrio emocional e autocontrole para actuar frente aos desafios de trabalhar neste tipo de serviço. Boa comunicação e disposição para o trabalho em equipa e para cumprir acções orientadas são fundamentais. No âmbito técnico, adquiri conhecimentos e habilidades para executar os procedimentos específicos, que nos relembra que ter

competência é o saber-fazer com convicção, formação teórica e domínio da realidade onde estou inserida.

Ao longo destas semanas tive oportunidade de prestar cuidados a doentes do foro médico, traumatológico, cirúrgico e psiquiátrico. Os doentes críticos mais usuais com que tive contacto foram os politraumatizados, com quadro de edema agudo do pulmão e que apresentaram síndromes coronárias agudos.

A abordagem do doente politraumatizado é baseada na mnemónica ABCDE, em todos os doentes que recebi tive a preocupação de aplicar estes conhecimentos. Quando um doente de trauma entra na urgência a sua mobilização tem de ser cautelosa e responder a determinados critérios para evitar o risco de agravamento de possíveis lesões da coluna, estas manobras são executadas por vários profissionais e recorre-se a uma maca - "pluma" e/ou "plano duro", nestas situações considero que a minha actuação foi pró-activa e por algumas vezes assumi o papel de líder (quem fica à cabeça do doente tem de coordenar os passos para que a mobilização seja efectuada correctamente, esse é o elemento que está a liderar a operação).

Quando entrou um queimado de face e membros superiores transferido de um hospital distrital, sem a via aérea protegida, foi activada a equipa de anestesia que veio entubar o doente orotraquealmente, nesta altura foi o momento em que tive oportunidade de partilhar os meus conhecimentos face á colocação das perfusões das drogas de analgesia e sedação com os colegas. Tal como Benner (2005,p.31) salienta " A enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema (…)".

Em vários doentes com mais do que uma perfusão em curso tive a preocupação de partilhar experiência e conhecimento para o facto de que algumas drogas podem ser administradas em conjunto e outras não, quais os cuidados que se deve ter quando estas estão numa veia periférica com outro soro em curso. Em SO esteve um doente com cateter central, houve colegas que me pediram para esclarecer dúvidas sobre os cuidados a ter com a permeabilização dos lúmens e utilização do obliterador de acesso venoso (BIONECTER®).

Em relação á linha arterial foram esclarecidas dúvidas em relação à preparação do material para colocação e respectivo manuseamento, vários colegas me questionaram sobre este facto. Com a minha experiência profissional nos cuidados intensivos senti-me com capacidade e conhecimentos científicos para responder às questões sem

dificuldade, tal como refere Nunes (2007,p.9) "não é a idade que dá experiência, mas sim o ambiente e as experiências anteriores."

Sempre que se avaliava os sinais vitais aos doentes, foi feito o incentivo à restante equipa para avaliar o 5º sinal vital – Dor, dando ênfase à Circular Normativa Nº09/DGCG de 14/06/2003 da DGS, alínea b) a qual refere que "o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde." Perante esta realidade verifico que não é difícil incluir na nossa prática diária a avaliação completa dos parâmetros vitais de um doente. A dor é tão importante como a frequência cardíaca ou respiratória, a avaliação global do doente é fundamental para traçar os cuidados de enfermagem inerentes á sua recuperação, uma dor não valorizada pode ter repercussões no padrão hemodinâmico do doente. Tal como refere a mesma circular "A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre."

Esta avaliação é fundamental para implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas, atenuar a dor é proporcionar o conforto do doente concordando com Kolcaba citada por Tomey e Alligood (2004,p.484)

> *" O conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)."*

Face a estas situações a minha postura foi baseada nas três atitudes necessárias para a acção reflexiva de Dewey, citado por Alarcão (1996), receptividade para entender possíveis alternativas e admitir a existência de erros; responsabilidade, ponderando cuidadosamente as consequências de uma determinada acção; dedicação para mobilizar as atitudes anteriores. Tal como refere a mesma autora, um ensino reflexivo "deve valorizar a experiência pessoal, as convicções, os valores e diferentes saberes dos formandos, enquanto sujeitos com uma individualidade própria, portadores de uma cultura que é importante consciencializar, preservar e alargar." (Alarcão1996,p.100)

Durante este estágio, pude partilhar com a equipa enfermagem as novas *guidelines* de suporte avançado de vida, publicadas em 2010 pelo Concelho Europeu de Ressuscitação. Estas directrizes, já estudadas e reconhecidas com evidência científica, são fundamentais para a uniformização das práticas. Tal com é enunciado nos Padrões

de Qualidade emanados pela OE o enfermeiro na tomada de decisão, deve incorporar na sua prática os resultados da investigação e reforçando com Benner (2005,p.31), esta refere que " os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem"

Durante a prestação de cuidados de higiene aos doentes internados em SO, pude participar na formação da integração de uma assistente operacional, esclarecendo dúvidas, partilhando os conhecimentos de forma a proporcionar a reflexão sobre a prática dos cuidados que estava a executar. Esta situação permitiu-me desenvolver a minha capacidade de supervisão, tal como refere Alarcão (1996,p.94) " supervisionar deverá por isso ser um processo de interacção consigo e com os outros, devendo incluir processos de observação, reflexão e acção (…)".

Em relação aos doentes com ventilação não invasiva (muito utilizada em doentes com EAP), pude ter contacto com o ventilador VISION® que não conhecia e por este motivo senti necessidade de ir fazer pesquisa bibliográfica e de retirar dúvidas junto do meu orientador. A escolha da ventilação não invasiva prende-se pelo facto de ser uma técnica que dispensa o recurso a dispositivos invasivos como a entubação traqueal, para melhorar a resposta ventilatória de um doente. Este ventilador realiza o ajuste constante dos parâmetros estabelecidos pelo médico com os que o doente realmente faz, optimizando o padrão respiratório e as trocas gasosas.

Tive a oportunidade de acompanhar doentes transferidos para os serviços de internamento (neurologia, gastrenterologia, medicina e ortopedia), ao bloco operatório de ortopedia, unidade de queimados, unidade de cuidados intensivos respiratórios (UCIR), unidade tratamento intensivo cardíaco (UTIC), serviço de hemodinâmica e várias vezes ao serviço de radiologia para efectuar tomografia axial computorizada (TAC), desta forma aplicando em prática as ***guidelines*** para o transporte do doente crítico intra-hospitalar. O planeamento, efectivação e vigilância do transporte do doente crítico, tem de ser previsto de forma a evitar situações complexas durante o período em que este decorre. O enfermeiro deve estar preparado, saber qual a situação clínica do doente, se vai acompanhado com médico ou não, qual o exame que vai realizar e onde. Reflectindo sobre os possíveis cenários que poderão surgir, o enfermeiro deve basear-se

nas directrizes já existentes, como forma de simplificar todas as tomadas de decisão inerentes ao transporte do doente crítico assim como Abreu (2007,p. 146) refere " Na prática as *guidelines* não se constituem como documento normativo mas sim como referência para a tomada de decisão."

Em contacto com outros membros da equipa de saúde, constatei que me consideram elemento integrante deste serviço. Sou solicitada para colaborar com toda a equipa participando em alguns momentos informais na discussão da situação clínica do doente e sua abordagem terapêutica preferível, como para expressar a minha experiência obtida nos serviços onde prestei cuidados.

Ao constatar que a equipa de enfermagem é constituída por elementos jovens verifiquei que seria pertinente abordar a actuação perante a pessoa politraumatizada em ambiente intra-hospitalar, dando enfoque à pertinência deste tema pois tanto prestam cuidados a doentes vindos directos da rua como transferidos de hospitais distritais sendo importante observar/estar atento, aos cuidados emergentes que estes doentes necessitam.

Ao perceber que o Enfermeiro Chefe tinha proposto à equipa a realização de um compêndio para consulta no serviço, onde estariam abrangidas estas temáticas, foi pertinente o nosso contributo. Estes trabalhos foram realizados em parceria com outra colega da especialidade, visto que o tema era similar.

Foi elaborado um manual teórico (ANEXO VII) sobre esta temática que fica no serviço para consulta dos profissionais e que terá outro objectivo, facilitar o processo de integração de futuros elementos desta equipa, pois nem sempre a formação teórica inicial pode abarcar toda a informação para actuar perante situações emergentes. Tal como refere Benner (2005,p.35) "É ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a «experiência», e que o conhecimento clínico – mistura entre os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos brutos – se desenvolve."

Quando identifiquei a necessidade de abordar a área de prestação de cuidados ao doente crítico com traumatismo craneo-encefálico (TCE) foi com o intuito de dar ênfase ao papel do enfermeiro no serviço de urgência. A abordagem destes doentes é efectuada pela equipa de saúde, o enfermeiro como parte integrante deve reconhecer situações complexas, de acordo com Benner (2005,p.125) o enfermeiro deve gerir e prever situações de urgência "(…) diagnosticar e vigiar as mudanças que se produzem num doente (…) gerir situações maiores de crise de evolução rápida."

Existem sinais e sintomas predominantes neste tipo de trauma mas o conhecimento dos sinais de gravidade é fundamental para despiste e tratamento atempado, compete ao enfermeiro desenvolver capacidades de identificar e reagir perante situações complexas.

Com a finalidade de contribuir e efectivar o referido, foi elaborado um manual teórico (ANEXO VIII) que fica para consulta no serviço e para melhorar a transmissão da informação foi realizado um poster (ANEXO IX) que serviu de base para a apresentação aos colegas em acção de sensibilização.

O planeamento da acção de formação aos colegas, englobou a divulgação atempada através de panfletos informativos (ANEXO X) distribuídos por vários sectores do serviço (uma semana de antecedência). A data da realização foi dia 08 e dia 17 de Novembro de 2010 (2 sessões), não foi possível realizar mais sessões por incompatibilidade do serviço.

A acção pretendeu desenvolver competências na promoção da formação em serviço, na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e na comunicação inter -pessoal.

A acção de sensibilização contou com a presença de 21 enfermeiros, com a duração de 30minutos para a apresentação do tema e esclarecimento de dúvidas. Nesta fase confirmo a pertinência do tema com os colegas a partilharem informação, experiências vivenciadas e a tecerem críticas construtivas pela forma simples e clara com que o tema tinha sido exposto, focando os aspectos primordiais.

No final procedeu-se à avaliação da sessão com uma pequena grelha de avaliação (ANEXO XI).

Os resultados são apresentados nestes gráficos;

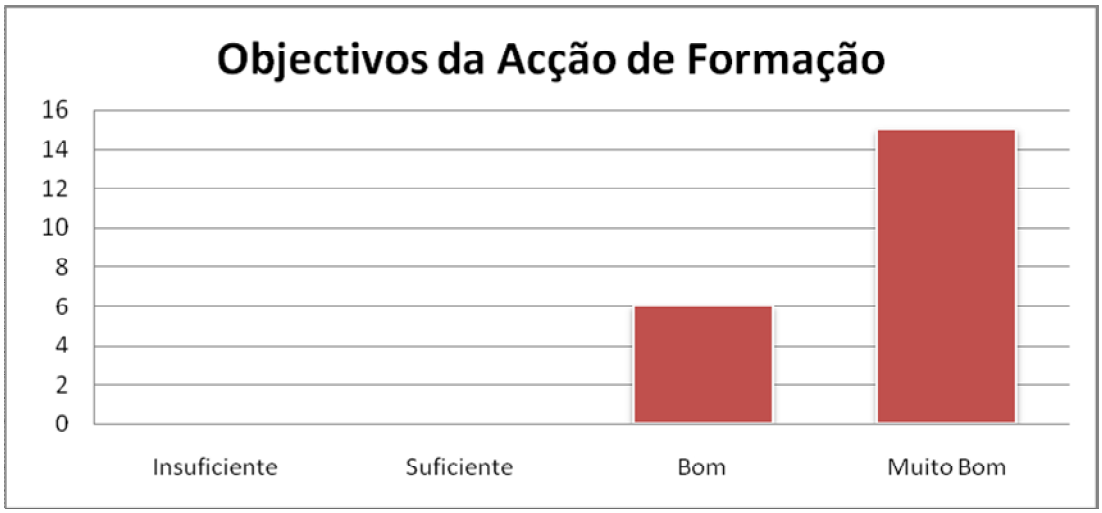


Gráfico 1 - Objectivos da Acção de Formação

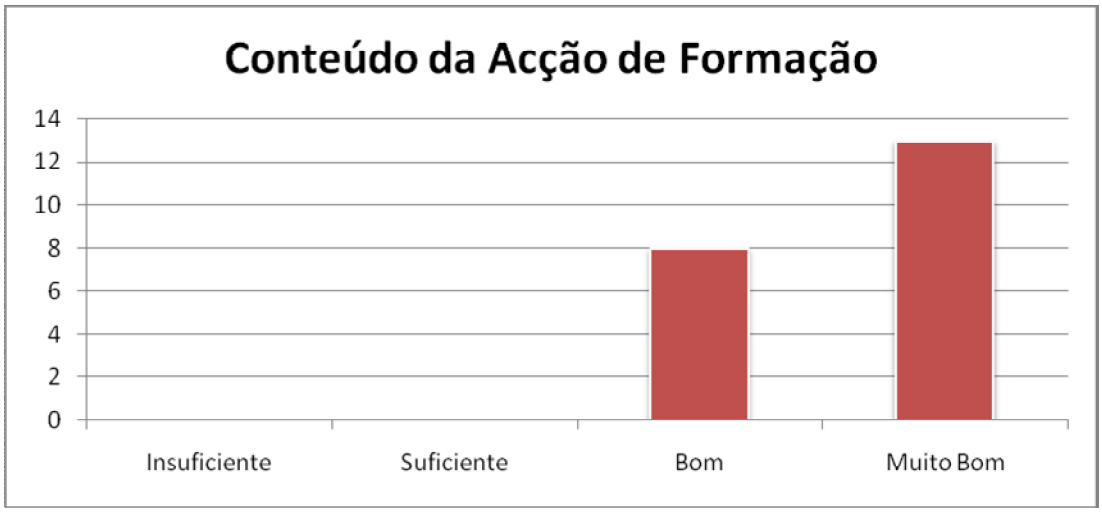


Gráfico 2 – Conteúdo da Acção de Formação

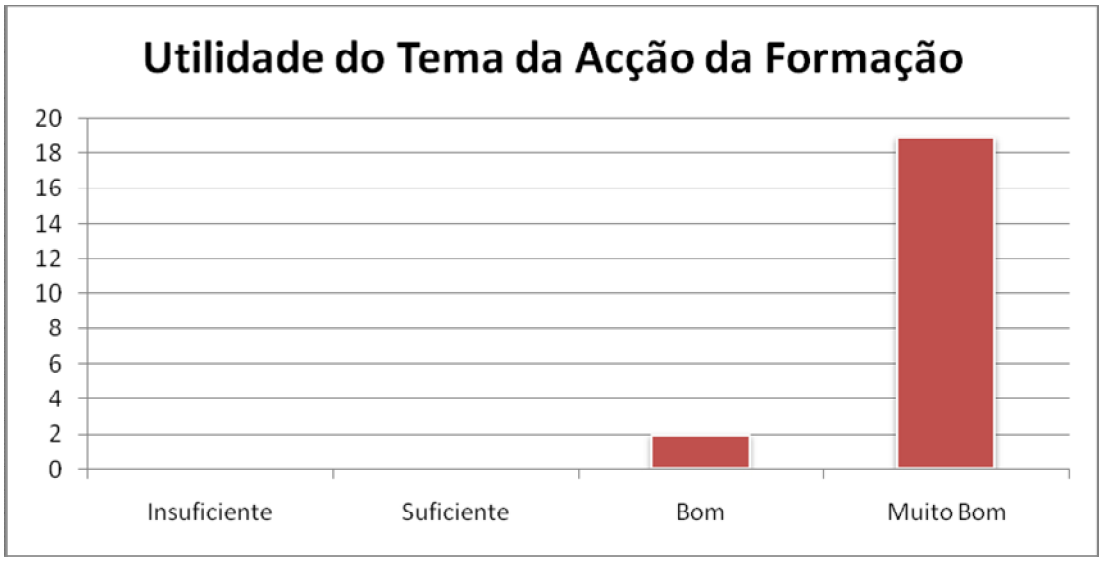


Gráfico 3 – Utilidade do Tema da Acção de Formação

Não esquecendo que o doente/família que sofre um TCE tem dúvidas e medos após a alta para o domicilio e que o foco da nossa actuação é o seu bem-estar físico-psico-social foi realizado um folheto informativo (ANEXO XII) para fornecer a estes utentes. De linguagem simples foram enumerados sinais e sintomas, directrizes para actuação rápida e números de telefone importantes (112, saúde 24h). Com este acto pretende-se minimizar a ansiedade da pessoa, informá-la da situação que lhe ocorreu e demonstrar a disponibilidade da equipa de saúde deste serviço para acolher de novo o doente caso este sinta necessidade de voltar. A efectivação deste panfleto passou pela aprovação do chefe da equipa de enfermagem e pela direcção do serviço de urgência.

