



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 Elsa Cristina de Almeida Teixeira

LISBOA, Abril de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | 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 Elsa Cristina de Almeida Teixeira

Sob orientação de Professora Patrícia Pontífice

LISBOA, Abril de 2010

“É inato ao Homem o querer saber:

A poucos é dado o saber querer; a menos ainda o saber.

Para mim não abriu a fortuna excepção.”

Francisco Sanches *in* “*Que nada se sabe*”, nascido em Braga em 1551,
falecido em Toulouse em 1623

RESUMO

Neste relatório pretendo apresentar o resultado da aprendizagem, do desenvolvimento de competências e da minha reflexão, que ocorreram nos estágios desenvolvidos no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. Nele descrevo os objectivos alcançados, as actividades desenvolvidas e a análise crítica do meu desempenho.

O estágio dividiu-se em dois módulos, por ordem cronológica:

Módulo III – Opcional, que decorreu na Comissão de Controlo de Infecção, do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, durante o qual as áreas de maior desenvolvimento se relacionaram com a Vigilância Epidemiológica integrada em programas multicêntricos, com a Formação desenvolvida pela instituição e dirigida a todos os profissionais de acção clínica (Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Médicos) e na participação directa nas dinâmicas institucionais.

Módulo I – Serviço de Urgência, que decorreu no Serviço de Urgência Central do mesmo hospital. Relativamente a este estágio, realço as actividades desenvolvidas para e na prestação de cuidados à Pessoa/Família em situação emergente, com ênfase na primeira abordagem ao doente politraumatizado e no contacto e relação estabelecidos com os familiares. Destaco ainda as actividades de âmbito formativo, concretamente as relacionadas com a Prevenção e Controlo da Infecção e a realização de algumas técnicas e procedimentos relacionados com a Gestão do Risco.

Ao longo do relatório irei apresentar algumas sugestões resultantes da aprendizagem e da reflexão efectuadas e que pretendem contribuir para a resolução eficaz de algumas das situações problemáticas identificadas.

Os objectivos gerais e específicos foram conseguidos, resultando num aprofundamento de competências clínicas especializadas e conseqüentemente na melhoria do meu desempenho profissional, conforme é esperado de um Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

In this report I will present the outcomes of learning and skills development and my reflection, which took place in trainings, developed in the scope of the Masters Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, with special focus in patients with critical illness. Further more I will describe the activities, the achieved objectives and a critical analysis of my performance.

The trainings were divided into two modules.

Module III – Optional. It was held in the Infection Control Unit of Hospital de Santa Maria, in Lisbon, during which the areas further developed linked with epidemiological surveillance multicentre programs integrated in the training done by the Institution and addressed to all clinical professionals (Nurses, Medical Staff and Operational Assistants) and in direct participation in institutional dynamics.

Module I – Emergency Department which take place in the General Emergency Department at the same hospital. On this traineeship, I should like to emphasize the activities developed for and in the provision of care to the patient/family in an emergency situation, with emphasis on the first approach to the politrauma patient and in the relationship established with the family. I will emphasize also the training activities, particularly those related to the Prevention and Control of Infection and some techniques and procedures relating to Risk Management. Throughout the report I will present some suggestions resulting from learning and reflection with the purpose of contributing to the effective resolution of some identified problems.

The general and specific objectives were achieved, resulting in improving specialized skills and, consequently in the development of my professional performance, as it should be expected in a Specialist Nurse.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar o meu reconhecimento a algumas pessoas que contribuíram significativamente para que esta etapa da minha vida fosse conseguida.

Ao Manuel, ao Nuno e à Sofia por terem partilhado o desafio, acompanhando-me incondicionalmente.

À minha chefe e amiga, que lançou o desafio concreto e que se encarregou de remover da minha mente alguns obstáculos, não se limitando a estes. Foi encontrando forma e maneira de agilizar, compatibilizar e promover os passos seguintes, criticando, apoiando, sendo sempre responsável, solidária e companheira.

À professora Fonseca Agostinho, professora nunca esquecida que, no nosso anterior encontro académico, elogiou a caminho já percorrido e me abriu novas e interessantes perspectivas de percurso. Sei que posso continuar a contar com o seu apoio e amizade.

À professora Patrícia Pontífice, professora já conhecida de desafios anteriores que sempre soube mostrar, nessas alturas e agora, uma disponibilidade e interesses genuínos, independentes das agruras. A ela devo também a orientação, a crítica, a amizade e o incentivo necessários e imprescindíveis ao sucesso.

Às minhas colegas, do trabalho e da universidade. Às primeiras agradeço o terem compreendido os períodos de ausência, facilitando e compatibilizando as minhas duas actividades. Às segundas, agradeço a partilha, as discussões e opiniões. Concretamente o meu especial agradecimento às colegas Ana Pires e Helena Bernardes (também conhecida por Ruivo), que se revelaram companheiras e amigas quando eu mais precisei, sem descurem o aspecto formativo e académico.

À responsável pelo apoio administrativo e secretariado, pelo real e efectivo apoio administrativo mas, essencialmente, pelo seu espírito abnegado, pela entrega e preocupação demonstrados, conseguindo o que parecia impossível e pelos quais ficarei eternamente grata.

A todos os professores, orientadores, colegas e demais elementos das equipas dos locais de estágio, que contribuíram decisivamente com o seu saber e disponibilidade para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

À minha restante família e amigos pelo apoio demonstrado.

A todos o meu Bem-haja!

SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CCT – Cirurgia Cardiorácica
CDC – National Center for Infectious Diseases
CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte
CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS – Direcção-Geral da Saúde
DSE – Direcção dos Serviços de Enfermagem
ECI – Enfermeiro de Controlo de Infecção
ESBL - *Enterobacteriaceae* produtoras de betalactamases de espectro alargado
HELICS – Hospital in Europe Link for Infection Control Through Surveillance
HSM – Hospital de Santa Maria
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN – International Council of Nurses
INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea
IU – Infecção Urinária
MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional
MRSA - *Staphylococcus aureus* metilina-resistente
NNIS - National Nosocomial Infection Surveillance System
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
SIECE – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem
SO – Sala de Observação
SR – Sala de Reanimação
SSO – Serviço de Saúde Ocupacional
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
VE – Vigilância Epidemiológica
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

SUMÁRIO

	p.
0. <u>INTRODUÇÃO</u>	9
1. <u>DESENVOLVIMENTO</u>	12
1.1. MÓDULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO (CCI) DO HOSPITAL DE SANTA MARIA.....	17
1.2. MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL (SUC) DO HOSPITAL DE SANTA MARIA (HSM)	30
2. <u>CONCLUSÃO</u>	43
3. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	45
ANEXOS	47
ANEXO I – <u>Programa do “Curso de Controlo de Infecção para Enfermeiros de Ligação...</u>	48
ANEXO II – <u>Artigo da Revista Minerva – “Estudo dos Doentes Algaliados nos Serviços de Medicina”</u>	51
ANEXO III – <u>Sessão Formativa – “Doentes Algaliados nos Serviços de Medicina”</u>	58
ANEXO IV – <u>Sessão Formativa para Assistentes Operacionais – “Descontaminação dos Materiais”</u>	68
ANEXO V – <u>Sessão Formativa para Enfermeiros – “Dispositivos Médicos e Descontaminação de Materiais”</u>	82
ANEXO VI – <u>Grelhas de Observação para a Auditoria</u>	95
ANEXO VII - <u>Relatório Final da Auditoria feita à Execução de Pensos de Feridas Crónicas e Cirúrgicas</u>	100
ANEXO VIII – <u>Trabalho realizado para o Manual – Dissecção Aórtica</u>	103
ANEXO IX - <u>Trabalho realizado para o Manual – Algoritmos</u>	112
ANEXO X - <u>Trabalho realizado para o Manual – Considerações sobre Paragem Cardíaca</u>	117

ANEXO XI – <u>Folheto para o Acompanhante</u>	122
ANEXO XII – <u>Recomendações para a Descontaminação do Material</u>	124
ANEXO XIII – <u>Recomendações para o Armazenamento, Disposição e Manipulação do Material</u>	128
ANEXO XIV – <u>Folheto sobre Métodos de Descontaminação</u>	131

0. INTRODUÇÃO

A profissão de Enfermagem, como tantas outras, sofreu profundas alterações nos últimos anos. Algumas decorrentes e consequência de estratégias antigas, outras, motivadas e respondendo a desafios recentes, como é o caso da preocupação sentida e manifestada com a Segurança dos Cuidados e a Formação, implicando a criação de novos paradigmas. Muito especialmente, em Enfermagem, a formação e o reconhecimento de competências não se limitam aos aspectos formais ou académicos. Este reconhecimento tem de ser comunicado, de modo inequívoco, à pessoa-alvo – no nosso caso, aos cidadãos que necessitam do nosso Cuidar, pela prática mantida, continuada e actual de cuidados, defendendo a Qualidade do Cuidar. Porque, julgo eu, as competências não se teorizam apenas, demonstram-se. Mas para que esta demonstração se concretize é necessário um percurso formativo, de investigação, de interesse e de reflexão permanente.

A Enfermagem já detém, hoje, património suficiente para que seja formalmente reconhecida como uma profissão e uma disciplina. Temos regulamento de exercício profissional, código deontológico, controle sobre o ensino pelos pares, investigação e novos desenhos formativos (MARGATO 2010, p. 4)¹.

Os novos planos curriculares em Enfermagem, principalmente em formação contínua e pós-graduada vêm decerto contribuir para o engrandecimento da profissão, acompanhando os objectivos da Ordem dos Enfermeiros (OE) que mantém como fundamental, a formação permanente dos seus membros, salientando a necessidade da criação de novas áreas de Especialização. Estas devem ser “sustentadas nas lógicas de benefício para o cidadão no que respeita às suas necessidades em cuidados de saúde, desenvolvimento profissional dos enfermeiros e integração nas políticas de saúde enunciadas para os próximos anos” (OE 2006).

A candidatura a este Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização Médico-Cirúrgica dirigido para a assistência ao doente em estado crítico, foi feita com a convicção de que este iria contribuir para desenvolver competências e capacidades e reforçar na clarificação e estruturação do já adquirido, incentivando sempre a prática reflexiva no desempenho da minha actividade profissional. Foi escolhido porque visa especialmente a assistência ao doente em estado crítico o que me permite continuar a desenvolver a minha actividade profissional na área que mais gosto complementando e desenvolvendo competências já creditadas.

¹ O autor refere, neste artigo, que o Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) anunciou ter a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovado a inclusão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no grupo ou “família” de classificações internacionais desta organização.

Inserido no ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização Médico-Cirúrgica é proposto, na componente prática, a realização de um estágio, dividido em três módulos e o respectivo relatório.

O presente relatório representa o culminar de uma etapa que teve o seu início formal com a elaboração de um Projecto de Estágio, onde apresentei para cada módulo, um objectivo central. Esses objectivos foram alicerçados na minha experiência, no meu querer, nos instrumentos reconhecidos, próprios e reguladores da profissão e integram a minha estratégia para aquisição e desenvolvimento de competências que me permitam a atribuição do título de Enfermeira Especialista.

Pelo exercício profissional, durante onze anos, numa Unidade de Cuidados Intensivos, fui creditado o módulo correspondente (Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios).

Realizei, em primeiro lugar, o Módulo III, optando pela Comissão de Controlo de Infecção (CCI), com o objectivo geral de: demonstrar competências como enfermeira especialista maximizando a intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Adquirida nos Cuidados de Saúde. A opção pela Comissão de Controlo de Infecção resulta da minha experiência anterior, do interesse que tenho nesta área e da importância que lhe é reconhecida.

Em seguida realizei o Módulo I – Serviço de Urgência, com o objectivo geral de: demonstrar competências como enfermeira especialista através da mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da Pessoa/Família em situação de doença crítica.

Estes dois momentos de aprendizagem, em contexto de trabalho, permitiram-me o contacto com situações novas, por vezes limite, multidisciplinares, multiprofissionais e complexas, que exigiram o mobilizar dos recursos pessoais e simultaneamente me permitiram a aquisição de novos conhecimentos práticos e teóricos.

O relatório de um estágio em formação pós-graduada, que tem como objectivos centrais o desenvolvimento e a aquisição de competências tem que explicitar, de forma clara, como e quando essas competências foram desenvolvidas e, ainda, o porquê das opções tomadas. Nele, deve-se ainda identificar um projecto de aprendizagem e aperfeiçoamento contínuos, ou seja, tem que mostrar que o estágio é um ponto de partida e não um ponto de chegada. Deve, também, ser claro na análise dos percursos profissionais percorridos e nas reflexões sobre as experiências vividas. São estes os objectivos deste relatório.

Para a elaboração deste relatório, fiz pesquisa bibliográfica, utilizei a informação facultada nas reuniões de orientação, recorri aos registos e reflexões que redigi diariamente e aos portefólios que fui construindo durante os estágios.

Apresentarei no Desenvolvimento, uma descrição do meu percurso profissional seguida da dos módulos de estágio realizados. Sobre cada um apresentarei a justificação da escolha do local e a caracterização do mesmo. Os objectivos específicos serão avaliados em função das actividades desenvolvidas, das competências demonstradas e da reflexão da praxis.

Resultantes destas, apresentarei algumas sugestões que podem contribuir para a tentativa de resolução eficaz de algumas das situações problemáticas identificadas.

Terminarei com a Conclusão, onde farei a análise dos principais contributos, assim como das limitações e dificuldades sentidas. Em Anexos, apresentarei os trabalhos desenvolvidos.

1. DESENVOLVIMENTO

A nossa prática, devidamente consubstanciada no conhecimento científico é, por definição, uma prática subjectiva, distinguindo-se de outras profissões pela subtilidade e unicidade do acto.

Ao Enfermeiro é pedida a demonstração de competências que traduzam, na relação complexa que ele estabelece com a pessoa cuidada, a excelência do Cuidar.

Desde o início da minha actividade profissional, em 1993, que considero imprescindível a formação, quer seja realizada por iniciativa pessoal ou integrada em planos institucionais.

Como afirma (DUBAR 2003, p.51) “a formação é essencial na construção das identidades profissionais porque facilita a incorporação de saberes que estruturam, simultaneamente, a relação com o trabalho e a carreira profissional”.

A componente formativa deve ser, penso eu, o motor de arranque para a aquisição de conhecimentos técnico-científicos essenciais, devendo estimular a curiosidade, permitindo e apoiando o desbravar de novos caminhos e considero que o conhecimento específico não descarta o geral, mas integra-o, ampliando-o.

No entanto, penso que existem, na prática, alguns factores que dificultam esta caminhada. Um dos aspectos que dificulta a integração e desenvolvimento do conhecimento formal e consequente demonstração é a mobilização indiscriminada dos enfermeiros, motivada por aspectos de funcionamento institucional ou outros, alheios ao profissional.

Para que se verifique uma crescente qualificação dos cuidados prestados é importante que se definam e respeitem campos de intervenção. Os vários anos de experiência profissional trouxeram a convicção de que a rotatividade não favorece o desenvolvimento de competências. Estas são para mim mais do que a demonstração impessoal de eficácia, traduzem, ou devem traduzir, a identificação e convivência que cada profissional tem com a filosofia defendida pelo serviço/instituição na procura da Qualidade. Resultam também da eficácia ritual que se desenvolve com a familiaridade, com o conhecimento profundo das dinâmicas institucionais e inter-grupos.

No Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) a OE (2009), nos pressupostos que suportam a individualização das especialidades, enuncia, que “o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem alicerça-se no conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde², vivenciadas pela pessoa³, enquanto alvo de cuidados” e que “a apropriação de um domínio específico da enfermagem reforça a visão

² “A saúde é o estado e, simultaneamente a representação mental da condição individual (...) portanto não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença (OE 2001, p.6)

³ “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (OE 2001, p.7).

holística e contextual da pessoa-alvo de cuidados e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem”.

A indiferenciação que hoje é promovida nos locais de trabalho dificulta o desenvolvimento dos profissionais e irá, penso eu, inviabilizar alguns processos de certificação dos serviços que hoje se defendem. Nestes processos de certificação pretende-se não só acreditar serviços mas também certificar os profissionais que neles trabalham.

Do meu projecto profissional inicial constou como objectivo fulcral o desenvolvimento de competências numa área específica, da qual saí por razões contrárias à minha vontade, mantendo, no entanto, a vontade de regressar.

Afortunadamente continuei a ter a oportunidade de me desenvolver noutras áreas complementares que mantêm o contributo para o meu enriquecimento e para a especialização do meu desempenho.

Como já referi anteriormente, a decisão para a frequência deste Curso de Mestrado, assentou e resultou de vários aspectos, relacionados com a minha experiência, com o meu querer e com a importância fundamental que reconheço na formação contínua. A escolha foi deliberada porque visa a assistência ao doente em estado crítico, o que me permite continuar a desenvolver a minha actividade profissional na área que mais gosto complementando e desenvolvendo competências já creditadas.

Em 1954 é inaugurado, o Hospital Escolar de Lisboa, mais tarde denominado Hospital de Santa Maria (HSM). Edifício de grandes dimensões, com uma arquitectura em forma de H, pensado para suportar e responder aos desafios da época, continua nos dias de hoje a prestar apoio às populações da sua zona de influência directa, no âmbito regional, nacional e aos países de expressão portuguesa. Definido como Hospital Central, Geral e de Referência, pela localização geográfica e cobertura no atendimento e pela diferenciação técnica; e como Universitário porque desempenha funções integradas de formação pré, pós-graduada e continuada de inovação e investigação, foi em 1 de Março de 2008, integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) que resulta da integração societária do Hospital de Santa Maria e do Hospital Pulido Valente.

Actualmente o pólo - Hospital de Santa Maria do CHLN, tem capacidade para cerca de 1180 camas. O número de doentes por cama/ano é de 35, com uma demora média de 8,27 dias de internamento, correspondendo a uma taxa de ocupação de 80,66%. Dotado de 71 Unidades distribuídas por 10 pisos, das quais 42 são serviços clínicos, que incluem para além destas, os Hospitais de Dia, as Consultas Externas e os serviços de apoio. Neste hospital exercem a sua actividade cerca de 4800 funcionários, dos quais, cerca de 1600 são enfermeiros, sendo este o grupo profissional maioritário.

Tem em funcionamento permanente quatro Serviços de Urgência, que recebem cerca de 235 000 utentes por ano, correspondendo este número a 70% das entradas registadas em todo o hospital. Este hospital pela sua dimensão e multiplicidade de valências, aliadas ao seu novo estatuto jurídico e funcional, com as necessárias modificações que daí advêm, mantém e reforça o desafio diário aos enfermeiros que nele trabalham e que se identificam com a missão

enunciada pelo Conselho de Administração: manter justificados os atributos de Hospital Central, Geral, de Referência e Universitário, no apoio que presta às populações, garantido a equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, com satisfação dos doentes e dos profissionais.

Em Março de 2006, a Direcção dos Serviços de Enfermagem (DSE) apresentou as orientações estratégicas para o Plano, e definiu como Missão: responsabilizar-se por uma prestação de cuidados de Enfermagem de excelência e todos os utentes/doentes/famílias que são assistidos no HSM, adequando os recursos disponíveis e criando estruturas que facilitem o exercício profissional de qualidade, fomentando a formação contínua e a investigação.

Foram e continuam a ser estes, os vários aspectos que me motivaram a iniciar e a continuar o desempenho profissional neste hospital e, nesta etapa de aprendizagem, a tê-lo escolhido para estagiar.

Iniciei a minha actividade profissional na Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Cirurgia Cardiorácica, neste hospital. Este serviço é um dos maiores do hospital e é composto por quatro sectores interdependentes, Enfermaria, Unidade de Cuidados Intermédios, Unidade de Cuidados Intensivos e Bloco Operatório. Tem como actividade toda a cirurgia cardíaca e tóraco-pulmonar, com especial diferenciação nas seguintes patologias: cirurgia reconstrutiva da válvula mitral, cirurgia coronária sem circulação extra-corporal e cirurgia torácica por toracoscopia.

A admissão é feita para cirurgia programada ou por urgência. Inclui um gabinete de apoio às consultas externas e ligação com o Serviço de Cardiologia.

Permaneci neste serviço, até 2004, desempenhando funções como Enfermeira de Cuidados Gerais⁴, na prestação directa de cuidados ao doente adulto e idoso em situação crítica.

A Unidade de Cuidados Intensivos recebe doentes submetidos a cirurgia cardíaca, em pós-operatório imediato, por doença coronária, valvular e congénita, rupturas ventriculares, entre outras. Está também aberta a urgências sem limitações da área geográfica.

A prestação de cuidados, principalmente nesta Unidade, implicou necessariamente, o desempenho de funções e actividades e o desenvolvimento de competências,⁵ que excederam as do Enfermeiro de Cuidados Gerais, quer seja pela complexidade dos cuidados prestados quer seja pela dinâmica própria dos cuidados prementes que as unidades, em geral, apresentam.

Por norma todos os doentes admitidos apresentavam: precariedade do equilíbrio, ou mesmo desequilíbrio hemodinâmico, eléctrico e electrolítico; múltiplas drenagens; cateterismos

⁴ “ A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (OE 2003, p.16).

⁵ “O conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais” (OE 2009, p. 11).

vários; ventilação mecânica; medicamentos de suporte e manutenção endovenosos e perfusão de soros; hipotermia, por vezes acompanhada de vasoconstrição periférica acentuada; inconsciência e, mais tarde, a grande maioria, apresentava desorientação espaço/temporal; e frequentemente suporte cardíaco eléctrico e suporte cardíaco mecânico (balão intra-aórtico).

A dinâmica e especificidade desta unidade permitiu-me o desenvolvimento de aptidões e competências profissionais exigindo grande investimento e mobilização de conhecimentos quer para a prestação directa de cuidados quer para a organização do trabalho. Esta prestação implicou uma atenção constante, uma avaliação repetida e exigiu a obtenção e actualização de conhecimentos científicos que eu procurei nos restantes elementos da equipa e nas acções de formação que frequentei, para além da aquisição de bibliografia. As alterações das técnicas cirúrgicas, as alterações de protocolos terapêuticos complexos, os novos e complexos dispositivos e técnicas, como sejam, a hemodiafiltração veno-venosa contínua, as novas e mais adequadas acessibilidades dos familiares e amigos aos doentes, foram alguns dos aspectos aos quais procurei dar resposta adequada. As actividades desenvolvidas e as funções desempenhadas implicaram a integração de uma grande variedade de experiências permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional, concretamente, na intervenção imediata em situações de urgência/emergência.

Enquanto estive neste serviço, por razões de dinâmica interna, prestei cuidados directos em todos os sectores excepto no bloco. Para suprir esta falha, exerci em acumulação de funções, durante um ano, no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, no Bloco Operatório de Cirurgia Cardíaca e Vascular onde prestei cuidados como enfermeira circulante e de anestesia, exercício cumulativo e simultâneo. Este exercício permitiu-me alcançar objectivos há muito desejados: a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências nas quatro grandes áreas da Cirurgia Cardíaca.

Tive também, como chefe de equipa e responsável pela integração de novos enfermeiros, a oportunidade de desenvolver competências na Gestão de Cuidados e da Qualidade.

Feita uma análise objectiva sobre o meu desempenho e a sua evolução, consigo distinguir duas fases: a inicial em que o domínio “da máquina” e das técnicas era fundamental e a fase seguinte em que focalizei a minha atenção na Pessoa doente, e em estado crítico. Mudei de perspectiva e passei a ter um olhar mais dirigido e simultaneamente mais abrangente, respeitando a Pessoa na sua individualidade. Aliás, grande parte da equipa – antigos colegas de curso, e éramos muitos – começou a envolver a família e os amigos no processo de Cuidar, desenvolvendo processos e criando estratégias para que esta aproximação se desse. Os cuidados a sua emergência e pertinência não foram descurados mas sim integrados.

Julgo poder afirmar que evolui da prestação de cuidados para o Cuidar⁶ e que desempenhei as minhas funções demonstrando responsabilidade profissional, ética e legal.

⁶ Nota da autora: Por uma questão de facilidade, na construção do texto, uso indiferentemente os termos “prestação de cuidados” e “Cuidar” embora, eles possam representar concepções distintas.

A expressão “Cuidar” não deve ser confundida com “prestar cuidados”. A primeira diz respeito a todos os profissionais de saúde, ou não, que se consideram “prestadores de cuidados”, ou seja, pessoas que dedicam atenção às outras pessoas com a intenção de as ajudar nas situações de vida. Assim sendo o “Cuidar” depende do encontro e do caminho recíproco desenvolvido

Em 2004, fui convidada pela Enfermeira Directora, a integrar o apoio à Gestão, como Enfermeira Coordenadora no serviço de Medicina IIA, serviço onde permaneci cerca de quatro anos. Foi uma experiência diferente mas igualmente exigente e motivadora. Fui, sob proposta da Enfermeira Chefe, responsável pela Gestão de Cuidados, elemento de ligação e referência para a Gestão de Resíduos Hospitalares e Membro Dinamizador da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do Hospital, substituindo a Enfermeira Chefe sempre que necessário.

Neste serviço, o nível crítico dos doentes internados é elevado. Os doentes admitidos são, na sua grande maioria, idosos com múltiplas patologias, sendo, frequentemente, pessoas muito dependentes nas suas actividades de vida diárias, requerendo das equipas uma atenção e empenho constantes e a necessária participação e acompanhamento dos familiares e amigos.

As patologias mais frequentes são: o enfarte agudo do miocárdio, em evolução; a insuficiência cardíaca descompensada; a infecção respiratória / pneumonia; a insuficiência respiratória / doença pulmonar obstrutiva crónica; a diabetes descompensada; os acidentes vasculares cerebrais; a insuficiência renal agudizada e as alterações endócrinas, hematológicas e metabólicas.

Muitos dos doentes internados apresentam outras necessidades que vão além dos cuidados de enfermagem hospitalares ou da resolução clínica do motivo de internamento. Algumas destas pessoas apresentam problemas por falta ou escassez de suporte comunitário, dificuldades económicas e ambientes familiares e sociais disfuncionais.

Nos primeiros dias de contacto com o serviço, a reacção e os sentimentos que prevaleceram foram de choque e incredulidade. As instalações estavam muito degradadas e eram manifestamente insuficientes para o número e complexidade dos doentes internados. Diariamente existiam inúmeros doentes acomodados em macas, por vezes doentes em situação clínica crítica (ainda durante a minha permanência, o serviço sofreu obras estruturais importantes e verificou-se uma melhoria significativa nas condições hoteleiras). O número de Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica era elevado.

No desempenho inicial das minhas funções, nomeadamente na prestação directa de cuidados, o controlo médico e a definição de circuitos em que prevalecia a opinião desta equipa, causaram-me algum desconforto, mas favoreceram o confronto de ideias e a discussão subsequente que de alguma forma contribuiu para o estabelecimento de novos circuitos e para a optimização dos recursos, favorecendo as equipas no desempenho das suas funções. Julgo que consegui promover o diálogo inter-equipas e contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem.

Durante este tempo, saíram alguns enfermeiros e foram admitidos outros, o que implicou da minha parte uma maior disponibilidade e o incremento de momentos formativos, que se revelaram muito positivos, para os quais o dinamismo da equipa contribuiu. Por outro lado a

entre a pessoa que cuida, com intenção de ajudar, e uma outra pessoa, que recebe cuidados e que precisa de ser ajudada. Os profissionais, pontualmente, podem exercer a sua profissão sem cuidarem ou estarem verdadeiramente atentos à singularidade da pessoa à qual se dirigem. Nestes casos estão a prestar cuidados e não a cuidar. Esta ajuda, que não deve ser subestimada, é, à partida, limitada, porque depende da realização de actos ou tarefas, dirigidos ao *corpo objecto*, mas não verdadeiramente à pessoa, o *corpo sujeito* HESBEEN (2001, p. 16-17).

mobilidade dificultou a prestação de cuidados, porque a oscilação de competências e os períodos de integração influenciam negativamente a capacidade de resposta na prestação de cuidados, conduzindo a uma sobrecarga de trabalho e a um aumento da pressão funcional.

Continuei a investir na formação informal e formal. Como responsável pela Formação em Serviço, investi largamente nesta área, tendo sido apoiada e reconhecida neste esforço por toda a equipa.

O serviço de Medicina IIA, pela sua diversidade e exigência, proporcionou-me o desenvolvimento de competências em várias áreas de intervenção, e, eu espero que com o meu desempenho tenha contribuído para a sua dignificação, assim como para a da Enfermagem nos seus vários contextos.

Em 2008, fui convidada pela Enfermeira Supervisora a coordenar o projecto de integração dos Hospitais de Dia. Mais um desafio que aceitei, onde permaneço e que se tem revelado muito interessante. Os Hospitais de Dia representam uma aposta dos cuidados hospitalares em promover e prestar cuidados de qualidade, altamente diferenciados, em regime de ambulatório e são fundamentalmente estruturas onde se realizam técnicas de diagnóstico e terapêutica sofisticadas e de risco, exigindo dos profissionais um desempenho altamente qualificado.

Espero ter conseguido transmitir com relevância o meu percurso profissional e assim facilitar a compreensão das minhas opções.

Feita a escolha dos locais de estágio, cujas razões pormenorizarei adiante, procedi de forma sistemática e orientada a pesquisa bibliográfica e outra que considerei pertinente. Visitei os locais de estágio e realizei entrevistas informais com os respectivos Enfermeiros Responsáveis assim como com outros profissionais.

1.1. MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO (CCI) DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

A prevenção e controlo de infecção foram, desde o início da minha prestação de cuidados, uma prioridade, e resultante também do nível crítico dos doentes, uma actividade obrigatória.

A OE, em 2009, apresenta na actual discussão do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), como competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica: a maximização da intervenção do enfermeiro 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.

Em 2006 a OE tinha já apresentado uma Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente onde se pode ler que "os erros e os 'near-misses' são uma fonte comum de risco reconhecido ainda que insuficientemente relatado". Também apresenta a posição conjunta que a OMS e o European Forum of National Nursing and Midwifery Associations emanaram sobre a segurança dos clientes e que aponta áreas de intervenção dos enfermeiros, reconhecendo o seu papel

crucial na segurança das pessoas. Neste documento são apontados alguns factores potenciadores de insegurança, como sejam: a falta de cultura de responsabilização; a ausência de relato de erros cometidos e de problemas encontrados; os riscos de infecção nosocomial ou a falta de recursos humanos (OMS 2003).

Em 2007, a Direcção-Geral da Saúde (DGS), no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, redefine Infecção Nosocomial como Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) por a anterior designação não ser abrangente, excluindo o ambulatório. Esta entidade define IACS como a “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”. O actual conceito é mais abrangente, já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde.

A IACS, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. O aumento da esperança de vida, as novas tecnologias e terapêuticas, mais invasivas, e o maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.

De acordo com a OMS, um em cada quatro doentes internados numa UCI, tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos (PNCI 2007, p. 6)

Como já referi, a opção pela Comissão de Controlo de Infecção resulta da minha experiência anterior, do interesse que tenho nesta área e da importância que lhe é reconhecida.

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).

A CCIH, situada no piso 6 do Hospital de Santa Maria conta com uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos e administradores e tem como objectivo: prevenir, detectar e propor medidas de controlo das infecções no Centro Hospitalar, articulando-se para tanto com os vários departamentos, serviços e unidades funcionais.

São da sua competência:

- Definir, implementar e monitorizar um sistema transversal de vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados, dirigido a situações de maior risco;
- Propor recomendações e normas de prevenção e controlo da infecção e a monitorização da sua correcta aplicação;
- Fornecer aos serviços interessados informação pertinente referente a microorganismos isolados e resistência a agentes anti-microbianos;
- Colaborar na definição da política de antibióticos, anti-sépticos, desinfectantes e esterilização do Centro Hospitalar;

- Definir e implementar normas e circuitos para comunicação dos casos de infecção em utentes e no pessoal;
- Proceder a inquéritos epidemiológicos e divulgar os seus resultados dentro do Centro Hospitalar;
- Participar no programa de promoção da qualidade do Centro Hospitalar.

Por necessidade e por inerência dos cargos desempenhados colaborei e colaboro com a CCI, em vários projectos. Tive a colaboração da Comissão na resolução de algumas situações problemáticas e mantenho-me a colaborar na implementação e divulgação das medidas que a CCI preconiza. Participo também como formadora em acções dirigidas aos profissionais da instituição.

Esta ligação profissional possibilitou-me desenvolver algumas competências na área do Controlo da Infecção, assim como compreender algumas dinâmicas institucionais de análise, estabelecimento e avaliação de procedimentos.

Foram estas as razões que me levaram a escolher a CCI para realizar o Módulo opcional dando continuidade ao desenvolvimento de competências e à aquisição de outras, tendo então definido como objectivo central: *Demonstrar competências como enfermeira especialista maximizando a intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Adquirida nos Cuidados de Saúde.*

O estágio decorreu de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009 e foi minha Orientadora a senhora Enfermeira Maria Teresa Amores.

Antes do estágio fiz uma pesquisa e leitura dos boletins (desde 2005) que a CCI publica na “intranet”, e conversei com alguns elementos da equipa da CCI sobre os achados mais importantes. Desta análise resultou, que no universo das situações apresentadas, existem as seguintes que, pela importância conhecida e pelos resultados das repetidas auditorias efectuadas são reconhecidamente situações de risco:

- Lavagem das mãos – higienização correcta das mãos.
- Descontaminação dos materiais.
- Hemoculturas – inquinadas. Métodos e critérios de colheita.
- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), relativos às estirpes multirresistentes, nomeadamente *Enterobacteriaceae* produtoras de betalactamases de espectro alargado (ESBL) e *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente (MRSA).
- Infecção associada à ferida operatória.

Procedi então a uma pesquisa, mais alargada, sobre as temáticas encontradas e leitura e recolha em portfólio das Normas da CCI e Serviço de Saúde Ocupacional (SSO); à organização da pasta de apoio ao estágio sobre as situações acima mencionadas e à organização da folha diária para introdução em portfólio.

Realizei ainda reuniões informais nos meses de Junho, Julho e Setembro de 2009, com as Enfermeiras Tutora e Orientadora. Nestas reuniões foram definidas áreas de actuação para estágio, concretamente nos procedimentos invasivos ou de risco. Surgiu a ideia de se recorrer a filmagens como instrumento de apoio à formação. Uma dirigida aos profissionais

relativamente à colocação de cateteres centrais, acessos venosos e aspiração de secreções e outra dirigida à população em geral, relativa à higiene respiratória. Esta última ficou programada para ser utilizada no Serviço de Urgência Central (SUC). A ideia das filmagens e da sua divulgação teve que ser abandonada, porque foi necessário colaborar no Plano de Contingência para a Pandemia da Gripe A (H₁N₁).

Foram assim, definidos os objectivos específicos que passo a descrever, apresentando também as actividades desenvolvidas, a sua avaliação e demais aspectos que julgo pertinentes.

Participar no diagnóstico de situação sobre procedimentos invasivos e risco de infecção.

No início deste estágio, decidi aceder a alguns documentos e proceder a uma leitura dirigida que me possibilitasse enquadrar os aspectos mais importantes da instituição e conhecer os projectos em curso. Escolhi os seguintes: regulamento da CCI; os últimos Relatórios de VE das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS); Relatório de actividades do ano 2008 e Plano de Acção para 2009. Fui informada que a CCI, cumprindo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, da responsabilidade da DGS tem a decorrer vários protocolos e programas dos quais se destacam:

- Inquérito de prevalência de infecção para implementação da Campanha de Higiene das Mãos
- VE IACS
- VE INCS
- HELICS – Protocolo de consenso entre países europeus, que propõe uma metodologia padronizada para a prevalência das IACS que permita a comparação entre países.

Fazer o diagnóstico da situação, numa instituição com elevado grau de diferenciação como o HSM, sobre procedimentos invasivos e risco de infecção, passa por desenvolver um programa complexo que envolve a Vigilância Epidemiológica (VE), a análise dos resultados, incluir a implementação de outros programas de vigilância, como os acima descritos e posteriormente fazer a divulgação das conclusões, elaborar programas formativos dirigidos, elaborar normas e recomendações, formar e avaliar os resultados da Formação. Com uma visão mais segura das actividades da CCI, colaborei activamente com a orientadora conferindo pastas e relatórios; recolhendo e introduzindo dados para seleccionar os serviços e as áreas prioritárias e elaborei outras bases de dados para os restantes serviços estudados. Decidi não anexar estas bases porque, retirando os dados passíveis de identificação, sobrava apenas uma base informática de formato “Excel” e “SPSS”.

A análise dos dados introduzidos, referentes ao ano 2009 não foi terminada porque foi necessário iniciar a operacionalização do Plano de Contingência para a Pandemia da Gripe A.

Particpei numa reunião de esclarecimento sobre esta pandemia e frequentei a respectiva acção de formação, da responsabilidade da CCI, dirigida aos profissionais da instituição. Ambas foram muito úteis, porque desmitificaram alguns dos mitos que se estavam a criar e capacitaram-me para responder melhor às dúvidas que as colegas colocaram quando visitámos os serviços. Particpei, ainda, em reuniões onde foi decidido qual a informação a fornecer e quais os formatos mais adequados. Acompanhei a orientadora aos serviços para o esclarecimento de dúvidas relativas quer ao uso de Equipamento de Protecção Individual, quer em relação aos circuitos e aos cuidados específicos a ter para minimizar a pandemia e defender os utentes e profissionais.

Para que a minha actuação fosse válida compreendi ser necessário mudar a estratégia, colaborando no que, no momento, era mais importante, e foi o que fiz. Aproveitando espaços de menor azáfama continuei a recolher bibliografia para a CCI poder elaborar uma recomendação sobre os cuidados a ter na descontaminação dos ventiladores de anestesia construindo um portfólio que entreguei.

Penso que, embora não no formato previsto, cumpri o objectivo proposto.

Participar na elaboração do Plano de Formação visando as boas práticas nos procedimentos invasivos.

A CCI tem um plano formativo interno extenso que desenvolve ao longo do ano e é dirigido a todos os profissionais. Promove Cursos Básicos e de Actualização. Os primeiros integrados no acolhimento a novos colaboradores da instituição e na formação básica e, os segundos dirigidos aos elementos de ligação, que neste momento abrange apenas enfermeiros e médicos. Optei por frequentar uma das acções, dirigida a médicos para me familiarizar com o programa e enquadrar a minha participação com o tema “Doentes Algaliados nos Serviços de Medicina”, que entretanto foi pedida. Fiz várias reuniões com a orientadora e com os restantes elementos da equipa para elaborarmos o novo programa de formação intitulado “Curso de Controlo da Infecção para Enfermeiros de Ligação” (ANEXO I).

Sendo eu elemento de ligação à CCI, desde 2004, e tendo frequentado este Curso, na instituição e na Escola Nacional de Saúde Pública, estava numa posição privilegiada, sob o ponto de vista dos formandos, para sugerir. As minhas sugestões foram bem aceites, e fui convidada a integrar, como formadora, este Curso. Já tinha ficado decidida, no período pré-estágio, a minha participação neste Curso, mas dirigido aos Auxiliares de Acção Médica, agora renomeados de Assistentes Operacionais (AO).

Terminada a elaboração do programa é necessário desenvolver outras actividades, como sejam: os contactos com o Gabinete de Formação Multidisciplinar e respectivo envio dos “templates”; seleccionar os serviços onde se pretende formar, ou reciclar, elementos de ligação e o envio da informação, para que se possam agendar as saídas dos elementos, em horário. Esta última actividade revelou-se mais complicada, porque os serviços são muitos, com necessidades distintas e a base de dados dos enfermeiros de ligação não estava actualizada.

Particpei activamente nestas actividades e ainda em reuniões da CCI, na escolha de materiais, como por exemplo, para a aquisição de novos colchões e almofadas. Artigos que se não cumprirem certos requisitos, contribuem, em muito, para a infecção. A minha experiência anterior, como utilizadora, nos serviços, e as avaliações que tinha feito conjuntamente com a CCI, foi considerada muito útil nestas escolhas.

No cumprimento deste objectivo, a minha participação foi mais elaborada e muito bem aceite, o que conduziu à formulação do objectivo seguinte, relacionado com a formação, de modo a permitir-me participar nos restantes cursos como formadora.

Participar, como formadora, no Plano Formativo de 2009, para os três grupos profissionais (Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais).

Como já referi anteriormente, a minha cooperação com a CCI, já decorre há alguns anos. Nesta convivência profissional foram desenvolvidos alguns projectos, em parceria, (visando as boas práticas nos procedimentos invasivos) que tiveram algum impacto na instituição e de cujos resultados me orgulho, porque traduziram considerável melhoria nos cuidados prestados.

Como exemplo, quero referir um “Inquérito de Incidência das Infecções Urinárias em doentes algaliados” que orientei e no qual participei, realizado em 2005, no serviço de Medicina IIA. Este inquérito surgiu após recolha e análise de dados relativos à algaliação, que indicaram uma taxa de utilização de cateter urinário de cerca de 0,6, significando que, em média, um doente permanecia algaliado 6 dias em cada 10 de internamento. Desde inquérito resultaram os seguintes dados:

- *O período de algaliação foi superior em 46,4% nos doentes que tiveram Infecção Urinária (IU);*
- *A necessidade de monitorização foi o motivo mais frequente para a algaliação e a média de idades dos doentes com IU foi superior à dos doentes sem IU.*
- *A Taxa de Infecção Urinária em doentes algaliados foi de 21,6% e considerada elevada.*

Estes dados obrigaram à discussão sobre a pertinência da algaliação e dos seus critérios, às consequentes reformulações de algumas práticas e à implementação de outras metodologias. A infecção urinária é uma das IACS mais frequentes, sendo que em 80% dos casos estão associados à cateterização vesical (DGS 2002, p. 13)

O estudo foi repetido durante o ano de 2007, alargado aos serviços de Medicina I e II, num total de oito sectores. Os dados deste segundo estudo mostraram melhorias significativas no serviço/sector da Medicina IIA, comprovando a eficácia dos procedimentos, entretanto implementados. A taxa de utilização da algália, neste serviço, baixou para 0,09, assim como a taxa de infecção, tendo-se mantido a mesma taxa de uso do laboratório. Este trabalho foi entretanto apresentado a todos os sectores dos serviços de Medicina e publicado na Revista Minerva, publicação da responsabilidade do Serviço de Medicina I, do HSM (ANEXO II).

Este estudo e os seus resultados foram considerados importantes, principalmente por terem demonstrado que é fundamental diagnosticar as situações de risco, analisá-las, e desenvolver estratégias de mudança, sendo possível alterar os procedimentos procurando, e neste caso, conseguindo ganhos em saúde. A iniciativa partiu dos enfermeiros, que estiveram sempre empenhados durante todo o projecto e conseguiram dinamizar, nos respectivos serviços, procedimentos de eficácia reconhecida.

A CCI convidou-me a apresentar os resultados deste trabalho, “Doentes Algaliados nos Serviços de Medicina”, integrado no Curso “Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), para médicos de ligação, que se realizou de 12 a 16 de Outubro de 2009 (ANEXO III).

Já tinha apresentado o trabalho, mas num contexto de serviço. Agora iria falar para médicos que colaboram directamente com a CCI. São profissionais despertos para a problemática do Controlo de Infecção e que têm nos serviços, junto das equipas, uma actuação de maior dinamismo e interferência. Salientei a importância da colaboração e divulgação da informação entre os intervenientes e como esta deve ser alargada aos serviços.

Dada a pertinência do tema foi decidido, pela equipa da CCI, que eu iria repetir esta apresentação no Curso “Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) – Actualização para Enfermeiros de Ligação à CCI”, com o tema “Infecção Urinária”, que decorreu entre 17 e 20 de Novembro de 2009.

Embora a exposição seja a mesma, senti necessidade de estruturar a apresentação de modo diferente e adaptá-la aos grupos profissionais. Fiz questão, na apresentação aos enfermeiros, de salientar a participação fundamental que todos nós tivemos e reforçar as consequências positivas que se observaram nos serviços onde o projecto tinha decorrido. Procedi da mesma forma, adaptando o discurso e o contexto quando apresentei o tema sobre a descontaminação de materiais aos enfermeiros e aos AO. Porque aos primeiros é exigido domínio da linguagem científica e a orientação e supervisão dos segundos. Fiz o planeamento das sessões e defini as suas avaliações. Como os temas estavam incluídos num programa mais vasto, quer o planeamento, quer a avaliação foram integrados nos globais. Preocupei-me, em todas as sessões, em adaptar quer o conteúdo, quer a linguagem, aos formandos, destacando os aspectos específicos de cada âmbito profissional.

Foram realizados, pela CCI em anos anteriores, vários inquéritos e auditorias que incidiram sobre áreas consideradas problemáticas sob o ponto de vista do Controlo de Infecção. Deste escrutínio verificou-se que os dispositivos médicos e a descontaminação dos materiais levantavam sérias dúvidas aos profissionais e que os procedimentos não seriam totalmente correctos. Nesta e noutras áreas, a investigação científica produz resultados a um ritmo tal que, por vezes, se torna difícil acompanhar. Quer os métodos de descontaminação, quer os produtos ou processos utilizados, quer ainda, os dispositivos médicos, foram-se alterando nestes últimos anos, sendo fundamental actualizar a informação e disponibilizá-la.

Aproveitando o meu interesse nesta área, também relacionada directamente com o Risco, a minha Orientadora propôs-me apresentar os temas “Descontaminação de Materiais” no

Curso “O Auxiliar de Acção Médica e a Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar”, realizado de 19 a 23 de Outubro de 2009 (ANEXO IV) e “Dispositivos médicos e descontaminação dos materiais” no Curso de Controlo da Infecção para Enfermeiros de Ligação que se realizou de 2 a 6 de Novembro de 2009 (ANEXO V).

Quando ficou decidida a minha participação, desenvolvi algumas actividades complementares para me preparar o melhor possível. Li e relembrei as linhas orientadoras do Curso de Formação para Formadores, que frequentei há alguns anos, relativos a Métodos Activos e especificações para apresentação de diapositivos. Fiz pesquisa bibliográfica sobre Limpeza, Desinfecção e Esterilização do Material; Transporte e Acondicionamento do Material e consultei as Recomendações para a Descontaminação de Materiais, documento da responsabilidade da CCI e no qual me baseei para elaborar os diapositivos.

A minha participação nestes cursos foi avaliada muito positivamente. Esta avaliação teve em consideração a pertinência do tema, a adequação da exposição, a reacção e avaliação dos formandos, tendo sido feita em vários momentos, na avaliação global dos cursos e em reuniões posteriores, na CCI.

A minha autoavaliação também é muita positiva. Tive oportunidade de integrar, na dinâmica formal da instituição, projectos iniciados no passado que se apropriaram, nesta minha fase de aprendizagem, de ânimo próprio para continuarem a desenvolver-se.

Embora seja difícil elaborar e cumprir um Plano de Formação, dirigido a todos os profissionais e cobrindo áreas tão diversas, a sua concretização é fundamental para a instituição. Em anos passados, os profissionais entravam na instituição e não tinham acesso a matérias de importância crucial como as da responsabilidade da CCI. Desde há alguns anos que, com grande esforço da equipa da CCI, com destaque para os enfermeiros, que todos os profissionais, não apenas têm acesso, como lhes são facultados cursos de aprendizagem e actualização, complementados com os boletins e a publicação de Normas e Recomendações.

De salientar ainda, que a equipa se mantém disponível para apoiar e colaborar na Formação em Serviço e em outras áreas, sempre que solicitada.

A CCI tem ainda a decorrer, em alguns serviços aderentes, a Campanha da Higienização das Mãos. Este é um programa multicêntrico, internacional, coordenado pelo PNCI/DGS que pretende conhecer como os profissionais procedem; recolher e tratar os dados e proceder à Campanha, que inclui acções de sensibilização e esclarecimento, e, posteriormente fazer a avaliação dessa campanha. Colaborei neste programa fazendo visitas aos serviços, onde exemplifiquei a técnica correcta da higienização das mãos e expliquei como proceder com o soluto próprio e a máquina, que nos permite ver se a técnica foi bem executada.

Tendo contribuído activamente na área formativa, considero ter desenvolvido competências de comunicação, de formalização e análise de questões complexas e produzir um discurso pessoal, fundamentado e adequado.

Os seguintes objectivos surgiram consequentes à dinâmica quotidiana da CCI.

Não fazia sentido que eu permanecesse limitada apenas aos objectivos anteriores, sem me envolver nas outras actividades. Até porque, dada a importância fulcral destas, tinha feito

pesquisa dirigida e sentia uma grande curiosidade em saber como tudo se passava e vontade de participar.

Participar no Programa de Vigilância Epidemiológica das estirpes multirresistentes ou epidemiologicamente significativas e da Infecção da Corrente Sanguínea.

A taxa de infecções nosocomiais em doentes de uma instituição é um indicador da qualidade e segurança dos cuidados prestados. O desenvolvimento de um programa de Vigilância Epidemiológica (VE) que monitoriza esta taxa é o primeiro passo essencial para identificar problemas e prioridades locais e avaliar a eficácia da actividade de controlo de infecção. A VE em si é um processo eficaz para diminuir a frequência de infecções hospitalares (DGS 2002, p. 28)

Como profissional só chegava até mim a parte final, e importantíssima, da VE, quando recebia a visita da enfermeira da CCI no serviço, para me comunicar os resultados da bacteriologia.

Em Portugal, a DGS por consenso com o *Hospitals in Europe Link for Infection Control thought Surveillance* (HELICS), e mais recentemente com o *Improving Patient Safety in Europe* e com o *European Center for Disease Prevention and Control* definiu um programa de VE, priorizando as IACS mais relevantes e os doentes de maior risco para a infecção (DGS 2009).

A Vigilância Epidemiológica que a CCI desenvolve, integrada em programas multicêntricos coordenados pelo PNCI, inclui os programas HELICS Cuidados Intensivos, HELICS Cirurgia e a Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS).

Assim, fui sendo integrada nas tarefas e actividades respectivas à VE. A Orientadora iniciou a integração com a apresentação de alguns pontos importantes sobre o programa de VE que está a decorrer no HSM e eu procedi a pesquisa bibliográfica mais dirigida que incluiu textos sobre as novas estirpes multiresistentes e política antibiótica, assim como reuniões com o médico bacteriologista sobre alguns procedimentos de laboratório. Foi-me feita uma explicação detalhada sobre o programa de VE, nomeadamente sobre Vigilância Epidemiológica das Infecções na Corrente Sanguínea. Este programa foi iniciado em 2000, com uma amostra de conveniência. Os dados são enviados pela DGS e pretende-se fazer um estudo comparativo de cada serviço. Existe um protocolo com o Instituto Ricardo Jorge sobre esta vigilância. Alguns destes dados encontram-se publicados na “intranet” e reportam-se a trabalhos efectuados em anos anteriores.

A VE, em sentido lato, desenvolve-se em três fases. Chegadas as amostras ao laboratório de bacteriologia, este efectua os procedimentos habituais e insere os resultados num programa informático - este programa tem sistemas de alerta e zonas para texto onde é possível fazer chamadas de atenção. Esta informação é depois recolhida na CCI, por acesso ao programa, sendo os dados inseridos em fichas próprias e analisados. Daqui resulta o último momento e o que tem maior visibilidade. Após a análise dos dados e da informação anexada a cada processo, a enfermeira dirige-se ao serviço onde está o doente internado e comunica os

resultados. Esta visita é de extrema importância e não se esgota na informação. Permite também avaliar “*in loco*” as condições existentes, sugerir adaptações aos procedimentos e circuitos e ainda esclarecer dúvidas.

Tendo-me sido explicado como se acedia ao programa e como se preenchiam as fichas, iniciei o preenchimento das mesmas e a introdução dos dados colhidos na base “SPSS”, que servirá para a avaliação global. Foi-me também explicado como se procedia ao planeamento das visitas aos serviços. Colaborei neste planeamento e acompanhei a minha orientadora nas inúmeras visitas que fez. Tive oportunidade de observar as condições existentes e quais os procedimentos. Particpei nos esclarecimentos que foram solicitados assim como na explicação das medidas a adoptar, sugerindo adaptações baseadas na minha experiência. Estas visitas também promovem a confiança dos profissionais, porque permitem confirmar se os procedimentos estão correctos e discutir as estratégias a adoptar perante as dificuldades evidenciadas.

O enfermeiro responsável pelo Controlo de Infecção é membro da equipa de Controlo de Infecção e é responsável, entre outras, pelas actividades de: identificar infecções nosocomiais; investigar o tipo de infecção e o microrganismo causal; fazer a VE das infecções hospitalares e fornecer consultadoria especializada a profissionais de saúde (DGS 2002, p. 23)

Existe uma ideia de que os enfermeiros da CCI, na VE, se limitam apenas às tarefas burocráticas, com preenchimento de bases de dados e leitura da informação clínica. Na realidade, os enfermeiros da CCI com a colaboração dos enfermeiros de ligação desenvolvem um trabalho fundamental nesta área. Porque são eles que alteram procedimentos, circuitos e que estão atentos aos alertas, implementando medidas correctivas.

Fiquei surpreendida com a pouca assertividade entre as equipas, observada em alguns serviços, e com o facto de existirem serviços onde, por exemplo, são, exclusivamente, os médicos que decidem a mudança de cama dos doentes - mudança imperativa nos isolamentos de contacto ou de protecção.

Outra limitação foi a falta de apoio administrativo à CCI. A introdução dos dados não tem necessariamente que ser feita pelo enfermeiro, pode e deve ser feita pelo administrativo, libertando o enfermeiro para a análise e para as visitas. O próprio programa informático é pouco intuitivo e obriga à abertura de várias janelas para se ter acesso à informação completa.

Uma instituição de prestação de cuidados de saúde com as características do HSM beneficiava, julgo eu, em desenvolver um programa formal de intercâmbio entre os órgãos técnicos, a CCI e todos os outros serviços clínicos. Esta ligação, conhecida de todos, possibilitaria o estabelecimento de circuitos de comunicação e decisão bem definidos, o que facilitaria a transmissão de informação dirigida, o conhecimento das situações problemáticas ou de alerta, a avaliação dos procedimentos e a sua rectificação, se fosse caso disso.

Particpei na VE, em todas as suas fases, na quase totalidade dos dias de estágio. Por razões de saúde, a Orientadora esteve ausente alguns dias, tendo eu dado continuidade sozinha à VE, sob orientação pontual da outra enfermeira da equipa.

Considero que cumpro o objectivo proposto, tomando iniciativas e sendo criativa perante situações imprevistas e contribuindo para o regular funcionamento da CCI.

Participar no Programa de Auditorias implementado na instituição, nas áreas consideradas prioritárias.

Como já anteriormente referi, a CCI procede a auditorias regularmente, dando cumprimento ao PNCI.

As estratégias de desenvolvimento individual e organizacional pressupõem actividades de natureza formativa, pedagógica e de investigação considerando-se a realização, sistemática, de auditorias internas para prevenção e controlo das IACS, uma dessas estratégias (PNCI 2009, p.10).

Como não é possível fazer auditorias gerais, a escolha dos serviços a auditar é feita por análise dos dados coligidos através da VE e do reconhecimento das áreas mais susceptíveis. É pedida a colaboração do serviço escolhido e apresentadas as razões da auditoria. A CCI elabora as grelhas de avaliação com incidência dos aspectos prioritários a auditar, e comunica a sua ida ao serviço. Feita a auditoria, os dados e as sugestões /recomendações são coligidos num relatório, e este é entregue ao respectivo serviço.

Na minha pesquisa e análise nos documentos da CCI, chamaram-me à atenção os relatórios das auditorias à área cirúrgica. Disponibilizei-me para participar no Programa e a minha colaboração foi aceite. Foram-me dadas indicações e informação complementar sobre a área escolhida e qual o procedimento a auditar – a execução de pensos a feridas crónicas e cirúrgicas.

Assente que iria participar e quais as actividades que teria de desenvolver, reli todos os relatórios e analisei as grelhas já existentes na CCI. Elaborei as grelhas de observação e colaborei com a Orientadora na visita ao serviço, onde foi explicado o que se pretendia, o porquê e a razão da minha participação. Fizemos o pré-teste e eu reformulei as grelhas, dando-lhes o formato final (ANEXOVI). Estas grelhas foram, posteriormente, entregues a outro serviço de Cirurgia para darem início a auditorias internas.

Dirigimo-nos ao serviço, nos dias previamente marcados, e solicitámos a colaboração dos colegas, que foi conseguida.

Penso que em todas as situações que envolvem auditoria, sente-se, nos primeiros contactos, alguma tensão. A familiaridade que tenho com a instituição e com os profissionais permitiu, no entanto, ultrapassar rapidamente os constrangimentos iniciais. Sem esquecer a atitude pró-activa da Orientadora, que dada a sua maior experiência, conseguiu anular a tensão existente salientando a importância da colaboração de todos os presentes e ainda promover momentos de formação.

Independentemente da colaboração obtida, não foi possível fazer a auditoria à execução de pensos a feridas cirúrgicas por razões de saúde da Orientadora.

Reunimo-nos para análise dos resultados, construção do texto e introdução das sugestões após o que elaborei o relatório final (ANEXO VII). Os resultados deste relatório não foram apresentados ao serviço porque se pretende completá-lo com a auditoria previamente programada relativa à execução de pensos das feridas cirúrgicas.

Reflectindo sobre esta experiência de pequena dimensão em que participei, considero que aproveitando a presença e o envolvimento dos Enfermeiros e Médicos de ligação dos serviços, seria útil desenvolver um programa de auditorias mais abrangente e de maior periodicidade. Conseguia-se assim saber, em tempo útil, as dificuldades e os constrangimentos particulares a cada um e também as medidas correctivas desenvolvidas e bem sucedidas. Além de que permitiria desenvolver, nos profissionais, uma maior familiaridade com este tipo de técnicas de avaliação e a sua melhor aceitação.

Tendo pouca experiência em auditorias, considero que as actividades que desenvolvi, me permitiram a aquisição de competências nesta área contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento do meu desempenho.

Desenvolver estratégias de dinamização entre os enfermeiros de ligação dos serviços e a Comissão de Controlo de Infecção.