Pensando na optimização e rentabilização do desempenho dos enfermeiros e AO´s que estão destacados para a sala de reanimação propus conceber uns kits para colocação de cateter central, linha arterial e drenagem torácica já que neste momento têm o material num carro de forma avulsa e pouco organizada.
A efectivação deste objectivo permitiu-me desenvolver a minha consciência crítica para questões de organização e optimização de cuidados, rentabilização de recursos humanos e materiais disponíveis tendo em conta a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com a finalidade de promover a segurança do doente. Com o dinamismo demonstrado, o esclarecimento de dúvidas junto da equipa e ao favorecer a flexibilidade permitindo a partilha de sugestões consegui obter as condições necessárias para a implementação e introdução deste material na sala de reanimação.
Este objectivo também evidencia a minha aptidão criativa, para intervir de forma eficaz na gestão dos cuidados prestados e nos recursos materiais necessários.
A materialização dos kits fica a cargo do Enfermeiro Chefe de Serviço porque por questões temporais a entrega das caixas e elaboração das trousses de ferros cirúrgicos, depende da rapidez do armazém e serviço de aprovisionamento em efectivarem o fornecimento deste material para a urgência. Em anexo fica uma fotografia de exemplo de kit (ANEXO XIII).

Tendo em conta a informação e competências desenvolvidas no meu estágio anterior, verifico que posso tentar melhorar algumas práticas neste serviço, verifico que têm kit de algaliação que muitas vezes não é utilizado e que alguns elementos ainda não têm conhecimento das orientações da CCIH, motivo que me levou a realizar um manual de

boas práticas para o serviço (ANEXO XIV) sobre a "Prevenção da infecção urinária em doente algaliado" tendo por base as directrizes do Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) e o procedimento hospitalar protocolado pela comissão de controlo de infecção hospitalar, fica disponível para consulta no SO junto do local onde estão os kits de algaliação. Por outro lado ao observar os colegas na realização da técnica de algaliação foram vários os momentos de sensibilização para a mudança de actuação e incentivando a busca da informação mais actualizada junto da "intranet", foram momentos positivos de partilha de conhecimentos aprofundados e promovi o desenvolvimento do interesse por esta problemática nos respectivos pares. Promovi em simultâneo a minha capacidade de supervisão do exercício profissional na área de especialização.

A formação informal junto dos colegas foi a estratégia mais adequada para atingir o objectivo, visto existirem na altura várias sessões de formação programadas, a receptividade de uma conversa informal foi maior, a aceitação da informação foi partilhada e deste modo serviu para validar mudanças de atitude.

Posso afirmar que fui bem recebida junto de toda a equipa, sinto que sou elo de ligação entre duas instituições (Hospital de São José e Hospital de Santa Maria), isto porque sou interrogada várias vezes em relação a diferentes situações sobre como é que fazemos no meu local de trabalho, sobre a forma como prestamos cuidados á pessoa com situação de trauma no Hospital de São José, mas tudo isto demonstra interesse e partilha de conhecimentos, de experiências e contextos que devem ser valorizados, pois ajudam ao nosso crescimento pessoal e profissional. Sinto que a minha escolha de local de estágio foi acertada para mim e para os enfermeiros que estão ao meu lado na urgência deste hospital, fazem-me sentir elemento de referência, como enfermeira especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3 - MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Este módulo foi creditado pelo facto de ter exercido funções na unidade de urgência médica (UUM) do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE - Hospital de São José de 17 de Agosto de 1998 a 13 de Novembro de 2007 e de ter desenvolvido competências na área da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE, 2010, p. 3)

A construção das competências para prestar cuidados a doentes críticos percorre a complexidade da esfera do cuidar e evidencia um processo evolutivo, dinâmico, simultaneamente individual e colectivo. Requer investimento constante que é adquirido com as situações vividas, com as relações interpessoais e com a formação contínua, como formanda ou formadora no serviço, concordando com Benner (2005,p.30) quando afirma que " A experiência é necessária para a perícia."

Ao longo deste percurso considerei importante ir de encontro às necessidades pessoais de formação contínua e actuei no sentido de as colmatar como forma de crescimento profissional e pessoal. Devido ao facto de estar inserida numa unidade onde se prestam cuidados diferenciados, onde permanecem doentes críticos com diversas patologias em falência orgânica ou multiorgânica que requerem cuidados de grande complexidade, que necessitam de monitorização e técnicas invasivas para despiste de complicações e agravamento clínico, senti necessidade de promover o meu auto-desenvolvimento, aprofundando conhecimentos na área dos cuidados intensivos através da formação realizada na instituição e fora desta.

Ao demonstrar capacidade de actuação face a situações complexas, argumentação fundamentada para a prestação de cuidados a doentes críticos e evidenciar consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o doente e família, era considerada elemento de referência, servindo de recurso para colegas menos experientes.

Ao demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área foi-me proposto pela chefe participar como elemento orientador/facilitador na integração de colegas e alunos em estágio promovendo as suas potencialidades, concordando com Abreu (2007, p. 235) "(…)mais do que ensinar e desenvolver capacidades técnicas, promove a prática

reflexiva, facilita a aprendizagem de novas experiências, ajuda os estudantes na tomada de decisões, ensina a trabalhar em equipa, proporciona novos desafios e oportunidades."

Como enfermeira graduada tive oportunidade de;

- Colaborar na orientação, supervisão e avaliação de alunos do Curso Superior de Enfermagem (3º e 4º ano) de várias escolas de enfermagem que têm como local de estágio esta unidade.
- Colaborar na integração de novos elementos na equipa, na prestação de cuidados, cumprindo o plano de integração estabelecido pelo serviço e detectando precocemente dificuldades sentidas pelo novo elemento.

O cuidar na unidade de cuidados intensivos destaca-se pelas suas dimensões relacionais e contextuais, esta é caracterizada como um espaço em que o isolamento, a imprevisibilidade, a tensão permanente entre o ser e o agir e a intensidade do ritmo de trabalho impõem o constante recriar/fortalecer das relações interpessoais, do empenho e espírito de colaboração multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos administrativos, fisioterapeutas e nutricionista) para a promoção de um ambiente protector e humanizado à pessoa em situação crítica.

O cuidar emerge enquanto processo dinâmico, complexo, diferenciado, criativo, inter-relacional e contextual, centrado na pessoa. Neste processo a família/pessoa significativa é valorizada através do acolhimento, orientação e preparação para o encontro com o indivíduo internado. Desta forma, cuidar inclui a objectividade de valorizar as emoções, sentimentos, percepções que intervêm no viver dos doentes e seus familiares actuando em situações de "crise familiar". Desenvolver estratégias para enfrentar o sofrimento e a morte, fomentando a comunicação com o utente e sua família (tendo em conta a barreira da língua) ou a própria situação clínica do doente considerando que este pode estar com uma entubação traqueal o que dificulta a comunicação, tal como Benner (2005,p.82) afirma " a enfermeira toma em linha de conta, tanto as necessidades dos membros da família, como as dos doentes."

Os doentes internados nesta unidade têm várias nacionalidades, crenças espirituais, vivencias sociais e diferentes percepções da sua doença, durante a minha prestação de cuidados tive a preocupação de utilizar estratégias de comunicação (verbal e não-verbal) recorrendo a instrumentos já elaborados com símbolos, imagens e frases traduzidas para vários idiomas de forma a conseguir estabelecer uma relação de ajuda. Por vezes era

necessário recorrer ao apoio religioso através do padre do hospital para desenvolver esta relação de ajuda. Salientando Watson citada por Tomey e Alligood (2004, p. 168)

> *"A criação de uma relação de ajuda-confiança entre enfermeira e doente é crucial para o cuidar transpessoal. Uma relação de confiança promove e aceita a expressão tanto dos sentimentos positivos como dos negativos. Envolve coerência, empatia, um calor humano não possessivo e uma comunicação eficaz."*

O apoio emocional ao doente tem características específicas, numa fase inicial o doente está sob efeito de terapêutica o que não facilita a comunicação verbal.

Outro aspecto que importa considerar prende-se com pode ser um doente internado vindo do Sul/Regiões Autónomas, o que faz com que a família não esteja presente para colaborar no processo de recuperação. Nestas situações é fundamental integrar o cuidar na mesma perspectiva de Watson citada por Tomey e Alligood (2004,p.169) "A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes."

Nos doentes com patologia crónica a relação de ajuda torna-se mais particular, estes doentes estão internados há anos nesta unidade, este ambiente é considerado a casa deles. A situação clínica não lhes permite ter alta, ainda não existem condições materiais, físicas e humanas na sociedade para estes doentes irem para casa e terem o apoio médico e de enfermagem necessário. Desta forma cuidar destes doentes permite-me compreender a saúde, a doença e a experiência humana como defende Watson citada por Tomey e Alligood (2004, p. 171) " (…) a enfermagem é uma inter-relação da qualidade de vida, incluindo a morte e o prolongamento da vida."

Com a frequência do complemento de formação, tive oportunidade de elaborar em parceria com duas colegas, a monografia sobre: "As necessidades dos familiares dos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos", este trabalho de investigação permitiu aprender e reflectir sobre esta área de intervenção, justificar a pertinência da implementação no serviço, de uma sala de apoio à família e comunicação de más notícias, que não existia até ao momento.

Embora reconheça os benefícios e a importância da tecnologia, tenho a preocupação de encontrar o equilíbrio entre o aperfeiçoamento técnico-científico e promover a

abordagem mais humana na relação do cuidar, visando a qualidade e a melhoria dos cuidados prestados, assim como afirma Watson citada por Tomey e Alligood (2004, p. 170) "somente através de relações interpessoais pode o cuidar humano ser demonstrado e praticado com eficácia."

O método de prestação de cuidados de enfermagem utilizado nesta unidade é o individual, permitindo melhor qualidade, mas exigindo ao enfermeiro a experiência prática e uma formação profissional sólida, pois ele é o responsável pela globalidade dos cuidados a prestar durante o seu turno, aos doentes.

* Planeei, executei e geri cuidados de enfermagem complexos a doentes críticos, avaliei os seus resultados e transmiti a informação, demonstrando capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar.
* Programei, executei e avaliei cuidados específicos às pessoas nas seguintes situações:
  - Paragem cardio-respiratória
  - Submetidos a ventilação artificial não invasiva (BIPAP)
  - Submetidos a ventilação artificial invasiva
  - Com técnicas dialíticas (hemofiltração artério-venosa contínua e hemodialíse)
  - Com drenagens torácicas (sub-aquáticas, e com sistema de aspiração activa)
  - Com drenos abdominais
  - Endoscopias digestivas e fibroscopias
  - Com electrocateteres para colocação de estimuladores cardíacos externos
  - Com cateterização venosa central e avaliação da pressão venosa central (PVC), assim como cateterização arterial e respectiva monitorização
  - Com cateterização hemodinâmica, (cateter de Swan-Ganz ou PICCO), para monitorização da pressão da artéria pulmonar e pressão de encravamento da capilar pulmonar, colheita de amostras de sangue para determinação da saturação de oxigénio e avaliação do débito cardíaco.
* Colaborei no transporte de doentes de alto risco para a realização de exames complementares de diagnóstico fora da unidade, e quando eram transferidos para outros serviços ou unidades hospitalares, o que me permitiu desenvolver competências na avaliação e adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relacionadas com o doente.

Durante este percurso pude contribuir para a monitorização do Risco de Úlceras de Pressão através da utilização da Escala de Braden, monitorização da carga de trabalho pelo TISS 28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*) e aplicação da escala NAS (*Nursing Activities Score*).

Os cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados nesta unidade são complexos e requerem uma formação e actualização constante, com o objectivo de conhecer, prever e detectar precocemente as complicações e assegurar as intervenções específicas em tempo útil concordando com Benner (2005, p. 174) " só a enfermeira perita pode reconhecer subtis mudanças clínicas".

Com esta prática profissional consegui atingir o nível de especialização clínica que Benner (2005, p.174) refere, " As enfermeiras acabam por apropriar-se de uma quantidade de conhecimentos que se tornam capazes de compreender, interpretar e responder às necessidades muito variadas dos doentes. Acabam por adquirir uma certa flexibilidade e inteligência depois de terem encontrado doentes em diferentes estados de uma doença."

Foi visível a consolidação de conhecimentos teóricos na área de cuidados intensivos, que permitiu crescer e enriquecer como pessoa através da auto-reflexão efectuada constantemente, tive presente uma postura de agir, gerir, educar e reflectir sobre os cuidados prestados.

No meu desempenho diário procuro destacar o cuidar em enfermagem, através do empenho pessoal em estabelecer relações interpessoais com outro ser humano, de forma a proteger, promover e preservar a integridade da pessoa que cuido, ajudando-a a encontrar a harmonia interna para ultrapassar o processo de doença. É a preocupação constante de conjugar esforços para que todos passem do " *live-saving"* para uma enfermagem baseada no "*Caring*" de Jean Watson.

4 - CONCLUSÃO

Pensando nos locais onde decorreram os estágios, procuro rever sistematicamente as actividades desenvolvidas, analisando o que foi feito e colhendo evidências que comprovem a evolução do desenvolvimento da minha aprendizagem.

A elaboração deste relatório não é uma simples descrição das actividades, é uma exposição escrita e sentida de todas as experiências vivenciadas ao lado de colegas, doentes e famílias que contribuíram com os seus conhecimentos para o desenvolvimento das competências.

Os momentos de estágio são cruciais para o nosso crescimento pessoal e profissional, a partilha de experiências e saberes com os tutores foi fundamental para esclarecer dúvidas e receios. Sendo enfermeira há uns anos e voltando ao papel de aluna, não é fácil desempenhar funções de especialista, e torna-se desafiante quando o local escolhido não é o hospital onde trabalhamos diáriamente.

A dificuldade sentida ao voltar a ser aluna e estar em ambientes novos foi propositado, o contacto com novas culturas institucionais e diferentes realidades foram o vector motivacional para concretizar os objectivos traçados.

Os locais de estágio escolhidos, considerados de referência consagraram grandes momentos de aprendizagem, aconselho-os para experiências futuras.

Encarando o ensino clínico como uma etapa de enriquecimento profissional também verifico alterações a nível pessoal, a capacidade de expressão escrita do que se passa na mente, a articulação das experiências vividas para a prática diária e a reflexão do que era a minha prestação de cuidados, hoje influenciada pela crescente informação que tenho sorvido durante esta especialidade faz com que me torne uma pessoa mais madura e rica em saberes científicos e uma profissional mais competente com habilidades mais diversificadas, complexas e fundamentadas.

Durante este percurso desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, permitiu-me mobilizar conhecimentos adquiridos na formação teórica do curso e do desempenho profissional ao longo destes anos. Identifiquei situações problema, propondo melhorias ou sugerindo alterações com vista a fomentar a segurança do doente.

Ao promover a investigação em enfermagem, demonstrei um maior nível de proficiência, em termos de capacidade de problematizar as práticas e desenvolver a capacidade empreendedora de modo a contribuir para a inovação ao nível da saúde.

Ao utilizar a formação como estratégia contribui para o desenvolvimento da profissão e afirmação do papel do enfermeiro nos serviços onde prestam cuidados de enfermagem, sendo reconhecidos como principais transmissores de informação que visam a melhoria da qualidade em saúde.

Em relação à gestão dos cuidados, em todos os momentos tive a percepção das tomadas de decisão constantes e indispensáveis para a melhoria da prestação de cuidados e para a dinâmica harmoniosa da equipa multidisciplinar. Participei sempre que possível demonstrando julgamento clínico o que permitiu o reconhecimento pelos colegas e superiores, evidenciando a pertinência da presença de alunos da especialidade nos serviços como meios de contribuição na melhoria da assistência ao doente e família.

Ao longo do estágio de urgência foi destacado o apoio à família do doente hospitalizado, reforçando o aspecto emocional e incentivando a informação e orientação a fornecer.

A visibilidade da enfermagem deve ser fundamentada, através do nosso investimento, reflectir na e sobre a prática de forma critica é dar relevo às competências. Desenvolver trabalho de campo nas áreas de actuação autónomas, divulgando os resultados é dar ênfase a prática baseada na evidência.

Considero que os objectivos delineados foram atingidos com sucesso, verificou-se uma evolução gradual na efectivação e desenvolvimento dos estágios, decorreu positivamente para a realização pessoal e profissional.

Encaro o meu desempenho futuro essencial para despertar e motivar na equipa onde estou inserida, as diversas situações complexas decorrentes da prestação de cuidados e conseguir em parceria com o doente/família e restante equipa multidisciplinar encontrar estratégias de resolução para as necessidades identificadas, traduzindo-se em ganhos para a saúde.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson - **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico.** Coimbra: Formasau, 2007.ISBN 978-972-8485-87-0.

- ADAMI, Nilce Piva – A Melhoria da Qualidade nos Serviços de Enfermagem. **Acta Paul Enf.** São Paulo. V.13, número especial, Parte 1, (2000), p.190-196.