No desenvolvimento das suas actividades, a CCI tem a colaboração de mais de 90 Enfermeiros de Ligação. Estes enfermeiros estão distribuídos pelos vários departamentos do hospital. São eles os Departamentos de: Cirurgia; Medicina; Neurociências; Criança e da Família; Obstetrícia e Ginecologia e Medicina da Reprodução; Oncologia; Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação; Tórax; Urgência e Medicina Intensiva; Angiologia, Cirurgia Vasculiar e Cirurgia Endovascular e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Como facilmente se entende, torna-se difícil a articulação com todos os enfermeiros, perdendo-se muitas vezes, o resultado de esforços individuais. Existem muitos trabalhos desenvolvidos por estes profissionais, com as respectivas equipas, que não chegam a ser divulgados noutros serviços. A própria equipa da CCI, e refiro-me aos enfermeiros que a compõem, mostra um esforço meritório mas é insuficiente para responder, como gostaria, a todas as solicitações.

De acordo com os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e o National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS) as unidades de saúde devem ter um Enfermeiro de Controlo de Infecção (ECI) a tempo completo, para uma lotação entre as 110 e as 140 camas e mais um ECI por cada mais 250 camas, além desta lotação (DGS 2007).

Testemunhei algumas das frustrações que daqui resultam e o esforço complementar desenvolvido para responder a situações prementes. Analisada a situação, procurei alternativas que dessem uma resposta cabal e apresentei uma proposta à Orientadora. Utilizar os instrumentos informáticos que dispomos, e criar um endereço electrónico de grupo, identificado como - Enfermeiros de Ligação à CCI, que facilitasse a articulação entre esta e as

diferentes unidades assistenciais e, entre estas. A proposta foi aceite com entusiasmo, dando eu início às actividades daí decorrentes.

Baseada na lista de Enfermeiros de Ligação existente, contactei por telefone ou pessoalmente com todas as Chefes/Responsáveis de todos os serviços, fazendo o levantamento dos actuais enfermeiros de ligação, solicitando os dados necessários para inclusão no endereço electrónico, que obriga ao conhecimento do nome e número mecanográfico. Aproveitando a oportunidade, pedi também outras informações, como números de telefone, directos e de serviço.

Vários factores contribuem para a permanente desactualização da lista existente. Saídas, entradas e transferências de enfermeiros; modificações internas nos serviços (são as enfermeiras chefes que propõem os enfermeiros de ligação e os alteram tentando dar resposta às necessidades da unidade) e, ainda, alterações da dinâmica da instituição que se reflecte na constituição das equipas. A listagem, com os dados necessários, foi sendo feita, com a colaboração da Orientadora, principalmente na seriação dos serviços. Com a lista completa, dirigi-me ao Serviço de Sistemas de Informação, onde tinha marcado previamente uma reunião com o director. Expus o que pretendia, solicitando ainda a criação de caixas de correio para os enfermeiros que não a tinham e o aumento da capacidade de todas as caixas. Foi assim criado um endereço electrónico de grupo com os objectivos de: melhorar a comunicação; incentivar a partilha e dinamizar a relação entre a CCI e os diferentes serviços.

Sugeri à Orientadora que quando enviasse a mensagem de boas-vindas aos enfermeiros também enviasse a mesma mensagem, acrescentando os objectivos, a todas as enfermeiras chefes. Estes objectivos e o modo como se pretendia operacionalizar foram sendo explicados nos contactos que fiz, quando pedi os dados. Aproveitei também as várias sessões formativas para o fazer directamente, com os enfermeiros de ligação, aos quais solicitei outros dados que ficaram reservados à CCI, como os contactos pessoais.

Espero assim ter contribuído para dinamizar esta relação tão importante e promover a rentabilização dos esforços individuais em benefício do bem comum.

Considero que seria proveitoso proceder de forma idêntica com os Médicos de Ligação, assim como desenvolver esforços para integrar os Assistentes Operacionais neste programa de Elementos de Ligação à CCI. Este grupo profissional já faz parte do Plano Formativo da instituição, relativamente à Prevenção e Controlo da Infecção mas seria desejável a criação da figura de "Assistente Operacional de Ligação à CCI".

O objectivo central deste estágio foi cumprido e, penso mesmo que, ultrapassado. Desde o acolhimento que tive dentro da equipa, passando pelo envolvimento e interesse proactivo que todos demonstraram no desenvolvimento das minhas competências, até à oportunidade que me foi dada em adquirir outras, em áreas distintas daquelas que inicialmente me propus, tudo concorreu para a minha aprendizagem e incremento da capacidade reflexiva, que terão certamente um maior desenvolvimento futuro.

1.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL (SUC) DO HOSPITAL DE SANTA MARIA (HSM)

O Serviço de Urgência Central (SUC) do CHLN, localizado no Hospital de Santa Maria é uma Urgência Polivalente que tem como missão prestar cuidados médicos urgentes e emergentes para uma área de influência directa de cerca de 350.000 habitantes da população de Lisboa e de referência para uma área que, no essencial, abrange toda a região norte da ARSLVT (com excepção de Vila Franca de Xira). É de salientar que o SUC do HSM, para além destas áreas de referenciação, atende doentes enviados de outras Regiões de Saúde, nomeadamente dos Arquipélagos da Madeira e Açores, do Alentejo e do Algarve e, no caso dos grandes queimados, de todo o país. No contexto do modelo de organização da Rede Nacional de Urgência a designação de Polivalente significa que tem capacidade para atendimento de todas as situações de urgência/emergência o que, na prática, implica a existência de todas as valências das especialidades médicas e cirúrgicas bem como de áreas de diagnóstico e terapêutica que permitam a abordagem integral do doente emergente.

Dotado de instalações recentes, com funcionamento contínuo 24/24 horas, 365 dias por ano, possui área própria para realização da Triagem de Manchester que adoptou e mantém desde 2003, 1 Sala de Reanimação (SR), também conhecida como sala de directos, com 3 postos de atendimento equipados com moderna tecnologia, nomeadamente ventilação assistida, monitorização hemodinâmica e radiologia.

Tem zona de internamento de curta duração, Sala de Observações (SO), com 16 camas com capacidade de monitorização, gabinetes para atendimento de ambulatório, sala para aerossoloterapia, pequena cirurgia, sala para colocação de gessos e observação de monotrauma ortopédico, bloco operatório com 2 salas e zona de recobro anestésico.

A Equipa de Enfermagem é própria do SUC, está organizada por equipas e cada equipa tem um chefe e um segundo elemento, responsáveis pela distribuição dos enfermeiros nos vários sectores. Os enfermeiros responsáveis, sob orientação do enfermeiro chefe, dão ainda resposta a todas as situações relativas a materiais, instalações e equipamentos, transporte de doentes e alimentação que decorrem do regular funcionamento e outras inesperadas.

Tem Equipa Fixa de Medicina a funcionar das 9 às 15 horas nos dias úteis, mantendo de forma rotativa, equipas de Medicina, no restante tempo de atendimento. As equipas de Cirurgia e Ortopedia realizam serviço de 24 horas. Tem também o apoio de chamada, sempre que necessário, de todas as restantes especialidades médicas e cirúrgicas. Para o seu normal funcionamento conta com a presença de técnicos de laboratório, de radiologia e de cardiopneumografia. Tem ainda instalações próprias para o serviço social, com funcionamento diário até às 23 horas.

Com capacidade instalada estimada para observação de +/- 250 doentes por dia, actualmente assiste perto de 500 episódios diários.

Este serviço tem uma característica que o define – é um Serviço de Urgência Polivalente que tem que assistir e tratar todas as situações de urgência/emergência da população de adultos que a ele recorrem. Tem nesta assistência o seu Objectivo.

É importante referir que a definição de emergência médica significa a falência de órgão (ou órgãos) com risco eminente de vida e que urgência significa a eminência de falência de órgão. Destas definições – universalmente aceites – decorre que um Serviço de Urgência Polivalente recebe e trata todas as situações médicas e cirúrgicas de todos os órgãos e sistemas. O ambiente deste tipo de atendimento é extremamente desafiante, difícil, complexo e exige um elevado nível de preparação de todos os profissionais envolvidos, particularmente dos enfermeiros que nele trabalham. A enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiência e saber. Em nenhuma outra área de enfermagem se espera do enfermeiro tantos conhecimentos técnico-científicos e simultaneamente um papel de defensor do doente e família (ALMINHAS 2007).

O ambiente em serviços de urgência exige ainda uma elevada articulação entre todos os intervenientes no processo de triagem, observação, referenciação e intervenção, de modo a prestar ao doente e família cuidados com eficácia e eficiência. O que implica relações formais e informais claras, comunicação assertiva e empenho entre todos os profissionais envolvidos.

E como em todas as actividades humanas o risco existe. Quando o destinatário dos nossos cuidados é uma pessoa que se encontra em estado crítico, a possibilidade de ocorrência de erro é significativa. Todos os passos na intervenção de enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro, e um certo nível de risco à segurança do mesmo (OE 2006).

Não são só as atitudes ou práticas individuais que contribuem para o erro. Quando se avalia o erro é fundamental considerar não só a actuação dos profissionais como também o sistema em que os mesmos se inserem e actuam (DIZ 2008, p.8).

Existem várias fragilidades ou vulnerabilidades na estrutura do sistema e das situações que contribuem ou potenciam o erro. As situações de urgência e/ou a instabilidade clínica são, pelas suas características, situações de elevada tensão às quais o enfermeiro deve responder eficazmente utilizando capacidades, habilidades e conhecimentos nas necessárias tomadas de decisão que se pretendem atempadas e adequadas. É frequente nas situações descritas, não termos nem a informação completa, nem tempos de resposta conhecidos às nossas tomadas de decisão, influenciando e potenciando a possibilidade de erro. Esta consciência deve existir e conduzir à reflexão sobre os procedimentos e circuitos, de modo a se reduzir ou evitar a ocorrência de erro, minimizando o risco para a Pessoa/Família destinatária dos nossos cuidados. Controlar o risco na prática promove a prestação de cuidados de qualidade – e isso corresponde a realizar plenamente a obrigação para com a sociedade (OE 2006).

É comumente aceite que os Serviços de Urgência Central são locais de formação por excelência. Num serviço com as características do SUC do HSM é obrigatório que assim seja.

Foram estas as razões que me levaram a escolher este serviço para estagiar tendo definido com objectivo central: *demonstrar competências como enfermeiro especialista através da mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da Pessoa/Família em situação de doença crítica.*

O estágio decorreu de 23 de Novembro de 2009 a 29 de Janeiro de 2010, tendo sido orientada pelo senhor Enfermeiro Carlos Manuel Neto, enfermeiro chefe do serviço.

Ao longo da minha vida profissional recebi inúmeros doentes vindo do SUC, ou em emergência cirúrgica ou, mais tarde, para internamento no Serviço de Medicina. Sei que a área do Trauma é complexa, abrangente mas muito interessante. Decidi aproveitar este momento de aprendizagem para desenvolver competências na prestação de cuidados, principalmente, ao grande politraumatizado na primeira abordagem hospitalar.

E, aliada à multiplicidade de situações clínicas com elevado índice crítico, a dimensão desta instituição com os seus inúmeros circuitos de tratamento e encaminhamento dos doentes tende a agravar e acentuar a angústia e preocupação dos familiares e amigos, aspecto que sempre me sensibilizou conduzindo à minha proposta de intervenção.

Antes do estágio procurei familiarizar-me com a dinâmica do serviço, fazendo um reconhecimento das instalações e questionando sobre os circuitos e as especificidades dos vários sectores.

Reuni-me com o enfermeiro orientador para planeamento das actividades futuras. Conversamos sobre a pertinência da prestação em SO. Ambos concluímos ser mais adequado e vantajoso circunscrever-me às salas de reanimação (porque é nelas que se faz a primeira abordagem ao doente politraumatizado), e desenvolver outras actividades concomitantemente.

Decidimos que eu assistiria às passagens de turno dos enfermeiros responsáveis, para conseguir ter uma visão global do serviço, dos problemas existentes e acompanhar o chefe do serviço, na sua passagem habitual por todos os locais.

Esta alteração também me facilitou, mais tarde, circular livremente pelo serviço contactando com doentes e familiares, conhecendo, à partida, as situações problemáticas. Nos primeiros dias, fui acompanhada pelo Orientador que me apresentou aos presentes, respondendo às várias perguntas que formulei.

Fiz pesquisa bibliográfica e consultei os documentos existentes na biblioteca do serviço, elaborados por e para os enfermeiros.

Com base no meu interesse, nos recursos disponíveis, nas reuniões que realizei com a minha Tutora e com o Orientador, defini os objectivos específicos que passo a descrever, apresentando também as actividades desenvolvidas, a sua avaliação e demais aspectos que julgo pertinentes.

O objectivo seguinte é composto. Quero com isto dizer que ele resulta da conjugação de dois, um focado na componente fisiopatológica e outro dirigido às perturbações emocionais que podem decorrer das situações críticas de saúde. Optei por apresentar uma análise conjunta destes dois objectivos, porque não consigo conceber um sem o outro. Senti alguma dificuldade em organizar e estruturar o texto que se segue. Julgo que a descrição de

competências nas áreas relacional e comportamental é mais complexa, provavelmente, resultando também, da complexidade do pensamento reflexivo influenciado pelas emoções e pensamentos desencadeados nestes contextos.

Prestar cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa/Família em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e nas perturbações emocionais decorrente da situação crítica de saúde.

Na primeira semana de estágio, reuni-me diariamente com o Orientador que me fez a apresentação formal do serviço, explicando a dinâmica das equipas e sua distribuição, procedendo também a uma apresentação pormenorizada da Sala de Observações (SO) e da Sala de Reanimação (SR).

A Sala de Reanimação, actualmente, melhor designada por Sala de Emergência, deve ser uma área ampla e localizada perto da entrada do Serviço de Urgência. Deve ser dedicada apenas à recepção, estabilização e reanimação do doente grave, pelo que deve estar sempre disponível e/ou desocupada o mais rapidamente possível (MANUAL DE TRAUMA 2009, p. 1).

Foi-me também apresentada a Sala de Triagem, onde se realiza, por enfermeiros, a Triagem de Manchester. Esta aplicação, pelo cumprimento de algoritmos, permite aferir a prioridade de atendimento para a primeira observação médica. A sua utilização tem levantado alguma controvérsia mas é, globalmente, considerada como útil. Conversei com os colegas sobre esta aplicação, sobre as suas limitações e virtuosismos e assisti à triagem, propriamente dita, dos doentes entrados. Assim como me foi apresentada a equipa do bloco operatório, os circuitos e as instalações. Todas estas informações me foram úteis para a prestação de cuidados na SR permitindo-me, ao longo de todo o estágio, uma melhor articulação com os outros sectores e uma compreensão fundamentada da dinâmica intersectorial.

A SR tem um funcionamento descontínuo, ou seja, os três postos de atendimento podem estar vazios como, em minutos, estão ocupados e sem capacidade de resposta imediata. Para esta limitação, na sua gestão, concorre a dificuldade existente na transferência dos doentes após a sua estabilização.

Tentei e julgo que consegui, rentabilizar os tempos, aproveitando quando a SR estava desocupada para desenvolver as outras actividades. Os três postos de atendimento estão divididos em duas salas. A primeira com dois postos, apetrechada com equipamento radiológico, para a qual se encaminham os doentes de trauma e a segunda sem este equipamento, que habitualmente se destina aos doentes com patologia do foro médico. A equipa de enfermagem que assegura estes postos também assegura a sala de tratamentos 1, para onde são encaminhados os doentes vindos da triagem e que necessitam de cuidados imediatos não urgentes.

Quando os postos da reanimação estavam ocupados o acolhimento e a passagem do doente era efectuada no corredor. Toda a equipa mostrou preocupação em respeitar a privacidade dos doentes, durante as manobras de passagem. Por regra, o AO destacado para

o sector impedia a circulação de outras pessoas e fechava os cortinados, isolando assim o corredor. Colaborei e prestei os primeiros cuidados em algumas destas situações. Recordei e atualizei os meus conhecimentos em técnicas de imobilização e passagem com plano duro, tendo os colegas sempre aceite a minha colaboração.

A eficácia no tratamento de doentes graves depende da capacidade das equipas em seguirem e cumprirem os passos pré-determinados e protocolados para preservar os aspectos essenciais à sobrevivência do doente (MANUAL DE TRAUMA, p. 15).

No Trauma, o sucesso da intervenção depende de vários factores: acessibilidade aos cuidados de saúde; triagem direccionada para a estratificação do risco e individualização do risco e, referenciação, encaminhamento apropriado com racionalização de recursos. A janela útil e eficaz de intervenção começa no pré-hospitalar. Uma correcta articulação entre este e o hospital é essencial.

Quando trabalhei na UCI da CCT recebi, directamente do exterior, vários doentes emergentes, essencialmente cirúrgicos, mas alguns apresentavam lesões traumáticas extensas e complexas. Decidi investir na formação, nesta área, tendo feito vários cursos complementares como o “Suporte Avançado de Vida “ e o “Curso de Trauma para Enfermeiros” e desenvolvi algumas competências em Trauma. Das situações acima descritas recordo que a articulação entre o pré-hospitalar e o hospital nem sempre era bem conseguida e os cuidados do pré-hospitalar apresentavam algumas falhas.

Durante este estágio recebi vários doentes politraumatizados graves e verifiquei que os cuidados prestados no pré-hospitalar melhoraram significativamente. Exceptuando as situações de grande afluência, e mesmo nestas, em que sempre foi conseguida uma excelente articulação que permitiu a continuidade dos cuidados, os doentes entravam estabilizados, devidamente imobilizados, sendo evidente o cuidado desenvolvido pelas equipas, na sua prestação. O hospital dispõe de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e respectivas instalações de controlo. Por ter manifestado interesse, fui convidada a visitar a central da VMER e conhecer os equipamentos e alguns protocolos de actuação do pré-hospitalar.

Entrei na SR com a expectativa de saber se conseguiria cumprir com os objectivos a que me propus. Já detinha algumas competências nesta área mas, agora, estava inserida numa equipa e num ambiente estranhos e interrogava-me sobre a minha capacidade em agir.

O saber da acção, é o saber que permite contornar os efeitos indesejáveis, nefastos, perversos, arrastados, ligados aos procedimentos mais elaborados e mais bem calculados. É este saber na acção [também entendido como eficácia ritual] que permite antecipar os aspectos aleatórios, atribuídos ao azar ou à nossa incapacidade de alterar a realidade. Ele é também uma capacidade de apreciação do que pode, apesar de tudo, funcionar (MALGLAIVE 2003, p.56).

Relativamente ao ambiente, executei algumas tarefas de reconhecimento, questionei os colegas e familiarizei-me com a disposição do material e do equipamento, perguntei e esclareci dúvidas. A minha presença e o meu desempenho foram bem aceites pelas equipas não

sentindo constrangimentos na prestação directa de cuidados. Situações houve que, naturalmente, assumi a liderança da equipa. Para este aspecto contribuiu o facto de já ter trabalhado directamente com alguns enfermeiros, médicos e AO e a maioria dos enfermeiros, reconhecidamente competentes, serem, muito jovens, demonstrando maior abertura, quer à minha prestação quer às sugestões que fui fazendo, alertando-os para aspectos que considerei importantes. Esta abertura foi biunívoca. Obtive sempre resposta às minhas questões, principalmente dos chefes de equipa, que se disponibilizaram para as responder e acompanhar nas situações que considerei necessárias.

Como aluna, tive o cuidado de não interferir nos procedimentos burocráticos e de funcionamento, como, por exemplo, nas transferências intersectoriais dos doentes.

Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes em estado muito crítico, resultantes de acidentes de trabalho, violência e agressão com arma branca e, principalmente, de viação, dois dos quais muito graves, envolvendo um número elevado de vítimas, e inclusive de colaborar em duas transferências de doentes helitransportados. Experiência inédita e que me entusiasmou.

Prestei também cuidados a doentes com monotrauma, em que a situação mais frequente foi a fractura de colo de fémur. Reavivei e desenvolvi conhecimentos sobre diagnóstico e tratamento ortopédico e prestei os primeiros cuidados a estes doentes. Considerando que estas fracturas aconteceram todas em pessoas idosas, com predomínio do sexo feminino, aproveitei para, após a estabilização, abordar com os doentes e familiares alguns aspectos preventivos de novas fracturas, como sejam o tipo de calçado adequado, a fixação de tapetes, a colocação de corrimãos e pegas, entre outros.

Tive ainda a oportunidade de estar presente e colaborar em situações de elevada tensão como o caso da jovem politrumatizada grave, de identidade desconhecida, vinda do Algarve, que foi necessário estabilizar, acompanhar à Imagiologia e reencaminhar rapidamente para o bloco operatório. Era uma doente muito jovem, com prognóstico reservado, não se tendo até ao momento conseguir identificar e contactar a família, desconhecendo-se ainda a cinemática⁷ do trauma. Durante o percurso, em emergência, fui, literalmente, agarrada por uma senhora que chorava, evidenciando um enorme sofrimento e nos perguntava se aquela era a sua filha. Sabia que a filha tinha sofrido um acidente de viação mas não conhecia pormenores. Passados os primeiros instante de choque, consegui perguntar que idade tinha a filha e assegurar que aquela doente (irreconhecível pelas lesões da face) não era a filha. Reagrupamo-nos nas posições de transporte para permitir que a AO acompanhasse a senhora à recepção onde lhe facultariam as informações necessárias. Mais tarde procurei-a para me inteirar do ocorrido e avaliar a evolução do seu estado emocional.

Ou ainda outra situação, em que fomos chamados ao exterior porque estava uma senhora dentro dum táxi “que não saía”. Desloquei-me com o chefe de equipa e verificamos que a

⁷ A Cinemática do trauma é um processo de análise de um acidente, com interpretação do movimento e das forças envolvidas, e como estas provocam lesões no corpo humano (MANUAL DE TRAUMA 2009, p. 8)

senhora estava em paragem cardio-respiratória. Retirámos a doente do táxi, iniciámos manobras de reanimação e demos entrada na SR, onde se iniciou o Suporte Avançado de Vida, com sucesso.

Desempenhei funções em ambientes controlados, com períodos de internamento prolongado em que se pretendia conhecer o doente no seu todo, integrar a família e cada enfermeiro era responsável, na sua prestação, por um número limitado de doentes. Num serviço de Urgência estas condições não se verificam. É impraticável ao enfermeiro conhecer os resultados das suas intervenção em todos os doentes que Cuidou.

Considereei esta, aparente, descontinuidade, na prestação de cuidados, como uma limitação à minha prestação. Reconheço não ser, de todo, possível, nem desejável, que os enfermeiros num serviço de Urgência tenham a mesma percepção da continuidade de cuidados que num serviço de internamento.

Pretende-se na Urgência, a prestação atempada e eficaz, pontual, o que não significa de menor qualidade. A qualidade não deve ser avaliada em unidades de tempo, existem outros factores, que os enfermeiros promovem e que demonstram o interesse da equipa de enfermagem na Qualidade. Os princípios-chave e as estratégias da [Gestão da Qualidade Total] incluem uma focalização no doente, o trabalho em equipa, o quebrar das barreiras profissionais e uma melhor gestão dos recursos.” (SALE 1998, p.44).

Nos casos em que prestei assistência à família e também nos doentes graves aos quais prestei os primeiros cuidados, interessei-me pelo desenvolvimento subsequente e visitei alguns doentes após terem sido transferidos. Quando tal não era possível, solicitei o acesso ao registo informático, onde consegui obter alguma informação e desse modo avaliar, parcialmente, o desempenho anterior.

Inserida em todas as “sub-equipas”, desenvolvi as minhas actividades e prestei cuidados de enfermagem, sem um orientador específico. Considerando, à partida, este factor como uma limitação, a verdade é que contribuiu para o meu desenvolvimento, dando-me oportunidade de contactar com, praticamente, todos os enfermeiros e assim estabelecer pontes de diálogo que, de outro modo teria sido mais difícil. Possibilitou-me ainda avaliar as várias informações que fui disponibilizando, assim como verificar as respostas às minhas sugestões. As competências do especialista são o fruto de uma combinação nova obtida por confrontação com outros saber-fazer individuais postos em comum (BOTERF, citado por CANÁRIO 2003 p. 139).

Num modelo ideal o Serviço de Urgência é, apenas, a porta de entrada no hospital, que deve ter sempre os Serviços e profissionais disponíveis para uma actuação técnica e cientificamente correcta.

ALMINHAS (2007) acrescenta que “o serviço de urgência, pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, é só por si indutor da despersonalização e desumanização dos cuidados prestados”. Aspectos perante os quais se espera que os enfermeiros respondam com uma maior qualificação e adequação. Paradoxalmente, são os mesmos factores que contribuem para a desumanização os que, por

assim o serem, devem implicar da parte dos profissionais, uma postura e desempenho de grande humanização.

Quando surge uma doença ou afecção súbita, esta representa para a Pessoa e Família um episódio de elevada tensão e medo. Pode condicionar a resposta de adaptação natural da família estruturada ou contribuir para a ruptura familiar. A situação crítica da Pessoa/Família estando no centro da actividade, não deve impedir que todos os profissionais e, particularmente os enfermeiros, procedam ao acolhimento e encaminhamento familiar, numa atitude de apoio e de facilitação para superar o episódio crítico. Este e as suas consequências.

Por vezes é necessário, não só, estar atenta às situações em nosso redor como conseguir antecipar as situações de crise. As enfermeiras devem ser capazes de gerir e de prever as crises e não devemos relegar para segundo plano esta competência (BENNER 2005, p.125).

No acolhimento do doente crítico, se este não se encontra inconsciente, é fundamental, os profissionais conseguirem transmitir segurança e confiança. Aprendi que o uso de algumas técnicas de comunicação pode ser útil nestas situações.

A técnica corresponde apenas à maneira de nos servirmos de um ou de outro instrumento. É um processo que resultará numa aprendizagem e num saber fazer se aplicada de modo reflectido e fundamentado no conhecimento (COLLIÈRE 1999, p.261).

Sempre que posso identifico o local onde o doente se encontra, quem sou e o que se está a fazer, validando com o doente a informação que vou dando. Esta estratégia também permite avaliar a variação do estado de consciência e orientação, além de nos permitir uma colheita de dados sumária. Foi assim que procedi, sempre que possível, no acolhimento de doentes conscientes na SR.

A SR não é o melhor local para acolhermos a família. Mas é neste local que, invariavelmente, se encontram os doentes, que pela afecção súbita e grave, maior aflição provocam nas famílias e amigos. Durante a minha prestação de cuidados neste local, observei que a equipa de enfermagem reconhece a importância da assistência à família. As visitas na SR embora curtas, são permitidas, os enfermeiros disponibilizam-se para prestar informações, quando solicitados e encaminham os familiares, se necessário. No entanto, foi frequente observar que o enfermeiro, após este curto período de contacto, se afasta e retoma as tarefas interrompidas. Discuti e analisei comportamentos semelhantes, dos quais não me excludo, durante o meu percurso profissional. Acredito que os enfermeiros não se retraem voluntariamente ao contacto com a família mas, penso que, se “auto-limitam” escudando-se nas tarefas, nos alarmes porque o contacto com a Família, principalmente nas situações de crise, é penoso. Com as famílias que acolhi tentei manter-me presente e estabelecer um contacto mais próximo. Penso que, na maioria das situações, o diálogo nem se torna necessário, é suficiente a presença e importante o gesto.

Como já referi, assisti às passagens de turno dos enfermeiros responsáveis, ficando a par das situações mais problemáticas. As mais difíceis estavam, invariavelmente, relacionadas com o encaminhamento de doentes em estado crítico e com a transmissão de más notícias, aos familiares.

Existe neste serviço preocupação com a assistência à família, tendo sido desenvolvidas estratégias para melhor capacitar a equipa neste cuidado. Por regra, os enfermeiros, não se esquivam ao contacto com os familiares, demonstrando cuidado com a informação que transmitem e demonstram uma atitude atenta quando abordados.

Foi sentida a necessidade de o serviço dispor de uma sala para a assistência aos familiares emocionalmente perturbados. Esta sala foi escolhida e arranjada permitindo salvaguardar a privacidade dos familiares e onde também se presta, se necessário, assistência diferenciada. A equipa do serviço inclui Assistentes Sociais e a ajuda espiritual, que pode ser solicitada, sempre que necessário.

Seria facilitador, para toda a equipa que trabalha neste serviço, que a instituição dispusesse de mais meios para que as transferências dos doentes estabilizados no SUC fossem céleres. A permanência na SR de doentes já estabilizados mas que continuam a necessitar de cuidados muito diferenciados afecta a dinâmica, quer na recepção quer na organização, exigindo um esforço suplementar, principalmente aos enfermeiros, para a prestação de cuidados. Julgo também que o trabalho desenvolvido pelas equipas de enfermagem seria optimizado se estas fossem fixas aos locais mantendo-se, no entanto, a fundamental relação de entreajuda.

Não descrevo aqui todas as experiências que tive oportunidade de vivenciar, mas julgo que, globalmente, consegui dar a conhecer o meu desempenho no cumprimento destes objectivos que considero alcançados. Penso que respondi eficazmente às situações de elevada tensão, na prestação de cuidados à Pessoa e na assistência à Família, utilizando capacidades, habilidades e conhecimentos, nas minhas tomadas de decisão, agindo de forma atempada e adequada, antecipando o risco de instabilidade e introduzindo medidas correctivas, compreendendo e respeitando a singularidade da Pessoa. Procedi de modo idêntico nas situações de emergência.

Esta avaliação também resulta da que foi informalmente manifestada por todos aqueles com que colaborei directamente, e dos resultados das minhas intervenções como enfermeira.

Existiram algumas alterações relativas aos objectivos traçados inicialmente traçados e às actividades previstas. Os seguintes objectivos surgiram no decorrer do estágio e resultaram da avaliação permanente que mantive durante este período e das sugestões do enfermeiro orientador.