- ALARCÃO, Isabel – **Formação Reflexiva de Professores, Estratégias de Supervisão.** Porto: Porto Editora, 1996.ISBN 972-0-34721-X

- AMARAL, Simone [et al] – **Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral.** São Paulo: J. Bras. Pneumol. 2009; vol35: nº11, p.1116-1124. [Consult. 02 Jun.2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a10.pdf

- BARRIOS. Jorge; MESA. Alonso – **Manual Clínico da Via Aérea Respiratória**. São Paulo: Artes Médicas, 2005. ISBN: 853670019X

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

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) - **Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC).** U.S. Department of Health and Human Services**.** Atlanta, 2003 [consult. 02 Jun.2010].
  Disponivel em: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/eic_in_HCF_03.pdf

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) – **Guidelines For Prevention of Catheter- Associated Urinary Tract Infections 2009**. [consult. 02 jun.2010].

Disponivel em :http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) – **Guidelines For Preventing Health-Care-Associeted Pneumonia, 2003.** [consult. 02 jun.2010]. Disponivel em: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/HApneu2003guidelines.pdf

- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE – **Regulamento da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do CHLC.**Lisboa: CHLC 2004-2007.14p.

- COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR - **Prevenção da Infecção Respiratória nosocomial**, 2002. [Consult.02 Jun.2010] Disponível em: http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/CCIH/Inf._respiratoria.pdf.

- DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro com as alterações do Dec-lei nº 104/98 de 21 de Abril. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros** (p.10)

- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde,** DGS, Março 2007. 20p. [Consult.02 Jun.2010] Disponível em: http://www.arslvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - **CIRCULAR NORMATIVA nº 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.**

- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência.** Lisboa: DGS,2001,24p. ISBN 972-9425-99-X.

- FROES, Filipe [et al] - **DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE PNEUMONIA NOSOCOMIAL, Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.** Revista Portuguesa de Pneumologia, 2007; vol. 13: n.º 3, p.7-30. [Consult. 02 Jun.2010]. Disponível em: http://www.spci.org/ficheiro/conteudo/pdf/RPMI_2007_4_1_1_.pdf

- HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Loures: Lusociência, 2000.ISBN 972-8383-11-8

- MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de Infecção Hospitalar, Epidemiologia.Prevenção.Controle.** Rio de Janeiro: MEDSI,2001.ISBN 85-7199-256-8.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - **Recomendações para Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado – PNCI**. Lisboa: 2004,22p.

- MOREHEAD, Richard; PINTO, Simmy – **Ventilator-Associated Pneumonia.** Arch Inter Med/ vol 160, July 10, 2000. 1926-1936p. [Consult. 02 Jun. 2010]. Disponível em: http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/160/13/1926

- NUNES, Fernando M. F. – Tomada de decisão de enfermagem em emergência. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196.Nº219 (Março 2007), p.7-11.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências e Funções dos Enfermeiros de Controlo de Infecção.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Janeiro 2007, 41p.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Outubro 2010, 5p.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Desenvolvimento profissional: individualização de especialidades em enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Suplemento do nº 26 (Junho 2007), p. 9-20

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. Cadernos Temáticos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Dezembro 2009), p. 46

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem.** Lisboa: Ordem do Enfermeiros. (Setembro 2002), p.16

- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – "Produção de Indicadores de Qualidade. A Enfermagem que queremos evidenciar". **Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº82 (Janeiro 2009), p.36-44.

- SANTOS, Cristina Amaral. **- Pneumonia e Aspiração Traqueobrônquica**. 2006. [Consult.02 Jun.2010]. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/respiratoria/pneumo_cristina/ pneumo_cristina.htm.

- SANTOS, Nívea – **Enfermagem na Prevenção e controle da Infecção Hospitalar**. 3ª ed. revi. e atual. - São Paulo: Iátria,2008. ISBN 978-85-7614-009-2

- TOMEY,A. ALLIGOOD,M– **Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem.** 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário para avaliar a "adesão dos enfermeiros aos procedimentos preconizados pelo CDC na prestação de cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva"

QUESTIONÁRIO

Sou aluna do Mestrado de Natureza Profissional e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estou a efectuar um estágio na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) no Hospital de Santa Marta.

Na elaboração do meu projecto individual de estágio, delineei como objectivo:

Identificar a adesão dos profissionais de saúde ao procedimento da CCI na prevenção de infecção ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva

Para alcançar este objectivo delineei como actividade a elaboração de um questionário a aplicar aos profissionais de saúde que directamente prestam cuidados aos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva.

Assim sendo, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário, assegurando a confidencialidade dos dados recolhidos.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Susana Tormenta

(Enfermeira)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

QUESTIONÁRIO

Serviço:_____

Sexo: M ☐ F ☐ Idade:_____

1-A que grupo profissional pertence?

Médicos ☐

Enfermeiros ☐

2-Tempo de Experiência profissional?

Até 3 anos ☐

De 3 a 5 anos ☐

De 5 a 10 anos ☐

Mais de 10 anos ☐

3-Executa a lavagem das mãos antes de aspirar um doente ventilado?

Sim ☐ Não ☐ ás vezes ☐

4-Executa a lavagem das mãos depois de aspirar um doente ventilado?

Sim ☐ Não ☐ ás vezes ☐

5-Verifica se a cabeceira do doente está a 30º?

Sim ☐ Não ☐

6-Suspende a alimentação entérica e coloca a sonda nasogástrica em drenagem?

Sim ☐ Não ☐

7-Que equipamento de protecção individual utiliza para efectuar a aspiração do doente ventilado?

Mascara ☐ Óculos protectores ☐

Luvas ☐ Avental ☐

Bata ☐ Mascara com viseira ☐

8-Aspira a orofaringe do doente após a aspiração do tubo orotraqueal ou antes?

Antes ☐ Depois ☐

9-Utiliza a mesma sonda?

Sim ☐ Não ☐

10-Desinsufla o cuff para aspirar a orofaringe?

Sim ☐ Não ☐

11 – O tempo de ventilação dos seus doentes é superior a 24h?

Sim ☐ Não ☐

12-Com que frequência se mudam as traqueias do ventilador?

24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ Quando o doente tem alta ☐

13-Com que frequência se muda o filtro bacteriano?

12h ☐ 24h ☐ Sempre que estiver sujo ☐

14-Em caso de terapêutica inalatória, com que frequência muda os reservatórios para nebulização?

Em cada utilização ☐ 12h ☐ 24h ☐ Quando o doente tem alta ☐

15-Com que frequência é mudado o humidificador de oxigénio?

24h ☐ 48h ☐ Quando o doente tem alta ☐

16-Cada doente tem um "ambu"?

Sim ☐ Não ☐

17-Com que frequência é descontaminado?

24h ☐ 48h ☐ Quando o doente tem alta ☐ Após cada utilização ☐

18-Tem conhecimento do procedimento geral para a "Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial" do Hospital de Santa Marta?

Sim ☐ Não ☐

19-Tem alguma formação realizada sobre Controlo Infecção Hospitalar?

Sim ☐ Não ☐

Obrigado!

ANEXO II

Grelha de auditoria sobre procedimento para prevenção de infecção respiratória nosocomial em doente com ventilação mecânica invasiva

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

HOSPITAL DE SANTA MARTA

Auditoria sobre Procedimento para Prevençao de Infecção Respiratória Nosocomial

		CRITÉRIOS	S	N	N/A	OBSERVAÇÔES
EPI	1	Utiliza luvas para aspirar o doente				
EPI	2	Utiliza mascara para aspirar o doente				
EPI	3	Utiliza avental para aspirar o doente				
EPI	4	Utiliza mascara com viseira/óculos para aspirar o doente				
procedimento	2	Verifica a posição da cabeceira do doente (30º) antes de aspirar				
procedimento	3	Muda de sonda de aspiração entre o TOT e a orofaringe				
equipamento		Muda de filtro bacteriano				
Segurança	4	Executa a higienização das mãos antes de aspirar o doente				
Segurança	4	Executa a higienização das mãos depois de aspirar o doente				
Segurança	5	Protege a extremidade da conecção do ventilador enquanto aspira				
procedimento	6	Faz a higiene da cavidade oral do doente				
procedimento	7	Aspira a orofaringe do doente				
procedimento		Desinsufla o cuff para aspirar a orofaringe				
equipamento		Tipo de traqueias que utiliza (disposable)				
procedimento		Existe protocolo no serviço sobre mudanças/limpeza unidade do doente				
equipamento	8	Muda as traqueias do ventilador de 24h/24h				
segurança		Executa a higienização das mãos antes da mudança dos circuitos do ventilador				
Segurança	9	Executa a higienização das mãos apos a mudança dos circuitos do ventilador				
equipamento	10	Muda os nebulizadores após cada terapêutica inalatória				
segurança		Muda a agua dos nebulizadores de oxigénio a cada 24h				
Segurança	11	Faz a higiene das mãos após contacto com ambiente do doente				
procedimento	12	Pára a alimentação do doente e coloca sonda gastrica em drenagem				
procedimento	13	Verifica ph gastrico do doente (tem protocolo da prevenção da ùlcera stress)				
procedimento	14	Utiliza Soro esteril para fluidificar secreçoes				
procedimento		Utiliza "ambu" para cada doente				
Ambiente	15	Respeita o espaço (1m 50cm) entre cada unidade do doente				
ambiente		A unidade do doente tem aspecto limpo				
Ambiente	16	A unidade do doente está composta de material de suporte ventilatório				
Ambiente	17	Quantas vezes por dia limpa a unidade do doente (Turnos)				
ambiente		Quem faz a higienização da unidade do doente (AO, Enfº)				

Ambiente	18	Mudam o aspirador de secreções quando está cheio				
Ambiente	19	Mudam as tubuladoras/água de lavagem de sonda do aspirador de secreções a cada 24h				
segurança		Executa a higienização das mãos antes da mudança do aspirador e respectivos tubos				
segurança		Executa a higienização das mãos após a mudança do aspirador e respectivos tubos				
procedimento		Executam os registos das mudanças das traqueias				
procediemnto		Executam os registos das mudanças das unidades				
Procedimento	20	Utilizam sistema de aspiração secreções fechado				
ambiente		Onde estão armazenados os circuitos do ventilador				
ambiente		Onde estão armazenadas as sondas de aspiração (suporte próprio)				
Procedimento	21	Têm conhecimento sobre o procedimento no Hospital				
Formação		Têm formação na área da prevenção da Infecção nosocomial				
		AUDITOR: _____				
		AUDITADOS:				
		DATA __/__/_				

Auditoria sobre Procedimento para Prevençao de Infecção Respiratória Nosocomial

		CRITÉRIOS	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
EPI	1	Utiliza luvas para aspirar o doente	4			
EPI	2	Utiliza mascara para aspirar o doente	4			
EPI	3	Utiliza avental para aspirar o doente	3	1		
EPI	4	Utiliza mascara com viseira/óculos para aspirar o doente		4		
procedimento	2	Verifica a posição da cabeceira do doente (30º) antes de aspirar	3		1	
procedimento	3	Muda de sonda de aspiração entre o TOT e a orofaringe	4			
equipamento		Muda de filtro bacteriano	4			
Segurança	4	Executa a higienização das mãos antes de aspirar o doente	2			Não observado
Segurança	4	Executa a higienização das mãos depois de aspirar o doente	4			
Segurança	5	Protege a extremidade da conecção do ventilador enquanto aspira	4			
procedimento	6	Faz a higiene da cavidade oral do doente	3		1	1 x dia
procedimento	7	Aspira a orofaringe do doente	4			
procedimento		Desinsufla o cuff para aspirar a orofaringe		4		
equipamento		Tipo de traqueias que utiliza (disposable)	4			
procedimento		Existe protocolo no serviço sobre mudanças/limpeza unidade do doente	4			
equipamento	8	Muda as traqueias do ventilador de 24h/24h		4		UCICCT- 7/7 dias UCIC-10/10dias UCIP-5/5 dias Hemod-dte/dte
segurança		Executa a higienização das mãos antes da mudança dos circuitos do ventilador			4	
Segurança	9	Executa a higienização das mãos apos a mudança dos circuitos do ventilador			4	
equipamento	10	Muda os nebulizadores após cada terapêutica inalatória		4		
segurança		Muda a agua dos nebulizadores de oxigénio a cada 24h	1		1HEM	UCICCT- 72/72H Card não muda
Segurança	11	Faz a higiene das mãos após contacto com ambiente do doente	4			
procedimento	12	Pára a alimentação do doente e coloca sonda gastrica em drenagem		1UCICC	2	UCIP n/obs
procedimento	13	Verifica ph gastrico do doente (tem protocolo da prevenção da ùlcera stress)		4		
procedimento	14	Utiliza Soro esteril para fluidificar secreções	3		1	
procedimento		Utiliza "ambu" para cada doente	4			
Ambiente	15	Respeita o espaço (1m 50cm) entre cada unidade do doente	4			
ambiente		A unidade do doente tem aspecto limpo	4			
Ambiente	16	A unidade do doente está composta de material de suporte ventilatório	4			
Ambiente	17	Quantas vezes por dia limpa a unidade do doente (Turnos)	41xdia			
ambiente		Quem faz a higienização da unidade do doente (AO, Enfº)	4AO			

Ambiente	18	Mudam o aspirador de secreções quando está cheio	4			
Ambiente	19	Mudam as tubuladoras/água de lavagem de sonda do aspirador de secreções a cada 24h	3	1*		* uci
segurança		Executa a higienização das mãos antes da mudança do aspirador e respectivos tubos			4	
segurança		Executa a higienização das mãos após a mudança do aspirador e respectivos tubos			4	
procedimento		Executam os registos das mudanças das traqueias	4			
procediemnto		Executam os registos das mudanças das unidades			4	
Procedimento	20	Utilizam sistema de aspiração secreções fechado	2*	2		*UCICCT 1*UCIP DTES ESPECIFICOS
ambiente		Onde estão armazenados os circuitos do ventilador (ARMÁRIOS FECHADOS)	4			
ambiente		Onde estão armazenadas as sondas de aspiração (suporte próprio)	4			
Procedimento	21	Têm conhecimento sobre o procedimento no Hospital	4			
Formação		Têm formação na área da prevenção da Infecção nosocomial	2*	2		* UCIP HEM
		AUDITOR: _____				
		AUDITADOS:				
		DATA __/__/_				

ANEXO III

Acção de formação aos assistentes operacionais sobre “Manipulação e acondicionamento de roupa hospitalar”

Manipulação
e
Acondicionamento de Roupa Hospitalar

Enf.ª Susana Tormenta

19 Maio 2010

OBJECTIVOS :

- **Uniformizar procedimentos**
- **Garantir segurança aos utentes e profissionais**
- **Prevenir a propagação de microrganismos potencialmente patogénicos, através da roupa**

Circuito de Roupa Hospitalar

Utente

Transporte da roupa em carro próprio

Lavandaria

Acondicionamento em local apropriado

Serviços Utilitários

<u>Transporte da Roupa para a Lavandaria</u> :

É da responsabilidade da empresa exterior prestadora de serviços

<u>Lavagem da Roupa:</u>

É da responsabilidade da empresa exterior, entregar a roupa na lavandaria

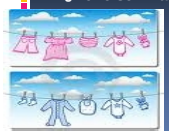
Cuidados a ter com a Roupa Limpa

§ Deve ser transportada em sacos plásticos transparentes fechados

§Os serviços utilitários devem definir stocks de todo o tipo de roupa, com a Gestão Hoteleira

§Deve ser acondicionada em armário fechado, estando este identificado, seco e limpo

§Deve ser mantida em boas condições até á sua utilização



Cuidados a ter com a Roupa Limpa

§ Deve efectuar a higiene das mãos antes de mexer na roupa

§A roupa não deve ser utilizada para outros fins

Acondicionamento e Remoção de Roupa dos Serviços Utilitários

ØColocar no suporte do carro de triagem de roupa suja os sacos destinados à triagem de roupa usada, próximo do local de utilização.

ØOs SU devem ter sempre sacos adequados e disponíveis em stock, para efectuar uma triagem eficaz.

ØOs sacos são fornecidos pela Rouparia.

ØDevem ser sempre utilizados os EPI

Acondicionamento e Remoção de Roupa dos Serviços Utilitários

ØRemover a roupa da cama do doente com o mínimo de agitação para não contaminar o ar e os profissionais que a manipulam.

ØDeve ser retirada com técnica correcta de dobragem, de forma que, a parte mais suja fique no centro da peça e o próprio tecido se transforme numa primeira barreira de protecção.

Acondicionamento e Remoção de Roupa dos Serviços Utilitários

ØConfirmar sempre, a inexistência de "objectos" misturados na roupa: seringas, agulhas, tubos de sangue ou qualquer outro tipo de resíduo.

ØIntroduzir a roupa directamente no saco apropriado, que deve estar sempre junto à cama do doente

ØNunca colocar roupa suja em cima de cadeiras, camas, chão, ...

Acondicionamento e Remoção de Roupa dos Serviços Utilitários

ØA roupa seca, deve ser colocada em saco de lona

ØA roupa molhada ou húmida com qualquer tipo de líquido ou matéria orgânica deve ser colocada em saco de plástico verde

Acondicionamento e Remoção de Roupa dos Serviços Utilitários

ØOs sacos não devem ser excessivamente cheios para que se possam fechar com facilidade (+/- ¾).

ØFechar os sacos com atilho disponível nos Serviços.

ØLogo que terminada a tarefa remover o carro com os respectivos sacos, para a Zona Suja do Serviço.

ØFechar e identificar os sacos por Serviço, com a identificação específica do Serviço.

Acondicionamento e Remoção de Roupa dos Serviços Utilitários

Embora toda a roupa seja considerada contaminada e tratada como tal, quando há roupa contaminada, com um doente (Ex: Sarna, Gripe…) esta deve ser acondicionada separadamente, em saco de plástico e identificado como tal.

Remoção de Roupa dos serviços Utilitários para Central de Acondicionamento

- Remover a roupa suja dos Serviços, para a Central de Acondicionamento em carro apropriado.
- Utilizar o equipamento de protecção individual adequado a cada actividade.
- Mudar de fardamento quando terminar a recolha da roupa suja e iniciarem a distribuição da limpa.

OBRIGADO

ANEXO IV

Relatórios das auditorias

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**RELATÓRIO DE AUDITORIA**

Auditoria Interna da Qualidade

DATA	Decorreu entre 25/05/2010 e 04/06/2010	**Nº Relatório** **A Preencher pelo GA**	
UNIDADES FUNCIONAIS	Laboratório de Hemodinâmica		

Pessoa(s) Contactada(s)
Enfermeiros a exercer funções no turno da Manhã

Rubrica(s) do(s) Receptor(es) do Relatório

Norma/Critérios/Documentos de referência

Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006 - Norma 7 : Gestão de riscos – Controlo de Infecções/Critérios: 7.7; 7.8; 7.9; 7.27; 7.30

Documentos auditados

Equipa Auditora

Rubricas dos Auditores

- Aluna Susana Tormenta
- Enf. Fernanda Pereira

RELATÓRIO DA AUDITORIA

Esta auditoria teve como objectivo primordial observar os profissionais de saúde, na prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, no que diz respeito à prevenção e controlo de infecção e verificar o cumprimento nas Unidades Funcionais, do Hospital de Santa Marta, em relação às orientações definidas, no procedimento da *Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial* e aos critérios constantes na Norma 7, referentes a esta área.

A equipa auditora foi bem acolhida pelos diferentes profissionais das Unidades, os quais se disponibilizaram para responder a todas as questões colocadas, fornecendo as evidências necessárias. Salienta-se a motivação e a preocupação com a melhoria continua da qualidade demonstrada pelos elementos auditados.
O ambiente envolvente do doente apresentava um aspecto cuidado e limpo em todas as Unidades.

Dos aspectos observados destaca-se o seguinte:

- **Procedimento CIH.14 - Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial**

Todos os profissionais inquiridos referiram que conhecem o procedimento e alguns salientaram que quando têm dúvidas recorrem à Intranet para consulta.

- **Precauções básicas**

  - **Higiene das mãos**

Após as observações, constatamos que nem todos os profissionais de saúde cumprem os “5 momentos”, para a higiene das mãos.

Observa-se que alguns técnicos de saúde ainda não estão sensibilizados para a prevenção da infecção através da higiene das mãos. Verifica-se que entram e saiem da sala e mexem em vários materiais (computador, máquina de gasimetria, armário de material esterilizado) sem executarem a higiene das mãos.

Relativamente às estruturas para a higiene das mãos, existem lavatórios suficientes e adequados, de forma a evitar a dispersão de salpicos durante a lavagem das mãos, e solução antisséptica de base alcoólica nos locais de prestação de cuidados.

  - **Equipamento de Protecção Individual**

Relativamente à utilização do equipamento de protecção individual, verificou-se que os profissionais auditados utilizam de forma adequada. No entanto, aconselha-se a utilização de máscara com viseira em todas as situações previsíveis de risco de salpicos.

- **Equipamento**

Em relação à prevenção da infecção associada ao equipamento verifica-se que não existe uniformidade nos procedimentos.

- **Circuitos Internos do ventilador**

O circuito interno do ventilador, de acordo com a informação de alguns profissionais auditados é mudado de doente para doente. Contudo alguns demonstraram não ter um conhecimento concreto, de quando este procedimento é realizado.

- **Circuitos externos do ventilador**

As traqueias são todas de material descartável ou seja, de uso único. A sua substituição não é de doente para doente. uniforme em todas as Unidades, verificando-se que são trocadas de 5 em 5 dias numa das Unidades, noutra de 7 em 7 dias e em outra de 10 em 10 dias.

Em todas se visualizou a utilização de filtros bacterianos entre o circuito expiratório e o ventilador. A mudança deste filtro é de acordo com a mudança das traqueias da referida Unidade.

Existe também um filtro humidificador, colocado entre as traqueias e o doente que é mudado entre cada doente.a cada 24 horas, e sempre que visivelmente sujo.

- **Nebulizadores da terapêutica inalatória**

Esta prática não é efectuada nesta unidade funcional.é pouco comum segundo os auditados, mas quando realizada não é utilizado um nebulizador por sessão, no mesmo doente.

- **Nebulizadores de oxigénio**

Esta prática não é efectuada nesta unidade funcional.

Verificou-se que apenas em uma das Unidades é feita a mudança de acordo com o preconizado no procedimento. Nas outras não existe uniformidade, uma muda só quando o doente tem alta e a outra de 72 em 72 horas.

- **Balão insuflador (“Ambu”)**

A sua utilização é individual de doente para doente.

Observou-se que a sua descontaminação não é efectuada com regularidade mas sim quando o doente tem alta.

Nas Unidades em que se utiliza o sistema de ventilação manual *disposable* tipo "waters" este é mudado de doente para doente. em simultâneo com as traqueias, 7 em 7 dias.

- **Material de apoio ventilatório**

O material de apoio ventilatório (sondas de aspiração, traqueias, tubos de oxigénio, balão insuflador, …) encontrava-se acondicionado de forma adequada de acordo com o preconizado.

A salientar, em todas as Unidades a existência de procedimentos sectoriais e os respectivos registos de mudanças dos equipamentos e material de apoio ventilatório.

- **Formação**

Em relação a este critério destaca-se o facto da maioria dos auditados não ter formação na área da prevenção e controlo de infecção hospitalar, nem sobre esta temática muito especifica.

Verificou-se que, algumas das práticas efectuadas, são realizadas de forma "usual" mas sem conhecimento de causa efeito.

1. Aspectos positivos a salientar

- Utilização adequada do equipamento de protecção individual.
- A preocupação em obter a melhoria dos cuidados na Prevenção da Infecção Hospitalar.
- A existência de procedimentos sectoriais/protocolos e registos dos cuidados a ter com o equipamento de apoio ventilatório.

2. Aspectos negativos a salientar

- O não cumprimento da higiene das mãos de acordo com os "5 momentos"

PROPOSTAS DE MELHORIA

Perante a análise dos dados da auditoria, considera-se pertinente deixar algumas sugestões, para contribuir para a melhoria das boas práticas e consequentemente, para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados e para uma cultura de segurança, quer para o doente quer para o profissional.

- A inclusão desta temática no Plano de Formação de cada Unidade Funcional, envolvendo todos os profissionais.

- Divulgação, leitura e discussão do procedimento multissectorial sobre *Prevenção e Controlo da Infecção Respiratória Nosocomial*, em vigor no Centro Hospitalar Lisboa Central, CHCL- EPE.
- Manter a formação sobre a higiene das mãos a todos os profissionais das Unidades Funcionais.
- Realização de auditorias internas às práticas na área da Prevenção e Controlo da Infecção Nosocomial

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**FICHA DE NÃO CONFORMIDADE**	**N.º** 1

SERVIÇO: ……. HSMarta

Auditoria: Norma 7 – …...

DATA: ……..

DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE

Norma/Critério: .

CONSTATAÇÃO

Não foi evidenciada a existência de um procedimento ……

CAUSAS IDENTIFICADAS

PLANEAMENTO DA ACÇÃO CORRECTIVA Data _____/____/____

Responsabilidade _____ Prazo _____

Seguimento (Responsável da área auditada)

FECHO _____ **Data** _____

(Não Conformidade resolvida com eficácia)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**FICHA DE NÃO CONFORMIDADE**	**N.º** 2

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**RELATÓRIO DE AUDITORIA**

Auditoria Interna da Qualidade

DATA	Decorreu entre 25/05/2010 e 04/06/2010	**Nº Relatório** **A Preencher pelo GA**	
UNIDADES FUNCIONAIS	UCI CCT, UCI Cardiologia, UCIP		

Pessoa(s) Contactada(s)
Enfermeiros a exercer funções no turno da Manhã

Rubrica(s) do(s) Receptor(es) do Relatório

Norma/Critérios/Documentos de referência

Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006 - Norma 7 : Gestão de riscos – Controlo de Infecções/Critérios: 7.7; 7.8; 7.9; 7.27; 7.30

Documentos auditados

Folha de Registos de Enfermagem do Processo Clínico do doente

Equipa Auditora

Rubricas dos Auditores

- Aluna Susana Tormenta
- Enf. Fernanda Pereira

RELATÓRIO DA AUDITORIA

Esta auditoria teve como objectivo primordial observar os profissionais de saúde, na prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, no que diz respeito à prevenção e controlo de infecção e verificar o cumprimento nas Unidades Funcionais, do Hospital de Santa Marta, em relação às orientações definidas, no procedimento da *Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial* e aos critérios constantes na Norma 7, referentes a esta área.

A equipa auditora foi bem acolhida pelos diferentes profissionais das Unidades, os quais se disponibilizaram para responder a todas as questões colocadas, fornecendo as evidências necessárias. Salienta-se a motivação e a preocupação com a melhoria continua da qualidade demonstrada pelos elementos auditados.
O ambiente envolvente do doente apresentava um aspecto cuidado e limpo em todas as Unidades.

Dos aspectos observados destaca-se o seguinte:

- **Procedimento CIH.14 - Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial**

Todos os profissionais inquiridos referiram que conhecem o procedimento e alguns salientaram que quando têm dúvidas recorrem à Intranet para consulta.

- **Precauções básicas**
  - **Higiene das mãos**

Após as observações, constatamos que nem todos os profissionais de saúde cumprem os “5 momentos”, para a higiene das mãos.

Relativamente às estruturas para a higiene das mãos, existem lavatórios suficientes e adequados, de forma a evitar a dispersão de salpicos durante a lavagem das mãos, e solução antisséptica de base alcoólica nos locais de prestação de cuidados.

  - **Equipamento de Protecção Individual**

Relativamente à utilização do equipamento de protecção individual, verificou-se que os profissionais auditados utilizam de forma adequada. No entanto, aconselha-se a utilização de máscara com viseira em todas as situações previsíveis de risco de salpicos.

- **Equipamento**

Em relação à prevenção da infecção associada ao equipamento verifica-se que não existe uniformidade nos procedimentos.

- **Circuitos Internos do ventilador**

O circuito interno do ventilador, de acordo com a informação de alguns profissionais auditados é mudado de doente para doente. Contudo alguns demonstraram não ter um conhecimento concreto, de quando este procedimento é realizado.

- **Circuitos externos do ventilador**

As traqueias são todas de material descartável ou seja, de uso único. A sua substituição não é uniforme em todas as Unidades, verificando-se que são trocadas de 5 em 5 dias numa das Unidades, noutra de 7 em 7 dias e em outra de 10 em 10 dias.

Em todas se visualizou a utilização de filtros bacterianos entre o circuito expiratório e o ventilador. A mudança deste filtro é de acordo com a mudança das traqueias da referida Unidade.

Existe também um filtro humidificador, colocado entre as traqueias e o doente que é mudado a cada 24 horas, e sempre que visivelmente sujo.

- **Nebulizadores da terapêutica inalatória**

Esta prática é pouco comum segundo os auditados, mas quando realizada não é utilizado um nebulizador por sessão, no mesmo doente.

- **Nebulizadores de oxigénio**

Verificou-se que apenas em uma das Unidades é feita a mudança de acordo com o preconizado no procedimento. Nas outras não existe uniformidade, uma muda só quando o doente tem alta e a outra de 72 em 72 horas.

- **Balão insuflador ("Ambu")**

A sua utilização é individual de doente para doente.

Observou-se que a sua descontaminação não é efectuada com regularidade mas sim quando o doente tem alta.

Nas Unidades em que se utiliza o sistema "waters" este é descartável ??????????

- **Material de apoio ventilatório**

O material de apoio ventilatório (sondas de aspiração, traqueias, tubos de oxigénio, balão insuflador, …) encontrava-se acondicionado de forma adequada de acordo com o preconizado.

A salientar, em todas as Unidades a existência de procedimentos sectoriais e os respectivos registos de mudanças dos equipamentos e material de apoio ventilatório.

- **Formação**

Em relação a este critério destaca-se o facto da maioria dos auditados não ter formação na área da prevenção e controlo de infecção hospitalar, nem sobre esta temática muito especifica.

Verificou-se que, algumas das práticas efectuadas, são realizadas de forma "usual" mas sem conhecimento de causa efeito.

1. Aspectos positivos a salientar

- Utilização adequada do equipamento de protecção individual.
- A preocupação em obter a melhoria dos cuidados na Prevenção da Infecção Hospitalar.
- A existência de procedimentos sectoriais/protocolos e registos dos cuidados a ter com o equipamento de apoio ventilatório.

2. Aspectos negativos a salientar

- O não cumprimento da higiene das mãos de acordo com os "5 momentos"

PROPOSTAS DE MELHORIA

Perante a análise dos dados da auditoria, considera-se pertinente deixar algumas sugestões, para contribuir para a melhoria das boas práticas e consequentemente, para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados e para uma cultura de segurança, quer para o doente quer para o profissional.

- A inclusão desta temática no Plano de Formação de cada Unidade Funcional, envolvendo todos os profissionais.
- Divulgação, leitura e discussão do procedimento multissectorial sobre *Prevenção e Controlo da Infecção Respiratória Nosocomial*, em vigor no Centro Hospitalar Lisboa Central, CHCL- EPE.
- Manter a formação sobre a higiene das mãos a todos os profissionais das Unidades Funcionais.
- Realização de auditorias internas às práticas na área da Prevenção e Controlo da Infecção Nosocomial

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

RELATÓRIO DE AUDITORIA

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**FICHA DE NÃO CONFORMIDADE**	**N.º** 1

SERVIÇO: ……. HSMarta

Auditoria: Norma 7 – …...

DATA: ……..

DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE

Norma/Critério: .

CONSTATAÇÃO

Não foi evidenciada a existência de um procedimento ……

CAUSAS IDENTIFICADAS

PLANEAMENTO DA ACÇÃO CORRECTIVA Data _____/____/____

Responsabilidade _____ Prazo _____

Seguimento (Responsável da área auditada)

FECHO _____ **Data** _____

(Não Conformidade resolvida com eficácia)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**FICHA DE NÃO CONFORMIDADE**	**N.º** 2

ANEXO V

Apresentação dos resultados do questionário e plano de formação

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

"Adesão dos profissionais de saúde na prevenção e controlo da infecção ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva"

Enf.ª Susana Tormenta
18 Junho 2010

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Objectivo:

Ø Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros, a doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva, focalizando a prevenção e controlo da Infecção da Pneumonia Nosocomial.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

METODOLOGIA:

Ø Questionário,

Ø 59 Enfermeiros,

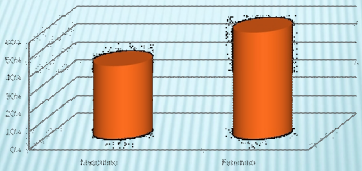
Ø Unidades Funcionais com doentes submetidos a ventilação invasiva.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Caracterização da população:

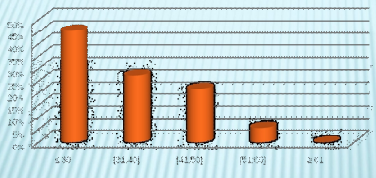
Sexo:	
Masculino	24
Feminino	35



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Idade:

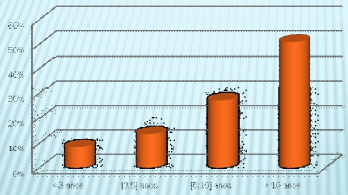


≤ 30	45%
[31;40]	27%
[41;50]	22%
[51;60]	5%
≥ 61	0%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Tempo de Experiência profissional:



< 3 anos	8%
[3;5] anos	14%
[5;10] anos	27%
> 10 anos	51%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

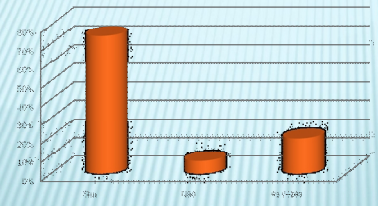
Hospital de Santa Marta

Múltiplos estudos foram efectuados para testar práticas e procedimentos implicados na infecção respiratória, as questões que se seguem foram elaboradas tendo por base as recomendações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS).

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

*Executa a lavagem das mãos **antes** de aspirar um doente ventilado?*

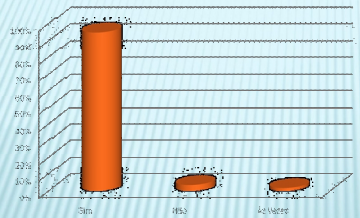


Sim	74%
Não	7%
Ás Vezes	19%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

*Executa a lavagem das mãos **depois** de aspirar um doente ventilado?*

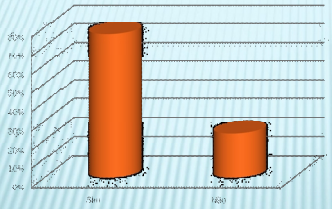


Sim	95%
Não	3%
Ás Vezes	2%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Verifica se a cabeceira do doente está a 30º?