Participar na dinamização da aprendizagem, colaborando no Manual de Enfermagem do Serviço.

Na participação na dinamização da aprendizagem, propus-me a colaborar na elaboração do Manual de Enfermagem do serviço.

Este documento já iniciado, pretende municiar os enfermeiros de mais um instrumento que responda às necessidades formativas da equipa, e resultou dum levantamento efectuado com o objectivo de as conhecer.

Consultei os trabalhos já efectuados e de entre os que faltavam escolhi os temas que considerei interessantes. Reuni-me com o orientador e tendo em consideração a sua opinião foram escolhidos os seguintes temas a desenvolver: Dissecção Aórtica, Algoritmos e Paragem Cardíaca - Considerações.

Fiz pesquisa bibliográfica dirigida e elaborei os textos, respeitando a formação pretendida e entreguei, para inclusão no Manual, os temas sobre:

- Dissecção Aórtica, que inclui a descrição dos Sinais e Sintomas, Classificação, Fisiopatologia, Medidas Preventivas e Abordagem Terapêutica (ANEXO VIII).
- Algoritmos, que inclui os Algoritmos de Suporte Básico e Avançado de Vida e Algoritmo de Ressuscitação no Hospital. Estes algoritmos foram concebidos graficamente, para poderem ser impressos e afixados (ANEXO IX).

Devem estar bem visíveis na parede [da Sala de Reanimação] quadros com os principais protocolos de actuação em determinadas situações de emergência, como a Paragem Cardio-Respiratória (MANUAL DE TRAUMA 2009, p.3)

- Paragem Cardíaca – Considerações. Neste texto apresento algumas considerações sobre os motivos que podem conduzir à Paragem Cardíaca, fazendo a distinção dos procedimentos de acordo com os diferentes ritmos (ANEXO X). Este texto complementa o texto dos Algoritmos.

A minha colaboração nesta dinamização não se esgotou na participação para o Manual.

O papel do formador em serviço não será tanto o de ministrar um corpo de conhecimentos, mas sim o de ajudar a encontrar caminhos e a construir o próprio conhecimento. Nesta perspectiva o formador deverá facilitar a aprendizagem conhecendo e interrelacionando as diversas situações e profissionais intervenientes promovendo e motivando para a busca do conhecimento (DIAS 2004, p.18).

Aproveitei todos os momentos da prestação para o fazer. Dou como exemplo, o teste dos ventiladores. Os enfermeiros responsáveis pelas salas, onde existem ventiladores, tem estabelecido como procedimento obrigatório testarem o ventilador. Na SR, assisti a vários testes, fiz alguns e verifiquei que o teste, feito pelos enfermeiros, se limitava à adaptação da “manga de teste”, à verificação do seu enchimento e mais alguns parâmetros. Estes não incluíam a verificação das pressões e outros modos de ventilação para além do “Volume Controlado”. Num local destas características, onde se ventilam doentes de grande trauma, existem vários factores de ventilação que têm necessariamente de ser aferidos e controlados pelos enfermeiros, para segurança do doente. Aproveitando um momento que me pareceu adequado, expliquei, exemplificando, como se testava aquele modelo de ventilador, partilhando algumas estratégias de mnemónica que facilitam esta verificação.

Segundo CANÁRIO, citado por DIAS (2004, p.129) “as situações informais correspondem aos momentos educativos, mesmo que não conscientes nem intencionais por parte dos formandos”.

A reflexão crítica na formação em serviço, sobre os cuidados que se prestam, é fundamental para a sua melhoria, e implica que o conhecimento na acção seja dinâmico

resultando numa reformulação da própria acção, afirma DIAS (2004, P. 154-155), citando SCHÖN. No decorrer do estágio alguns enfermeiros pediram-me para repetir a demonstração.

Penso ter dado um contributo importante para dinamizar a aprendizagem da equipa. Fomentei momentos de formação e consegui suscitar a curiosidade sobre alguns aspectos que considero pertinentes na nossa prática. Tive da equipa boa receptividade, e entendo que a partilha contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional de todos.

Colaborar no desenvolvimento de estratégias facilitadoras de comunicação com a Pessoa/Família em situação crítica, com vista a uma melhoria do Cuidar.

Nos contactos amiúde que mantive com os familiares, a maioria das dúvidas suscitadas por eles, além das decorrentes da situação de doença, foram as relacionadas com a permissão para acompanhar os seus doentes e os esclarecimentos sobre locais permitidos, funcionamento do serviço, e outras, de ordem prática como sejam: onde comer; como levantar dinheiro e como contactar.

Embora exista disponibilidade da equipa em atender às dúvidas colocadas, os familiares, nem sempre conseguem encontrar resposta imediata às suas questões.

Li, durante o estágio, os trabalhos já desenvolvidos para dar resposta a esta limitação. Baseada neste conhecimento e após análise e discussão desta situação com o Orientador, sugeri a possibilidade de elaborar um folheto, de formato pequeno, onde constasse a informação que faltava em outros folhetos já desenvolvidos (ANEXO XI).

Elaborei um folheto com a intenção de que este seja disponibilizado aos familiares/acompanhantes na altura da inscrição do doente. Este folheto com informação muito concisa, permite ao familiar/acompanhante conhecer antecipadamente o que lhe é permitido fazer, e os serviços que tem à sua disposição. Deverá ser colocado, de modo visível, junto do secretariado da recepção, na zona de triagem e na cafetaria, junto à entrada do serviço. Antes de ser disponibilizado é pertinente apresentar o folheto a toda a equipa e recolher sugestões sobre outros locais de interesse para a distribuição.

Antes de ser apresentado na versão final, facultei o folheto a algumas pessoas para conseguir avaliar o conteúdo e perante as sugestões procedi às necessárias alterações. Julgo que o folheto será um elemento facilitador para a comunicação com a Pessoa/Família e que cumpre com o objectivo delineado.

Contribuir para o desenvolvimento de boas práticas relativas ao Controlo de Infecção de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A Sala de Reanimação constitui um lugar chave para o atendimento correcto. Deve estar organizada de modo a permitir procedimentos eficazes e atempados, porque para a

esmagadora maioria das situações de urgência/emergência, os tempos têm que ser escrupulosamente respeitados sob pena de compromisso grave dos resultados finais.

É, portanto, objectivo central na organização, a existência de todo o material necessário e a garantia da fácil disponibilização do mesmo, aos profissionais envolvidos nos procedimentos. O enfermeiro tem que estar preparado e familiarizado com todos os procedimentos e compete-lhe a supervisão permanente da manutenção e organização da SR.

Geralmente, compete também, ao Enfermeiro a reposição do material, sendo necessária uma revisão periódica para identificar faltas, desgaste ou datas de validade ultrapassadas (MANUAL DE TRAUMA 2009, p. 4).

Ao longo do estágio fui conhecendo os problemas existentes na SR e as dificuldades sentidas, conseqüentes da sua dinâmica própria, como sejam: a contaminação dos materiais; a reposição de stocks e o difícil controlo dos carros de urgência. Estas dificuldades, sendo específicas, não são exclusivas da SR. Ocorrem nos locais onde o atendimento é urgente ou emergente. Como acontece no SO e nas salas de tratamentos.

A contaminação dos materiais assim como os cuidados no armazenamento, manipulação e reposição dos materiais são questões importantes e que podem influenciar a Qualidade dos cuidados prestados. Existe também, dificultando o controlo destas actividades as dinâmicas inerentes às equipas. As equipas têm que ser rendidas e nestes espaços é fundamental que a disposição dos equipamentos e a reposição dos materiais seja conhecida de todos os intervenientes, assim como as regras que se definiram.

Mudar comportamentos é difícil, tentar mudar obrigando ao aumento da carga de trabalho, julgo eu, é impossível.

Num serviço desta dimensão é complexo estabelecer regras e zelar pelo seu cumprimento se não forem criadas condições que facilitem, aos profissionais, o cumprimento das mesmas.

Pela análise que fiz destas e outras questões relacionadas com o desenvolvimento de boas práticas relativas ao Controlo de Infecção, reuni-me com o Orientador ao qual solicitei o agendamento de uma reunião com os vários enfermeiros de ligação à CCI que o serviço tem. Nesta reunião foram apresentados os aspectos que a equipa considerou mais prementes de solução e discutidas as formas mais simples e eficazes para a passagem de informação. Apresentei as minhas sugestões, relativas ao conteúdo e formato que foram aceites.

Elaborei os textos e pedi a colaboração da CCI para a revisão final. Baseada nas Recomendações da CCI e nas Normas da Prevenção elaborei os seguintes documentos:

- Recomendações para a Descontaminação dos Materiais (ANEXO XII) e
- Recomendações para o Armazenamento, Disposição e Manipulação do Material (ANEXO XIII). Estes textos serão distribuídos, pelo enfermeiro chefe, a todos os Enfermeiros de Ligação à CCI, do serviço, e estes farão o enquadramento e a sua redistribuição aos restantes colegas e AO.
- Folheto sobre Métodos de Descontaminação, este documento, dirigido aos AO, será impresso em modelo A₃, plastificado e colocado em todas as salas de desinfeção,

ficando os Enfermeiros de Ligação, responsáveis pela sua apresentação aos Assistentes Operacionais (ANEXO XIV).

As actividades inerentes a este objectivo desdobraram-se, foram-se diversificando, e não se limitaram à elaboração dos documentos, nem às reuniões que fiz. Fui, inúmeras vezes solicitada para esclarecer dúvidas sobre outros procedimentos.

Entreguei aos colegas bibliografia sobre outros temas, como por exemplo, as “Guidelines para a Prevenção da Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde”, da responsabilidade do *National Center for Infectious Diseases* (CDC), incentivando a partilha de conhecimentos e a investigação.

Julgo ter cumprido como o proposto e ter contribuído para o desenvolvimento de boas práticas, promovendo também a importância da prática baseada na Evidência.

Considero que alcancei o objectivo geral deste estágio, para o qual contribuiu toda a equipa do SUC. Espero que a minha passagem tenha sido facilitadora da mudança e que tenha contribuído para o desenvolvimento de todos os intervenientes, como contribui para o meu, nesta experiência formativa que me proporcionaram.

2. CONCLUSÃO

Penso que o meu percurso profissional até aqui foi diversificado, sinto que foi exigente e reconheço que todas as dificuldades e obstáculos contribuíram para o meu desenvolvimento.

O desempenho profissional tem lugar em múltiplos contextos, sob variadas pressões e comandos. A própria prestação de cuidados de enfermagem só faz sentido se entendida como única em cada momento, respeitando a individualidade da pessoa alvo dos cuidados (CANÁRIO 2003 p.138).

Os momentos de aprendizagem que relatei, foram vividos com intensidade e muito empenho do que o seu todo é superior aos pequenos e variados momentos que os constituíram.

Como enfermeira é no Cuidar que me distingo, e tenho no respeito ao Outro, na procura do conhecimento e na reflexão, suportes de actuação que, nos momentos menos bons me ajudam a seguir em frente.

E porque as competências são da ordem do saber mobilizar que elas não podem ser dotadas de universalidade e existem independentemente dos sujeitos e dos contextos. A competência não é um estado nem um saber que se possui, nem um adquirido de formação. A competência produz-se, manifesta-se “em acto”, ou seja, resulta dos contextos de acção profissional e não previamente a estes (BOTERF, citado por CANÁRIO 2003 p. 139).

Toda a minha experiência anterior e a minha vontade em continuar a formação foram decisivas para a escolha deste Curso de Mestrado. A componente prática, apresentada neste relatório, constituiu uma oportunidade de testar, demonstrar e enriquecer competências que sendo, por si só, fundamentais, foram complementadas e consubstanciadas na partilha activa com todos os profissionais com os quais trabalhei.

O estágio na CCI, permitiu-me desenvolver várias actividades em áreas distintas. Gostaria de realçar aquelas que, confirmando o que já apresentei, mais contribuíram para o meu desenvolvimento. A experiência prática e o contacto directo com as várias actividades inerentes à VE possibilitou-me fazer uma pesquisa mais dirigida e compreender melhor alguns aspectos relacionados com a pertinência deste programa e como ele contribui para a prestação de cuidados. Considero que minha participação activa no Plano de Formação foi muito estimulante e positiva, concorrendo para incrementar e agilizar capacidades cognitivas e alguns processos mentais e comportamentais, principalmente na exposição a audiências distintas. Todas as outras actividades desenvolvidas, pela convergência e complementaridade, permitiram-me um entendimento mais alargado e concreto das dinâmicas da instituição e do papel central dos enfermeiros e de como estes podem influenciar positivamente, directa e indirectamente a qualidade da prestação de cuidados.

Relativamente ao estágio desenvolvido no Serviço de Urgência Central, realço as actividades desenvolvidas para e na prestação de cuidados à Pessoa/Família em situação emergente, com ênfase na primeira abordagem ao doente politraumatizado e no contacto e relação estabelecidos com os familiares. Com as suas especificidades, este serviço, permitiu-me actuar em interdisciplinaridade, em situações de elevada tensão emocional, no cuidado ao doente e família, tendo presente a continuidade de cuidados e a sua avaliação. Destaco ainda as actividades de âmbito formativo, concretamente as relacionadas com a Prevenção e Controlo da Infecção e a realização de algumas técnicas e procedimentos relacionados com a Gestão do Risco, que fui sugerindo e que obtiveram a aceitação por parte da equipa de enfermagem e AO.

Existiram limitações de tempo e foi necessário ajustar e compatibilizar a actividade profissional com a académica de modo a que nenhuma fosse prejudicada o que julgo ter conseguido com a dispensa do meu tempo pessoal e de convívio familiar.

A dimensão e a complexidade do HSM contribuíram para aumentar o grau de dificuldade de algumas actividades desenvolvidas. Simultaneamente, é esta mesma complexidade e diferenciação que me estimulou à actualização teórica e prática, permitindo a construção de novos saberes.

Ambas as experiências se influenciaram e potenciaram, resultando num aprofundamento do conhecimento e na demonstração de competências clínicas especializadas como se espera duma Enfermeira Especialista⁸.

Considero que este relatório cumpriu com os objectivos a que me propus e que consegue traduzir a avaliação feita: Acredito que o resultado desta etapa formativa se irá repercutir na melhoria do meu desempenho futuro.

⁸ “A atribuição do Título de Enfermeiro Especialista certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE 2009, p.10).

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁹

ALMINHAS, Sílvia Manuela Pação – Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. nº83 (Novembro 2007), p. 57-60.

BENNER, Patrícia – **De iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2005. 262p. ISBN 989-558-052-5

BRAGUEZ, Liliana – **Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo, 2004. 64 p.

CANÁRIO, Rui – Formação e Mudança no Campo da Saúde. In CANÁRIO, Rui (org.) – **FORMAÇÃO E SITUAÇÕES DE TRABALHO**. 2ª ed. Porto: Porto Editora, Lda, 2003. ISBN 972-0-01115-7. p. 117-146.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida**. 4ª ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., 1999. 385 p. ISBN 972-757-109-3

DIAS, José Manuel – **Formadores: que desempenho?** Loures: Lusociência, 2004. 197 p. ISBN 972-8383-75-4

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Prevenção das Infecções Adquiridas no Hospital. Um Guia Prático**. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde. 2002.

– **Programa Nacional e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. Março 2007.

- **Circular Normativa N° 18/DSQC/DSC**, de 15/10/2007. Ministério da Saúde

- **Programa Nacional e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. INQUÉRITO DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO Lisboa: Ministério da Saúde. Março 2009.

DIZ, Elisabete de Fátima Dinis; GOMES, Maria José Almendra Rodrigues. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. nº 18 (Agosto 2008), p. 5-14.

DUBAR, Claude – Formação, Trabalho e Identidades Profissionais. In CANÁRIO, Rui (org.) – **FORMAÇÃO E SITUAÇÕES DE TRABALHO**. 2ª ed. Porto: Porto Editora, Lda, 2003. ISBN 972-0-01115-7. p. 43-52.

⁹ De acordo com a Norma Portuguesa 405-1

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2001. 220 p. ISBN 972-8383-20-7

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE - **Informação e Documentação. Referências bibliográficas: documentos impressos. NP 405-1** [Em linha]. Lisboa: 1994. [Consult. 2010-01-10]. Disponível em <http://www.ipq.pt/customPage.aspx?modilID=0&pagID=8&tipo=0>

MALGLAIVE, Gérard – Formação e Saberes Profissionais: Entre a Teoria e a Prática. In CANÁRIO, Rui (org.) – **FORMAÇÃO E SITUAÇÕES DE TRABALHO**. 2ª ed. Porto: Porto Editora, Lda, 2003. ISBN 972-0-01115-7. p. 53-60.

MANUAL DE TRAUMA – 5ª ed. Damaia: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2009. 183 p. ISBN 978-972-8930-52-3

MARGATO, Carlos – ENFERMAGEM: SIM....**Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. nº88 (Janeiro 2010), p. 4.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: OE, Dezembro 2001.

– **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Conselho de Enfermagem. Lisboa: OE, Outubro 2003.

– **Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente**. Documento elaborado pelo Conselho Jurisdicional da OE e aprovado na reunião do Conselho Directivo de 8 de Junho de 2006. Lisboa: OE, Junho 2006.

- **Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Lisboa: OE, Dezembro 2009.

SALE, Diana – **Garantia Da Qualidade Nos Cuidados De Saúde, para os Profissionais da Equipa de Saúde**. 1º ed. Lisboa: PRINCIPIA, Publicações Universitárias e Científicas, 1998. 158 p. ISBN 972-97457-6-5

ANEXOS

ANEXO I – Programa do “Curso de Controlo de Infecção para Enfermeiros de Ligação”

CURSO DE CONTROLO DA INFECCÃO PARA ENFERMEIROS DE LIGAÇÃO

Centro de Formação Multiprofissional
2 a 6 de Novembro de 2009 – das 9 às 16 h

2/11/09 - 2ª feira

09.00h – 9.30h	Abertura do curso – Apresentação, objectivos. (Todos)
9.30h – 10.15h	Conceitos Fundamentais. (Dr. Luís Marques Lito)
10.30h – 11.00h	Evolução Histórica. (Enf. Carvoeira)
11.00h – 13.00h	Microbiologia. Contribuição do Laboratório. Estirpes hospitalares e vigilância epidemiológica. (Dr. Luís Marques Lito)
13.00h – 14.00h	Almoço
14.00h – 15.00h	Precauções básicas na prevenção da Infecção Hospitalar – Barreiras de Protecção. (Enf. Teresa Amores)
15.00h – 16.00h	Isolamento. (Dr. Álvaro Pereira)

03/11/09 - 3ª feira

09.00h – 10.00h	Antissépticos e desinfectantes. (Dra. Regina Lourenço)
10.00h – 11.00h	Dispositivos médicos e descontaminação dos materiais (Enf. Elsa Teixeira)
11.15h – 12.00h	Esterilização. (Enf. Maria José)
12.00h – 13.00h	Lavagem e desinfecção das mãos – Técnica e utilidade prática. (Enf. Maria José)
13.00h – 14.00h	Almoço
14.00h – 15.00h	Isolamento (Infecção por <i>Clostridium difficile</i>) Teresa Amores
15.00h – 16.00h	Custos da Infecção Hospitalar. (Dra. Antonieta Ávila)

04/11/09 - 4ª feira

09.00h – 10.30h	Prevenção da Infecção dos Cateteres Vasculares. (Dr.ª Manuela Correia, Enf. Teresa Amores)
10.30h – 11.45h	Prevenção da Infecção urinária (Dr. Álvaro Pereira, Enf. Maria José)
12.00h – 13.00h	Prevenção da Infecção Respiratória (Dr. Álvaro, Enf. Teresa Amores)
13.00h – 14.00h	Almoço
14.00h – 15.00 h	Utilização de Antibióticos. (Dr. Álvaro Pereira)
15.00h – 16.00h	Exercícios Práticos sobre isolamento (Enf.ª Teresa)

**COMISSÃO DE
CONTROLO DA INFECCÃO HOSPITALAR**

CURSO DE CONTROLO DA INFECCÃO PARA ENFERMEIROS DE LIGAÇÃO

Centro de Formação Multiprofissional
2 a 6 de Novembro de 2009 – das 9 às 16 h

05/11/09 - 5ª feira

09.00h – 10.30h	Prevenção da Infecção Cirúrgica (Enf. Carvoeira)
10.45h – 12.30h	Preparação das auditorias (Enfª Carvoeira e Enfª Teresa)
12.30h – 13.30h	Almoço
13.30h – 16.00h	Auditorias nos serviços

06/11/09 - 6ª feira

09.00h – 13.00h	Análise das Auditorias, discussão dos resultados e propostas de actuação (Enfª Carvoeira e Enfª Teresa)
13.00h - 14.00h	Almoço
13.30h – 14.30h	Ambiente e controlo de Infecção (Enfª Carvoeira)
14.30h – 16.00h	Avaliação. (teste de resposta múltipla)

FORMADORES:

Dr. Álvaro Pereira – Assistente Hospitalar. UTIDI. Serviço de Doenças Infecciosas. Membro da CCIH.

Dra. Antonieta Ávila – Administradora Hospitalar. Membro da CCIH.

Dr. Henrique Bento – Assistente Hospitalar Graduado.

Dr. Luís Marques Lito – Chefe de Serviço de Patologia Clínica. Coordenador da CCIH.

Dra. Manuela Correia – Assistente Hospitalar Graduada. Coordenadora da UCIPED. Serviço de Pediatria. Membro da CCIH.

Dra. Regina Lourenço – Assistente Principal da Carreira de Técnicos Superiores de Saúde – Ramo de Farmácia. Membro da CCIH.

Enf. Maria das Neves Carvoeira – Enfermeira graduada - CCIH.

Enf. Maria José Sabbo – Enfermeira graduada. Enfermeira Responsável da Central de Esterilização. Membro da CCIH.

Enf. Teresa Amores – Enfermeira graduada. Membro da CCIH.

**COMISSÃO DE
CONTROLO DA INFECCÃO HOSPITALAR**

ANEXO II – Artigo da Revista Minerva – “Estudo dos Doentes Algaliados nos Serviços de Medicina”



Ana Antunes

ENFERMAGEM

Estudo sobre doentes algaliados nos Serviços de Medicina

O registo de diurese surge como o principal motivo de algaliação ou permanência da algália nos doentes internados. A retenção urinária é o segundo motivo da algaliação. A incontinência urinária e as colheitas de urina foram motivos menos frequentes.

É crucial uma avaliação contínua pela equipa de Enfermagem e Médica nos serviços de internamento, sobre a pertinência de algaliar ou manter a algaliação, assim como a adopção de outras metodologias para dar resposta à necessidade clínica do registo de diurese.

Ana Maria Neto Antunes
Enfermeira Especialista.

Elsa Teixeira
Enfermeira Graduada

Serviços de Medicina I e II, Hospital de Santa Maria,
Lisboa.

Em 2007 foi decisão conjunta de todas as Enfermeiras Chefes dos Serviços de Medicina do Hospital de Santa Maria, com o conhecimento e aprovação da Sr.^a Enfermeira Adjunta Ortélia Dias, responsável na altura pelo Departamento de Medicina, realizar um estudo que incluísse todos os doentes algaliados nos respectivos serviços. Neste estudo foi feita a recolha dos dados considerados pertinentes, durante os meses de Fevereiro, Março e Abril do corrente ano, de modo a compreender quais as razões que influenciaram e implicaram a algaliação nestes doentes.

Este estudo derivou da convergência de opinião, de todos os envolvidos, de que existiam nos nossos serviços um elevado número de doentes algaliados e durante longos períodos, sem que, objectivamente, fossem apresentadas razões clínicas para tal.

Assim sendo e tentando dar resposta a esta problemática o presente estudo teve como Objectivos:

- Objectivo Geral: Conhecer as razões e/ou motivos da algaliação nos doentes internados.

Objectivos específicos:

- Diminuir a taxa de utilização da algália nos doentes internados
- Promover o desenvolvimento de metodologias de trabalho que contribuam para esta redução de utilização, nomeadamente pela sensibilização das equipas.

A título informativo, apresentámos a análise retrospectiva dos microrganismos isolados no Laboratório de Microbiologia, feita pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, do Hospital de Santa Maria, respeitante aos exames realizados a partir da urina dos doentes incluídos neste estudo.

GRUPO DE TRABALHO

O Grupo de Trabalho foi constituído por 2 Enfermeiros de cada serviço de Medicina, sendo um deles preferencialmente o Enfermeiro de Ligação com a Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (CCIH).

Constituíram este grupo: Medicina IA (Enf^o Rui Nunes e Enf^a Isilda Castro); Medicina IB (Enf^a Ana Antunes e Enf^a Ana Lúcia Tavares); Medicina IC (Enf^o Alexandre Rocha e Enf^a Vanessa Fernandes); Medicina ID (Enf^a Rita Fontes e Enf^a Ana Patrícia Torres); Medicina IIA (Enf^a Elsa Teixeira e Enf^a Dora Ferreira); Medicina IIB (Enf^a Sónia Frias e Enf^a Ana Luísa Nabais); Medicina IIC (Enf^a Dulce Oliveira e Enf^a Clara Geraldès); Medicina IID (Enf^a Susana Jesus e Enf^a Tânia Gago).

Para realizar este trabalho, foram pedidos o apoio e colaboração da CCIH na construção do instrumento de trabalho e acompanhamento. Contámos também com a colaboração da equipa médica de cada serviço.

O relatório final foi elaborado pelas Enfermeiras Ana Antunes, Elsa Teixeira e Susana Jesus, com a colaboração da Enfermeira Teresa Amores e do Dr. Luís Marques Lito.

METODOLOGIA

Definição da amostra

- Doentes internados nos Serviços de Medicina, no período de 1 de Fevereiro a 30 de Abril de 2007, algaliados à data do internamento e/ou algaliados durante o internamento.
- Todos os doentes incluídos no estudo, que já se encontravam algaliados à entrada no serviço, foram sujeitos a uma avaliação efectuada nas primeiras 96 horas após a admissão, com o objectivo de decidir pela manutenção ou não da algaliação. Esta avaliação, foi feita pelo enfermeiro responsável pelo doente, em colaboração com o médico assistente. Foi decidido que a avaliação seria feita no espaço temporal de 96 horas, de modo a incluir fins-de-semana e feriados e assim contemplar a presença do médico assistente do doente.

Crítérios de exclusão

- Todos os doentes algaliados por um período inferior ou igual a 24 horas.

Colheita de dados

Em Dezembro de 2006, foi elaborado pelo grupo de trabalho o protocolo do estudo.

Foi elaborado o primeiro instrumento de colheita de dados, o pré-teste, no qual se registava a data de admissão do doente, nome, sexo, idade, número da cama, local de algaliação com respectivo motivo, datas de desalgaliação e de realgaliação, existência de uroculturas positivas, data de saída e registo de permanência de algália ou não aquando da alta. O pré-teste foi preenchido durante 3 semanas do mês de Janeiro.

No final de Janeiro, o grupo decidiu alterar alguns itens do instrumento de colheita de dados, pela dificuldade de preenchimento devido à falta de informação. Foram eliminados os itens referentes ao local de algaliação e motivo, nos casos de algaliação prévia ao internamento, porque os dados e registos provenientes do Serviço de Urgência eram incompletos ou inexistentes. Esta falta de informação impossibilitou a recolha dos motivos dos doentes algaliados no Serviço de Urgência e consequentemente a avaliação da necessidade de algaliação.

O registo da existência de uroculturas positivas foi eliminado por se ter verificado dificuldade em obter essa informação em tempo útil, além de que este registo exigia uma maior disponibilidade dos enfermeiros envolvidos.

No instrumento de colheita de dados utilizado no estudo registava-se o NID/NSC do doente, data de admissão, nome, sexo, idade, local de algaliação — prévia ao internamento ou durante este, motivo de algaliação no serviço e motivo de permanência de algália decorrente da avaliação feita pelo enfermeiro e médico assistente. Os restantes itens mantiveram-se.

A “folha calendário” é um instrumento que permite a recolha de dados uniformes relativos ao número de dias de algaliação, número de doentes admitidos, número de dias de internamento e demora média global. Estes dados permitiram calcular o índice de exposição dos doentes ao factor de risco (algália) ou seja a taxa de utilização

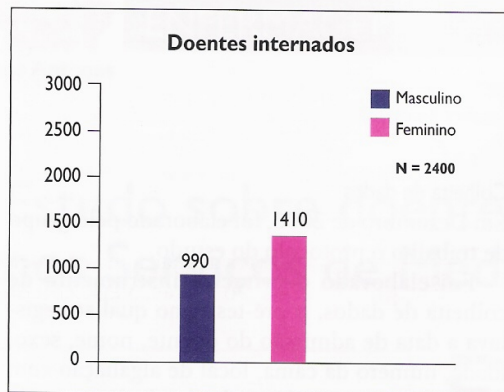


FIGURA 1 Doentes internados por sexo.

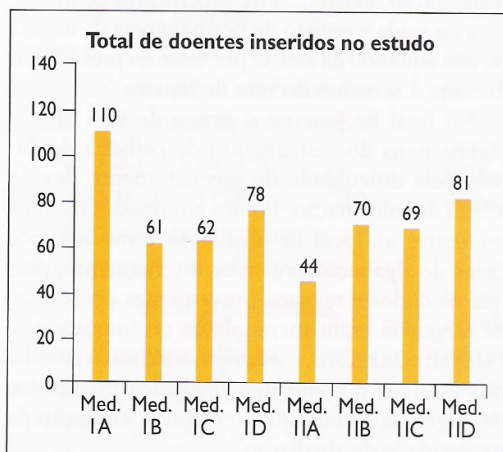


FIGURA 2 Distribuição dos doentes estudados pelos Serviços.

do cateter urinário. Esta taxa é obtida pela divisão do número de dias de algáliação pelo número de dias de internamento.

Esta "folha calendário" foi preenchida diariamente em cada serviço, sempre à mesma hora, pelos enfermeiros envolvidos no estudo. Na folha registava-se diariamente o número de doentes com algália. No final de cada mês, foram registados os restantes dados estatísticos relacionados com o movimento de doentes, fornecidos pelo Serviço de Estatística do hospital, que permitiram determinar as outras taxas.

Na apresentação dos dados a referência a cateter urinário significa algália.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Caracterização da amostra

Durante o período de estudo foram internados

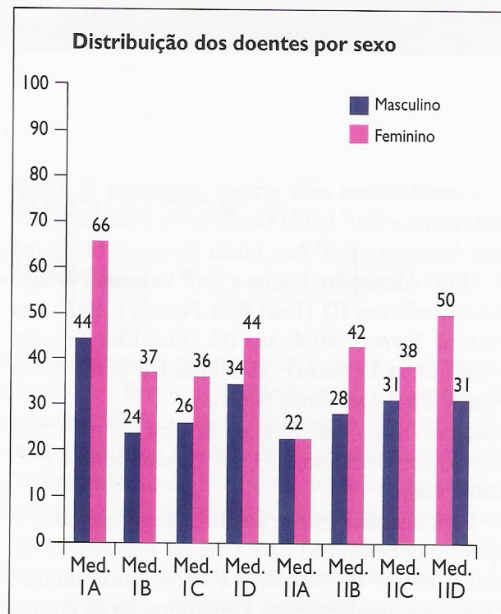


FIGURA 3 Distribuição dos doentes por sexo.

nos Serviços de Medicina I e II, 2400 doentes, dos quais 1410 (58,8%) do sexo feminino e 990 (41,3%) do sexo masculino (Figura 1).

A amostra foi constituída por 575 doentes, correspondendo a 24% do total de doentes internados, distribuídos pelos diferentes serviços de Medicina (Figura 2).

O serviço de Medicina I A foi o que apresentou maior número de doentes algaliados.

O serviço de Medicina II A foi o que apresentou menor número de doentes algaliados.

Sexo Do total de doentes estudados (575), 58,3% era do sexo feminino e 41,7% do sexo masculino.

A percentagem de distribuição por sexo é idêntica ao total dos doentes internados nos Serviços de Medicina I e II no trimestre em estudo (Figura 3).

Idade A média das idades da amostra foi de 77,5 anos, sendo a idade mínima de 16 anos e a máxima de 98 anos. A moda variou entre os 73 e os 90 anos (Figura 4 e Quadro 1).

Local de algáliação

A maioria dos doentes incluídos no estudo (63,7%) encontrava-se algaliada aquando da sua admissão nos serviços de Medicina, verificando-se esta tendência em todos os serviços. Os res-

QUADRO 1 Dados estatísticos referentes à idade

Indicadores estatísticos	Serviços de Medicina							
	IA	IB	IC	ID	IIA	IIB	IIC	IID
Desvio padrão	11,9	17,7	10,3	11,9	14,9	13,7	16,0	11,3
Moda	82	84	89	86	81	73	84	90
Mínimo	32	44	36	21	36	16	20	32
Máximo	97	98	93	94	96	96	98	97

tantes doentes admitidos no estudo, correspondendo a 36,3%, foram algaliados durante o internamento (Figura 5).

Necessidade de manutenção da algáliação

Após a avaliação nas primeiras 96 horas, verificou-se que 45,6% dos doentes que

se encontravam algaliados à data da admissão no serviço, não apresentavam à avaliação critérios clínicos para a manutenção da algáliação, pelo que foram desalgaliados (Figuras 6 e 7).

Motivo da algáliação dos doentes

Dos doentes estudados o motivo que surgiu com maior frequência foi a necessidade do registo da diurese. A incontinência urinária e as colheitas de urina foram os motivos menos frequentes.

Alguns dos doentes estudados apresentaram mais de que um motivo para serem ou permanecerem algaliados (Figuras 8 e 9).

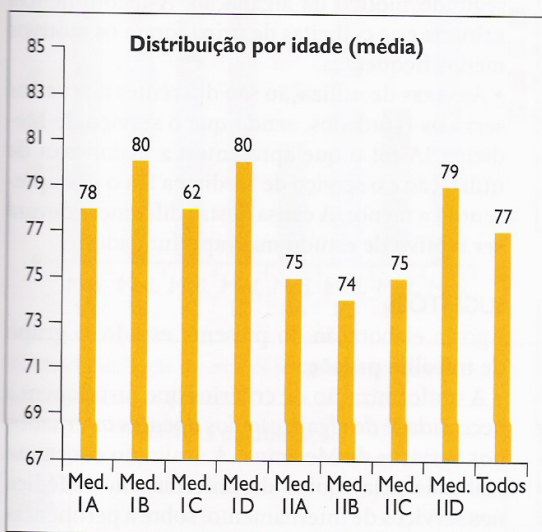


FIGURA 4 Média de idades da população estudada por Serviço.

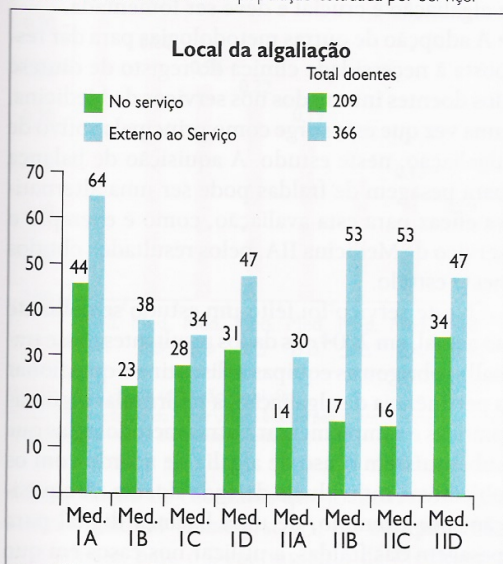


FIGURA 5 Local da algáliação.

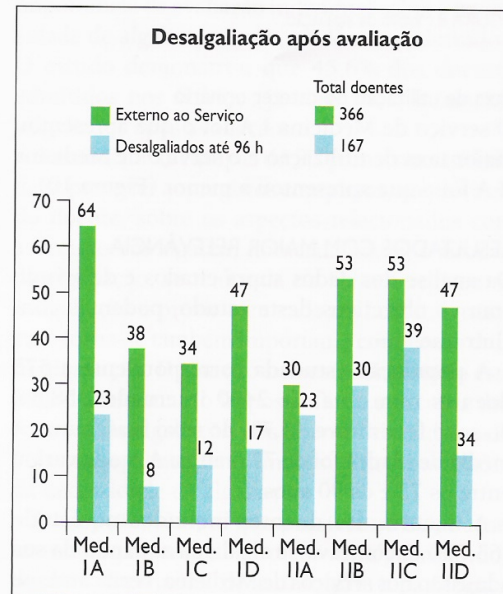


FIGURA 6 Doentes desalgaliados, por Serviço, após avaliação.

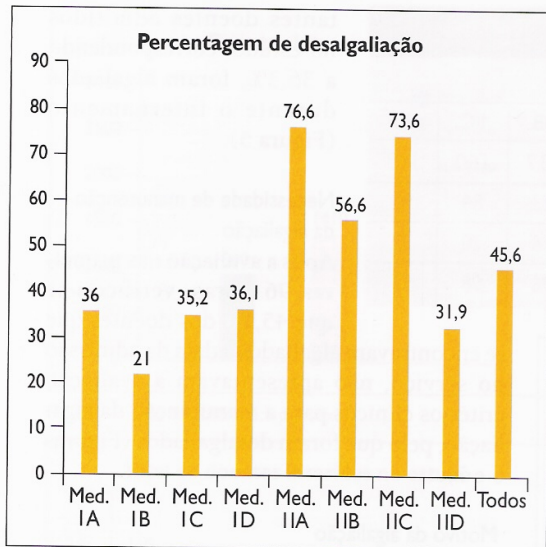


FIGURA 7 Percentagem de desalgáliação por Serviço.

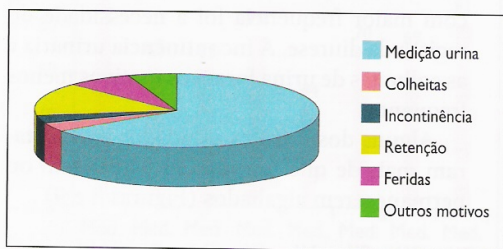


FIGURA 8 Motivo da algáliação.

Taxa de utilização do cateter urinário

O serviço de Medicina I A foi o que apresentou maior taxa de utilização e o serviço de Medicina II A foi o que apresentou a menor (Figura 10).

RESULTADOS COM MAIOR RELEVÂNCIA

Da análise dos dados supra citados e de acordo com os objectivos deste estudo, podemos concluir que:

- A população estudada correspondente a 575 doentes num total de 2400 internados, 58,3% do sexo feminino e 41,7% do sexo masculino. A média de idades foi de 77,5 anos. A moda variou entre os 73 e os 90 anos.
- A maioria dos doentes incluídos no estudo (63,7%) encontrava-se algaliada aquando da sua admissão nos serviços de Medicina, verificando-se esta tendência em todos os serviços. Os restantes

36,3% foram algaliados nos serviços de internamento.

- Dos doentes admitidos no estudo, com algáliação prévia à data de admissão e, após avaliação até às 96 horas, cerca de 45,6% dos doentes foram desalgaliados.

- O registo de diurese surge como sendo o principal motivo de algáliação ou permanência da algália nos doentes internados, durante o período em estudo. A retenção urinária surge como o segundo motivo da algáliação. A incontinência urinária e as colheitas de urina foram os motivos menos frequentes.

- As taxas de utilização são diferentes nos vários serviços estudados, sendo que o serviço de Medicina IA foi o que apresentou a maior taxa de utilização e o serviço de Medicina IIA o que apresentou a menor. A causa destas diferenças deverá ser motivo de estudo mais aprofundado.

SUGESTÕES

Após a elaboração do presente estudo, o grupo de trabalho propõe:

- A uniformização de critérios que justifiquem a necessidade de algáliação dos doentes internados nos Serviços de Medicina. A avaliação constante realizada pela equipa de Enfermagem e Médica nos serviços de internamento, sobre a pertinência e a necessidade individual em algaliar e em manter a algáliação é crucial e deve ser fomentada.

- A adopção de outras metodologias para dar resposta à necessidade clínica do registo de diurese dos doentes internados nos serviços de Medicina, uma vez que este surge como principal motivo de algáliação, neste estudo. A aquisição de balança para pesagem de fraldas pode ser uma alternativa eficaz para esta avaliação, como é exemplo o serviço de Medicina IIA, pelos resultados obtidos neste estudo.

Neste serviço foi feito um estudo semelhante ao actual, em 2004. Os dados resultantes desse trabalho obrigou as equipas a discutir e a questionar a pertinência da algáliação, a reformular algumas práticas e a implementar outras metodologias que substituíssem o uso de algália de acordo com os objectivos individuais de cada doente. A aquisição, por exemplo, de uma balança digital para pesagem das fraldas, a utilizar nos casos em que a medição de diurese é necessária.

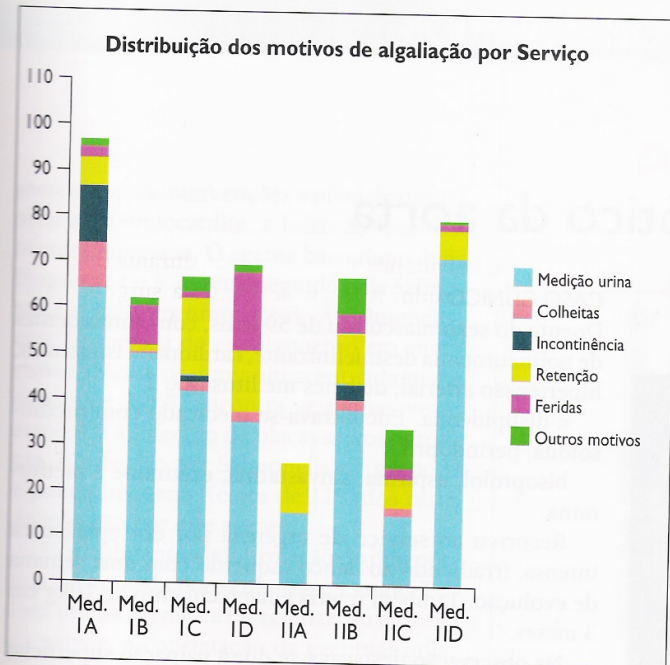


FIGURA 9 Distribuição dos motivos de algáliação por Serviço.

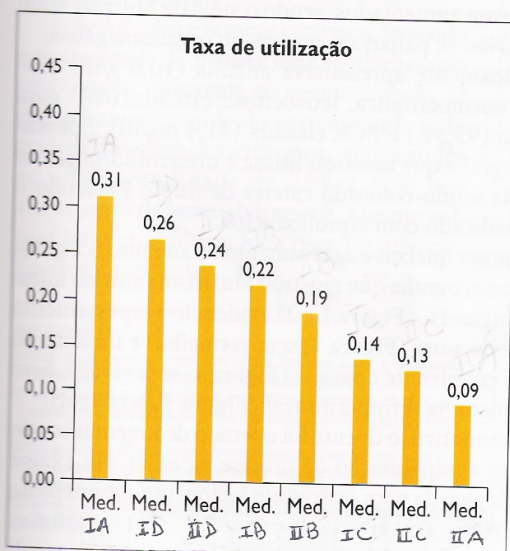


FIGURA 10 Taxa de utilização de algália. Nota: A taxa de utilização do cateter urinário é obtida pela divisão do número de dias de algáliação pelo número de dias de internamento.

• A aquisição de ecógrafos que medem o volume vesical residual (*Bladderscan*), ou equipamento equivalente, para o Departamento de Medicina e Serviço de Urgência, como metodologia alternativa

à algáliação dos doentes internados, para averiguação da existência de retenção urinária e qual o valor do volume residual de urina.

A retenção urinária surge neste estudo como a segunda causa de algáliação nos serviços.

• A elaboração de um trabalho semelhante nos Serviços de Medicina, durante o ano de 2008, de modo a confrontar resultados e avaliar a existência ou não de mudanças relativas à necessidade de algáliação dos doentes admitidos nos serviços ou, no caso de não ser possível, que, no mínimo, se proceda em cada serviço, durante um trimestre, ao registo em “folhas calendário” que possibilite o calculo e conseqüente análise do índice de exposição dos doentes ao cateter vesical. Estes resultados são importantes para a monitorização da taxa de utilização do cateter vesical cujo aumento

deve funcionar como um alerta para a necessidade de modificar práticas diárias.

• Apresentar o estudo às equipas do Serviço de Urgência (SU) e sensibilizar as equipas para a importância da avaliação individual sobre a necessidade de algaliar, ou não, os doentes admitidos. O estudo demonstrou que 45,6% dos doentes admitidos nos serviços já algaliados, foram desalgaliados após avaliação.

• Sensibilizar as equipas do SU para a necessidade de se proceder aos registos completos, no processo do doente, sobre os aspectos relacionados com a decisão em algaliar, nomeadamente, o motivo da algáliação, se realizada no SU ou, registar se a algáliação é prévia à entrada no hospital, neste caso torna-se também importante conhecer a data de algáliação. Durante o trimestre em estudo esta falta de informação impossibilitou a recolha dos motivos de algáliação nos doentes enviados pelo SU e conseqüentemente impossibilitou a avaliação da necessidade da algáliação.

• A adopção, sempre que possível no SU, outras metodologias em substituição da algáliação dos doentes internados, de acordo com a patologia e a necessidade clínica do doente. ■

ANEXO III – Sessão Formativa – “Doentes Algaliados nos Serviços de Medicina”

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DOENTES ALGALIADOS NOS SERVIÇOS DE MEDICINA

CCI – Curso de Actualização
18 de Novembro de 2009

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

OBJECTIVOS

Objectivo Geral: Conhecer as razões e/ou motivos da algaliação nos doentes internados.

Objectivos específicos:

- Diminuir a taxa de utilização da algália nos doentes internados
- Promover o desenvolvimento de metodologias de trabalho que contribuam para esta redução de utilização, nomeadamente pela sensibilização das equipas.

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

GRUPO DE TRABALHO

- 2 Enfermeiros de cada Serviço de Medicina
- Colaboração Equipa Médica
- Apoio e Colaboração CCIH

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

MATERIAL E MÉTODOS

AMOSTRA:

Doentes internados - 1 de Fevereiro a 30 de Abril de 2007, nos Serviços de Medicina e sujeitos a algaliação.

Doentes algaliados à data do internamento e/ou algaliados durante o internamento.

Excluídos os doentes algaliados por um período inferior ou igual a 24 horas.

AVALIAÇÃO

Da necessidade de algaliação até às 96 horas após admissão, realizada pelo Enfermeiro e Médico responsáveis pelo doente.

JUNHO 2008

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Identificação Doente

NID - Data Admissão - Nome - Sexo - Idade

Local algaliação

Exterior ao serviço - Alg. No Serviço - Data de alg.

Motivos

Medição de urina - Colheitas - Incontinência - Retenção - Feridas -

Outros

Data Desalgaliação

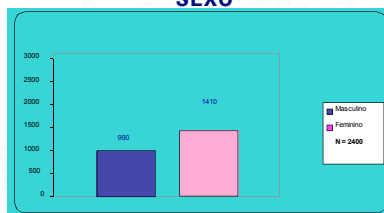
Dias de Algaliação

Data Saída do Serviço - Alta

Algaliação à Saída do Serviço

RESULTADOS

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS POR SEXO

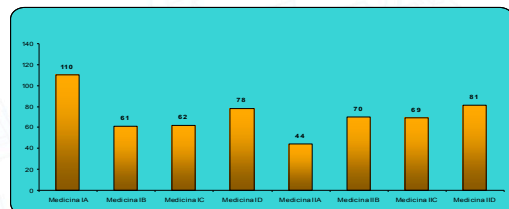


8 Serviços de Medicina, I e II
N= 2400

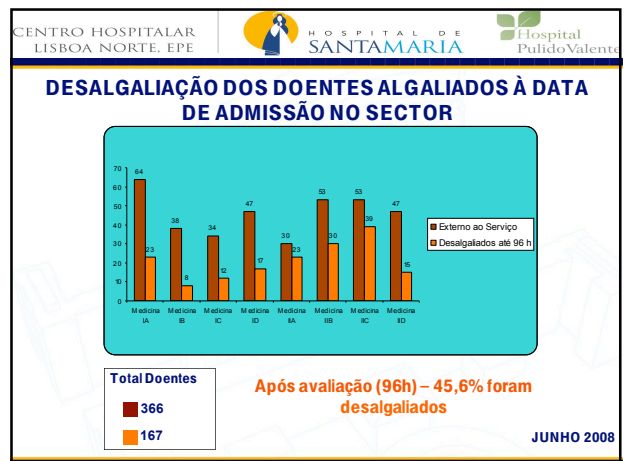
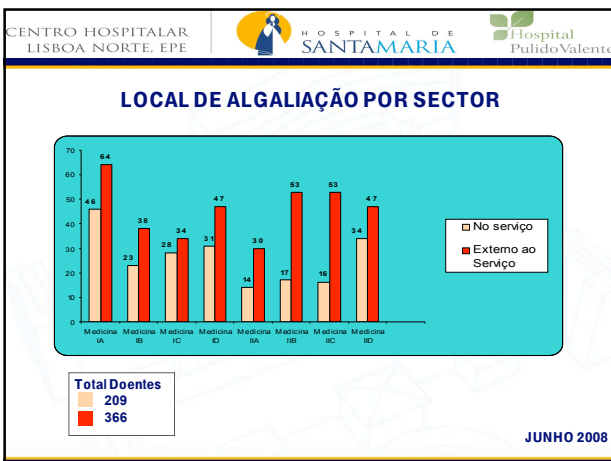
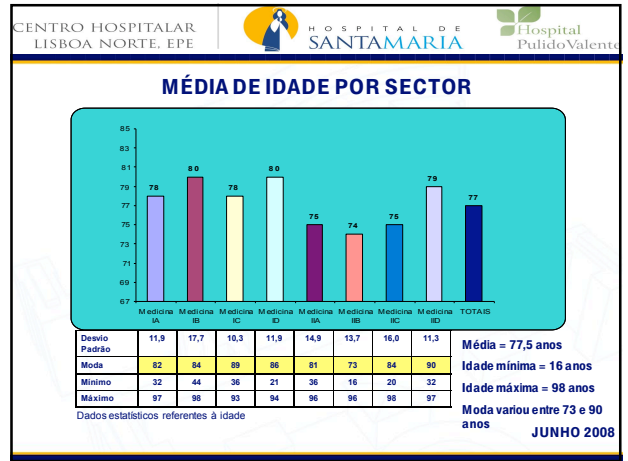
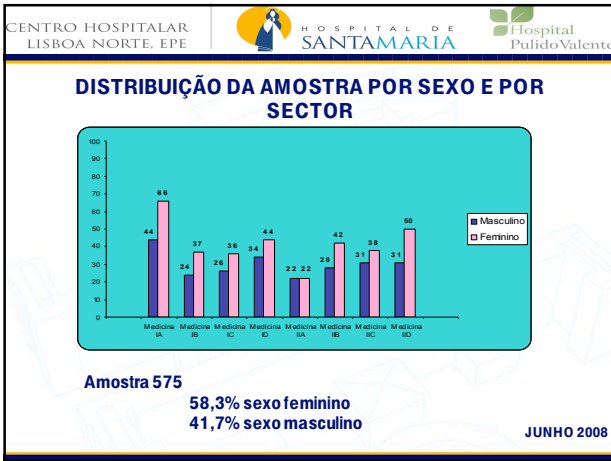
1410 (58,8%) sexo feminino
990 (41,3%) sexo masculino

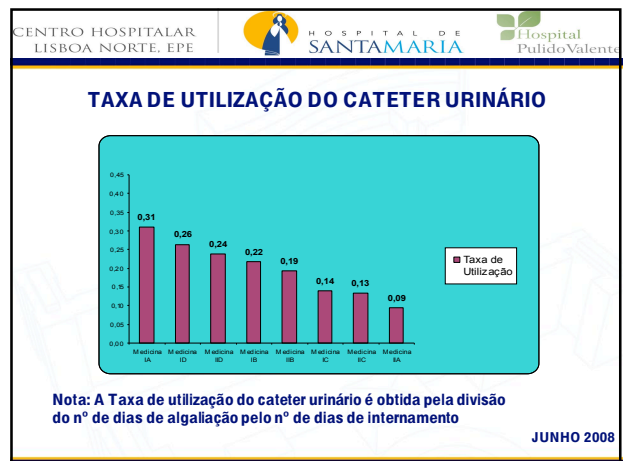
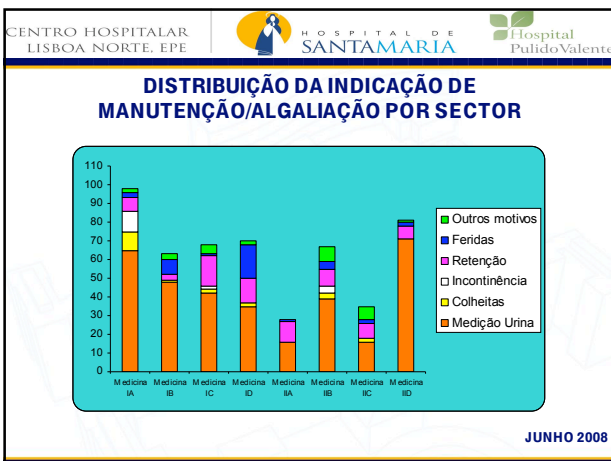
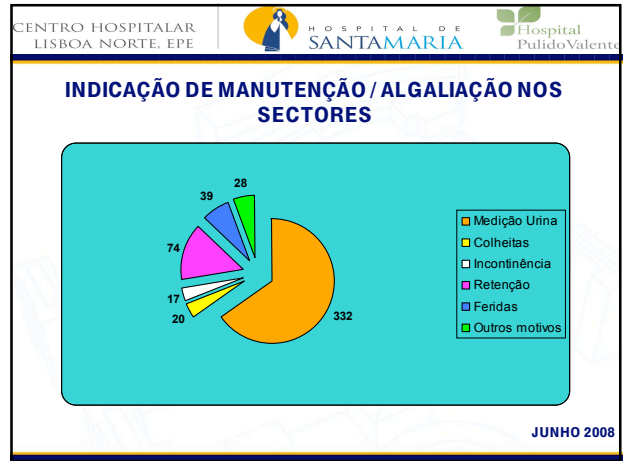
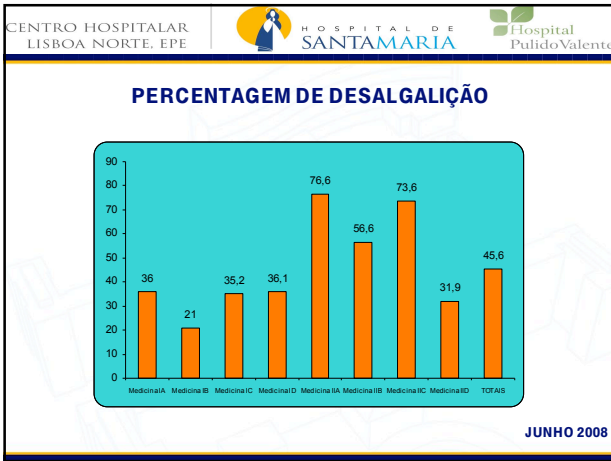
JUNHO 2008

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA (575 doentes) PELOS SECTORES



JUNHO 2008





DADOS da CCI

Feita avaliação sumária (comparativa) do grau de utilização do Laboratório de Microbiologia do HSM para o diagnóstico de infeção urinária em cada serviço, através do número de uroculturas requisitadas durante o período em estudo.

JUNHO 2008

DADOS da CCI

Os dados obtidos permitiram calcular

Taxa de bacteriúria relacionada com o cateter urinário por mil dias de algaliação - (número de episódios de bacteriúria / número de dias de algaliação x 1000)

Percentagem de doentes com bacteriúria relacionada com a cateter urinário - (número de episódios de bacteriúria / número de doentes algaliados)

NOTA : as estipes isoladas e os valores encontrados - indicadores para reflexão

JUNHO 2008

DADOS da CCI

	Medicina IA	Medicina IB	Medicina IC	Medicina ID	Medicina IIA	Medicina IIB	Medicina IIC	Medicina IID	TOTAIS
Doentes algaliados	110	61	62	78	45	70	69	81	576
Dias algaliação	604	508	406	668	209	444	257	470	3566
Dias internamento	1942	2340	2906	2549	2231	2305	1929	2181	18383
Total uroculturas requisitadas	81	139	119	113	168	137	176	159	1092
Total uroculturas doentes incluídos estudo	60	49	35	43	35	62	64	67	415
Taxa Bacteriúria	28,1/1000	25,6/1000	14,8/1000	18/1000	28,7/1000	47,3/1000	58,4/1000	21,3/1000	
% doentes c/ bacteriúria	15,4%	21,3%	9,7%	15,4%	13,3%	30,0%	21,7%	12,3%	

JUNHO 2008

DADOS da CCI

Medicina I A

Episódios de bacteriúria - 17

Microorganismos implicados

E. coli- 6 (1 ESBL)
Proteus mirabilis+ *E. coli*- 2
Proteus mirabilis+ *E. faecalis* -1
Pseudomonas aeruginosa - 1
Pseudomonas aeruginosa+ *E. faecalis*-1
Klebsiella pneumoniae-2
MRSA - 1
Morganella morganii- 1
Streptococcus G B - 1
Enterobacter cloacae- 1

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DADOS da CCI

Medicina I B

Episódios de bacteriúria – 13

Microrganismos implicados

- E.coli*-7 (1 com bacteriémia)
- Klebsiella sp.*-2
- S. aureus*-1
- E.faecalis*-1
- Candida albicans*-1
- Proteus penneri*-1

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DADOS da CCI

Medicina I C

Episódios de bacteriúria – 6

Microrganismos implicados

- E.faecalis* + *Candida albicans* – 1
- E.coli* - 2
- Proteus mirabilis* – 1
- S.aureus* (MRSA) -1
- Providencia stuartii*-1

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DADOS da CCI

Medicina I D

Episódios de bacteriúria – 12

Microrganismos implicados

- MRSA – 3
- Klebsiella pneumoniae* ESBL - 1
- E.coli* – 3 (1 também no sangue)
- E.coli* + *Proteus mirabilis* -1
- Proteus mirabilis* – 1 (também no sangue)
- Candida sp.* – 2
- Enterococcus faecalis* – 1

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DADOS da CCI

Medicina II A

Episódios de bacteriúria – 6

Microrganismos implicados

- E.coli*(1 ESBL) – 4
- Pseudomonas aeruginosa* – 1
- Enterococcus faecalis*-1

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE HOSPITAL DE SANTAMARIA Hospital PulidoValente

DADOS da CCI

Medicina II B

Episódios de bacteriúria – 21

Microrganismos implicados

- E. coli* – 10 (1 ESBL; 1 também no sangue)
- E. coli*/ESBL + *E. faecalis* – 1
- E. coli*/ESBL + *Pseudomonas aeruginosa* - 1
- Candida albicans* – 3
- Klebsiella pneumoniae* - 1
- Acinetobacter baumannii* – 1
- Proteus mirabilis* – 1
- Staphylococcus aureus* - 1
- Enterobacter cloacae* - 1
- E. faecalis* – 1

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE HOSPITAL DE SANTAMARIA Hospital PulidoValente

DADOS da CCI

Medicina II C

Episódios de bacteriúria – 15

Microrganismos implicados

- E. coli* - 4
- Proteus mirabilis* – 3
- Candida albicans* – 2
- Pseudomonas aeruginosa* – 1
- S. epidermidis* - 1
- K. pneumoniae* ESBL - 1
- E. faecalis* - 1
- Serratia marcescens* - 1
- Hafnia alvei* - 1

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE HOSPITAL DE SANTAMARIA Hospital PulidoValente

DADOS da CCI

Medicina II D

Episódios de bacteriúria – 10

Microrganismos implicados

- E. coli*(2ESBL 1 tb no sangue) - 4
- Proteus mirabilis* – 2
- E. faecium* – 1
- Pseudomonas aeruginosa* – 1
- Citrobacter freundii* - 1
- Candida albicans* – 1

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE HOSPITAL DE SANTAMARIA Hospital PulidoValente

DISCUSSÃO

A população estudada correspondente a 575 doentes num total de 2400 internados

58,3% do sexo feminino e 41,7% do sexo masculino

A média de idades foi de 77,5 anos

A moda variou entre os 73 e os 90 anos

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DISCUSSÃO

63,7% dos doentes incluídos no estudo estavam algaliados aquando da sua admissão

Os restantes 36,3% foram algaliados nos serviços de internamento

Dos doentes admitidos no estudo, com algaliação prévia à data de admissão e, após avaliação até às 96 horas, 45,6% foram desalgaliados

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DISCUSSÃO

O registo de diurese surge como sendo o principal motivo de algaliação ou permanência da algália nos doentes internados.