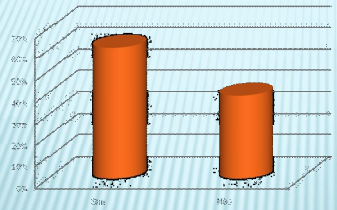


Sim	76%
Não	24%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Suspende a alimentação entérica e coloca a sonda nasogástrica em drenagem?

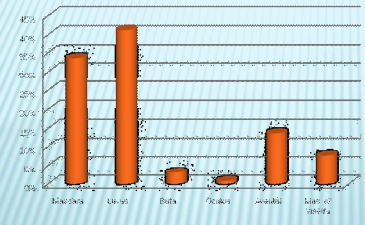


Sim	61%
Não	39%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Que equipamento de protecção individual utiliza para efectuar a aspiração do doente ventilado?

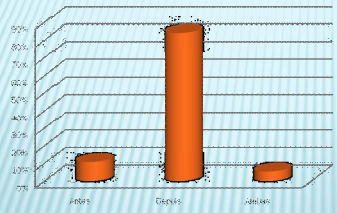


Mascara	34%
Luvas	41%
Bata	3%
Óculos	1%
Avental	14%
Mas. c/ viseira	8%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

*Aspira a orofaringe do doente **após** a aspiração do tubo orotraqueal ou **antes**?*

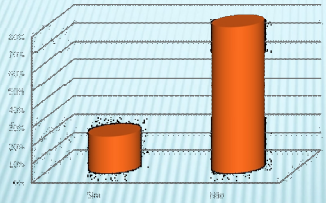


Antes	11%
Depois	84%
Ambas	5%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Utiliza a mesma sonda?

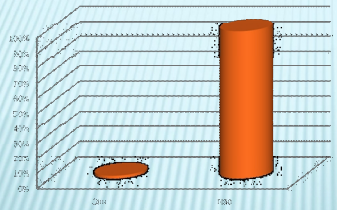


Sim	20%
Não	80%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Desinsufla o "cuff" para aspirar a orofaringe?

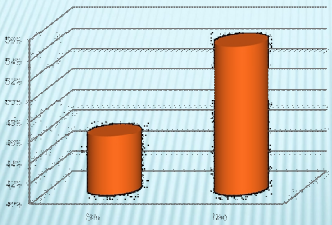


Sim	2%
Não	98%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

O tempo de ventilação dos seus doentes é superior a 24h?

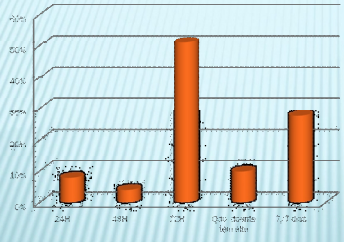


Sim	46%
Não	54%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Com que frequência se mudam as traqueias do ventilador?

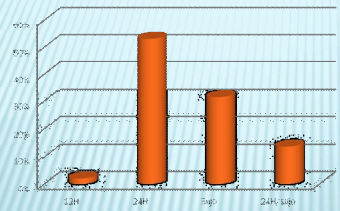


24H	8%
48H	4%
72H	51%
Quando o doente tem alta	10%
7/7 dias	27%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Com que frequência se muda o filtro bacteriano?

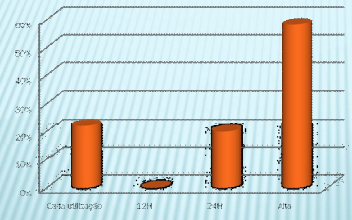


12H	2%
24H	53%
Sujo	31%
24H/sujo	14%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Em caso de terapêutica inalatória, com que frequência muda os reservatórios para nebulização?

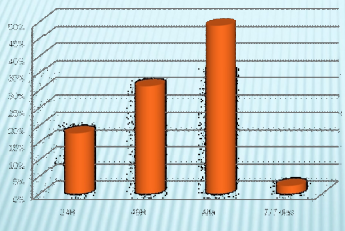


Cada utilização	22%
12H	0%
24H	20%
Alta	58%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Com que frequência é mudado o humidificador de oxigénio?

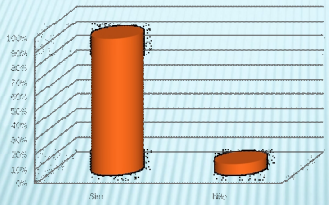


24H	18%
48H	31%
Alta	49%
7/7 dias	2%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Cada doente tem um "Ambu"?

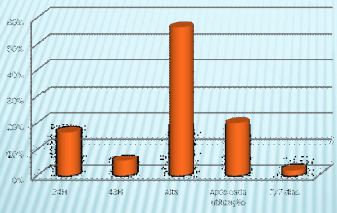


Sim	93%
Não	7%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Com que frequência é descontaminado?

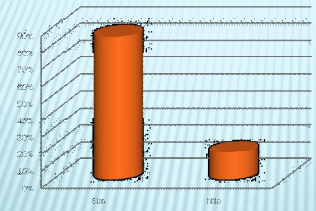


24H	16%
48H	5%
Alta	56%
Após cada utilização	20%
7/7 dias	2%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Tem conhecimento do procedimento para a "Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial" do Hospital de Santa Marta ?

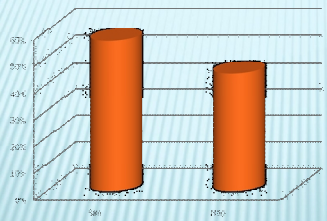


Sim	84%
Não	16%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Tem alguma formação realizada sobre Controlo Infecção Hospitalar?



Sim	56%
Não	44%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

Propostas de Melhoria:

ØDivulgar o Procedimento CIH 125 – "Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial" (Em revisão)

ØAuditorias Internas

ØFormação em serviço

Contribuir para uma Cultura da Segurança

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Hospital de Santa Marta

OBRIGADO !

ANEXO VI

Folha de presenças da acção de formação sobre os resultados do questionário

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL EPE

Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar

Sessão:

DATA: 01 de Julho de 2010

REGISTO DE PRESENÇAS

Horário: 14H:00 – 16H:00'

O FORMADOR

Susana Tavares
(Assinatura)

N.º	NOME	SERVIÇO	RUBRICA
	Adelaide Paleco	UCIP	
	MAFALDA SOLAS	HEMODINÂMICA	
	fatima faria	UCI (C)	
	ANA SANTOS	MIR	
	Lídia Reis	Bloco Vascular	
	Mª de jesus Fulig	Serviço 4	
	Mª Clara Vital	Serviço CCT	
	ANA MARIA DENDAS	Bloco CCT	
	José Luis Conceição	SERVIÇO 4 - UCI	
	Adelaide Rebocho	UCICC	

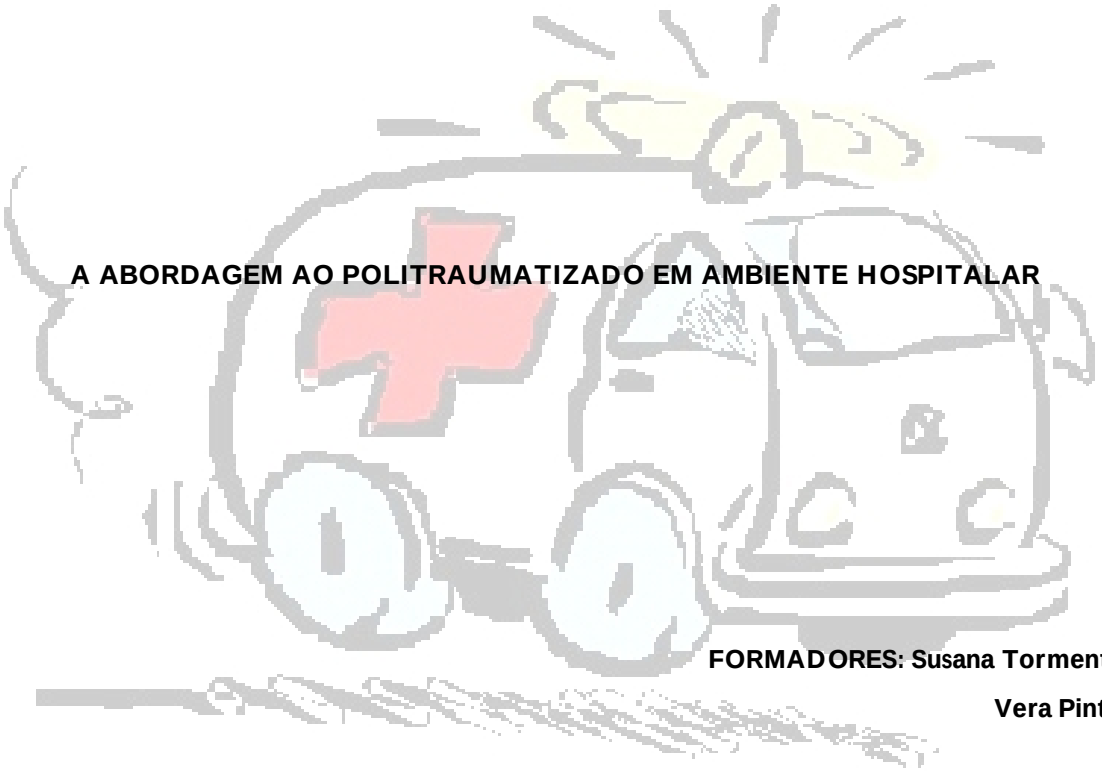
ANEXO VII

Manual teórico sobre “Abordagem do politraumatizado em ambiente hospitalar”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA



A ABORDAGEM AO POLITRAUMATIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR

FORMADORES: Susana Tormenta

Vera Pinto

Lisboa Novembro 2010

A magnitude do trauma como um problema nacional e internacional está documentada, identificando lesões que constituem a primeira causa de morte em pessoas jovens.
A assistência inicial ao politraumatizado deve ser efectuada pela equipa multidisciplinar através de uma metodologia clara e sequencial para permitir um diagnóstico e tratamento de todas as lesões por ordem de importância.
O enfermeiro como membro da equipa deve ser capaz de trabalhar em perfeita sintonia e coordenação com os restantes membros da equipa, conhecendo a sequência ordenada de prioridades de actuação para estes doentes.

Facilmente podemos concluir que ao serem a principal causa de morte entre os mais jovens, nas primeiras quatro décadas de vida nas idades compreendidas entre 1 e 44 anos (PHTLS, 2004), e pelo problema humano que constitui, as causas traumatológicas afectam as bases da nossa sociedade, pelo custo económico elevado que acarretam (não só pelos internamentos longos mas também pelo grau de dependência permanente ou temporária).
A equipa de enfermagem tem um papel fundamental na abordagem ao politraumatizado, ao efectuar uma avaliação (inicial e secundária) quando a vítima entra na sala de urgência e na continuidade da vigilância até o doente ser encaminhado para outro serviço.

Trauma é o resultado da transferência de um tipo de energia do meio que está para além do limite de tolerância do corpo e as lesões causadas podem ser classificadas através da integridade cutânea, isto é, classificando em trauma penetrante ou aberto aquele em que a pele sofreu uma interrupção na sua integridade (quando resulta de ferimentos por arma de fogo, arma branca ou objectos perfurantes) e em trauma fechado, aquele cuja pele se encontra intacta (quando resultante de acidentes de viação, quedas, acidentes de trabalho ou de lazer) (PHTLS,2004) .

Doente politraumatizado é uma pessoa doente que em resultado de alterações de energia, apresenta lesões múltiplas, as quais podem ser ósseas e/ou viscerais e que podem conduzir rapidamente a falência multiorgânica grave (Almeida, 1997).
Nem só os acidentes de viação produzem traumatismos mas a maior parcela de óbitos é sem dúvida por estes fornecida e a morte quando acontece, segundo Donald Trunkey, sucede em um de três momentos, dizendo-se que tem uma distribuição trimodal (PHTLS,2004).
O primeiro pico de mortes ocorre nos momentos que se seguem ao trauma, isto é, nos primeiros segundos ou minutos imediatamente seguintes. As mortes neste período resultam em geral de lacerações cerebrais, da espinal-medula, do coração e dos grandes vasos sanguíneos.
O segundo pico de mortes vai desde minutos até várias horas pós-trauma e os óbitos devem-se usualmente a hematomas subdurais e epidurais, hemopneumotorax, rupturas do baço, fracturas pélvicas e outras, é aqui que surge o conceito da Golden Hour, isto é, um estudo de investigação efectuado num dos primeiros centros de trauma dos Estados Unidos da América, Maryland, pelo Dr. R. Adams Cowley, concluiu que os pacientes que recebiam tratamento definitivo (o mais usual seria o controlo hemorrágico cirúrgico), no espaço de uma hora imediatamente a seguir à produção da lesão tinham uma maior taxa de sobrevivência do que aqueles, que por variadas razões, o recebiam mais tarde.
O terceiro pico de mortes, mais tardio, ocorre de vários dias a semanas após o traumatismo inicial e relaciona-se com causas tardias e iatrogénicas como a sepsis e a insuficiência multiorgânica e multisistémica (PHTLS,2004).

Trabalho em Equipa e Papel do Enfermeiro

O doente politraumatizado pela especificidade que constitui e por ser um doente em estado crítico, deverá ser sujeito a uma abordagem de equipa pluridisciplinar, pois só assim se poderá prestar um cuidado efectivo e de qualidade.
O ideal será que todos os elementos da equipa saibam quais as suas tarefas e qual o plano de acções a seguir, trabalhando assim em consonância para um fim comum, o bem-estar e recuperação mais rápida do doente.
Os objectivos de uma equipa multidisciplinar de trauma, segundo Almeida (1997), são:

1. **Identificar e corrigir de imediato as lesões que possam traduzir risco de vida para o doente.**
2. **Ressuscitar o doente e mantê-lo hemodinâmicamente estável.**
3. **Categorizar as lesões por ordem de prioridade.**
4. **Preparar o doente para o transporte para uma unidade de tratamento definitivo.**

O papel do enfermeiro nesta equipa é de vital importância, por ser o profissional que mais tempo passa com o doente, e quem mais facilmente poderá denotar alterações que possam ocorrer.

Abordagem do Doente Politraumatizado

A Enfermagem combina elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que permitem ajudar o outro na sua situação singular. Esta perspectiva é significativa em situações de emergência e urgência, nomeadamente em traumatologia. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 83º com o título "Do direito ao cuidado", apresenta na alínea a), que o enfermeiro tem o dever de *"co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento"* (Estatuto da OE,1999;pág. 63-64).
O facto é que a comunicação fica facilitada, se toda a equipa e cada elemento por si só, souber exactamente qual a sua função e se todos utilizarem um método sistemático de avaliação do estado do doente politraumatizado.
De acordo com estudos realizados pelo Colégio Americano de Cirurgiões o trauma mata de acordo com uma cronologia previsível; a obstrução das vias aéreas mata mais rapidamente que a perda de capacidade de respirar, enquanto esta última mata mais rapidamente do que a redução do volume sanguíneo circulante e que seguidamente o mais letal é a presença de uma lesão ou massa intracraniana expansiva. E assim se chegou à mnemónica ABCDE, hoje em dia muito utilizada e cientificamente aceite para descrever a avaliação inicial do doente politraumatizado (PHTLS, 2004).
No quadro que iremos apresentar seguidamente podemos ver o que significam as letras e quais os conceitos adjacentes a cada uma delas.

QUADRO 1 - O que significa ABCDE?

A	**Airway**	**Via aérea com protecção da coluna cervical.**
B	**Breathing**	**Respiração.**
C	**Circulation**	**Circulação (controlo da hemorragia externa).**
D	**Disability**	**Incapacidade ou estado neurológico.**
E	**Exposure**	**Exposição.**

Fonte: Adaptado de COMMITTEE OF THE NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECNICIANS in cooperation with the COMMITTEE ON TRAUMA OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS *PHTLS:Prehospital Trauma Life Supportt,* tradução da 5ª edição, 2004, ISBN 85-352-1362-7.

Outro autor (Hudak,1994), define a abordagem do doente politraumatizado em meio hospitalar, como sendo um conjunto de avaliações sistematizadas, que se ordenam do seguinte modo:

1-Avaliação primária: avaliação segundo a mnemónica acima descrita, a qual permite um despiste de problemas com a via aérea, respiração, circulação e sistema nervoso central; como já vimos é aqui que o conhecimento acerca do mecanismo de lesão pode marcar a diferença, permitindo que a equipa possa prever e antecipar as lesões e a sua gravidade.

2-Ressuscitação: começa muitas vezes durante a avaliação primária e envolve o tratamento de condições passíveis de constituir risco de vida para o doente.

3-Avaliação Secundária: assim que o doente se encontre minimamente estável, deverá ser colhida e registada uma história completa que inclua (se possível) a informação sobre o sucedido e um exame físico (da cabeça aos pés) completo. Poderão ser efectuados estudos radiográficos suplementares e ou numerosos testes laboratoriais.