A retenção urinária surge como o segundo motivo da algaliação.

A incontinência urinária e as colheitas de urina foram os motivos menos frequentes.

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DISCUSSÃO

As taxas de utilização são diferentes nos vários sectores estudados, sendo que a Medicina IA foi o que apresentou a maior taxa de utilização e a Medicina IIA o que apresentou a menor.

Taxa de utilização no serviço de Medicina II:

- Sector D - 0,24
- Sector B - 0,19
- Sector C - 0,13
- Sector A - 0,09

JUNHO 2008

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

DISCUSSÃO

RESULTADOS GLOBAIS

Doentes algaliados - 575
 Dias de algaliação - 3566
 Dias de internamento - 18180

Taxa global de bacteriúria relacionada com o cateter urinário
 Foram detectados 97 episódios de bacteriúria num total de 3566 dias de algaliação

Taxa de bacteriúria relacionada com o cateter urinário
 = 27,2/1000 dias de algaliação

Porcentagem de doentes com bacteriúria relacionada com o cateter
 = 16,9%

JUNHO 2008



SUGESTÕES

Adopção de protocolos de algaliação.

Avaliação constante realizada pela equipa de Enfermagem e Médica nos serviços de internamento.

Adopção de outras metodologias:

Utilização de dispositivos urinários

Pesagem das fraldas

Ecógrafos de medição do volume residual de urina

JUNHO 2008



SUGESTÕES

Divulgação deste estudo junto das equipas envolvidas (Medicina/SUC)

Replicar o estudo, durante o ano de 2008, para confrontar resultados e avaliar a existência ou não de mudanças relativas à necessidade de algaliação.

Sensibilização das equipas SUC/Medicina para a qualidade da informação registada.

JUNHO 2008

ANEXO IV – Sessão Formativa para Assistentes Operacionais – “Descontaminação dos
Materiais”

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

Métodos de descontaminação

Elsa Teixeira
CCI

21 | Outubro | 2009

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Métodos de descontaminação

Elsa Teixeira
CCI

Descontaminação de materiais

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Métodos de descontaminação
Elsa Teixeira | CCI

Descontaminação

Definição

- Conjunto de procedimentos no tratamento dos materiais e equipamentos de modo a tornar segura a sua utilização e manuseamento.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Métodos de descontaminação
Elsa Teixeira | CCI

Descontaminação de materiais

Aspectos importantes da descontaminação

- Os materiais podem ser veículos da transmissão de microrganismos se a sua descontaminação for inadequada.
- Os métodos de descontaminação devem estar bem definidos e o seu cumprimento é da responsabilidade dos profissionais.

Descontaminação de materiais

Aspectos importantes da descontaminação

- O pessoal responsável pela descontaminação deve ter formação nessa área.
- Deve ser-lhe facultado o equipamento de protecção necessário, de acordo com o tipo de descontaminação (ver Norma nº 2 da CCI “Precauções Básicas”).
- Na descontaminação do material deve ter-se em conta o nível de risco que ele representa de acordo com utilização que vai ter.

Descontaminação de materiais

A importância da descontaminação

Que tipos de descontaminação existem?

Descontaminação de materiais

Tipos de descontaminação

- Limpeza
- Desinfecção
- Esterilização

Descontaminação de materiais

Tipos de descontaminação

Como se escolhe o tipo de método para descontaminar?

Descontaminação de materiais

Tipos de descontaminação

- Situação em que o material vai ser utilizado.
- Tipo de doente = doente crítico ⇒ classificação superior

Descontaminação de materiais

Tipos de descontaminação

- O tipo de contaminação.
- Métodos de descontaminação possíveis de acordo com a compatibilidade do material (exemplo: via aérea).

Descontaminação de materiais

Tipos de descontaminação

- Actualmente descontaminação não se considera apenas lavar e desinfectar, mas sim preparar o artigo para estar **apto** a ser utilizado.

Descontaminação de materiais

Tipos de descontaminação

- Na descontaminação do material deve ter-se em conta o nível de risco que ele representa de acordo com a utilização que vai ter.
 - > **Utilizações diferentes implicam materiais diferentes.**
 - > É da responsabilidade do enfermeiro indicar o método de descontaminação a utilizar.

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

Material Não Crítico

Todo o material que entra em contacto com a pele íntegra ou que não entra em contacto com o doente.

→ Limpeza

Exemplos: Braçadeiras, marquesas, mesas de apoio, chão.

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

Material Não Crítico

Todo o material que entra em contacto com a pele íntegra ou que não entra em contacto com o doente.

→ Desinfecção de baixo nível, em alguns casos de doentes infectados ou colonizados – consultar a CCI

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

Material Semi-Crítico

Todo o material que entra em contacto com mucosas ou pele não íntegra.

→ Desinfecção de alto nível ou esterilização

Exemplos: Lâminas de laringoscópios, endoscópios

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

Material Crítico

Todo o material que penetra nas cavidades estéreis ou no organismo do doente por ruptura das camadas da pele e mucosas.

→ Esterilização



Exemplos: Implantes, instrumentos cirúrgicos, agulhas, sistemas de soros.

Descontaminação de materiais

LIMPEZA

Todo o material tem que ser lavado antes de qualquer processo de desinfectação ou esterilização.

LIMPEZA É FUNDAMENTAL

- ▶ Suidade protege os microorganismos.
- ▶ Suidade impede os desinfectantes de contactarem com o material.

Descontaminação de materiais

LIMPEZA

O material, dependendo do nível de risco, pode ser

- ⇒ lavado e desinfectado ou
- ⇒ lavado e esterilizado

**MAS NÃO LAVADO, DESINFECTADO
E ESTERILIZADO.**

Descontaminação de materiais

LIMPEZA

Remoção da suidade (p.ex. matéria orgânica) por acção mecânica, geralmente com a ajuda de um detergente.

Reduz em mais de **80%** os microorganismos existentes nos materiais e superfícies.

Descontaminação de materiais

LAVAGEM DO MATERIAL

•Deve ser efectuada de acordo com o grau de contaminação e o tipo de material.

•Para ser segura tem de se ter em conta:

- Os produtos
- O tempo
- Quantidade de material existente.

LAVAGEM DO MATERIAL – Métodos de limpeza

MANUAL

- Maior risco para o pessoal
- Difícil de controlar a qualidade
- Método único (não permite associar outro método)
- Características dos materiais e detergentes podem dificultar.
- Temperatura da água depende das indicações do fabricante (50/60°)

LAVAGEM DO MATERIAL – Métodos de limpeza

MANUAL

ATENÇÃO

- ✓ Escovar o material mergulhado para evitar salpicos e formação de aerossóis.
- ✓ Utilizar equipamento de protecção adequados :luvas grossas (Ménage), máscara, protecção ocular e bata ou avental.
- ✓ É importante a secagem

LAVAGEM DO MATERIAL – Métodos de limpeza

MECÂNICA

- Deve ser a preferencial
- Menos riscos para o pessoal
- Permite a monitorização e validação = maior controlo
- Máquinas podem associar à lavagem, a desinfecção térmica ou química
- É importante respeitar o modo de emprego, a duração dos ciclos e as dosagens.



LAVAGEM DO MATERIAL – Métodos de limpeza

MECÂNICA

- ✓ Tinas ultra-sónicas

Devem ser utilizadas para lavar materiais complexos e de difícil lavagem



LAVAGEM DO MATERIAL – Recomendações gerais

Recomendações gerais

Sempre que possível os ferros devem ser lavados imediatamente após a utilização.

Lavar sempre os instrumentos novos antes do processo de esterilização.

Cumprir as instruções de utilização.

Abrir sempre os instrumentos.

Nunca utilizar esfregões metálicos ou escovas na lavagem manual.

Não sobrecarregar as máquinas de lavagem.

LAVAGEM DO MATERIAL – Recomendações gerais

Recomendações gerais

Separar o equipamento danificado, ferrugento, corroido, deformado...

Todos os materiais para reparar, devem ser anteriormente lavados.

Lubrificar todos os orifícios e dobradiças com lubrificantes autorizados.

Instrumentos com cerradura dentada, só devem ser fechados no primeiro dente antes da esterilização.

Todos os materiais emprestados só devem sair do serviço descontaminados.

A esterilização não é substituto da limpeza.

Descontaminação de materiais

DETERGENTES

Produtos específicos para remover a sujidade

São diferentes dos desinfetantes → actuam nos microorganismos

São diferentes dos antissépticos → para utilização humana

Os produtos destinados à lavagem dos doentes ou das mãos dos profissionais **não são adequados para lavar material.**

Descontaminação de materiais

DETERGENTES

Os produtos a utilizar devem ser sempre:

- os indicados para o tipo de lavagem (manual ou mecânica)
- o tipo de material a lavar
- o grau e tipo de contaminação presente.

Descontaminação de materiais

DETERGENTES

Podem ser utilizados:

- ✓ Detergente Desincrustante (ex. TFD4 ®) – Ferros cirúrgicos, tubos de aspiração.
- ✓ Detergente Enzimático (ex. Aniozyme DLT®) – Materiais de fibra óptica, ferros cirúrgicos com canais ou muito complexos, materiais sensíveis.
- ✓ Detergente Desengordurante - Lavagem manual de loiça.
- ✓ Detergente de Uso Comum - Lavagem de superfícies (chão, paredes, bancadas, mobiliário etc.)
- ✓ Detergente/desinfetante (ex. Anios ®) – Para superfícies em que se queira associar a desinfeção à limpeza.

Descontaminação de materiais

DETERGENTES

Nunca misturar produtos, nomeadamente desinfetantes e detergentes, sob pena de provocar reacções químicas tóxicas e/ou de anular o efeito do desinfetante.

Descontaminação de materiais

DESINFECCÃO

Redução da carga microbiana para um nível que não constitua risco.

Inactivação da maior parte dos microorganismos existentes por:

Acção química – produto/substância específica

Acção física – aumento da temperatura

Descontaminação de materiais

DESINFECCÃO

Reduz entre **90 a 99%** os microorganismos existentes nos materiais e nas superfícies dependendo do nível.

Pode ser de 2 tipos: QUÍMICA e FÍSICA

Tem 3 níveis: BAIXO, INTERMÉDIO E ALTO - de acordo com o nível de risco do material e com a contaminação presente

Descontaminação de materiais

DESINFECÇÃO

Depende de:

Quantidade de matéria orgânica – se existir matéria orgânica a acção do desinfectante sobre os microrganismos vai ser dificultada.

Natureza, concentração e tempo de contacto com o desinfectante - respeitar sempre os tempos de exposição indicados pelo fabricante, assim como as concentrações de diluição e validade da preparação.

Descontaminação de materiais

TIPOS DE DESINFECÇÃO

Química – com uso de desinfectantes (métodos manuais ou mecânicos).

Física – com o aumento de temperatura (geralmente através de máquinas de lavar/desinfectar).

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL BAIXO

Pode destruir a maioria das bactérias, alguns vírus e alguns fungos, não eliminando microrganismos resistentes, tais como o bacilo da tuberculose e esporos bacterianos.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL BAIXO

Pode ser conseguida através da utilização de desinfectantes químicos:

• **Álcool etílico** ou isopropílico (70 a 90°) - aplicação na superfície limpa e seca com toalhete embebido, deixando secar naturalmente.

• **NaDCC** 100 a 150ppm - aplicação na superfície limpa e seca com toalhete ou pano embebido na solução e deixar secar. Em superfícies delicadas, no final da secagem enxaguar com água limpa.

Nota: ppm = partes por milhão; 100ppm = 1 pastilha para 10 litros

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL BAIXO

Pode ser conseguida através da utilização de desinfetantes químicos:

• **Amónio Quaternário em toalhetes ou em pulverizador (Anios®)** – É um desinfetante com acção detergente associada, pelo que a superfície não tem que ser previamente lavada.

Limpar/desinfetar a superfície com o toalhete impregnado e deixar secar sem forçar a secagem, ou pulverizar a superfície com o desinfetante, espalhar com um toalhete e deixar secar (seguir as indicações do fabricante). No caso de haver grande contaminação ou contaminação com fluidos orgânicos, deve proceder-se à sua remoção com o mesmo produto e depois fazer uma segunda aplicação.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL INTERMÉDIO

Inactiva *Mycobacterium tuberculosis*, as formas vegetativas de bactérias, a maioria dos vírus e a maioria dos fungos, mas não necessariamente as formas esporuladas.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL INTERMÉDIO

Pode ser conseguida:

✓ **Térmica** - utilização de máquinas de lavar/desinfetar, com temperaturas que variam entre 90° durante 1 segundo ou 65° durante 10 minutos.

✓ **Química** - através de máquinas (de lavar/desinfetar)
- manualmente com a utilização de desinfetantes.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL INTERMÉDIO

Desinfetantes disponíveis

➤ Álcool etílico a 70° – imersão do material seco durante 10 minutos.

➤ Na DCC na concentração de 1000 ppm - imersão do material durante 10 minutos.

*Ter em atenção as recomendações dos fabricantes quanto às incompatibilidades dos materiais.

•O Cloro é corrosivo para a maioria dos metais e plásticos e para as borrachas, dependendo da concentração e tempo de contacto.

•O álcool causa secagem de alguns plásticos e borrachas e também de materiais de silicone, poliuretano e outros.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL ALTO

Espera-se que destrua todos os microrganismos (bactérias vegetativas e vírus), com excepção das formas esporoladas.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL ALTO

Pode ser conseguida:

- ✓ **Térmica** - utilização de máquinas de lavar/desinfectar, com temperaturas 75° durante 30 minutos ou 90° durante 10 minutos.
- ✓ **Química** - através de máquinas (p.e. endoscópios)
 - manualmente com a utilização de desinfectantes de alto nível.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL ALTO

Desinfectantes disponíveis de alto nível

➤ Orto-ftalaldeído (Cidex OPA ®)

- Pode ser também usado em máquinas (ver recomendação)
- A desinfeção de alto nível é atingida aos 5 minutos de contacto.
- Após a desinfeção, o material deve ser abundantemente enxaguado com água estéril ou filtrada, ou com água comum desde que possa ser submetido a uma passagem com álcool a 70° no final da secagem.
- Após a secagem o material deve ficar protegido do contacto com o meio ambiente até à próxima utilização.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL ALTO

Desinfectantes disponíveis de alto nível

Existem máquinas para endoscópios que podem utilizar outro tipo de desinfectantes de alto nível:

- Glutaraldeído (deve ser evitado por ser tóxico para o pessoal)
- Ácido Paracético.
- Os desinfectantes à base de cloro p.ex: Na DCC (Presept ®) em concentrações de 1000 ppm (partes por milhão) e 10000 ppm, durante 20 e 5 minutos respectivamente, atingem um alto nível de desinfeção, mas a maioria dos materiais não é compatível com este tipo de desinfectante nestas concentrações.

ESTERILIZAÇÃO

Conceito

- ✓ Método que reduz a carga microbiana a um nível de segurança 10^{-6}
- ✓ Destruição dos microrganismos existentes nos materiais, incluindo os esporos bacterianos.

O material que vai ser esterilizado tem de ser **previamente lavado e seco** e **nunca desinfectado por métodos químicos** (apenas a desinfecção térmica associada à lavagem em máquina).

ESTERILIZAÇÃO

Agentes Utilizados

- ✓ **Físicos** – Calor Húmido (134° durante 3,5 minutos)
 - Radiações (não são usadas no CHLN, HSM)
- ✓ **Químicos** – Plasma de Peróxido de Hidrogénio
 - Óxido de Etileno e o Formaldeído (não são usadas no HSM)
 - Glutaraldeído (por imersão do material durante 8 a 10 horas)

ESTERILIZAÇÃO

Recomendações gerais

Deve dar-se preferência à esterilização por calor húmido, desde que o material seja compatível.

Se o material for termo-sensível – Plasma de Peróxido de Hidrogénio.

Deve ser evitado o uso de Glutaraldeído (tóxico, manutenção da esterilidade difícil, assim como a monitorização)

Se o material é de **uso único**, quem reesteriliza assume as responsabilidades do fabricante

LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

Unidade do doente

A limpeza e descontaminação da unidade do doente (enfermaria, quarto e quartos de isolamento) deve ser procedimento conhecido de todos.

- **Diária**
- **Após a alta** (limpeza terminal)

LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

Unidade do doente

- Utilizar equipamento de protecção adequado – avental ou bata, luvas de ménage.
- Remover resíduos contaminados para contentor apropriado.
- Remover toda a roupa da cama e recolhê-la no saco ainda na unidade.
- Remover solutos e outros materiais e limpar os dispensadores de toalhetes e solutos.

LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

Unidade do doente

- Limpar e descontaminar lavatórios, manípulos das portas, cabeceiras e barras da cama camas e colchões.
- Limpar e descontaminar outros objectos de fácil manipulação, como sejam: comando de TV e da cama.
- Utilizar os produtos adequados.

LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

Unidade do doente

- Desinfectar apenas quando indicado e não por rotina.
- Evitar sair da unidade com material conspurcado não isolado.
- Retirar equipamento de protecção e colocá-lo em contentor próprio.
- Proceder à lavagem das mãos.

ANEXO V – Sessão Formativa para Enfermeiros – “Dispositivos Médicos e Descontaminação de Materiais”

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

Dispositivos médicos

Métodos de descontaminação

Elsa Teixeira
CCI

03| Novembro | 2009

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Métodos de descontaminação

Elsa Teixeira
CCI

Descontaminação de materiais

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Métodos de descontaminação
Elsa Teixeira | CCI

Descontaminação

Definição

•Conjunto de procedimentos no tratamento dos materiais e equipamentos de modo a tornar segura a sua utilização e manuseamento.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Métodos de descontaminação
Elsa Teixeira | CCI

Descontaminação de materiais

Aspectos importantes da descontaminação

- Os materiais podem ser veículos da transmissão de microrganismos se a sua descontaminação for inadequada.
- Os métodos de descontaminação devem estar bem definidos e o seu cumprimento é da responsabilidade dos profissionais.
- O pessoal responsável pela descontaminação deve ter formação nessa área.

Descontaminação de materiais

Aspectos importantes da descontaminação

Deve ser-lhe facultado o equipamento de protecção necessário, de acordo com o tipo de descontaminação (ver Norma nº 2 da CCI “Precauções Básicas”).

•Na descontaminação do material deve ter-se em conta o nível de risco que ele representa de acordo com utilização que vai ter.

•É da responsabilidade do enfermeiro indicar o método de descontaminação a utilizar.

Descontaminação de materiais

Tipos de descontaminação

- Limpeza
- Desinfecção
- Esterilização

Descontaminação de materiais

Tipos de descontaminação

- Tipo de contaminação.
- Métodos de descontaminação possíveis de acordo com a compatibilidade do material.
- Situação em que o material vai ser utilizado.
- Tempo disponível

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

- Material Não Crítico
- Material Semi-Crítico
- Material Crítico

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

Material Não Crítico

Todo o material que não entra em contacto com o doente, ou se contacta é com pele íntegra.

Exemplos: Marquesas, mesas de apoio, arrastadeiras, chão, braçadeiras.

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

Material Não Crítico

→ **Limpeza – quando não entra em contacto com o doente.**

Exemplos: Mesas de apoio, paredes, chão.

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding – Material não crítico

→ **Desinfecção de baixo nível,**

- Se conspurcado com matéria orgânica
- Se em contacto directo com pele

Exemplos: Arrastadeiras, braçadeiras

Em alguns casos de doentes infectados ou colonizados (consultar a CCI)

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

Material Semi-Crítico

Todo o material que entra em contacto com mucosas ou pele não íntegra.

→ **Desinfecção de alto nível ou esterilização**

Exemplos: Lâminas de laringoscópios, endoscópios

Descontaminação de materiais

Classificação dos materiais segundo Spaulding

Material Crítico

Todo o material que penetra nas cavidades estéreis ou no organismo do doente por ruptura das camadas da pele e mucosas.



Exemplos: Implantes, instrumentos cirúrgicos, agulhas, sistemas de soros.



Esterilização

Descontaminação de materiais

LIMPEZA

Todo o material tem que ser lavado antes de qualquer processo de desinfecção ou esterilização.

LIMPEZA É FUNDAMENTAL

- ▶ Sujeidade protege os microrganismos.
- ▶ Sujeidade impede os desinfetantes de contactarem com o material.

Descontaminação de materiais

LIMPEZA

O material, dependendo do nível de risco, pode ser

- ⇒ lavado e desinfetado ou
- ⇒ lavado e esterilizado

**MAS NÃO LAVADO, DESINFETADO
E ESTERILIZADO.**

Descontaminação de materiais

LIMPEZA

Remoção da sujeidade (p.ex. matéria orgânica) por ação mecânica, geralmente com a ajuda de um detergente.

Reduz em mais de 80% os microrganismos existentes nos materiais e superfícies.

Descontaminação de materiais

LAVAGEM DO MATERIAL

- Deve ser efectuada de acordo com o grau de contaminação e o tipo de material.
- Para ser segura tem de se ter em conta:
 - Os produtos
 - O tempo
 - Quantidade de material existente.

LAVAGEM DO MATERIAL – Métodos de limpeza

MANUAL

- Maior risco para o pessoal
- Difícil de controlar a qualidade
- Método único (não permite associar outro método)
- Características dos materiais e detergentes podem dificultar.
- Temperatura da água depende das indicações do fabricante (50/60°)

20

LAVAGEM DO MATERIAL – Métodos de limpeza

MANUAL

ATENÇÃO

- ✓ Escovar o material mergulhado para evitar salpicos e formação de aerossóis.
- ✓ Utilizar equipamento de protecção adequados :luvas grossas (Ménage), máscara, protecção ocular e bata ou avental.
- ✓ É importante a secagem

LAVAGEM DO MATERIAL – Métodos de limpeza

MECÂNICA

- Deve ser a preferencial
- Menos riscos para o pessoal
- Permite a monitorização e validação = maior controlo
- Máquinas podem associar à lavagem, a desinfecção térmica ou química
- É importante respeitar o modo de emprego, a duração dos ciclos e as dosagens.



LAVAGEM DO MATERIAL – Métodos de limpeza

MECÂNICA

✓Tinas ultra-sónicas

Devem ser utilizadas para lavar materiais complexos e de difícil lavagem



LAVAGEM DO MATERIAL

Recomendações gerais

Sempre que possível os ferros devem ser lavados imediatamente após a utilização.

Lavar sempre os instrumentos novos antes do processo de esterilização.

Cumprir as instruções de utilização.

Abrir sempre os instrumentos.

Nunca utilizar esfregões metálicos ou escovas na lavagem manual.

Não sobrecarregar as máquinas de lavagem.

LAVAGEM DO MATERIAL

Recomendações gerais

Separar o equipamento danificado, ferrugento, corroído, deformado...

Todos os materiais para reparar, devem ser anteriormente lavados.

Lubrificar todos os orifícios e dobradiças com lubrificantes autorizados.

Instrumentos com cerradura dentada, só devem ser fechados no primeiro dente antes da esterilização.

Todos os materiais emprestados só devem sair do serviço descontaminados.

A esterilização não é substituto da limpeza.

Descontaminação de materiais

DETERGENTES

Produtos específicos para remover a sujidade

São diferentes dos desinfetantes → actuam nos microorganismos

São diferentes dos antissépticos → para utilização humana

Os produtos destinados à lavagem dos doentes ou das mãos dos profissionais **não são adequados para lavar material.**

Descontaminação de materiais

DETERGENTES

Os produtos a utilizar devem ser sempre:

- os indicados para o tipo de lavagem (manual ou mecânica)
- o tipo de material a lavar
- o grau e tipo de contaminação presente.

Descontaminação de materiais

DETERGENTES

Podem ser utilizados:

- ✓ Detergente Desincrustante (ex. TFD4 ®) – Ferros cirúrgicos, tubos de aspiração.
- ✓ Detergente Enzimático (ex. Aniozyme DLT®) – Materiais de fibra óptica, ferros cirúrgicos com canais ou muito complexos, materiais sensíveis.
- ✓ Detergente Desengordurante - Lavagem manual de loiça.
- ✓ Detergente de Uso Comum - Lavagem de superfícies (chão, paredes, bancadas, mobiliário etc.)
- ✓ Detergente/desinfetante (ex. Anios ®) – **Para superfícies em que se queira associar a desinfecção à limpeza.**

Descontaminação de materiais

DETERGENTES

Nunca misturar produtos, nomeadamente desinfetantes e detergentes, sob pena de provocar reacções químicas tóxicas e/ou de anular o efeito do desinfetante.

Descontaminação de materiais

DESINFECÇÃO

Redução da carga microbiana para um nível que não constitua risco.

Inactivação da maior parte dos microorganismos existentes por:

Acção química – produto/substância específica

Acção física – aumento da temperatura

Descontaminação de materiais

DESINFECÇÃO

Reduz entre 90 a 99% os microorganismos existentes nos materiais e nas superfícies dependendo do nível.

Pode ser de 2 tipos: QUÍMICA e FÍSICA

Tem 3 níveis: BAIXO, INTERMÉDIO E ALTO - de acordo com o nível de risco do material e com a contaminação presente

Descontaminação de materiais

DESINFECÇÃO

Depende de:

Quantidade de matéria orgânica – se existir matéria orgânica a acção do desinfectante sobre os microorganismos vai ser dificultada.

Natureza, concentração e tempo de contacto com o desinfectante - respeitar sempre os tempos de exposição indicados pelo fabricante, assim como as concentrações de diluição e validade da preparação.

Descontaminação de materiais

TIPOS DE DESINFECÇÃO

Química – com uso de desinfectantes (métodos manuais ou mecânicos).

Física – com o aumento de temperatura (geralmente através de máquinas de lavar/desinfectar).

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL BAIXO

Pode destruir a maioria das bactérias, alguns vírus e alguns fungos, não eliminando microorganismos resistentes, tais como o BK e formas esporoladas (p.e. *Clostridium*).

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL BAIXO

Pode ser conseguida através da utilização de desinfectantes químicos:

- **Álcool etílico** ou isopropílico (70 a 90°) - aplicação na superfície limpa e seca com toalhete embebido, deixando secar naturalmente.
- **NaDCC** 100 a 150ppm - aplicação na superfície limpa e seca com toalhete ou pano embebido na solução e deixar secar. Em superfícies delicadas, no final da secagem enxaguar com água limpa.

Nota: ppm = partes por milhão; 100ppm = 1 pastilha para 10 litros

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL BAIXO

Pode ser conseguida através da utilização de desinfectantes químicos:

- **Amónio Quaternário em toalhetes ou em pulverizador (Anios®)** – É um desinfectante com acção detergente associada, pelo que a superfície não tem que ser previamente lavada.

Limpar/desinfetar a superfície com o toalhete impregnado e deixar secar sem forçar a secagem, ou pulverizar a superfície com o desinfectante, espalhar com um toalhete e deixar secar (seguir as indicações do fabricante). No caso de haver grande contaminação ou contaminação com fluidos orgânicos, deve proceder-se à sua remoção com o mesmo produto e depois fazer uma segunda aplicação.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL INTERMÉDIO

Inactiva *Mycobacterium tuberculosis*, as formas vegetativas de bactérias, a maioria dos vírus e a maioria dos fungos, mas não necessariamente as formas esporuladas.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL INTERMÉDIO

Pode ser conseguida:

- ✓ **Térmica** - utilização de máquinas de lavar/desinfetar, com temperaturas que variam entre 90° durante 1 segundo ou 65° durante 10 minutos.
- ✓ **Química** - através de máquinas (de lavar/desinfetar)
- manualmente com a utilização de desinfectantes.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL INTERMÉDIO

Desinfetantes disponíveis

- Álcool etílico a 70° – imersão do material seco durante 10 minutos.
- Na DCC na concentração de 1000 ppm - imersão do material durante 10 minutos.
- Ter em atenção as recomendações dos fabricantes quanto às incompatibilidades dos materiais.
- O Cloro é corrosivo para a maioria dos metais e plásticos e para as borrachas, dependendo da concentração e tempo de contacto.
- O álcool causa secagem de alguns plásticos e borrachas e também de materiais de silicone, poliuretano e outros.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL ALTO

Espera-se que destrua todos os microrganismos (bactérias vegetativas e vírus), com excepção das formas esporoladas.

40

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL ALTO

Pode ser conseguida:

- ✓ **Térmica** - utilização de máquinas de lavar/desinfetar, com temperaturas 75° durante 30 minutos ou 90° durante 10 minutos.
- ✓ **Química** - através de máquinas (p.e. endoscópios)
 - manualmente com a utilização de desinfetantes de alto nível.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL ALTO

Desinfetantes disponíveis de alto nível

- Orto-ftalaldeído (Cidex OPA ®)
 - Pode ser também usado em máquinas (ver recomendação)
 - A desinfecção de alto nível é atingida aos 5 minutos de contacto.
 - Após a desinfecção, o material deve ser abundantemente enxaguado com água estéril ou filtrada, ou com água comum desde que possa ser submetido a uma passagem com álcool a 70° no final da secagem.
 - Após a secagem o material deve ficar protegido do contacto com o meio ambiente até à próxima utilização.

NÍVEIS DE DESINFECÇÃO

DESINFECÇÃO DE NÍVEL ALTO

Desinfetantes disponíveis de alto nível

Existem máquinas para endoscópios que podem utilizar outro tipo de desinfetantes de alto nível:

- Glutaraldeído (deve ser evitado por ser tóxico para o pessoal)
- Ácido Paracético.

•Os desinfetantes à base de cloro p.ex: Na DCC (Presept ®) em concentrações de 1000 ppm (partes por milhão) e 10000 ppm, durante 20 e 5 minutos respectivamente, atingem um alto nível de desinfecção, mas a maioria dos materiais não é compatível com este tipo de desinfetante nestas concentrações.

ESTERILIZAÇÃO

Conceito

- ✓ Método que reduz a carga microbiana a um nível de segurança 10^{-6}
- ✓ Destruição dos microrganismos existentes nos materiais, incluindo os esporos bacterianos.

O material que vai ser esterilizado tem de ser **previamente lavado e seco** e **nunca desinfetado por métodos químicos** (apenas a desinfecção térmica associada à lavagem em máquina).

LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

Unidade do doente

A limpeza e descontaminação da unidade do doente (enfermaria, quarto e quartos de isolamento) deve ser procedimento conhecido de todos.

- Diária
- Após a alta (limpeza terminal)

45

LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

Unidade do doente

- Utilizar equipamento de protecção adequado – avental ou bata, luvas de ménage.
- Remover resíduos contaminados para contentor apropriado.
- Remover toda a roupa da cama e recolhê-la no saco ainda na unidade.
- Remover solutos e outros materiais e limpar os dispensadores de toalhetes e solutos.

LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

Unidade do doente

- Limpar e descontaminar lavatórios, manípulos das portas, cabeceiras e barras da cama camas e colchões.
- Limpar e descontaminar outros objectos de fácil manipulação, como sejam: comando de TV e da cama.
- Utilizar os produtos adequados.

LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

Unidade do doente

- Desinfectar apenas quando indicado e não por rotina.
- Evitar sair da unidade com material conspurcado não isolado.
- Retirar equipamento de protecção e colocá-lo em contentor próprio.
- Proceder à lavagem das mãos.

Métodos de descontaminação

Elsa Teixeira
CCI

Agradeço a vossa atenção!

ANEXO VI – Grelhas de Observação para a Auditoria

Doente internado S N

Local / Equipamento

1. Sala de Pensos

Marquesa protegida S N

2. Unidade do doente

Carro de Pensos

Tabuleiro individualizado

Obs: _____

Profissional que executa

Enfermeiro Médico

Profissional com ajuda S N

Higienização das mãos do profissional S N

Obs: _____

Retirada do penso

Com luvas S N

Penso desperdiçado em local adequado S N

Obs: _____

Execução do penso

Higienização das mãos do profissional S N

Uso de avental/bata S N

Uso de luvas S N

Uso de pinças S N

Lavagem S N

Salpicos/Contaminação do ambiente S N

Desinfecção S N

Obs: _____

Solutos utilizados

Iodopovidona solução aquosa

Iodopovidona solução alcoólica

Clorhexidina solução aquosa

Clorhexidina solução alcoólica

Solução alcoólica com iodo

Soro fisiológico

Soluto Dakin

Outros

Qual: _____

Obs: _____

Material utilizado

Compressas

Penso semipermeável

Apósito

Penso impregnado

Outro

Qual: _____

Técnica asséptica mantida

Obs: _____

S N

Retirada de avental/bata

Ambiente – descontaminação de:

Marquesa

Outro equipamento de apoio

Embalagens manipuladas

Obs: _____

S N

S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>

Procedimentos de risco observados

Obs: _____

S N

Auditoria à execução de pensos Feridas cirúrgicas

Doente internado S N

Local / Equipamento

1. Sala de Pensos

Marquesa protegida S N

2. Unidade do doente

Carro de Pensos

Tabuleiro individualizado

Obs: _____

Profissional que executa

Enfermeiro Médico

Profissional com ajuda S N

Higienização das mãos do profissional S N

Obs: _____

Retirada do penso

Com luvas S N

Penso desperdiçado em local adequado S N

Obs: _____

Penso da ferida cirúrgica

1º Penso

Retirado <48 horas pós-cirurgia S N

Motivo: _____

Penso subsequente

Existência de drenos S N

Penso da ferida separado dos drenos S N

Desinfecção dos drenos S N

Existência de agrafos/pontos S N

Feita desinfecção na retirada S N

Obs: _____

Execução do penso

Higienização das mãos do profissional S N

Uso de avental/bata S N

Uso de luvas S N

Uso de pinças S N

Lavagem S N

Desinfecção S N

Obs: _____

Elaborado por Enf.ª Elsa Teixeira, aluna do 2º Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP 2008/2010

COMISSÃO DE
CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR

Auditoria à execução de pensos Feridas cirúrgicas

Solutos utilizados

Iodopovidona solução aquosa
Iodopovidona solução alcoólica
Clorhexidina solução aquosa
Clorhexidina solução alcoólica
Solução alcoólica com iodo
Soro fisiológico
Outros

Qual: _____

Obs: _____

Material utilizado

Compressas
Penso semipermeável
Outro

Qual: _____

Técnica asséptica mantida

Obs: _____

S N

Retirada de avental/bata

Ambiente – descontaminação de:

Marquesa
Outro equipamento de apoio
Embalagens manipuladas

S N

S N

S N

S N

S N

Obs: _____

Procedimentos de risco observados

Obs: _____

S N

VII - Relatório Final da Auditoria feita à Execução de Pensos de Feridas Crónicas e Cirúrgicas



Auditoria à execução de pensos a feridas crónicas no Serviço de Cirurgia Vasculiar

Método - Observação directa com preenchimento da ficha previamente elaborada para o efeito.

Período de observação - Outubro de 2009.

Procedimentos observados - Foi observada a execução de 4 pensos.

Dos 4 doentes apenas 1 era externo (era seguido no serviço).

1. Local de execução

As salas de pensos do serviço foram utilizadas em 3 situações. Apenas um penso foi executado na unidade do doente.

Não foram utilizados tabuleiros individualizados em nenhuma situação.

a) Sala de pensos – Nos 3 procedimentos observados, a marquesa foi utilizada para apoio ao membro intervencionado, sendo a zona de apoio protegida com resguardo absorvente e impermeável. Este equipamento foi previamente descontaminado com o desinfetante adequado e protegido com papel, em duas situações. Este não cobria toda a largura da marquesa. Na outra situação não se observou qualquer descontaminação.

Foi sempre utilizado um carro de pensos que se mantém um em cada sala. Estes continham grande quantidade de material.

Comentários/Sugestões – A marquesa deve ser sempre descontaminada entre doentes. A protecção da marquesa deve fazer-se com papel que a cubra na totalidade. A utilização de tabuleiros individualizados pode facilitar as boas práticas.

b) Unidade do doente – O penso foi feito na cama do doente. Foi utilizado um carro de pensos e uma mesa de apoio.

Neste procedimento, a cama foi protegida com resguardo absorvente e impermeável.

O carro de pensos estava colocado entre a cama e os cortinados. Estes ficavam em contacto com a maior parte do material que se encontrava na prateleira superior do carro de pensos (o espaço entre a cama e o cortinado era muito estreito).



Comentários/Sugestões – Os cortinados, por serem muito manipulados encontram-se quase sempre contaminados principalmente nas extremidades e na zona interna, pelo que não deve haver contacto com os materiais que estão no carro de pensos. Esta situação é facilitadora de transmissão de microrganismos entre doentes, já que este equipamento é utilizado em mais que um doente.

2. Higienização das mãos do profissional e utilização de Equipamento de Protecção Individual (EPI)

Todos os pensos foram executados por enfermeiros, sem ajuda.

Não foi observada a higienização das mãos, em nenhuma situação, antes da remoção do penso.

Na sala de pensos e na enfermaria existiam lavatórios. Nesta última, o lavatório fica tapado pela porta quando esta permanece aberta.

Nos lavatórios existiam sabão líquido e Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) para a higienização das mãos.

Numa das salas de pensos a SABA encontrava-se sem doseador. Não existia SABA próximo do local de execução em nenhuma das observações.

Todos os pensos foram retirados com luvas e o material contaminado foi desperdiçado em local adequado. Numa situação, o material que se ia utilizando no penso, era desperdiçado no saco do lixo que se encontrava bastante cheio o que fazia com que o enfermeiro tivesse que colocar a mão com luva estéril dentro do saco para empurrar o conteúdo deste.

Comentários/Sugestões – Os recipientes de lixo sendo de boca larga e pedal, tal como recomendado, não devem encontrar-se demasiado cheios, devendo ser despejados quando preenchidos até dois terços. Este equipamento deve estar colocado próximo do local do procedimento. Outra opção será colocar o material sujo numa taça ou noutro recipiente.

Em duas das quatro observações, o profissional descontaminou as mãos após a remoção do penso sujo.

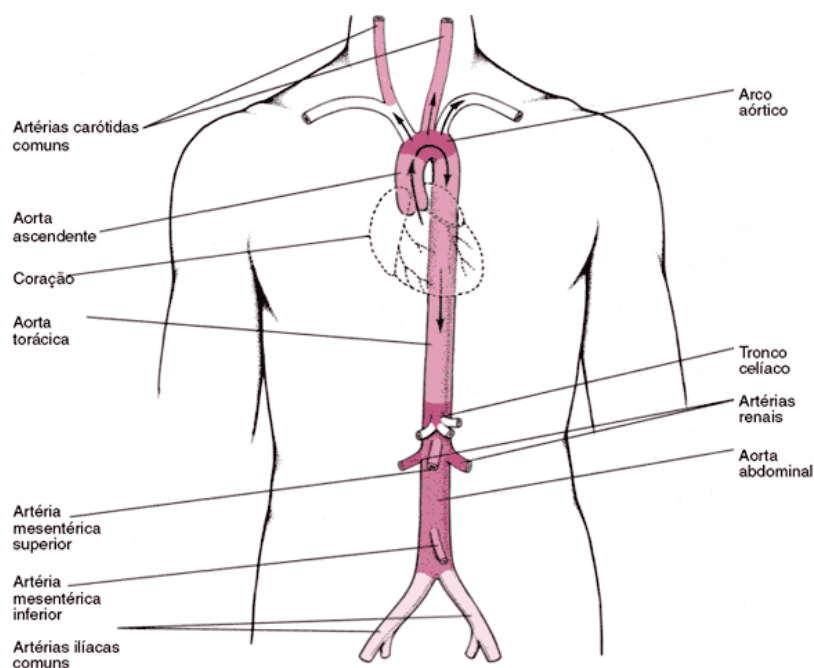
Foi usado avental descartável apenas numa situação, que foi retirado e desperdiçado no final.

ANEXO VIII – Trabalho realizado para o Manual – Dissecção Aórtica

A aorta, a maior artéria do organismo, recebe todo o sangue ejetado do ventrículo esquerdo e, em seguida, distribui-o por todo o organismo. A aorta ramifica-se em artérias tributárias menores ao longo de seu trajecto, desde o ventrículo esquerdo até a parte inferior do abdómen aonde se bifurca dando origem às Artérias Iílicas Comuns. Os distúrbios da aorta incluem as áreas frágeis da sua parede que permitem a formação de dilatações (aneurismas), rupturas externas, hemorragias e a separação das camadas da parede arterial (dissecção). Qualquer um desses distúrbios pode ser imediatamente fatal, mas a maioria necessita de anos para se desenvolver.

A Aorta e os seus Ramos Principais

O sangue que deixa o coração através da aorta chega a todas as regiões do organismo.



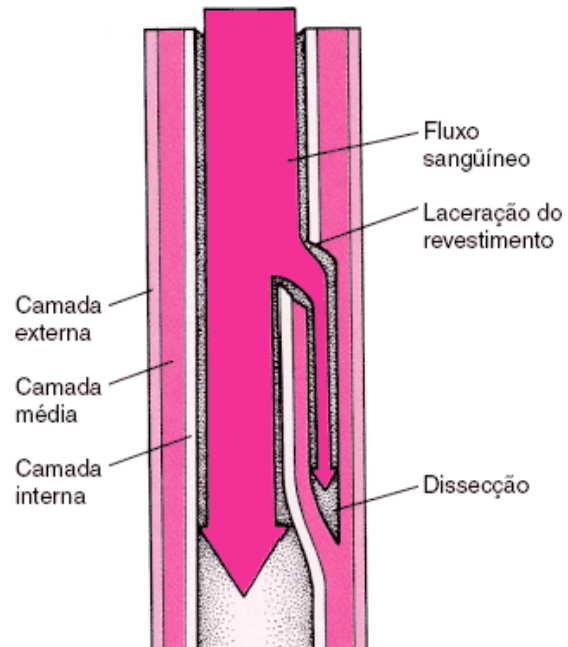
Como todas as outras artérias, a aorta é composta por três camadas. A camada que está em contacto directo com o fluxo sanguíneo é a *túnica íntima*, geralmente chamada de *íntima* (interna). Esta camada é composta principalmente por células endoteliais. Logo acima desta camada existe a *túnica média*, conhecida como *média*. Esta "camada média" é composta por células musculares lisas e por tecido elástico. A camada mais externa (mais distante do fluxo sanguíneo) é conhecida

como *túnica adventícia* ou *adventícia* (externa). Esta camada é composta por tecido conjuntivo.

Definição de Dissecção aórtica

Há dissecção da aorta quando ocorre uma ruptura espontânea da íntima que permite que o sangue entre na média levando à clivagem desta, formando-se um hematoma.

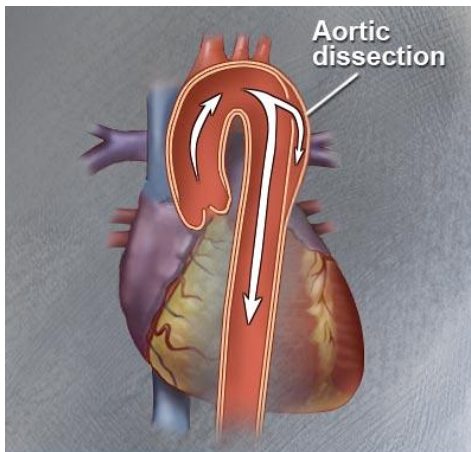
A separação forçada pelo hematoma das fibras da média arterial usualmente não envolve completamente o lúmen mas pode envolver todo o comprimento do vaso. O plano de dissecção tende a seguir a margem lateral da aorta ascendente e a grande curvatura do arco aórtico.



A dissecção aórtica é a patologia mais comum da aorta, 2 ou 3 vezes mais comum que a ruptura da aorta abdominal. Quando não tratada, cerca de 33 % dos doentes morre nas primeiras 24 horas e 50 % morrem dentro de 48 horas. A taxa de mortalidade às 2 semanas ronda os 75 % em doentes não diagnosticados.

Na aorta descendente a dissecção é mais frequentemente lateral mas pode ser média ou mesmo em espiral. Na maioria dos casos a ruptura da íntima está em conexão com o lúmen aórtico verdadeiro e o falso lúmen ou plano de dissecção perto do limite proximal da mesma. A maioria destas soluções de continuidade da íntima são únicas e transversais mas podem ocorrer excepções. Soluções de continuidade secundárias ou de reentrada, localizadas mais distalmente ao longo do falso trajecto, são comuns¹.

¹ É preciso ter em atenção que se usa frequentemente, para designar a dissecção aórtica, o termo de aneurisma dissecante. Este termo refere-se à expansão ou sangramento de um aneurisma da aorta. Esta é uma entidade clínica diferente, têm origem fitopatológica diferente, como o aneurisma arteriosclerótico ou sífilítico, e não devem ser confundidas com a dissecção da aorta.



Em cerca de dois terços de todas as dissecções aórticas está envolvida a aorta ascendente. A lesão da íntima está tipicamente localizada a poucos centímetros acima da válvula aórtica. A dissecção da média pode estar limitada à aorta ascendente mais muito mais frequentemente estende-se para além do arco aórtico, muitas vezes até mesmo à bifurcação aórtica.

Classificação

As dissecções limitadas à aorta descendente constituem 25% dos casos e são o segundo tipo anatómico mais frequente. Nestas situações o limite proximal do hematoma da média fica perto da artéria subclávia esquerda e o plano de clivagem estende-se para baixo, em distâncias variáveis. Tal como na dissecção ascendente, a solução de continuidade da íntima está caracteristicamente localizada perto do seu limite proximal. Estes dois tipos mais comuns de dissecção aórtica podem ser classificados como dissecção proximal e distal, dependendo do envolvimento ou não da aorta ascendente. Um pequeno número de casos não se enquadra neste dois padrões. Em alguns a clivagem da média é curta e limitada ao arco aórtico ou aos segmentos descendentes ou ascendentes da mesma. Alguns casos não têm solução de continuidade da íntima. Numa variação ainda menos frequente, a lesão de entrada está localizada por trás da artéria subclávia esquerda, tal como no tipo distal, mas a dissecção estende-se para a aorta ascendente.

As dissecções da aorta torácica foram classificadas anatomicamente por 2 métodos diferentes. O sistema mais comumente utilizado é a classificação de Stanford, que se baseia no envolvimento da aorta ascendente e simplifica a classificação DeBakey.

A classificação de Stanford divide a dissecção em dois tipos: Tipo A e Tipo B.

- Tipo A envolve a aorta ascendente (classificação de DeBakey tipos I e II);
- Tipo B não envolve a aorta ascendente (classificação de DeBakey type III).

Este sistema também ajuda a planear o tratamento. Por regra, as dissecções tipo A requerem cirurgia, enquanto que as dissecções tipo B podem ser tratadas medicamente.

A classificação de DeBakey divide a dissecção em 3 tipos.

- Tipo I envolve a aorta ascendente, o arco aórtico e a aorta descendente.
- Tipo II está limitado à aorta ascendente.
- Tipo III envolve a aorta descendente distal até à artéria subclávia esquerda.

Fisiopatologia

A hipertensão arterial sistémica é claramente o factor mais importante na génese da dissecção aórtica. Em cerca de 80% dos doentes existe hipertensão ou evidência da existência desta. Os mecanismos pelos quais a hipertensão promove a dissecção da média estão por esclarecer.

Pode ocorrer dissecção na ausência de hipertensão. Nestas situações encontram-se frequentemente alterações do tecido elástico, do músculo liso ou do colagénio. É de salientar que a gravidez, a válvula aórtica bicúspide e a coarctação aórtica estão também associados com o aumento do risco de dissecção.

Determinadas doenças genéticas constituem também factores de risco para a dissecção aórtica, como as Síndromas de Turner, de Marfan e de Ehlers-Danlos.

Sintomas

- Dor torácica súbita, intensa com irradiação para o pescoço, dorso ou abdómen em doente, habitualmente, hipertenso.
- Dispneia
- Sudorese

- Síncope
- Hemiplegia ou paralisia dos membros inferiores
- Hipertensão
- Assimetria ou abolição dos pulsos periféricos
- Isquémia Intestinal ou Insuficiência Renal
- Sopro diastólico
- Insuficiência Cardíaca
- Tamponamento cardíaco

Factores de risco

- Sexo, a incidência é duas vezes superior nos homens.
- Idade, a incidência da dissecção aórtica é maior entre os 60 e 70 anos.
- Uso de Cocaína, provavelmente relacionada com crises hipertensivas.
- Gravidez

Complicações

- Morte por hemorragia interna grave.
- Insuficiência renal e/ou Isquémia do Intestino.
- Acidente Vascular Cerebral de gravidade variável.
- Tamponamento Cardíaco
- Lesão da Válvula Aórtica (com regurgitação)

Diagnóstico

O diagnóstico diferencial da dissecção da aorta pode ser difícil porque os sintomas são semelhantes a outras situações cardíacas agudas (nomeadamente a doença coronária aguda). Existem, no entanto, sinais e sintomas que devem alertar para a possibilidade da dissecção da aorta, nomeadamente:

- ▶ Dor súbita, intensa, em “rasgadura” com irradiação para o pescoço, dorso ou abdómen.
- ▶ Alargamento da aorta no Rx do Torax.

- ▶ Assimetria ou desaparecimento dos pulsos periféricos, diferença na medição da pressão arterial entre os braços direito e esquerdo.

Embora estes sinais e sintomas surjam na dissecção da aorta é fundamental a realização de técnicas de imagem mais sensíveis. As mais frequentemente usadas são:

Tomografia Axial Computarizada (TAC). A TAC torácica (eventualmente com contraste) permite definir a imagem do coração, da aorta e dos grandes vasos.

Ressonância Nuclear Magnética. É particularmente útil nas dissecções crónicas. Nas situações agudas não tem a mesma indicação dada a dificuldade de monitorização do doente durante o exame e a sua duração.

Ecocardiografia transesofágica. É um exame com excelente visualização mas a sua realização não é, habitualmente, realizada nos Serviços de Urgência.

Tratamento

A dissecção aórtica é uma **emergência médica** que requer tratamento imediato. A abordagem terapêutica pode ser médica ou cirúrgica dependendo, a opção, da zona envolvida (tipo de dissecção).

1. Dissecção Aórtica Tipo A

As dissecções aórticas de Tipo A são as mais frequentes e mais graves. Este tipo de dissecção envolve uma ruptura da íntima na porção ascendente que se pode estender até à porção descendente incluindo a aorta abdominal. O tratamento preferencial deste tipo de dissecção é, eminentemente, cirúrgico.

Durante o procedimento cirúrgico é removida a parte da aorta com dissecção; fechada a zona, com solução de continuidade, e substituída a porção retirada por um enxerto sintético. Em alguns casos é necessária a substituição da válvula aórtica por prótese.

2. Dissecção Aórtica de Tipo B

Este tipo de dissecção aórtica é causado por uma solução de continuidade da íntima na porção descendente da aorta que se pode estender, também, até à

porção abdominal da mesma. Os doentes com este tipo de dissecção podem ser tratados ou por procedimentos médicos ou cirúrgicos (a escolha depende de elementos de ordem clínica). Os procedimentos cirúrgicos são semelhantes aos utilizados na dissecção Tipo A. Em doentes seleccionados pode ser colocado um “stent” para a reparação da dissecção.

Tratamento Médico da Dissecção Aórtica

A dissecção aórtica tem que ser tratada medicamente com fármacos que reduzam a pressão arterial e a frequência cardíaca – beta bloqueantes e Nitroprussiato de sódio. Com esta terapêutica, que diminui a pressão na área afectada pela ruptura da íntima, impede-se o agravamento da dissecção. Esta medicação antecede a intervenção cirúrgica e na maioria das dissecções tipo B o tratamento é exclusivamente médico. A medicação antihipertensiva é, na maioria dos doentes tratados com sucesso, para manter para o resto da vida. É importante referir que no seu seguimento deve ser realizada monitorização imagiológica (TAC OU RMN) de seis em seis meses ou anualmente.

Prevenção

A mais importante medida para prevenir a dissecção aórtica é controlar, rigorosamente, a pressão arterial.

Adicionalmente é muito importante não fumar, controlar o peso e vigiar o perfil lipídico. Subsidiariamente é importante a história familiar nomeadamente a eventual existência de doenças genéticas associadas a risco acrescido de dissecção aórtica.

Em termos de prevenção de causas traumáticas desencadeantes deve ser promovido o uso de cinto de segurança em todas as viaturas de transporte.

BIBLIOGRAFIA

FABRE, O [et al] – Current treatment of acute type A aortic dissection. Surgical treatment and treatment of malperfusion syndrome. In **Ann Cardiol Angeiol**. Paris: Novembro 2005. [Consult. 10-01-2010]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov

RAPP, Joseph H.; SARKAR, Rajabrata; OWENS, Christopher D.; - Blood Vessel and Lymphatic Disorders. In **CURRENT Medical Diagnosis and Treatment**. 99^a ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 2009. p. 415-438. ISBN 978-0-07-162444-2

SANTINI, F [et al] – Clinical presentation is the main predictor of in-hospital death for patients with acute type A aortic dissection admitted for surgical treatment: a 25 years experience. In **Int J Cardio**. Fevereiro 2007. [Consult. 10-01-2010]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov

VONGPATANASIN, Wanpen; VICTOR, Ronald G. – Vascular Diseases and Hypertension. In **Cecil Essencials of MEDICINE**. 7^a ed. Philadelphia: ANDREOLI and CARPENTER, 2007. p. 167-189. ISBN 1-4160-2933-8

ANEXO IX - Trabalho realizado para o Manual – Algoritmos

SUORTE BÁSICO DE VIDA (ADULTOS)

O suporte básico de vida (SBV) tem por objectivo a manutenção de algum grau de ventilação e de circulação de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico adequado e revertida a causa de paragem (suporte avançado de vida). A interrupção da circulação durante 3-4 minutos (ou mesmo menos, no caso de uma vítima já previamente com hipoxémia) implica lesões cerebrais, que poderão ser irreversíveis, e cuja tradução clínica pode ser variável. Qualquer atraso no início do SBV reduz drasticamente as hipóteses de recuperação do doente.

Por definição, o SBV implica que seja praticado sem recurso a qualquer equipamento, excepto material de protecção individual. Se isto é inquestionável quando falamos para leigos, já com os profissionais de saúde (em ambiente pré-hospitalar ou numa instituição de saúde) não se passa o mesmo. Os profissionais de saúde, no desempenho da sua profissão, devem ter equipamento adequado para lidar com as vítimas em paragem cardio-respiratória (PCR).

ETAPAS E PROCEDIMENTOS DO SBV

O SBV inclui as seguintes etapas:

- **Avaliação** inicial
- Manutenção de **via aérea** permeável
- **Ventilação** com ar expirado
- **Compressões** torácicas

Os três elementos do SBV, após a avaliação inicial, são, designados classicamente por “**ABC**”

A – “**Airway**” – Via Aérea

B – “**Breathing**” – Respiração

C – “**Circulation**” – Circulação

1. Proceder à permeabilização da via aérea:

- Desapertar roupas ou outros adereços;
- Verificar se existem corpos estranhos dentro da boca – alimentos, próteses dentárias (se bem fixas não devem ser removidas), secreções, sangue – e removê-los se forem visíveis e facilmente acessíveis;
- Fazer a extensão da cabeça e elevação do maxilar inferior.

2. Proceder à avaliação da existência de sinais de circulação – ventilação e pulso:

Para verificar se a vítima tem sinais de circulação deve manter a permeabilidade da via aérea, aproximar a sua face da face da vítima, palpar pulso carotídeo e, olhando para o tórax, procurar:

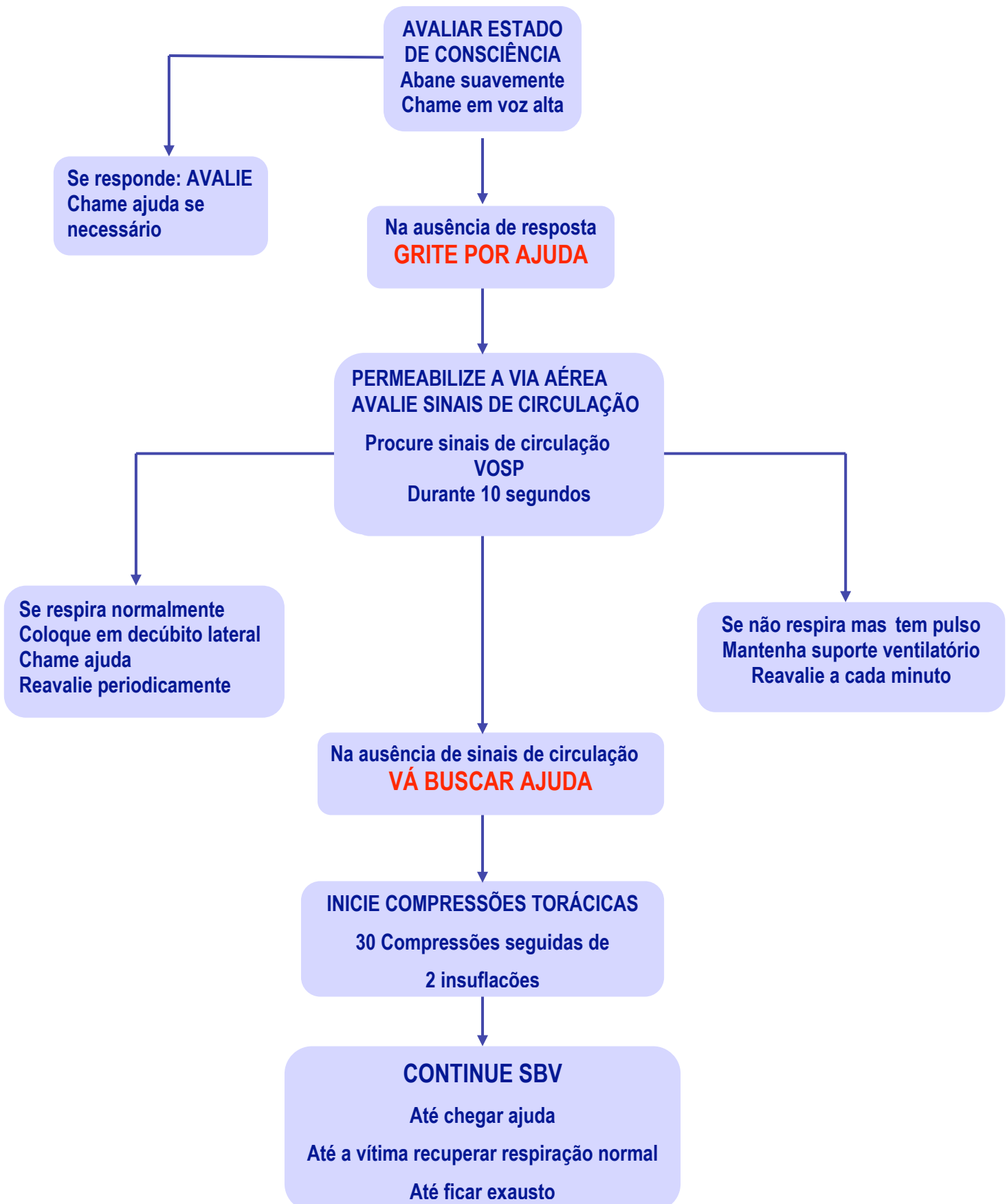
VER – se existem movimentos torácicos,
OUVIR – se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;
SENTIR – na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima;
PALPAR – pulso central (CAROTÍDEO)

VOSP

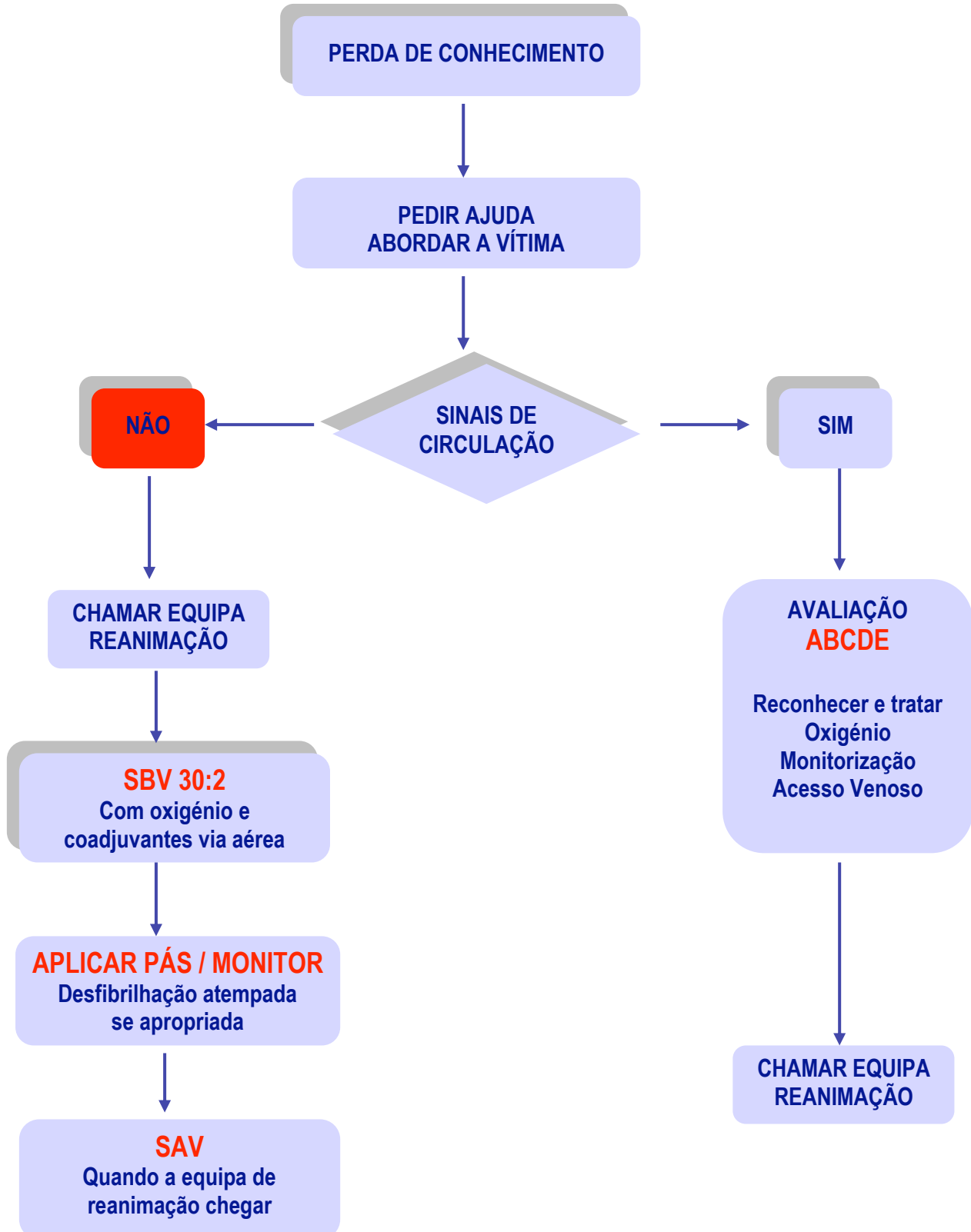
Deverá avaliar **sinais de circulação** durante **10 segundos**.

3. **Se a vítima respira normalmente** deverá ser colocada em decúbito lateral, após o que deverá ir pedir ajuda e regressar para junto da vítima reavaliando-a periodicamente.
4. **Se a vítima não respira, mas tem pulso** deve ser feito o pedido de ajuda diferenciada e iniciar suporte ventilatório (10 ventilações por minuto), reavaliando sinais de circulação ao fim de cada minuto.
5. **Se a vítima não tem sinais de circulação** deve ser feito o pedido de ajuda diferenciada e iniciar de imediato compressões torácicas seguidas de ventilações (30:2).

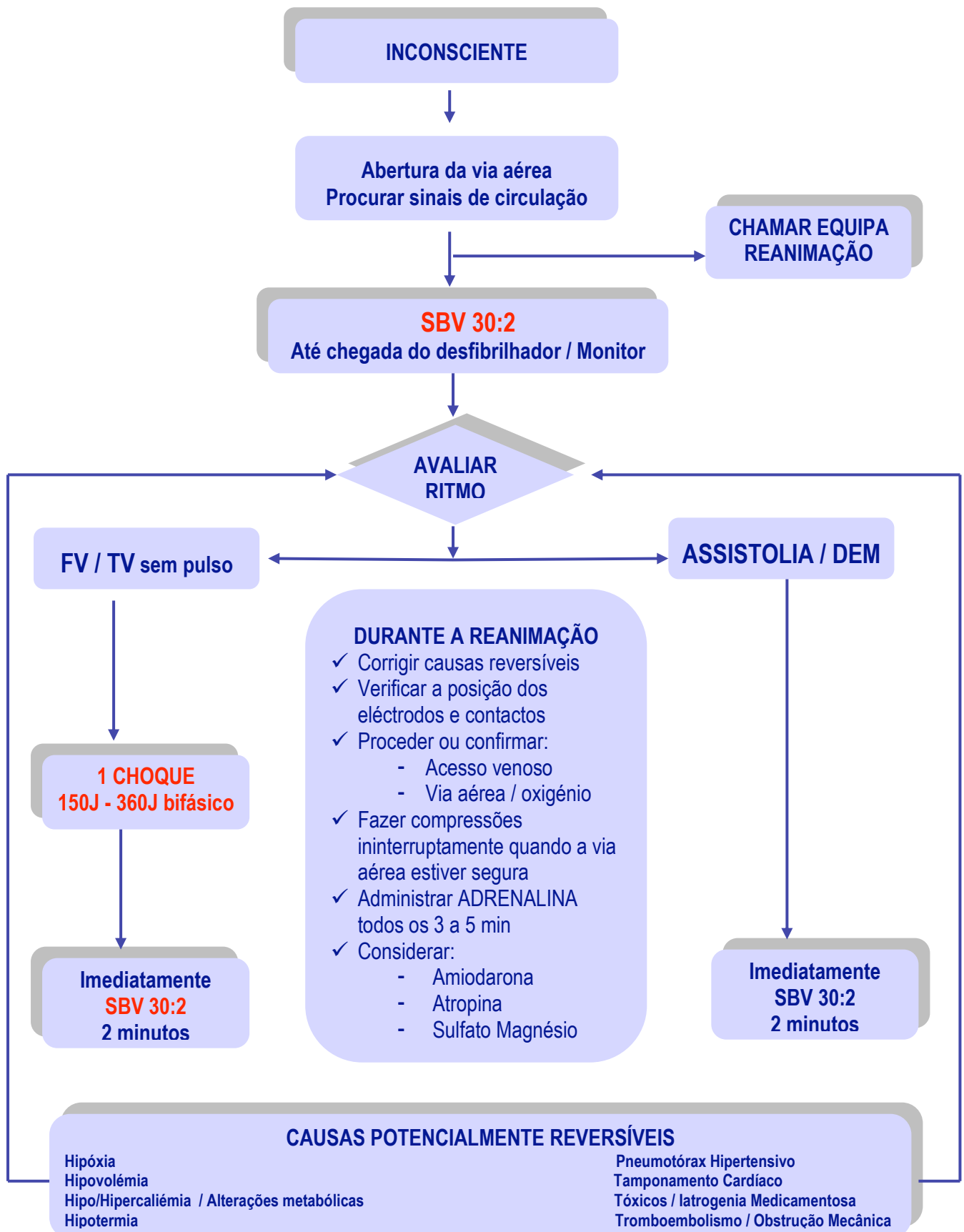
ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (Adulto)



ALGORITMO DE RESSUSCITAÇÃO NO HOSPITAL (Adulto)



ALGORITMO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) (Adulto)



ANEXO X - Trabalho realizado para o Manual – Considerações sobre Paragem Cardíaca

CONSIDERAÇÕES

1. INTRODUÇÃO

Os ritmos inerentes à paragem cardíaca dividem-se em dois grupos:

- A. Os ritmos desfibrilháveis - Fibrilhação Ventricular e a Taquicardia Ventricular sem pulso.
Na presença destes ritmos há necessidade de **desfibrilhação imediata**.
- B. Os ritmos não desfibrilháveis – que incluem a Assistolia e a Dissociação Electromecânica (DEM).

Procedimentos a seguir (comuns aos dois grupos)

- ▶ Efectuar Suporte Básico de Vida com
- ▶ Permeabilização da via aérea de modo a assegurar oxigenação dos órgãos nobres, através de
- ▶ Ventilação
- ▶ Estabelecer acessos venosos
- ▶ Administrar adrenalina
- ▶ Identificar e corrigir, se possível, causas potencialmente reversíveis

Causas potencialmente reversíveis

4 Hs

Hipoxia
Hipovolemia
Hipo/Hipercaliémia / Alt. Metabólicas
Hipotermia

4 Ts

PneumoTórax HiperTensivo
Tamponamento Cardíaco
Tóxicos /IaTrogenia Medicamentosa
Tromboembolismo / Obstrução Mecânica

Embora o Algoritmo do Suporte Avançado de Vida se aplique a todas as situações de paragem cardíaca, algumas atitudes adicionais podem estar indicadas em paragens causadas por circunstâncias especiais, como sejam: hipotermia; imersão e submersão; electrocussão; alterações electrolíticas; intoxicações; gravidez; anafilaxia; mal asmática e trauma.

A paragem cardio-respiratória no contexto de trauma, na maioria das vezes tem uma etiologia clara – a hemorragia grave ou traumatismo craniano severo, esta última de recuperação improvável independentemente dos esforços efectuados¹.

¹ MASSADA, Salvador da Rocha – Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa. 1ª ed. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de S. João, 2002. 112 p. ISBN 972-9027-98-6

2. DESENVOLVIMENTO

Nos adultos, o ritmo mais comum na altura da paragem cardíaca é a Fibrilhação Ventricular (FV), que pode ser precedida por um período de Taquicardia Ventricular (TV), por bradiarritmia, ou menos comum, taquicardia supraventricular (TSV).

Confirmada a paragem cardíaca, deve ser iniciada a ajuda imediata que inclui o pedido de um desfibrilhador, e iniciada Reanimação Cardio-Respiratória (RCR) iniciada com compressões torácicas, com uma relação compressões:ventilações de 30:2.

Quando o desfibrilhador está disponível deve-se monitorizar o doente para diagnosticar o ritmo. O intervalo entre a paragem das compressões e a desfibrilhação deve ser minimizado e nunca exceder os 10 segundos. Interrupções mais longas nas compressões reduzem a possibilidade de recuperação da circulação espontânea.

As compressões torácicas devem ser iniciadas imediatamente após o choque sem verificar o ritmo ou o pulso porque mesmo que a desfibrilhação seja bem sucedida e restabelecer um ritmo com perfusão, é muito raro o pulso ser palpável imediatamente após a desfibrilhação e o atraso causado pela tentativa de palpar pulso irá comprometer o miocárdico, se um ritmo com perfusão não for restabelecido. Se este ritmo for conseguido, fazer compressões torácicas não aumenta a possibilidade de FV recorrente. Na presença de assistolia pós-choque as compressões torácicas podem induzir FV.

A primeira dose de adrenalina é dada imediatamente depois da confirmação do ritmo e imediatamente antes do 3º choque (sequencia fármaco-choque-RCR-verificação do ritmo); doses subsequentes de adrenalina devem ser dadas imediatamente antes dos choques alternados tanto tempo tanto a TV/FV persistir. É importante ter a adrenalina preparada para administração para que o tempo entre a paragem da compressão torácica e o choque seja mínimo. A adrenalina que é dada imediatamente antes do choque entrará em circulação pela RCR que é feita imediatamente após o choque. Não se deve adiar o choque se a adrenalina não estiver preparada – esta não estando disponível administra-se depois.

Durante a RCR, a adrenalina é administrada a cada 3-5 minutos. Quando se passa do algoritmo de ritmo não desfibrilhável para desfibrilhável, a próxima dose de adrenalina deve ser administrada antes do 1º ou 2º choque dependendo, este tempo, da última administração da mesma.

Quando o ritmo é verificado 2 minutos após a desfibrilhação, se surgir um ritmo não desfibrilhável e organizado, deve-se tentar palpar o pulso.

A avaliação do ritmo deve ser breve e a verificação do pulso só deve ser feita se houver um ritmo organizado.

Se existir um ritmo organizado durante um período de 2 minutos, no decurso da RCR, não se deve interromper as compressões torácicas para avaliar o pulso excepto se o doente tiver sinais sugestivos de circulação espontânea. Na presença de um ritmo organizado, com pulso palpável parasse a RCR. Com o retorno de circulação espontânea devem-se iniciar cuidados

pós-ressuscitação. Se o ritmo mudar para assistolia ou Dissociação Electro-Mecânica (DEM) deve-se utilizar o algoritmo dos ritmos não desfibrilháveis.

Não há evidência que a utilização de qualquer fármaco antiarritmico, durante a paragem cardíaca aumente a sobrevivência. Em comparação com o uso de placebo e lidocaína, a amiodarona aumenta a possibilidade de sobrevida a curto prazo nos doentes com FV refractária à desfibrilhação. Se não for possível a utilização da amiodarona, a lidocaína (100mg EV) pode ser usada como alternativa, mas nunca deve ser utilizada se a amiodarona foi administrada previamente. Em caso de possível hipomagnesiémia (p.e. doente tratado com diuréticos) administra-se magnésio (2g EV bólus) em doentes com FV refractaria à desfibrilhação.

Se existir dúvida quanto ao tipo de ritmo – assistolia ou FV fina – não deve ser feita desfibrilhação; deve-se continuar com RCR que, caso seja eficaz pode melhorar a amplitude e frequência da FV, criando condições para uma desfibrilhação bem sucedida.

Desfibrilhações repetidas numa FV fina aumentam a lesão miocárdica directa (pela própria corrente eléctrica) e indirectamente (pela interrupção da circulação coronária).

Actuação em ritmos desfibrilháveis (TV / FV)

Desfibrilhar

Um choque de 150 - 200 J (bifásico) ou 300 J(monofásico)

Continuar as compressões torácicas sem reavaliar o ritmo ou avaliar o pulso

Continuar a RCR por 2 minutos e então fazer uma pequena pausa para ver o monitor:

Se TV/FV persistir

- Dar um segundo choque de 150-360 Joules (bifásico) ou 360 Joules (monofásico)
- Manter CPR durante 2 minutos
- Pausa breve para ver o monitor
- Se TV/FV persistir dar 1mg adrenalina EV seguida, de imediato, 3º choque 150-360 Joules (bifásico) ou 360 Joules (monofásico)
- Continuar RCR, de imediato, durante 2 minutos
- Pausa breve para ver o monitor
- Se TV/FV persistir dar 300mg Amiodarona EV seguida, de imediato, 4º choque 150-360 Joules (bifásico) ou 360 Joules (monofásico)
- Continuar CRC, de imediato, durante 2 minutos
- Dar Adrenalina 1 mg EV imediatamente antes de choques alternados a cada 3 a 5 minutos
- Continuar a desfibrilhar a cada 3 a 5 minutos, mantendo a CPR

Se surgir actividade eléctrica compatível com output cardíaco

Ver se tem pulso:

- Com pulso – iniciar tratamento pós ressuscitação
- Sem pulso – continuar CRC e mudar para o algoritmo de ritmos não desfibrilháveis

Ver houver assistolia continuar a CRC e mudar para o algoritmo de ritmos não desfibrilháveis

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO EUROPEU DE RESSUSCITAÇÃO – **Advanced Life Support**. 5ª ed. London: Resuscitation Council. April 2006. p.176. ISBN 1-903812-11-9

ANEXO XI – Folheto para o Acompanhante

INFORMAÇÃO

O seu familiar/amigo deu entrada no Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria

**Por Favor,
Leia as Informações no
Verso**

Informação ao Familiar /Acompanhante



INFORMAÇÃO

O tratamento do seu familiar pode implicar várias observações e intervenções Médicas e de Enfermagem e a realização de exames - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

Após uma 1ª avaliação do estado clínico, na Triagem, o seu familiar será encaminhado para um dos diferentes sectores deste Serviço, de acordo com a Prioridade de Atendimento:

Sala de tratamentos 1, 2 e 3
Gabinetes médicos (Medicina, Cirurgia)
Salas de Pequena Cirurgia e Ortopedia
Sala de espera pós-triagem
Sala de Observações (SO)
Sala de Reanimação 1 e 2
Gabinetes de MCDT's

Será colocada uma pulseira de papel no seu familiar (com cor da Prioridade do Atendimento) e outra no acompanhante (branca), constando em ambas a identificação completa do doente.

Assim identificado poderá acompanhar o seu familiar a todos os sectores excepto nas Salas de Reanimação e SO.

Os vários percursos estão assinalados.

O SO tem horário de visitas das 16:30 às 17:00 horas (1 adulto por visita).

Nas salas de espera existem sistemas de chamada (altifalantes) para os vários gabinetes de atendimento.

O SUC dispõe de uma sala para o atendimento dos familiares/acompanhantes, caso necessitem.

Tem ao seu dispor telefones públicos, uma cafetaria (entrada do SUC) e outras no piso 01 (acesso por elevador/escadas 12) e piso 1 do hospital (corredor da Recepção Central), instalações sanitárias e Caixas Multibanco.

Telefone Geral Hospital 217 805 000

Urgência Central 217 932 762

Extensão Interna 51120

Sala de Observações (SO) 217 805 342 / 217 979 459 (directo)



ANEXO XII – Recomendações para a Descontaminação do Material

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL

Recomendações para a Descontaminação do Material

Este documento tem como objectivo apresentar sumariamente a importância da descontaminação dos materiais assim como os tipos de descontaminação e os procedimentos a adoptar no Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Hospital de Santa Maria, com particular relevância nas salas de reanimação e Sala de Observação (SO), onde as recomendações para a manipulação, armazenamento e disposição dos materiais assim como a descontaminação das unidades devem ser observadas.

A Norma nº2 da CCI “Precauções Básicas” e as “Recomendações para a Descontaminação de Materiais”, da responsabilidade da Comissão de Controlo de Infecção deste hospital são a base para a sua elaboração. Ambas podem ser consultadas na intranet.

Os materiais podem ser veículos da transmissão de microrganismos se a sua descontaminação for inadequada.

Por este motivo os métodos de descontaminação devem estar bem definidos e o seu cumprimento é da responsabilidade dos profissionais.

Actualmente descontaminação não se considera apenas lavar e desinfectar, mas sim preparar o artigo para estar apto a ser utilizado.

O pessoal destacado para a descontaminação dos materiais deve ter formação nessa área e deve ser-lhe facultado o equipamento de protecção necessário, de acordo com o tipo de procedimento (ver Norma nº 2 da CCI “Precauções Básicas”).

A correcta descontaminação dos materiais promove a segurança dos doentes e dos profissionais.

Definição descontaminação

- Conjunto de procedimentos no tratamento dos materiais e equipamentos de modo a tornar segura a sua utilização e manuseamento.

Tipos de descontaminação

- Limpeza
- Desinfecção
- Esterilização

Toda a avaliação do tipo de descontaminação deve ser feita tendo em conta, além da situação em que o material irá ser utilizado, o tipo de doente, o tipo de contaminação e os métodos de descontaminação possíveis de acordo com a compatibilidade do material.

Assim como o nível de risco que o material representa de acordo com utilização que vai ter.

Em 1968 Spaulding, propôs uma classificação dos materiais em 3 níveis de risco e o necessário tipo de descontaminação, que se mantém actual:

Material Não Crítico Todo o material que entra em contacto com a pele íntegra ou que não entra em contacto com o doente.

✓ **Limpeza**

- Quando não entra em contacto com o doente.

Exemplos: Mesas de apoio, paredes, chão.

✓ **Desinfecção de baixo nível**

- Se conspurcado com matéria orgânica
- Se em contacto directo com pele

Exemplos: Arrastadeiras, braçadeiras

Em alguns casos de doentes infectados ou colonizados (consultar a CCI)

Material Semi-Crítico Todo o material que entra em contacto com mucosas ou pele não íntegra.

✓ **Desinfecção de alto nível ou esterilização**

Exemplos: Lâminas de laringoscópios, endoscópios

Material Crítico Todo o material que penetra nas cavidades estéreis ou no organismo do doente por ruptura das camadas da pele e mucosas.

✓ **Esterilização**

Exemplos: Implantes, instrumentos cirúrgicos, agulhas, sistemas de soros.

Todo o material tem que ser lavado antes de qualquer processo de desinfecção ou esterilização.

LIMPEZA É FUNDAMENTAL

- Remoção de todos os resíduos visíveis, sangue e corpos estranhos.
 - Redução da carga biológica
 - Protecção dos instrumentos contra a corrosão.
- Garantia de uma segura e adequada manipulação de equipamentos e materiais.

Alguns produtos desinfectantes podem comprometer a esterilização

Por isso, o material, dependendo do nível de risco, pode ser
lavado e desinfectado ou
lavado e esterilizado

MAS NÃO LAVADO, DESINFECTADO E ESTERILIZADO.

ANEXO XIII – Recomendações para o Armazenamento, Disposição e Manipulação do Material

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL

Recomendações

Armazenamento, disposição e manipulação do material das salas/unidades

O armazenamento, reposição e manipulação dos materiais deve obedecer a algumas regras simples que promovem a segurança dos profissionais e dos doentes e facilitam a organização do espaço.

- ✚ Manusear o material, mesmo embalado, com as mãos limpas.
- ✚ Repor o material de trás para a frente, salvaguardando a data de validade. Com este tipo de reposição pretende-se manter disponível o material com a data de validade mais antiga e proteger da manipulação o restante material.
- ✚ Fazer a reposição com o número mínimo de cada artigo evitando o armazenamento excessivo. Este excesso facilita a contaminação das embalagens expostas e dificulta a retirada. De preferência, e sempre que possível, a reposição deve ser feita uma vez por turno, no estritamente necessário.
- ✚ O armazenamento e a manipulação correcta ficam facilitados se existir, para cada local, uma lista onde constem os artigos e o número de embalagens de cada. A lista deve ser afixada ou estar disponível a todos os profissionais que reponham ou manipulem os materiais.
- ✚ Sempre que possível os artigos devem ser armazenados em armários com porta de forma a ficarem protegidos, quando não em uso, de poeiras e da luz solar. As portas devem permitir o acesso e a visualização total do interior dos armários. Quando esta opção não é viável, a disposição dos artigos deve ser feita em caixas que facilitem a manutenção da integridade das embalagens e que deixem algum espaço entre artigos diferentes para evitar a manipulação desnecessária.
- ✚ Em cada local (sala/unidade), o material normalmente utilizado na recepção dos doentes, deve estar separado e facilmente acessível. Evita-se assim a manipulação do material restante e a sua contaminação.
- ✚ Evitar a acumulação ou armazenamento de material em equipamentos de procedimentos, p.e. carros de pensos ou de apoio. Disponer-se o material exclusivo ao procedimento a realizar e desperdiçar o restante.

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL

Recomendações

Descontaminação das unidades

A limpeza e descontaminação das unidades do doente devem ser um procedimento conhecido de todos.

Diária

- Utilizar equipamento de protecção adequado – avental ou bata, luvas de ménage.
- Remover resíduos contaminados para contentor apropriado.
- Remover toda a roupa da cama e recolhê-la no saco ainda na unidade.
- Utilizar os produtos adequados.
- Desinfectar apenas quando indicado e não por rotina.
- Limpar e descontaminar todas as superfícies de trabalho assim como as superfícies dos equipamentos com especial atenção aos botões.
- Evitar sair da unidade com material conspurcado não isolado.
- Retirar equipamento de protecção e colocá-lo em contentor próprio.
- Proceder à lavagem das mãos.

Após a alta (limpeza terminal)

Neste tipo de limpeza e descontaminação das unidades procede-se igualmente com todos os procedimentos acima descritos e com especial atenção aos seguintes:

- Remover solutos e outros materiais e limpar os dispensadores de toalhetes e solutos.
- Limpar e descontaminar lavatórios, manípulos das portas, cabeceiras e barras da cama camas e colchões.
- Limpar e descontaminar outros objectos de frequente manipulação, como sejam o comando da cama e outros.

ANEXO XIV – Folheto sobre Métodos de Descontaminação



Descontaminação dos Materiais

Material Não Crítico Ex: mesas de apoio; chão

- Não vai entrar em contacto com o doente



Limpeza : Água + detergente apropriado + secagem

- Vai contactar com a pele íntegra ou está conspurcado com matéria orgânica

Desinfecção de baixo nível : Anios[®] / Álcool 70° / Presep[®]

Material Semi-Crítico Ex: lâminas laringoscópio

- Vai entrar em contacto com mucosas ou pele não íntegra do doente



Desinfecção de alto nível

Máquina lavar/desinfectar 75° durante 30min ou 90° durante 10min

Cidex OPA[®] 5 min. + lavagem com água estéril + secagem

ou água não estéril + álcool + secagem

Material Crítico Ex: instrumentos cirúrgicos

- Vai penetrar nas cavidades estéreis ou no organismo do doente por ruptura das camadas da pele e mucosas



Esterilização

Enviar o material devidamente lavado e seco para o Serviço de Esterilização

LEMBRE-SE:

➡ **A correcta descontaminação promove a segurança dos doentes e dos profissionais**

➡ **Todo o material tem que ser lavado antes de qualquer processo de desinfecção ou esterilização**

➡ **O material, dependendo do risco, pode ser**

LAVADO e DESINFECTADO / LAVADO e ESTERILIZADO

NÃO DESINFECTADO E ESTERILIZADO

Para esclarecimentos ou complemento desta informação consulte a Comissão de Controlo de Infecção da Instituição
e-mail: ccih@hsm.mln-saude.pt; Tl: 53401 ou 51627 ou o seu Enfermeiro de Ligação à CCI