4-Tratamento definitivo: este pode-se iniciar no serviço de urgência ou ser somente possível no bloco operatório. É importante uma monitorização apertada dos sinais vitais, despiste de novos sinais e sintomas assim como a identificação e tratamento de lesões que podem eventualmente ter escapado às etapas e avaliações anteriores.

Apresenta-se de seguida uma sistematização do que deverá ser a abordagem a cada doente politraumatizado, referindo não só a avaliação primária como toda a avaliação secundária.

QUADRO 2 - A avaliação primária do doente politraumatizado (ABCDE).

<table>
<tr><th colspan="2">Avaliação Primária</th></tr>
<tr><th>Avaliação</th><th>Intervenção</th></tr>
<tr><td colspan="2">A = Via aérea com protecção da coluna cervical</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Mantendo a protecção da coluna cervical ou imobilização da mesma, verificar/despistar:

l Presença de vocalização.
l Obstrução da via aérea por queda da língua (especialmente em doentes inconscientes).
l Objectos estranhos/dentes perdidos passíveis de provocar obstrução mecânica.
l Presença de vómito ou secreções.
l Existência de edema.</td><td>No caso da via aérea estar permeável:
ü Manter a estabilização ou a imobilização da coluna cervical.
ü Se doente estiver consciente, orientado espaço-temporalmente e a respirar, pode assumir a posição que lhe facilite mais a manutenção da permeabilidade da via aérea.</td></tr>
<tr><td>No caso da via aérea se encontrar impermeável:
ü Posicionar o doente em decúbito dorsal.
ü Abrir e desobstruir a via aérea
1. Elevar o maxilar inferior.
2. Aspirar secreções e sangue.
3. Remover objectos estranhos.
ü Estabelecer uma via aérea artificial oro ou nasofaríngea.
ü Colaborar em técnicas como entubação endotraqueal (Oro ou naso) e a cricotiroidectomia.</td></tr>
<tr><td colspan="2">B = Respiração</td></tr>
<tr><td>Verificar/despistar:
l Existência de respiração expontânea.
l Características da respiração</td><td>No caso do padrão respiratório ser eficaz:
ü Administrar oxigénio.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>(profundidade, simetria, localização, frequência, uso dos músculos acessórios/ou abdominais)
l Coloração da pele.
l Integridade dos tecidos moles e da parede torácica.
l Posição da traqueia e da veia jugular.</td><td>No caso do padrão respiratório ser ineficaz/ausente:
ü Administrar oxigénio.
ü Colaborar em técnicas como entubação endotraqueal (Oro ou naso), toracocentese e drenagem torácica.</td></tr>
<tr><td colspan="2">C = Circulação</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Verificar/despistar:
l Características do pulso (frequência, amplitude e ritmo)
l Sinais e sintomas de hemorragia externa.
l Características da pele (coloração, temperatura e grau de diaforese).
l Tensão arterial.</td><td>Em qualquer caso:
ü Controlar hemorragias externas.
1. Aplicar pressão manual directa sobre o local da hemorragia.
2. Elevar a extremidade.
3. Aplicar pressão na artéria mais próxima do local da hemorragia.
ü Canalizar duas vias (de preferência “abocathes” 14/16G) e iniciar a perfusão com Lactato de Ringer
ü Considerar o uso do garrote pneumático (raramente) em caso de hemorragia intra-abdominal/ou pélvica.
ü Colher sangue para tipagem.</td></tr>
<tr><td>No caso da circulação ser ineficaz/ausente:
ü Iniciar manobras de reanimação.
ü Iniciar Suporte Avançado de Vida.
ü Administar sangue, segundo prescrição médica.
ü Colaborar em técnicas como entubação endotraqueal (Oro ou naso), toracocentese e toracotomia, conforme o necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="2">D = Incapacidade ou estado neurológico</td></tr>
<tr><td>Pretende-se um breve e rápido exame neurológico:

l Determinar o estado de consciência do doente através do AVPU, em que:
A: alerta. Consciente, orientado.
V: responde a estímulos verbais; não está orientado espaço-temporalmente.
P: responde apenas a estímulos dolorosos.
U: não responde.
l Características das pupilas (tamanho, forma, reacção à luz e igualdade).</td><td>ü Hiperventilação no caso do doente se encontrar com um nível de consciência significativamente diminuído.</td></tr>
<tr><td colspan="2">E = Expor o doente - Manter a temperatura corporal
Utilizar cobertores, aquecedores e luzes de aquecimento</td></tr>
</table>

Fonte: Adaptado de EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, *Trauma Nursing Core Course*, 5ªed., 2000, ISBN 0-935890-76-9.

Conforme foi referido, o que segue a avaliação primária é a avaliação secundária efectuada numa altura em que foram já despistadas as situações de perigo de vida.

QUADRO 3 - A avaliação secundária (EFGHI).

<table>
<tr><td colspan="2">Avaliação Secundária</td></tr>
<tr><td colspan="2">F(três F) = Avaliar (Full) todos os sinais vitais
Temperatura, tensão arterial, pulso e respiração

Facilitar (Facilitate) a presença da Família
Cinco (Five) intervenções
ü Monitorização cardíaca
ü oximetria digital.
ü Algaliar o doente.
ü Entubar nasogastricamente
ü Colher sangue para análises</td></tr>
<tr><td colspan="2">G = Medidas de conforto</td></tr>
<tr><td colspan="2">ü Controlo da dor
ü Posicionamento
ü Estabelecer relação de confiança.</td></tr>
<tr><td colspan="2">H = História/ Exame completo dos pés à cabeça</td></tr>
<tr><td>História</td><td>É constituída por:
ü Informação disponível acerca do acidente.
@ Mecanismos e padrões de lesão.
@ Sinais vitais no local e no transporte.
@ Tratamento iniciado e respostas do paciente.
ü Informação presente acerca do paciente.
ü Antecedentes pessoais (se possível).</td></tr>
<tr><td>Aparência Geral</td><td>ü Verificar a posição assumida pelo paciente.
ü Observar a posição dos membros.
ü Despistar a existência de algum odor anormal (álcool, gasolina, produtos químicos, vómito, urina ou fezes).</td></tr>
<tr><td>Cabeça e face</td><td>Verificar/despistar:
ü Lesões dos tecidos moles.
ü Deformações ósseas.
ü Lesões dos olhos, ouvidos e nariz.</td></tr>
<tr><td>Pescoço</td><td>Retirar a porção anterior do colar cervical, mantendo a imobilização/protecção da cervical, e observar e palpar despistando/verificando feridas, equimoses, deformidades, crepitação, enfisema subcutâneo e outras alterações à fisiologia.</td></tr>
<tr><td>Tórax</td><td>ü Observar e palpar despistando/verificando feridas, equimoses, deformidades, crepitação, enfisema subcutâneo e outras alterações à fisiologia.
ü Auscultar.</td></tr>
<tr><td>Abdómen</td><td>ü Observar e palpar despistando/verificando lacerações, feridas por abrasão, contusões, objectos introduzidos na pele, equimoses, edema e cicatrizes entre outras alterações à fisiologia.
ü Auscultar.</td></tr>
</table>

Pélvis e períneo	**ü Observar e palpar despistando/verificando lacerações, feridas por abrasão, contusões, objectos introduzidos na pele, equimoses, edema e cicatrizes entre outras alterações à fisiologia.** **ü Deformidades ósseas.** **ü Verificar se existe sangue no meato uretral, vagina ou recto.** **ü Despistar actividades neurológicas alteradas (priapismo e perda de tónus do esfíncter anal).**
Extremidades	**ü Verificar as talas anteriormente aplicadas (existência ou não de compromisso neuro-circulatório)** **ü Lesões dos tecidos moles.** **ü Lesões ósseas.** **ü Capacidade motora e sensibilidade.**
I = Inspeccionar a superfície posterior	
ü Manter imobilização /protecção da coluna cervical. **ü Apoiar as extremidades lesadas.** **ü Rodar o doente mantendo o alinhamento da coluna vertebral.** **ü Inspeccionar e palpar as superfícies posteriores.**	

Fonte: Adaptado de EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, *Trauma Nursing Core Course*, 5ªed, 2000, ISBN 0-935890-76-9.

Doente politraumatizado e família

O doente politraumatizado, como qualquer pessoa, encontra-se integrado na comunidade e na unidade básica da sociedade – a família/ pessoa significativa.
O trauma surge sem aviso prévio e muito frequentemente altera a vida e quotidiano do doente e família, que necessitam de lidar com este novo problema que se lhes apresenta (Emergency Nurses Association, 2000).
A família e o doente politraumatizado experienciam diversas necessidades, as quais o enfermeiro deve ter em conta. A necessidade de informação/esperança, inclui tanto o doente como a família e dependem da situação traumática, as necessidade de atitudes cuidativas relaciona-se com o facto de que quer o doente quer a família precisarem de sentir que estão a ser cuidados e que têm uma palavra a dizer, podendo decidir sobre o futuro (Emergency Nurses Association, 2000).

CONCLUSÃO

A problemática do doente politraumatizado é um enigma da sociedade, que atinge particularmente a sua camada mais jovem, os enfermeiros como cidadãos dotados de conhecimentos científicos específicos devem colaborar na melhoria e prevenção desta situação.
A magnitude e complexidade das intervenções a estes doentes altamente instáveis, em alto risco, requerem uma metodologia de intervenção simultaneamente sistematizada e coerente, capaz de se reformular de acordo com a evolução de cada situação.
A aplicação de tecnologias altamente sofisticadas associada á reflexão crítica e tomada de decisão em equipa, constitui o âmago da prestação de cuidados ao politraumatizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Celeste Bastos Martins de – *Abordagem ao Doente Crítico em Situações de Urgência: o Politraumatizado* In *O Enfermeiro perante o Doente Crítico*, Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, 1º CESE de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1997.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, *Trauma Nursing Core Course*, 5ªed. ENA, 2000, ISBN 0-935890-76-9.

***Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros, Carreira De Enfermagem E Ensino De Enfermagem*, Lisboa, Vislis Editores, 1999, ISBN 972-52-0036-5.**

HUDAK, Gallo – *Critical Care Nursing – A Holistic Approach*, 6ª ed., J. B. Lippincott Company, 1994, ISBN 397-54985-7, pág.960-977.

PHTLS - COMMITTEE OF THE NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECNICIANS in cooperation with the COMMITTEE ON TRAUMA OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS *PHTLS: Prehospital Trauma Life Supportt,* tradução da 5ª ed, ELSERVIER Editora Lda, 2004, ISBN 85-352-1362-7.

ANEXO VIII

Manual teórico sobre “Traumatismo craneo-encefálico”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFÁLICO

FORMADORES: Susana Tormenta

Vera Pinto

Lisboa Novembro 2010

O trauma crâneo-encefálico (TCE) é o principal determinante de óbito e sequelas em politraumatizados, sendo por isso definido pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública.

Estudos epidemiológicos sobre TCE, são escassos e não permitem ver a magnitude do problema ou fazer análises comparativas, pois os dados abrangem todos os tipos de acidentes e traumas em conjunto. Segundo Koizumi (1997), mesmo nos países desenvolvidos, os dados sobre TCE são incompletos, tanto nos aspectos de mortalidade como de morbilidade.

Segundo Santos (2003), a taxa de incidência de TCE em Portugal é de 137/100.000 habitantes, sendo que o número exacto é normalmente subestimado devido ao facto de que muitas pessoas com TCE leve não procurarem atendimento médico; não haver identificação de TCE leve em situações de politraumatizados; de não existirem registos de morte resultante de lesões múltiplas graves, e de haver dificuldades na utilização dos critérios de classificação de TCE.

Casimiro (2007) refere que a incidência de TCE moderados ou graves é de cerca de 200 a 367/100.000 habitantes, dados referentes a admissões hospitalares a nível nacional, traduzindo-se em 24.000 doentes/ano, representando uma média de 66 pacientes/dia, sendo um quinto dos quais graves. **50%** dos óbitos ocorrem nas primeiras 2 horas após o neurotrauma, **70%** dos óbitos ocorrem antes da admissão no hospital:

- 80% no local do traumatismo
- 20% no transporte

Podemos aferir que 2500 óbitos/ano; 6-7 pessoa dia, é a realidade que marca a nossa sociedade.

As consequências finais de um traumatismo cranioencefálico variam desde uma recuperação completa até a morte. O tipo e a gravidade dos déficits dependem da localização e da gravidade da lesão cerebral. Muitas funções cerebrais são desempenhadas por mais de uma área e, em alguns casos, áreas não lesadas do cérebro assumem as funções perdidas em decorrência da lesão de uma determinada área, permitindo uma recuperação parcial. No entanto, à medida que o ser humano envelhece, o cérebro torna-se menos capaz de desviar as funções de uma área para outra.

TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO

Os TCE podem ser classificados em três tipos, de acordo com a natureza do ferimento do crâneo: traumatismo craneano fechado, fractura com afundamento do crâneo e fractura exposta do crâneo (REDE SARAH, 2006).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), os tipos de TCE incluem o trauma do couro cabeludo, do crâneo e do cérebro, e estes subdividem-se em outros tipos de lesão, que variam na gravidade do trauma indicando por vezes o tratamento cirúrgico.

LESÕES CUTÂNEAS E FRACTURAS

Segundo Rede Sarah (2006), os TCEs podem abranger a pele da cabeça, o crâneo, ou o cérebro em qualquer combinação. As lesões cutâneas têm pouca morbilidade por si só, mas em geral estão associadas a lesões do crâneo e do tecido cerebral, além de poderem ser a causa mais frequente de hemorragia e infecção.

Smeltzer e Bare (2002), afirmam que as lesões cutâneas consistem em TCE de leve gravidade, podendo caracterizar-se por uma escoriação, contusão, laceração ou hematoma nas camadas teciduais abaixo do couro cabeludo, que é comum por existir um sangramento profuso nas lacerações e escoriações devido à grande rede de vascularização que possui baixa capacidade de constrição. Este tipo de lesão merece a nossa atenção, pois as lesões cutâneas são portas de entrada de microrganismos que provocam infecções intracranianas, já os hematomas absorvem-se por si mesmos e não necessitam de tratamento específico.

Uma fractura de crâneo consiste numa ruptura da continuidade do crâneo provocada por um trauma exercido por força vigorosa podendo ser de alta ou média complexidade (SMELTZER E BARE, 2002).

As fracturas do crâneo podem ser da convexidade do crâneo ou da base. As da convexidade podem ser lineares, deprimidas, ou compostas. As fracturas lineares são comuns e não requerem tratamento específico (REDE SARAH, 2006).

Fracturas deprimidas do crâneo são o resultado de lesões provocadas por objectos de baixa velocidade. Estas podem determinar laceração da membrana de revestimento externo do cérebro ou do tecido cerebral. O tratamento cirúrgico deve ser considerado, sobretudo se a depressão for maior que a espessura do osso do crânio (REDE SARAH, 2006).

Fracturas compostas são caracterizadas pela laceração do osso. O tratamento é essencialmente o mesmo das fracturas simples lineares: tratamento adequado das feridas cutâneas com encerramento da laceração (REDE SARAH, 2006).

As fracturas da base do crâneo são as mais frequentes e como as fraturas lineares, são indicativas de que o TCE foi intenso, e tendem a atravessar o seio perinasal do osso frontal ou o ouvido médio localizado no osso temporal, produzindo hemorragia pelo nariz, faringe e ouvidos, podendo ainda o sangue surgir sob a conjuntiva. Pode-se observar uma coleção sanguínea (equimose) no perímetro da órbita ocular. (SMELTZER E BARE, 2002).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), para se confirmar um diagnóstico de fractura de base de crâneo observa-se a perda de líquido cefalorraquidiano pelos ouvidos e pelo nariz, isso pode ser observado através de manchas sanguinolenta circundada por uma secreção de cor amarelada, o extravasamento de líquido cefalorraquidiano constitui um grave problema, pois pode acontecer uma infecção das meninges. Quando o líquido cefalorraquidiano se apresenta sanguinolento é sugestivo de laceração ou contusão cerebral,

Em geral as fracturas de crâneo com afundamento não necessitam de tratamento cirúrgico, mas o traumatizado deve ficar sob observação contínua. Algumas fracturas com afundamento são tratadas de modo conservador, quando é necessário o tratamento cirúrgico e há grandes perdas ósseas a intervenção é feita através de enxertos ósseos ou artificiais, e quando há edema pode ser retardado por três a seis meses (SMELTZER E BARE, 2002).

LESÓES ENCEFÁLICAS

Segundo Smeltzer e Bare (2002), o paciente com traumatismo crâneo-encefálico deve ser avaliado e considerar se o mesmo não sofreu lesão cerebral, pois mesmo o trauma aparentemente pequeno pode originar lesão cerebral significativa, secundária á diminuição do fluxo sanguíneo e a perfusão tecidular, pois o cérebro não consegue armazenar oxigénio e glicose, a lesão cerebral irreversível e a morte celular ocorrem quando o fluxo sanguíneo é interrompido por alguns minutos. Os sinais e sintomas clínicos da lesão cerebral são; o nível de consciência alterado, confusão, anormalidades pupilares, reflexos corneanos ausentes, início súbito de déficits neurológicos, alterações nos sinais vitais, disfunção sensorial, espasticidade, cefaleia, vertigem, distúrbios do movimento e convulsões.

TIPOS DE LESÃO ENCEFÁLICA

Concussão é o traumatismo craniano fechado sem lesão estrutural macroscópica do encéfalo. Há alteração temporária da função cerebral, mais evidente logo após o traumatismo, tendendo a melhorar em 24 horas. Pode ser acompanhada por bradicardia, hipotensão e sudorese. A concussão caracteriza-se pela perda de consciência, frequente, mas não invariável, amnésia (esquecimento) do evento, letargia temporária, irritabilidade, e disfunção de memória. A perda de consciência deve ser breve, sendo definida arbitrariamente, com duração inferior a 6 horas (REDE SARAH, 2006).

Lesão axonal difusa ocorre quando a perda de consciência é superior a 6 horas. Caracteriza-se por estiramento dos neurônios em deterimento dos movimentos súbitos de aceleração e desaceleração. Pode ser dividida de acordo com a duração do coma e o prognóstico depende da sua duração. Os comas mais prolongados podem estar associados a sinais focais ou edema, e têm prognóstico mais desfavorável. As lesões são microscópicas, e, em geral, afectam o corpo caloso e o tronco cerebral ou são difusas (REDE SARAH, 2006).

Tumefação cerebral pode ser devida a edema cerebral (aumento do teor de água extravascular) ou por aumento da volémia do cérebro pela vasodilatação anormal. A tumefação pode ser difusa ou focal (REDE SARAH, 2006).

Contusão cerebral caracteriza-se por lesão estrutural do tecido encefálico e pode ser demonstrada pela tomografia computadorizada de crâneo como pequenas áreas de hemorragia. Não há lesão da pia-aracnóide (membranas mais internas do revestimento do cérebro). Edema cerebral é comum. As contusões, em geral, produzem alterações neurológicas que persistem por mais de 24 horas. As manifestações clínicas são déficits neurológicos focais, como paralisias, transtornos da linguagem, alterações da memória e do afecto, mais raramente alterações visuais. Os déficits neurológicos podem persistir como sequelas (REDE SARAH, 2006).

Lacerações do tecido cerebral, em geral ocorrem quando há fracturas, apesar de que movimentos bruscos de aceleração e desaceleração também podem levar a perda de substância encefálica. Laceração das meninges e dos vasos intracranianos acompanham esse tipo de lesão e geralmente, levam a hemorragia intracraniana. Déficits neurológicos estão sempre presentes e deixam sequelas, apesar de ocorrer melhoria com o tempo (REDE SARAH, 2006).

Hematoma epidural (localizado entre a calote craniana e a membrana mais externa do revestimento do cérebro) ocorre entre 1 a 3 % dos TCEs. São lesões associadas a fracturas que laceram uma das

artérias ou veias meníngeas. A apresentação clínica é variável. Em geral há perda da consciência logo após o trauma com recuperação após alguns minutos ou horas. Entretanto, posteriormente, o paciente começa a ficar letárgico e ocorre deterioração neurológica, podendo haver herniação cerebral se não se tratar. Alterações pupilares e hemiparesia (dificuldade de movimento de um lado do corpo) contralateral ao local da lesão, associadas a alterações da consciência são os achados mais comuns ao exame físico. Cirurgia para drenagem do hematoma é o tratamento de escolha (REDE SARAH, 2006).

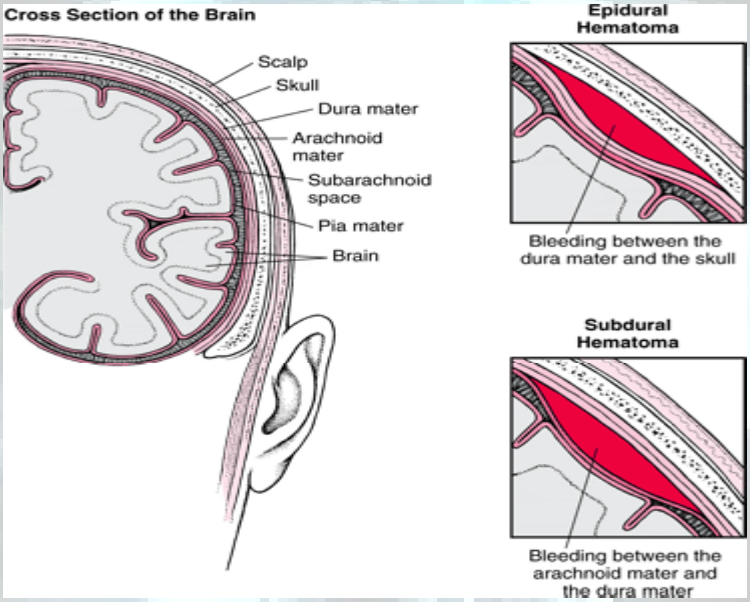


Figura 1. http://www.google.pt/images?hl=pt

Hematoma subdural agudo (localizado entre as membranas que revestem o cérebro) é encontrado, frequentemente, em pacientes que sofrem traumatismo decorrente de aceleração e desaceleração em altas velocidades. Pode ser simples e tem bom prognóstico quando não há lesão cerebral associada. Hematomas subdurais complicados são acompanhados de laceração do parênquima e dos vasos. O quadro clínico caracteriza-se geralmente por coma e/ou diversos graus de alterações focais. O tratamento pode ser cirúrgico ou não, dependendo do tipo e da extensão das lesões (REDE SARAH, 2006).

Hematoma subdural crônico tem apresentação tardia, pelo menos 20 dias depois do trauma. É mais comum em crianças e em idosos. Alcoolismo, epilepsia, uso de anticoagulantes, diálise renal predispõem os pacientes a terem esta complicação. O quadro clínico é insidioso, caracterizado por confusão, distúrbios de memória, apatia e alteração da personalidade. Dor de cabeça é comum. O

diagnóstico é feito através da tomografia computadorizada de crânio. Em geral o tratamento é cirúrgico (REDE SARAH, 2006).

Distúrbios Causados por Traumatismos Crâneo-encefálico

Alguns dos distúrbios específicos causados por uma lesão craniana são a epilepsia pós-traumática, a afasia, a apraxia (é a incapacidade de realizar tarefas que exigem padrões de lembrança ou sequências de movimentos), a agnosia (o indivíduo pode ver e sentir os objectos, mas não consegue associá-los ao papel que eles geralmente desempenham nem à sua função) e a amnésia.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

O nível de consciência deve ser regularmente avaliado no paciente com lesão cerebral, pois uma alteração pode ser o indício de outras, nomeadamente nos sinais vitais e neurológicos, logo que é feita uma avaliação inicial deve ser mantida a avaliação periódica do estado neurológico. A Escala de Coma de Glasgow é muito usada para avaliar o nível de consciência, e tem por base; avaliação da abertura dos olhos, respostas verbais e respostas motoras a estimulação verbal ou dolorosa. Através desta escala é possível monitorizar as alterações durante a fase aguda do TCE, é válido esclarecer que ela não substitui uma avaliação neurológica profunda (SMELTZER E BARE, 2002).

A Escala de Coma de Glasgow é um sistema de pontuação dada consoante as respostas do paciente frente aos estímulos. Uma pontuação de 10 ou menos pode indicar que o paciente necessita de atendimento médico emergente; já uma pontuação de 7 ou menos é interpretado como coma (SMELTZER E BARE, 2002)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	RESPOSTA	PONTOS
Resposta de Abertura de Olhos	Espontânea	4
	A Voz	3
	A Dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras Impróprias	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	Obedece ao Comando	6
	Localiza a Dor	5
	Fuga (dor)	4
	Flexão (dor)	3
	Extensão (dor)	2
	Nenhuma	1
Total	—	3 a 15

Fonte: Smeltzer e Bare, (2002)

Classificação clínica do TCE

Traumatismo ligeiro – Sem fracturas e/ou perda de conhecimento inferior a 30min.
GSC de 13-15.

Traumatismo moderado – Fractura craneana e/ou perda de conhecimento entre 30min e 24 horas.
GSC de 9-12.

Traumatismo grave – Lesões intracranianas e/ou perda de conhecimento superior a 24 Horas. GSC inferior a 8.

(Casimiro, 2007)

Critérios de admissão para observação no hospital

Qualquer paciente com TCE grave ou moderado (GCS<9) necessita de internamento hospitalar. Recomenda-se um período de observação de pelo menos 24 horas para os pacientes que cumpram os seguintes critérios (porque o mais provável é que o seu estado neurológico se deteriore nas 24-48 horas depois do TCE):

- Idosos
- Pessoas que vivem sozinhas
- Pessoas que apresentem confusão mental e alterações de consciência
- Alcoólicos e Epilépticos
- Pessoas com perda de conhecimento superior a 10min ou de duração desconhecida
- Pessoas com alterações dos factores de coagulação (Phipps et al, 1995)

Sinais e sintomas de traumatismos crâneo-encefálicos:

- Perda de consciência, confusão, sonolência ou mudança na personalidade
- Incapacidade para mover qualquer parte do corpo, ou fraqueza nos membros
- Ferimento, escoriação ou sangue no couro cabeludo
- Dor de cabeça intensa
- Respiração mais lenta
- Rigidez do Pescoço
- Vómitos
- Sangue ou líquido que sai do nariz ou ouvidos
- Perda de visão, visão turva ou dupla, pupilas de tamanhos diferentes
- Convulsões

  (Alguns destes sinais podem acontecer no momento da lesão, ou podem aparecer mais tarde.) (Phipps et al, 1995)

As manifestações clínicas do traumatismo craneano são variadas e dependem da gravidade da lesão e da região do cérebro atingida. Isto pode ser complicado por eventos tardios, como a hemorragia intracraniana. O quadro clínico modifica a avaliação.

A gravidade de um traumatismo craniano pode ser avaliada de diversas maneiras:

- Nível de consciência, avaliado de maneira fiável pela escala de coma de Glasgow,
- Sinais indicativos de fractura da base do crâneo (sinal de Battle, caracterizado por equimose cutânea devido ao extravasamento de sangue no tecido subcutâneo atrás da orelha e sobre o mastóide ou presença de otorragia, otorráquia),
- As reacções pupilares, um importante indicador de herniação (Deterioração do estado de consciência, hemiparesia, hipertensão e bradicardia -resposta de Cushing e alteração respiratória que pode manifestar-se com ritmo de Cheyne-Stokes)
- O aparecimento de sinais neurológicos focais (anisocória, assimetria da resposta motora) (Thelan et al, 1993)

Estas medidas devem ser monitorizadas, qualquer alteração é particularmente importante na abordagem destes pacientes. Os sinais vitais necessitam de ser monitorizados.
Felizmente, a maioria dos pacientes apresenta traumatismos craneanos menos graves. As mesmas medidas precisam de ser adoptadas, mas pode-se obter uma história do paciente. Com base na história do evento, talvez a partir de testemunhas, pode-se realizar uma estimativa das forças potencialmente envolvidas. A ocorrência e a duração da perda da consciência constituem um indicador importante. O grau de perda de memória pelo paciente, seja antes ou depois da lesão, é um importante indicador da gravidade da lesão.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Quando um paciente com um traumatismo crâneo-encefálico chega a um hospital, o médico e os enfermeiros verificam imediatamente os sinais vitais: frequência cardíaca, pressão arterial e respiração. Se o paciente não respirar adequadamente por si mesmo, pode ser necessária a utilização de suporte ventilatório mecânico. O médico/enfermeiro realiza uma avaliação imediata do estado de consciência e memória do paciente, também avalia as funções cerebrais básicas através da observação do tamanho das pupilas e a sua reacção à luz; avalia a resposta ao calor ou às picadas (sensibilidade) e a capacidade de mover os membros superiores e inferiores. (Phipps et al, 1995)

Actuação no Traumatismo crâneo-encefálico

Avaliação neurológica	Escala de Glasgow e reacção pupilar á luz
Via aérea	Avaliar padrão respiratório Oxigenoterapia Utilizar tubo de Guedel se necessário Aspirar secreções Capnografia : PaCO2 30 -35mmhg
Puncionar 2 veias periféricas	Restabelecer a volémia e administração de fármacos
Imobilização com colar cervical e plano duro	Para imobilização e transporte do doente (Até obter resultado de exames)
Manter Pam > 90mmhg (Pressão Arterial Média)	Para obter boa perfusão tecidular
Entubação gástrica	Para prevenir aspiração de vomito
Algaliação	Para controlo de balanço hídrico
Avaliação de glicemia	Prevenir hipoglicemia/hiperglicemia
Manter cabeça alinhada e cabeceira elevada 30º	Reduzir o edema e garante a perfusão tecidular
Controlar a temperatura corporal	Hipo/Hipertermia
Evitar administrar soros glicosados e Hipotónicos	Aumenta edema cerebral

Existem ainda algumas situações que podem ser descobertas pelo Enfermeiro como:

- Ø Qualquer alteração de tamanho e reacção pode ser imputada a compressão do 3º par craniano ou protuberância, por edema ou hemorragia cerebral.
- Ø A resposta de Cushing (bradicardia, hipertensão e diminuição da frequência respiratória) é uma resposta específica de hipertensão intracraniana letal. Considerar reavaliação neurológica emergente, considerar craniotomia.
- Ø São sinais de fractura da base do crânio:
  - ü a presença de liquor no nariz ou nos ouvidos (tira de glicemia positiva);
  - ü otorragia,

- ü equimoses peri-orbitárias (sinal de Racoon) ou da região mastóide (sinal de Battle). Na suspeita de fractura da base a colocação da sonda gástrica deve ser por via oral, e não nasal.

Ø O hematoma epidural agudo apresenta-se habitualmente com perda de consciência seguida de um intervalo lúcido e uma secundária depressão de consciência, que é progressiva e letal. Exige um elevado grau de suspeição e vigilância.

Ø A retenção de CO2 (associada a hipoventilação) pode provocar diminuição da perfusão cerebral. O CO2 é vasodilatador cerebral provocando aumento do fluxo de sangue cerebral e aumento da pressão intracraneana, que já pode ser elevada por hemorragia intracerebral ou edema cerebral.

O TCE, além de resultar em elevada mortalidade, também leva a uma morbilidade a longo prazo, devido às alterações intelectuais e comportamentais. Em termos de saúde pública, o traumatismo craniano é um problema de grande proporção.

Atendendo ao grande número de TCE que ocorrem aos S.U. achamos primordial uma correcta avaliação inicial, associada a intervenções de enfermagem adequadas, bem como a observação de sinais e sintomas que possam indicar um agravamento. È igualmente essencial uma correcta orientação do doente e da família para os sinais de deterioração neurológica, imperativo de um regresso imediato ao S.U.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASIMIRO, Miguel Vasconcelos – **Curso de pós-graduação Urgência e Emergência Hospitalar, Módulo V – Emergências Neurológicas e Neurocirúrgicas**. 2007. Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, CHLO. Departamento de Anatomia – Universidade Nova de Lisboa [Apontamentos das aulas do curso de pós graduação Urgência e Emergência na Escola Superior de Enfermagem Atlântida

Figura 1. Hematoma Epidural Hematoma Subdural
http://www.google.pt/images?hl=pt

INE, Instituto Nacional de Estatística - **Portugal, Revista de Estudos Demográficos**. nº 36 - Novembro de 2005[Consultado a 07 Jan 2008]
http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2

KOIZUMI, Maria Sumie. et.al. **Mortalidade por traumatismo crânio-encefalico no município de São Paulo, 1997.** Arq. Neuropsiquiatria, São Paulo, v.58, n.1, p.81-89. [Consultado em 28 Dez 2007]
http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n1/1262.pdf

PHIPPS e tal – **Enfermagem Médico-Cirurgica: Conceitos e Prática Clínica**. 2º Ed. Lisboa. Lusodidacta, 1995. ISBN: 972-96610-0-6

REDE SARAH – Hospitais de Reabilitação - **Traumatismo cranioencefálico.** Centro de Pesquisas. [consultado em 27 Dez 2007]
http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_07_traumatismo_cranioence.htm

SANTOS, Maria Emília; SOUSA, Liliana; CASTRO-CALDAS, Alexandre – **Epidemiologia dos Traumatismos Crânio-Encefálico em Portugal**. Acta Médica Portuguesa. Nº16 (2003). Pág. 71-76. [consultado a 06 Jan 2008]
http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/2/071a076.pdf

SMELTZER, S.C., BARE, B.G.- **Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirurgica.** 9º ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2002. ISBN: 85-277-0721-7

THELAN, Lynne; DAVIE, Joseph; URDEN, Linda – **Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção**. Lisboa. Lusodidacta, 1993. ISBN: 972-95399-1-X

ANEXO IX

Poster sobre “traumatismo craneo-encefálico”

TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO

Enf.ª Susana Tormenta, Enf.ª Vera Pinto – Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O QUE É UM TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO?

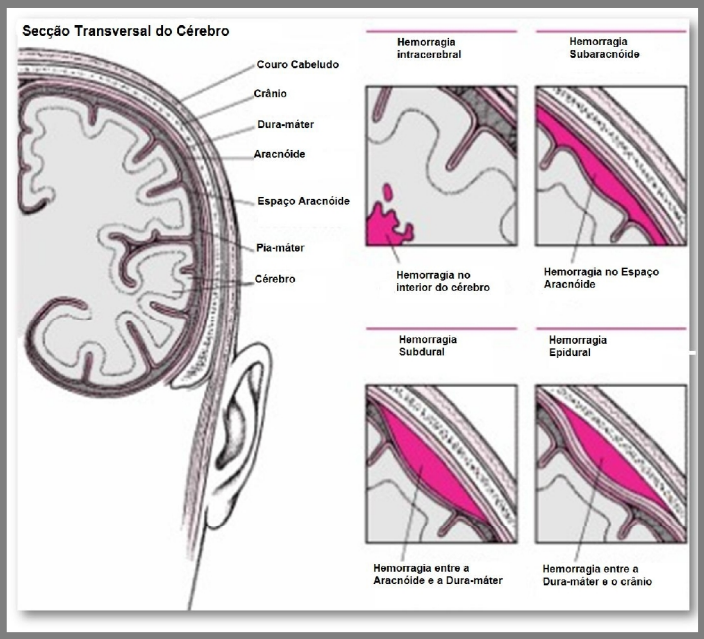
Lesão traumática do crânio, comprometendo as estruturas do encéfalo.

Traumatismo ligeiro – Sem fracturas e/ou perda de conhecimento inferior a 30min. GSC 13-15.

Traumatismo moderado – Fractura craneana e/ou perda de conhecimento entre 30min e 24 horas. GSC 9-12.

Traumatismo grave – Lesões intracranianas e/ou perda de conhecimento superior a 24 Horas. GSC ≤ 8.

(Casimiro, 2007)



Intervenções Enfermagem no SU:

Avaliação neurológica	Escala de Glasgow e reacção pupilar à luz
Via aérea	Avaliar padrão respiratório Oxigenoterapia Tubo de Guedel se necessário Aspirar secreções Capnografia : PaCO2 30 - 35mmhg
Puncionar 2 veias periféricas	Restabelecer a volémia e administração de fármacos
Imobilização com colar cervical e plano duro	Para imobilização e transporte do doente (Até obter resultado de exames)
Manter Pam > 90mmhg (Pressão Arterial Média)	Para obter boa perfusão tecidular
Entubação gástrica	Para prevenir aspiração de vómito.
Algaliação	Para controlo de balanço hídrico
Avaliação de glicémia	Prevenir hipoglicemia/ hiperglicémia
Manter cabeça alinhada e cabeceira elevada 30º	Reduz o edema e garante a perfusão tecidular
Controlar a temperatura corporal	Hipotermia/Hipertermia
Evitar soros glicosados e hipotónicos	Aumenta edema cerebral

Sinais de Gravidade no TCE;

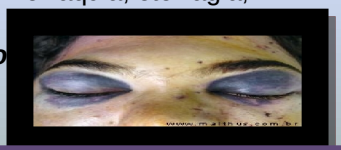
ØAlterações pupilares (aumento do edema ou hemorragia cerebral).

ØBradicardia, hipertensão e diminuição da frequência respiratória (resposta de Cushing, sinais de PIC)

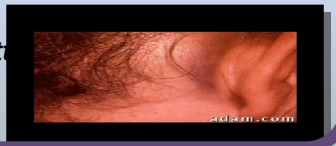
Sinais de # base do craneo;

Otorraquia, rinorraquia, otorragia,

Sinal Racoo



Sinal Batt



Bibliografia: PHIPPS e tal – ***Enfermagem Médico-Cirurgica: Conceitos e Prática Clínica***. 2º Ed. Lisboa. Lusodidacta, 1995. ISBN: 972-96610-0-6; REDE SARAH – Hospitais de Reabilitação - ***Traumatismo cranioencefálico.*** Centro de Pesquisas. [consultado em 27 Dez 2007] http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_07_traumatismo_cranioence.htm; SANTOS, Maria Emília; SOUSA, Liliana; CASTRO-CALDAS, Alexandre – ***Epidemiologia dos Traumatismos Crânio-Encefálico em Portugal***. Acta Médica Portuguesa. Nº16 (2003). Pág. 71-76. Data de publicação: 21 Nov 2001. [consultado a 06 Jan 2008] http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/2/071a076.pdf; THELAN, Lynne; DAVIE, Joseph; URDEN, Linda – ***Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção***. Lisboa. Lusodidacta, 1993. ISBN: 972-95399-1-X

ANEXO X

Panfleto informativo e plano de formação da apresentação do poster

ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO
TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO

FORMADORES: Enf.ª Susana Tormenta

Enf.ª Vera Pinto

LOCAL: Gabinete do Enf.º Chefe

DATA: **8 de Novembro 2010 às 15h**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ALUNAS DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

PLANO ACÇÃO DE FORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO: TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO

Apresentação	Objectivos	1min
Conteúdo	Classificação do TCE Cuidados enfermagem Identificar sinais de gravidade	20min
Conclusão	Síntese	2min
Debate	Dúvidas Troca de experiências	6min
Avaliação	Preenchimento da grelha	1min

Formadores: Enfª Susana Tormenta; Enfª Vera Pinto

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ALUNAS DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

ANEXO XI

Grelha de avaliação da sessão de apresentação do poster

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO: TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO

INÍCIO:15h **TÉRMINO**:15h30 **DURAÇÃO**: 30 min:

FORMADORES: Enf.ª Susana Tormenta
Enf.ª Vera Pinto

PROGRAMA DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

(Assinale a sua resposta com uma cruz)

OBJECTIVOS DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Insuf. Suf. Bom Mt Bom

CONTEÚDO

Insuf. Suf. Bom Mt Bom

UTILIDADE DO TEMA

Insuf. Suf. Bom Mt Bom

SUGESTÕES/ CRÍTICAS:

ANEXO XII

Folheto informativo para doente/família “vítima de TCE”

Equipa de saúde
da Urgência

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTA MARIA

Hospital Pulido Valente

TRAUMATISMO CRANEANO

INEM 112

SAÚDE 24
808 24 24 24

Hospital Santa Maria (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE)
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
217 805 000 - HSM Geral
217 805 333/444/555 - Informações Gerais
hsm.casns@hsm.min-saude.pt

O QUE FAZER ?

Sr._____

Se teve um traumatismo craneano, pode ser normal aparecer, durante 2 ou 3 dias, os seguintes sinais ou sintomas:

•Vómitos

•dor de cabeça

• sonolência

Se ocorrer pelo menos 1 destas situações:

•Aumento dos sintomas referidos anteriormente

• Náuseas e vómitos em jacto

•Diminuição da força ou dormência em alguma parte do corpo, alterações da visão ou da fala

•Desequilíbrio, tonturas

•Alteração do estado de consciência (confusão mental)

•Convulsões (“ataque” com desmaio, espumar pela boca, revirar os olhos e tremores generalizados)

Deve voltar ao hospital

Se o seu familiar perdeu os sentidos, desmaiou:

ØDeve coloca-lo de lado

Se está acordado:

ØDeve elevar a cabeceira da cama a 30º

Active o acesso rápido ao Serviço de Urgências

ANEXO XIII

Fotografia de exemplo de Kit e respectivas *check-list*

SALA DE EMERGENCIA
SERVIÇO URGENCIA
NO USAR SI EL ENVASE ESTA DETERIORADO
DO NOT USE IF THE PACK IS DAMAGED
NÃO USAR SE A EMBALÁGEM ESTÁ DANIFICADA
Frascos
Catéter
Central

LINHA ARTERIAL

DRENAGEM TORÁCICA

CATÉTER CENTRAL

MATERIAL PARA LINHA ARTERIAL

2 Pacotes Compressas 10 / 10

1 Cabo de pressão invasiva

1 Manga de pressão + 1 Soro fisiológico 500 ml

1 Par de luvas nº 7 / nº 7,5 / nº 8

1 Seda nº 2 / nº 0 com agulha lanceolada

1 Caixa de lâminas de bisturi nº 23

1 Bata esterilizada

1 Lençol esterilizado

1 Campo esterilizado com buraco

1 Campo esterilizado sem buraco

1 Seringa 5cc + 1 Seringa 2cc

1 Agulha diluição + 1 Agulha subcutânea

1 Seringa gasimetria

2 Cateteres arteriais 20 G

1 Penso esterilizado 10 / 12 cm

1 Porta agulhas + 1 Taça esterilizada

5 Ampolas de 10cc de soro fisiológico

1 Ampola lidocaína 2% esterilizada

1 Frasco de lidocaína 1%

MATERIAL PARA CATÉTER CENTRAL

1 Frasco solução anti-séptica esterilizado

2 Pacotes compressas 10 / 10

2 Ampolas lidocaína 2% esterilizadas

1 Par de luvas nº 7 / nº 7,5 / nº 8

1 Seda nº 2 / nº 0 com agulha lanceolada

1 Caixa de lâminas de bisturi nº 23

1 Bata esterilizada

1 Lençol esterilizado

1 Campo esterilizado com buraco

1 Seringa 5cc + 1 Seringa 10cc

1 Agulha diluição + 1 Agulha subcutânea

1 Agulha intramuscular

1 Penso esterilizado 10 /12 cm

3 Ampolas de soro fisiológico 10cc

1 Catéter central de duplo lúmen

1 Catéter central de triplo lúmen

MATERIAL PARA DRENAGEM TORÁCICA

2 Pacotes compressas 10 / 10

2 Pacotes compressas 10 / 30

3 Ampolas lidocaína esterilizadas

1 Par de luvas nº 7 / nº 7,5 / nº 8

1 Seda nº 1 com agulha lanceolada

1 Caixa lâminas bisturi nº 23

1 Bata esterilizada

1 Lençol esterilizado

1 Seringa 5cc

1 Seringa 10cc

1 Agulha diluição

1 Agulha intramuscular

1 Frasco de soro fisiológico 100cc de lavagem

ANEXO XIV

Manual de boas práticas sobre “Prevenção da infecção urinária em doente algaliado”

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTA MARIA

Hospital Pulido Valente

Prevenção da Infecção Urinária em Doente Algaliado

Recomendações para a Prevenção da Infecção do trato urinário em Doente com Catéter urinário

O risco de se adquirir uma infecção urinária depende do método e duração da cateterização, da qualidade dos cuidados ao catéter e da susceptibilidade individual.

A colocação de sonda vesical não deve ser utilizada como método habitual de recolha de amostras de urina, apenas em casos excepcionais. Deve-se considerar o uso dos métodos alternativos ao dispor.

Num sistema de drenagem os pontos de maior risco para a introdução de microrganismos são a união meato-catéter e a união sonda-saco colector.
A presença de um catéter favorece a multiplicação anormal das bactérias na uretra e mais tarde estas atingem a bexiga.

As orientações práticas que se seguem resultam da necessidade de enumerar algumas indicações processuais que melhorem a qualidade dos cuidados prestados e a optimização dos recursos disponíveis.

Procedimento

1. As barreiras de protecção usadas devem estar de acordo com as normas da instituição para protecção contra sangue e fluidos orgânicos

2. A algália deve ser seleccionada de acordo com a duração prevista da algaliação e a avaliação clínica do doente. Na escolha do tipo de algália, é necessário inquirir o doente e/ou pessoas significativas, acerca de possível alergia ao látex

3. Se é previsível uma irrigação contínua ou regular deve ser seleccionada uma algália de três vias

4. Deve utilizar-se o calibre mais pequeno que permita uma boa drenagem. O calibre recomendado é de 12-14 unidades de Charrière (Ch) na mulher e de 14-16 Ch no homem. A literatura refere que o comprimento padrão da algália deve ser de 40cm no homem e de 25cm na mulher

5. A algália deve ser inserida com técnica asséptica e equipamento estéril

6. O profissional que vai proceder à inserção da algália deve assegurar a existência de equipamento em quantidade suficiente, incluindo um par de luvas estéreis extra e campos grandes, resistentes e estéreis. O uso de "kits" urinários específicos pode facilitar a manutenção de esterilidade durante a inserção

7.O profissional que vai inserir a algália, deve proceder à desinfecção higiénica das mãos, antes de calçar as luvas estéreis a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção

8.A área genital deve ser bem lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas limpas (de procedimento)

9.O meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico. Não há vantagem em usar soluções anti-sépticas para limpeza do meato uretral, prévia à inserção da algália, como forma de prevenir a IU em doente algaliado

10.A algália e a uretra devem ser lubrificada com um gel anestésico estéril, em embalagem individual

11.O balão deve ser dilatado com a quantidade correcta de água estéril (volume mais pequeno necessário – 5 – 10 ml no adulto) a não ser que haja indicação específica do Médico (ex: em doentes do foro urológico)

12.No homem a algália deve ser fixa na parte superior da perna e na mulher, na face interna da coxa, para prevenir os movimentos da algália e pontos de fricção na uretra assegurando uma boa drenagem

Colheita de urina para exame microbiológico

A colheita de urina para exame microbiológico deve ser feita por aspiração no local referenciado do sistema para o efeito, ou por punção da algália.
Deve ser usado material estéril e técnica asséptica, passando pelos seguintes passos:

- Clampar a algália durante alguns minutos
- Preparar o material necessário
- Desinfectar as mãos
- Colocar luvas esterilizadas
- Desinfectar o local de punção com álcool antes da colheita
- Aspirar 5-10 ml de urina, puncionando na parte oposta do canal do balão com um ângulo de 45º, e colocar em frasco esterilizado devidamente rotulado, evitando tocar no bocal do frasco
- Retirar a pinça de clampagem e limpar o local de punção após a colheita
- Enviar a amostra de urina para o Laboratório, o mais rápido possível (no prazo máximo de uma hora). Se isto não for possível, a amostra deve ser refrigerada a 4ºC para evitar a proliferação das bactérias contaminantes
- É muito importante que a requisição que acompanha a amostra, contenha a informação referente à presença da algália e antibioticoterapia que o doente possa estar a fazer.

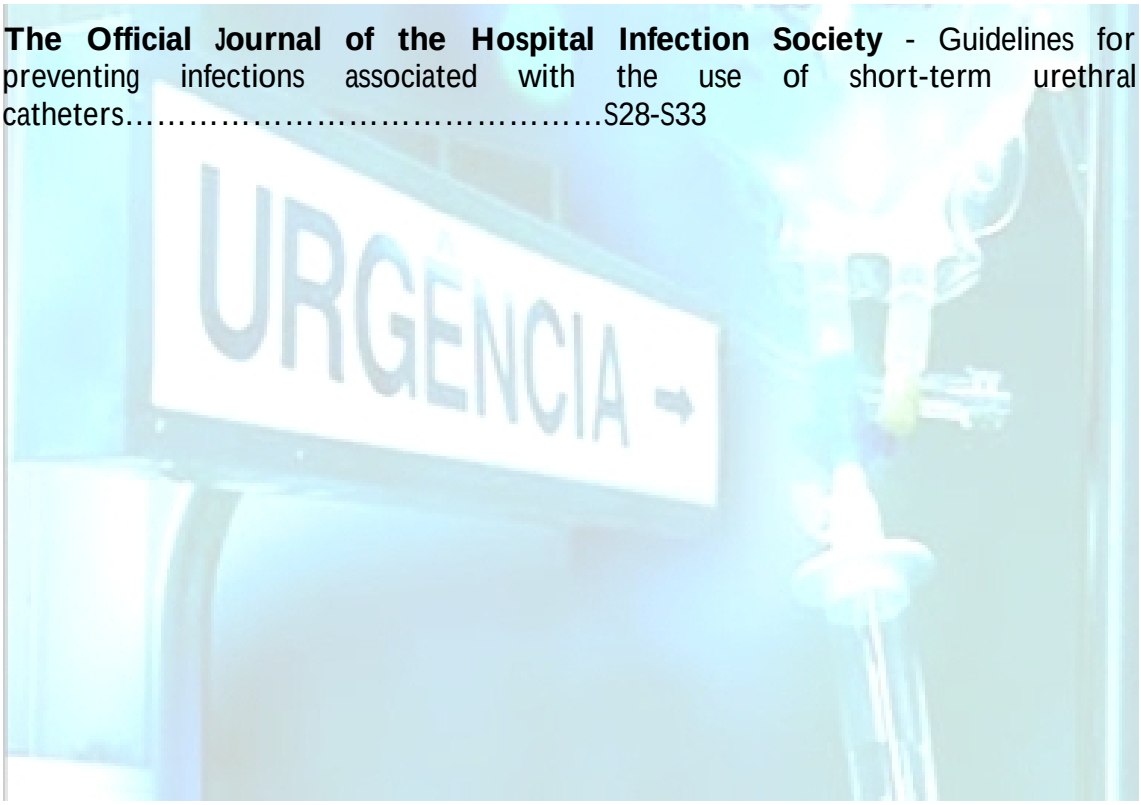
Referências

Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar – Hospital de Santa Maria, Norma nº5/2002.

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009

Programa Nacional de Controlo de Infecção - Recomendações para a prevenção da Infecção do Tracto Urinário no doente algaliado, 2004, pag 11-17.

The Official Journal of the Hospital Infection Society - Guidelines for preventing infections associated with the use of short-term urethral catheters……S28-S33



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enf.ª Susana Tormenta
Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde