



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Rumo a Novos Saberes ...

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

por Susana Maria Campos Martins

PORTO, Maio 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

Rumo a Novos Saberes ...

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

por Susana Maria Campos Martins

Sob orientação de Mestre Amélia Rego

PORTO, Maio 2011

Pensamento:

“Os dias Prósperos não vêm por acaso.

*Nascem de muita fadiga e
muitos intervalos de desalento”*

Camilo Castelo Branco

RESUMO

A realização do relatório surge no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, apresentando o percurso efectuado no Estágio, realizado num serviço de Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Serviço de Urgência, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas na assistência ao doente adulto e idoso em situação crítica e a vivenciar processos de saúde/doença súbita.

Este relatório pretende dar visibilidade das actividades desenvolvidas ao longo do Estágio, a análise critico-reflexiva das mesmas, a sua fundamentação através da pesquisa bibliográfica e serve, também, de requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Médico-Cirúrgica, na sequência da prestação de provas públicas.

Metodologicamente enquadra-se na descrição e análise crítica reflexiva das actividades vivenciadas. Estruturalmente, expõe os objectivos específicos/competências delineadas pelo plano de curso e as actividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos objectivos, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências.

A mudança nos cuidados de saúde obriga a uma actualização constante dos profissionais, adequando práticas, habilidades e comportamentos, como sendo a chave para manter a qualidade na prestação de cuidados. Desta forma, a necessidade de criar normas de actuação num serviço como Urgência, com intuito de prestar cuidados de excelência e uniformizar procedimentos de actuação, foi algo desenvolvido, pela elaboração da Norma de Descontaminação e Controlo dos Dispositivos Médicos no Serviço de Urgência. Este relatório evidencia a importância da prática baseada na evidência e o cumprimento das recomendações da comissão de controlo de infecção para prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente, a higienização das mãos. Descreve, também, o contributo como enfermeira do perioperatório, promovendo a qualidade das práticas pela prestação de cuidados seguros, cumprindo os princípios de técnicas assépticas cirúrgicas e valorizando a reflexão como uma constante da aprendizagem e da adopção de boas práticas. Desta reflexão, emerge a criação da proposta de implementação da visita pré-operatória, como um contributo para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo a sistematização e a continuidade dos cuidados nos períodos pré, intra e pós-operatório do doente cirúrgico. Demonstra a prestação de cuidados ao doente e família, zelando constantemente pela sua defesa, de forma a respeitar a autonomia e sentimentos, salvaguardando suas crenças, cultura e valores de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros.

Em suma, o Estágio contribuiu para a aquisição/desenvolvimento de saberes, habilidades e competências fundamentais para uma tomada de decisão autónoma e assertiva, na área da enfermagem médico-cirúrgica, essencial na resolução de problemas complexos cada vez mais frequentes na prática clínica de enfermagem. Sendo assim, é fundamental o contributo da formação especializada em enfermagem, para uma melhor prática de cuidados em saúde, dirigida à assistência ao doente adulto e idoso com doença grave e/ou em estado crítico.

ABSTRACT

This report appears in the Post-Graduate with specialization in Medical-Surgical Nursing, relating the journey in the Stage which have been taken in a Operating Room service, Intensive Care Unit and ER, contributing to the acquisition and development of technical, scientific and humane care to the adult and elderly patient in critical condition and to attend to cases of sudden illness and health.

This report aims to give visibility of all activities developed during the stage, their critical and reflective analysis, their reasoning through literature research and also serves the requirement for the degree of Master of Nursing with a specialization in Medical-Surgical following the provision of public trials.

The methodology used is composed by a descriptive method and critical and reflective analysis of the activities experienced. Structurally, it outlines the specific objectives / competencies outlined by the course layout and activities for the realization of these objectives, contributing to the acquisition and development skills.

The change in health care requires a constant updating of the professionals, tailoring practices, skills and behaviors, as the key to maintaining quality in providing care. Thus, the need to establish standards of performance as an emergency service, aiming to reduce costs and combine the normalization of operations is something developed by providing safe care, quality, maximizing health gains. This report highlights the importance of evidence-based practice and compliance with the recommendations of the committee of infection control for preventing infections associated with health care, including hand hygiene. It also describes the contribution of a perioperative nurse, promoting quality of care practices by insurance, according to the principles of aseptic surgical techniques and it values reflection as a constant learning and adopting best practices. From this reflection emerges the creation of the proposed implementation of a preoperative visit, as a contribution to the provision of quality care, allowing the systematization and continuity of care pre, intra and postoperative surgical patient. It demonstrates care services to the patient and family, watching constantly for his defense in order to respect their autonomy and feelings, while safeguarding their beliefs, culture and values in accordance with the Code of Ethics for Nurses.

In short, the internship has contributed to the acquisition and development of knowledge, skills and competencies essential for an autonomous decision-making and assertive in the area of medical-surgical nursing, essential in solving complex problems more frequent in clinical nursing. Therefore, it is crucial the contribution of specialist training in nursing, for best practice in health care, aimed at assisting the elderly and adult patients with severe disease and / or critical condition.

AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram para este percurso de aprendizagem e troca de saberes, em especial:

À minha família pela paciência e apoio prestado em especial marido, filhos e irmã;

À Enfermeira Amélia Rego pela disponibilidade, orientação e apoio oferecido;

Aos Enfermeiros Tutores pela disponibilidade e orientação prestados;

A todos os elementos da equipa de Enfermagem, Médica e Assistentes Operacionais com quem me relacionei durante o Estágio.

A todos, um agradecimento sincero.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AO - Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

CCI - Comissão Controlo de Infecção

CHAA – Centro Hospitalar Alto Ave

CI – Cuidados Intensivos

CID – Coagulação Intravascular Disseminada

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

DM - Dispositivo Médico

EEMC – Especialização de Enfermagem Medico Cirúrgica

EFN – *European Federation Nursing*

EMC – Enfermagem Medico Cirúrgica

EPI – Equipamento de Protecção Individual

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

NEMS – *Nine Equivalentes Nursing Manpower Use Score*

OBS – Observações

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PBE – Prática Baseada em Evidencia

PIA – Pressão Intrabdominal

PNCI – Programa Nacional Controlo de Infecção

PVC – Pressão Venosa Central

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado Vida

SBV – Suporte Básico Vida

SCE - Serviço Central de Esterilização

SNG – Sonda Naso Gástrica

SU – Serviço de Urgência

TET – Tubo Endotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ULS – Unidade Local Saúde

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	9
1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	13
2 – CONCLUSÃO	42
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS.....	48
ANEXO I – Fundamentação Teórica da Proposta de Implementação da Visita Pré-Operatória	
ANEXO II – Procedimento de Higienização da Balas do Sistema de Vácuo	
ANEXO III – Norma de Descontaminação e Controlo dos DM no SU	
ANEXO IV – Suporte Teórico da Formação “ Higienização das Mãos – Uma Necessidade e Uma Exigência”	
ANEXO V – Plano da Sessão e <i>Powerpoint</i> da Formação “Higienização das Mãos – Uma Necessidade e Uma Exigência”	
ANEXO VI – Resumo do Artigo “ Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina”	
ANEXO VII – Reflexão Sobre Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	
ANEXO VIII – Reflexão Sobre Triagem e Resíduos Hospitalares	
ANEXO IX – Reflexão sobre Desinfecção Cirúrgica das Mãos	
ANEXO X – Resumo do Artigo “ Prática Baseada em Evidência: Considerações Teóricas para a sua Implementação na Enfermagem Perioperatória”	
ANEXO XI – Resumo do Artigo “ A Liderança como Estratégia para Implementação da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem”	
ANEXO XII – Poster Sobre Áreas do BO	
ANEXO XIII – <i>Powerpoint</i> da Apresentação da Proposta de Implementação da Visita Pré-Operatória	

0 – INTRODUÇÃO

A realização deste relatório insere-se no plano de estudos do 3º Curso de Pós-Licenciatura, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), e surge no âmbito da mudança de paradigma no ensino e aprendizagem após aplicação do processo de Bolonha. Nas últimas décadas, a enfermagem como profissão e disciplina, tem sofrido rápidas e profundas mudanças, que têm obrigado à adopção de sucessivas reestruturações. As alterações do paradigma educacional, focando-se num processo de formação que deixa de estar centrado no ensino e passa a estar centrado na aprendizagem e no desenvolvimento de competências, permitindo ao aluno ser proactivo no processo de aprendizagem, que decorre ao longo da vida.

O relatório emerge da compilação sistemática da aprendizagem efectuada durante o Estágio como Unidade Curricular, através da descrição das actividades desenvolvidas, das situações problema detectadas, expondo as estratégias oportunas e sua implementação, enumerando as competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito da EEMC, respeitando os princípios éticos e deontológicos, descritos no Código Deontológico dos Enfermeiros.

A elaboração deste relatório visa transmitir os objectivos/competências adquiridas durante o Estágio, que nos permitiram tomar decisões fundamentadas e baseadas em evidências, dando visibilidade aos resultados da reflexão/pesquisa e aplicação do pensamento crítico, favorecendo a aquisição de uma maior autonomia e responsabilidade profissional.

O Estágio proporcionou-nos experiências “*in loco*” no sentido de adquirir e aperfeiçoar técnicas, conhecimentos e competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista na área da EEMC, na assistência ao doente adulto e idoso em estado crítico. As experiências vividas durante o Estágio permitiram, assim, a consolidação de saberes e a apropriação de competências provenientes da área onde se desenvolveram, EEMC, e tal como refere Boterf, citado por Simões (2008, p.219) “a competência não reside nos recursos (conhecimentos, capacidades...) a serem mobilizados, mas na própria mobilização desses recursos. A competência é o saber mobilizar (...) não se refere à simples aplicação, mas à construção.”

O Estágio foi realizado em serviços e unidades de saúde protocoladas com a UCP através do Instituto de Ciências da Saúde, adequadas à consecução dos objectivos e foi simultaneamente orientado por um Professor da área e tutorado por Enfermeiros Especialistas ou Peritos com experiência relevante na área de especialização. A Unidade Curricular Estágio está dividida em três Módulos, em áreas distintas, Módulo I – Serviço de Urgência (SU), Módulo II – Unidade Cuidados Intensivos (UCI) e Módulo III – Opcional, correspondendo 180 horas a cada um conforme plano de estudo.

O Módulo I do Estágio foi realizado no SU do Centro Hospitalar do Alto Ave – Unidade Guimarães (CHAA), bem como o Módulo II – Unidade Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). A escolha desta instituição prendeu-se pelo facto de tais serviços proporcionarem uma

variedade de situações clínicas, que nos enriqueceram pessoal e profissionalmente, associado à flexibilidade de horário.

O Módulo III – Opcional Perioperatório realizou-se no Bloco Operatório (BO) da Unidade Local Saúde – Matosinhos (ULS), que decorreu entre 19 de Abril e 19 de Junho 2010. A escolha desta instituição assentou na motivação em adquirir novos saberes e competências como processo de sustentação da prática, num local onde se realizam procedimentos cirúrgicos/anestésicos, de urgência/emergência e cirurgias programadas nas áreas da cirurgia geral, plástica, otorrino, urologia, oftalmologia, ortopedia, ginecologia, obstetrícia e neurocirurgia.

Neste Estágio, dada a experiência na área, deparamo-nos com algumas situações problema, nomeadamente o incumprimento da desinfecção cirúrgica das mãos, pelo que foi exposta à tutora e enfermeira chefe e como estratégia de resolução foi sugerido a colocação de relógios nas salas de desinfecção, para verificação do tempo dispendido na desinfecção das mãos, contribuindo para práticas seguras e promovendo a qualidade dos cuidados.

O BO é caracterizado por situações imprevistas, que muitas vezes constituem situações problema, como foi o exemplo de um doente que já tinha sido adiado e que estava em risco de ver a sua cirurgia novamente cancelada, devido à escassez de tempo. Após análise do problema, inferimos a melhor solução do mesmo, sugerindo aos tutores que reuníssemos o material necessário para a realização do acto cirúrgico (hérnia inguinal) e preparássemos a medicação para o acto anestésico. Assim, foi possível a realização da intervenção cirúrgica pela postura proactiva que desenvolvemos. Várias foram as vivências de situações problema, tais como: a ansiedade, medo, angústia dos doentes, que perante uma intervenção cirúrgica poderia ser minimizado com visita pré-operatória, em que o enfermeiro estabelece uma relação empática com o doente, esclarecendo dúvidas e medos, diminuindo, assim, a ansiedade. Neste sentido e de acordo com o projecto de estágio, elaboramos uma proposta de implementação da visita pré-operatória, que posteriormente foi apresentada aos profissionais do serviço, a qual teve uma óptima aceitação. Ao longo do Estágio, como enfermeira circulante, fizemos o acolhimento do doente e demos resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança; como enfermeira instrumentista, participamos na realização de actos cirúrgicos, antecipando os passos e necessidades do cirurgião; e como enfermeira de anestesia contribuimos para a preparação/manutenção do acto anestésico, em conjunto com o anestesista.

O Modulo I foi realizado no SU do CHAA e decorreu entre 4 de Outubro e 27 de Novembro de 2010, sendo que esta instituição é resultante da fusão do Hospital Senhora da Oliveira Guimarães e o Hospital S. José de Fafe. Este oferece um conjunto vasto de serviços, quer de internamento quer de ambulatório, e tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade. Neste serviço, a prestação de cuidados abrange todos os grupos etários, e inclui cuidados que vão desde o controlo da doença, abordagem ao traumatizado até

medidas de reanimação e de suporte de vida. Durante o Estágio, recorreram ao SU doentes com diversas patologias, requerendo cuidados urgentes e emergentes, havendo maior incidência nas perturbações cardiovasculares e respiratórias. Ao longo do Estágio, confrontamo-nos com a grande afluência de doentes e muitas vezes num espaço físico reduzido, dificultando a prestação de cuidados de qualidade, comprometendo a privacidade do doente. Neste contexto, procuramos actuar de forma responsável, consciente e, fundamentalmente, segundo uma perspectiva de enfermagem avançada não descurando a privacidade e conforto do doente.

Esta situação despertou-nos a atitude reflexiva e crítica sobre a gestão dos recursos humanos e a planificação do plano de trabalho. O enfermeiro especialista na área da Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), no SU, exerce um papel determinante para a recuperação e manutenção do doente, pela aquisição de saberes técnico-científicos, bem como pela dedicação e apoio emocional, de forma holística e humanizada. Sendo assim, desenvolvemos estratégias na arte de comunicar com o doente urgente/emergente e família, salvaguardando as suas crenças, valores e cultura.

A mudança permanente na área dos cuidados de saúde e a evolução da ciência e tecnologia, acarreta maior responsabilidade e exigência, face à realidade de cuidados mais complexos, sendo premente uma constante actualização e desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes. A necessidade de eliminar ou alterar determinadas práticas ou adoptar inovações é a chave para manter a qualidade e o custo-eficácia na prestação de cuidados, (Urden *et al.*, 2008). Desta forma, elaboramos uma norma de controlo e descontaminação dos dispositivos médicos (DM), com objectivo de diminuir os custos e uniformizar procedimentos, contribuindo para cuidados seguros, logo de qualidade.

O Módulo II foi realizado na UCIP do CHAA, de 29 de Novembro a 29 de Janeiro 2011, sendo uma unidade polivalente, onde prestam cuidados a doentes de foro médico e cirúrgico predominando doentes do foro respiratório e pós-operatório. Esta unidade, destina-se apenas a doentes adultos, tem lotação de 7 camas, activas apenas 6, uma das quais com possibilidade de isolamento. Ao longo deste Estágio, procuramos desenvolver conhecimentos e competências na área do intensivismo, especialmente no pós-operatório, dando assim, continuidade aos cuidados prestados no nosso dia-a-dia.

A emergência em Cuidados Intensivos (CI) e a introdução de tecnologias sofisticadas nestas unidades tiveram um grande impacto na prática dos profissionais de saúde. Os problemas éticos encontram-se no dia-a-dia da prática de CI (Urden *et al.*, 2008). A assistência ao doente desenvolveu-se no quadro de valores e princípios profissionais, tomando decisões fundamentadas baseadas no respeito e benefício do doente, como pessoa. Tal como refere Sousa (2008, p.9) “ o nosso agir ético centra-se no cuidado ao outro, respondendo às suas necessidades tendo em vista a sua máxima independência, no respeito pela sua dignidade e ajudando na prossecução dos seus projectos de saúde.”

Este relatório nasce da reflexão crítica das actividades desenvolvidas ao longo do Estágio evidenciando as competências adquiridas ou desenvolvidas e a sedimentação de conhecimentos.

Com este relatório pretende-se:

- ✓ Compilar as actividades desenvolvidas de acordo com o Projecto Estágio;
- ✓ Fundamentar as actividades/estratégias para a aquisição/desenvolvimento de Competências;
- ✓ Desenvolver capacidade de síntese;
- ✓ Apresentar o percurso efectuado no decurso do Estágio;
- ✓ Permitir uma visão sistematizada das experiências vividas;
- ✓ Relatar situações problema existentes;
- ✓ Demonstrar um espírito crítico-reflexivo face às situações observadas;
- ✓ Comunicar estratégias sugeridas;
- ✓ Fornecer o requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica mediante defesa pública.

A opção estrutural deste relatório baseou-se em agrupar os três Módulos de Estágio, de acordo com os objectivos delineados pela escola, de modo a facilitar a sistematização e clarificação do seu conteúdo. A divisão por objectivos, permite identificar as actividades desenvolvidas, as estratégias implementadas face a situações problema mais complexos e conseqüentemente a aquisição e desenvolvimento de competências no respectivo Módulo, seguindo as orientações do Projecto Estágio, previamente elaborado. De forma a dar visibilidade aos cuidados prestados, são apresentados os indicadores de avaliação, posteriormente são tecidas algumas considerações finais sobre a importância do Estágio no desenvolvimento de competências.

Metodologicamente enquadra-se na descrição e análise crítica reflexiva das actividades desenvolvidas e as competências adquiridas, tendo por base a pesquisa bibliográfica sendo referenciada segundo a Norma Europeia ISO 690, como forma de documentar a prática clínica.

1 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

A aquisição de competências pressupõe um conjunto de conhecimentos e processos que conduzem à interpretação, compreensão e resolução de problemas. Assim, proporciona o desenvolvimento de capacidades de pensamento e atitudes crítico-reflexivas favoráveis à aprendizagem. Sendo assim, esta "... aprendizagem deve ser concebida como um percurso e não um ponto de chegada, é um processo contínuo ancorado na experiência", como refere Gomes *et al.*, (2010, p.53). Desta forma, o Estágio constituiu um excelente momento de aprendizagem permitindo-nos evoluir, melhorando os nossos conhecimentos, competências e a qualidade de cuidados pelo variado leque de experiências que nos facultou.

No Estágio, para a aquisição e desenvolvimento de competências enumeramos as actividades desenvolvidas e assimiladas, as dificuldades encontradas e as estratégias adoptadas para ultrapassar essas dificuldades. Para cada competência, desenvolvemos uma atitude crítico-reflexiva com o objectivo de reunir as condições exigidas para o acesso ao Título de Enfermeiro Especialista em EMC, recorrendo aos conhecimentos teóricos adquiridos, á pesquisa bibliográfica constante, evidenciando assim, um crescimento contínuo e sistemático.

Todas as competências que aqui são descritas encontram-se no Projecto de Estágio apresentado no início da componente prática da especialização. Algumas abrangem a mesma área de actuação dentro da EEMC, pelo que serão abordadas em conjunto para facilitar a leitura e compreensão das mesmas.

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

Durante o Estágio procuramos aplicar conhecimentos adquiridos da formação profissional e académica, de forma a dar resposta às diferentes situações que deparávamos.

A realização do Estágio em serviços com características tão próprias impulsionou-nos a uma pesquisa constante, no sentido de adquirir e aperfeiçoar competências/saberes.

Toda a prestação de cuidados que desenvolvemos, desde a recolha de dados relevantes para a elaboração de um plano de cuidados individualizado e assertivo, à execução desse plano estabelecendo prioridades, à avaliação dos cuidados, exigiram a aplicação de conhecimentos advindos da prática diária, aliados aos conhecimentos adquiridos da formação académica.

No início do Estágio, sentimos necessidade de apoio/orientação das tutoras para a execução de tais actividades, mas rapidamente conseguimos uma intervenção mais autónoma e segura fruto da auto-formação, isto é, aplicando os conhecimentos previamente adquiridos, o aprofundar constante dos mesmos e adoptando uma postura reflexiva e crítica das situações novas. No âmbito da urgência/emergência é crucial esta auto-formação, com intuito de dar resposta atempada às necessidades do doente. Neste sentido, adequamos os cuidados ao doente, articulando os conhecimentos teóricos com a prática.

A enfermagem da área da urgência/emergência é pluridimensional, implica uma diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doenças, segundo Sheehy, (2005, p.3) “a prática da enfermagem de urgência requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas”.

A prestação de cuidados ao doente crítico “exige da enfermeira uma compreensão profunda dos conceitos essenciais da fisiologia, ventilação, troca gasosa, perfusão tecidual, equilíbrio hidroelectrolítico e equilíbrio ácido-base. As enfermeiras em CI baseiam suas actividades e intervenções nos conceitos essenciais e nos mecanismos corporais reguladores responsáveis pela manutenção da homeostase”, Huddleston (2006, p. 10).

As experiências vivenciadas permitiram a troca e sedimentação de saberes técnicos, científicos e humanos, particularmente em situações familiares como o apoio em reunir material de penso cirúrgico, adequação do sistema de drenagem mais eficaz de acordo com o acto cirúrgico, o esclarecimento de dúvidas relativamente à sonda nasojunal (particularidades na colocação, fixação e sua função).

Neste Estágio, particularmente na área do perioperatório a experiência profissional alargada permitiu-nos adequar, gerir e interpretar a informação contribuindo para a prestação de cuidados de elevada qualidade. Assim, consultamos o programa cirúrgico e em colaboração com a enfermeira circulante, reunimos todo o material necessário para o acto cirúrgico. Perante situações complexas/urgência utilizamos o pensamento crítico e antecipamo-nos às necessidades da enfermeira instrumentista, disponibilizando todo o equipamento e material indispensável para o desenrolar da intervenção cirúrgica. Durante o acto cirúrgico é fundamental a manutenção da segurança do doente, sendo assim colaboramos na colocação da placa cirúrgica, seleccionando o local mais adequado para não constituir risco para o doente e comprometer a qualidade dos cuidados, tal como refere Oliveira (2009, p.11) “não restam dúvidas, que a qualidade e segurança na prestação de cuidados se assumirão como o principal e fundamental desafio das organizações prestadoras de cuidados de saúde, neste século”.

A enfermagem do perioperatório, beneficiaria com a visita pré-operatória de enfermagem pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente cirúrgico, através da sistematização desses cuidados como sendo um processo individualizado, planeado e principalmente continuo por abranger os períodos pré, intra e pós-operatório da experiência cirúrgica do doente, tal como refere Atkinson, citado pela AESOP (2006, p.22) a visita pré-operatória assume-se como um momento decisivo para o planeamento dos cuidados “...é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objectivos de actuação”. Neste sentido, ao identificar a inexistência da visita pré-operatória, como estratégia elaboramos uma proposta de implementação da mesma, a qual foi apresentada no serviço para *à posteriori* ser implementada (anexo I).

É notório, o sentimento de que uma progressão permanente foi conseguida ao longo deste período na aquisição de saberes, competências e habilidades na área da EMC, em muito contribuiu a rápida integração na dinâmica do serviço, e na equipa multidisciplinar, permitindo

assim, uma excelente troca de saberes entre os membros da equipa, dando o nosso contributo na melhoria da prestação de cuidados.

Relativamente aos indicadores estabelecidos para este objectivo, no Modulo III - BO o índice de realização de consultas de enfermagem pré-operatória não foi desenvolvido, uma vez que não foi possível a sua implementação por falta de tempo, unicamente elaboramos a proposta para sua implementação.

Quanto aos indicadores desenvolvidos no Modulo II - UCIP o índice de oportunidades em cuidar doentes em ventilação mecânica foi de 80%; o índice de oportunidades em cuidar doentes com monitorização invasiva foi de 90%; o índice de oportunidades em cuidar doentes sujeitos a métodos de depuração renal foi de 75%; e o índice de oportunidades em cuidar doentes com alimentação parentérica foi de 50% da totalidade de doentes internados. Quanto aos indicadores desenvolvidos no Modulo I - SU o índice de oportunidades em cuidar doentes com drenagem torácica foi de 75%.

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

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

Sendo a comunicação, uma área tão nobre da profissão de enfermagem, podemos dizer que o segredo da profissão, está muitas vezes em saber comunicar.

A comunicação que estabelecemos com o doente, constituiu um importante instrumento na colheita de informação relevante à prestação de cuidados individualizados, através de uma abordagem terapêutica constante. Neste sentido, desenvolvemos estratégias na arte de comunicar com o doente urgente/emergente, bem como com a família. De salientar, que nesta relação salvaguardamos suas crenças, cultura e valores estabelecendo uma relação empática e incentivando o seu envolvimento nos cuidados. Sempre que oportuno, escutamos, esclarecemos dúvidas e efectuamos ensinamentos ao doente/acompanhante, estabelecendo uma comunicação eficaz, acessível e perceptível, nomeadamente sobre cuidados de alimentação no pós-operatório de esofagectomia, esclarecendo sobre o tempo de recuperação de um doente pós artroscopia do joelho e início da vida activa, informar sobre a medicação analgésica pós correcção de esfacelo, esclarecer sobre onde e quando executar penso, informar a família/cuidador principal sobre as mudanças de decúbito em doentes semi-acamado, entre outras.

A comunicação de informação relevante do estado do doente, á equipa multidisciplinar, constituiu uma preocupação constante. Procuramos utilizar terminologia adequada e científica, fundamentando os cuidados de enfermagem prestados de acordo com as evidências científicas, tal como refere Nero (2008) a comunicação pode ser considerada como um sustentáculo para a coesão e firmeza do grupo, permitindo então que o funcionamento da

equipa seja elevado e que o doente beneficie desse facto. Neste sentido, sempre que pertinente comunicamos alterações significativas do estado do doente à equipa, nomeadamente alterações hemodinâmicas, alterações de estado de consciência, um doente agitado que exteriorizou tubo endotraqueal (TET), informamos um anestesista sobre um doente que tinha uma intervenção anterior á coluna e o impossibilitava de realizar o acto anestésico proposto (Raquianestesia), desta forma contribuindo para uma tomada de decisão mais assertiva.

O envolvimento da família nos cuidados foi uma preocupação constante, e o relacionamento com esta, no momento das visitas, foi estabelecido com intuito de otimizar o plano de cuidados.

A comunicação em doentes com ventilação invasiva e sedados/curarizados foi conseguida pela aplicação de técnicas e habilidades apreendidas na componente teórica, nomeadamente um doente ventilado e consciente não podendo verbalizar, recorremos à comunicação não verbal, mímica, gestos e por fim à escrita. Obtivemos um *feedback* positivo, compreendendo a mensagem do doente, sendo algo de relevante para o seu tratamento.

O acolhimento do doente no ambiente cirúrgico é crucial para a recolha de dados úteis para a prática clínica, como refere a AESOP (2006, p.128) “O enfermeiro circulante cuida do doente de uma forma holística, responsabiliza-se pelo seu acolhimento e dá resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança”. Ao realizarmos o acolhimento de uma doente, estabelecemos uma comunicação afável, empática e de inter-ajuda, esta “confessou” não se sentir bem e com dor no peito. Efectuamos uma análise da situação e comunicamos ao anestesista a queixa, pois a intervenção exigia anestesia geral e potencialmente risco cirúrgico. A intervenção foi adiada, pois o quadro clínico da doente, enfarte do miocárdio, era incompatível com o risco de submeter-se á intervenção proposta. Na Unidade Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) realizamos vários ensinios ao doente e crianças/família, nomeadamente realização de penso pós apendicectomia, nos cuidados com a alimentação no pós-operatório de amigdalectomia, gastrectomia total entre outros. No pós-operatório imediato, estabelecemos uma relação de ajuda, segurança e confiança como estratégia para diminuir a ansiedade e o stress pós-operatório, como refere Sousa (2004) a relação de ajuda assume no contexto do cuidar, um papel importante para que a enfermagem se evidencie com as suas intervenções bem fundamentadas, no âmbito científico e técnico e nas dimensões relacional, ética e humana.

A optimização do processo de comunicação, na equipa e família proporciona um clima de confiança e segurança na tríade doente – família - equipa de saúde, contribuindo para a excelência no cuidar, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Relativamente ao indicador referente a este objectivo, índice de sessões informais de educação para a saúde, no Módulo I – SU tivemos oportunidade em 80%, no Módulo II – UCIP tivemos oportunidade em 60 % e no Módulo III – BO tivemos oportunidade em 50%.

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

Identificar as necessidades formativas na área da EEMC.

A formação em serviço é uma estratégia fundamental de desenvolvimento da equipa e deve ser valorizada e utilizada no incentivo à adopção de novas práticas.

A formação em serviço é uma parte da formação permanente, que tem como objectivo adquirir e aprofundar conhecimentos e capacidades, que visam o desenvolvimento pessoal e profissional, que se repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados, esta formação tem a particularidade de se desenrolar em simultâneo com a prática profissional, tal como refere Silva (2006, p.21) “ a capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar, considerando o contexto onde o pensamento tem lugar, é essencial na resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, que se vêm tornando cada vez mais frequentes na prática clínica de enfermagem.”

O enfermeiro especialista como elemento constituinte da equipa de enfermagem, fica em posição privilegiada para incentivar e colaborar com os colegas na procura de novos saberes. Segundo Martins (2004, p.6), “através do ensino, da partilha de conhecimentos e de discussões construtivas sobre as situações, o enfermeiro especialista incentiva e motiva os enfermeiros para a expansão das fronteiras nas suas práticas do cuidar”. Esta componente é fundamental, quer ao nível da especialidade quer na formação pessoal.

Ao longo do Estágio, adoptamos uma postura reflexiva e critica na identificação de problemas no âmbito da formação em enfermagem de forma autónoma e sistemática. Como estratégia, sugerimos a realização de formação na área da EEMC, nomeadamente em contexto de urgência, para aprofundar conhecimentos sobre as medidas de precauções da infecção baseados nas vias de transmissão (via aérea, gotícula e contacto), a triagem de resíduos hospitalares e normas de higienização do ambiente hospitalar.

A proposta de realização de formação não foi aceite, dado que o plano de formação já estava elaborado desde o início do ano, fornecemos então documentação relevante para anexar à existente no serviço elucidando sobre os procedimentos a adoptar perante patologias específicas, (Equipamento de Protecção Individual (EPI) específicos, identificação com respectivos dísticos, ensino à família/visitas sobre os procedimentos antes e depois de entrar no quarto, o transporte do doente para realização de exames com EPI indicado e avisar os profissionais do local do exame para as precauções a seguir).

A sugestão relativamente à triagem de resíduos evidenciou uma atitude de resistência acentuada por parte dos profissionais, alegando a falta de tempo e de condições estruturais. De salientar, que a formação sobre higienização do ambiente hospitalar, impulsionou bastante interesse e neste sentido elaboramos um procedimento de higienização das balas do sistema de vácuo (Anexo II), realizamos uma norma de descontaminação e controlo dos DM no SU, incluindo uma instrução de trabalho sobre lavagem e desinfectação dos mesmos (Anexo III).

Colaboramos na elaboração da norma de descontaminação de material semi-crítico no SU reunindo toda a informação necessária, em colaboração com a Comissão Controlo de Infecção (CCI).

A prestação de cuidados pautou-se pelo cumprimento rigoroso das técnicas, proporcionando cuidados de qualidade e garantindo a segurança do doente. A garantia da qualidade dos cuidados é conseguida pela reflexão constante sobre as boas práticas inerentes ao desempenho diário. A este propósito Colliere (1999, p.339) referiu que "...os serviços são lugar de expressão da prática profissional e é aí que é possível aliar a reflexão à acção. É aí que podem ser estudadas as condições indispensáveis para assegurar os cuidados...". Em contexto de CI detectamos falhas na higienização das mãos de alguns assistentes operacionais (AO). De forma assertiva e responsável alertamos/sensibilizamos para a adopção de práticas correctas de forma a aumentar a segurança do doente e diminuir o risco de infecção. Dada a relevância do incumprimento desta técnica e as consequências que daí advêm, achamos pertinente a elaboração de uma formação subordinada ao tema "Higienização das mãos: Uma necessidade e uma exigência", a qual por falta de disponibilidade do plano de formação em serviço, não foi leccionada. Contudo, foi entregue todo suporte teórico para posterior realização (Anexo IV). Disponibilizamos, também, o *powerpoint* e o plano da sessão elaborados (Anexo V). Sempre que oportuno, abordamos o tema vincando os riscos para o doente/família, nomeadamente agravamento do estado de saúde, aumento do tempo internamento, sequelas, custos económicos adicionais elevados, custos pessoais para os doentes/familiares; incentivamos a reflexão constante sobre o que fazemos e como fazemos.

Durante o Estágio, foi nossa preocupação conhecer o plano de formação em serviço e achamos que os temas eram pertinentes e adequados, pois abordavam temáticas de relevância para a prática clínica de enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados.

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

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

A evolução a nível técnico-científico na área dos cuidados da saúde é uma realidade que todos os profissionais enfrentam. Face a esta evolução, sentimos necessidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua e autónoma.

Actualmente, dado o elevado grau de exigência dos doentes, a política das instituições está vocacionada para a prestação de cuidados de qualidade. Desta forma, todo o percurso académico e formativo permitiu-nos adquirir novos saberes e competências para a prestação de cuidados de qualidade mas, tal como refere Chaves (2000), nunca como hoje foi tão claro que todo o conhecimento se apresenta incerto, instável e dinâmico. Assim ao longo do Estágio, procuramos uma actualização de conhecimentos, habilidades e competências através da

pesquisa bibliográfica e do recurso à vivência experiencial, nomeadamente no Módulo III – BO, quando realizamos uma visita de estudo à central de esterilização, com intuito de adquirir saberes nesta área tão importante, com relação directa ao ambiente cirúrgico. Tomamos conhecimento do circuito do material, desde que sai do BO até à chegada ao serviço central de esterilização (SCE), sendo efectuado em elevador exclusivamente para o efeito. Observamos todo o percurso dos DM, desde lavagem, desinfectação e esterilização e a selecção do processamento dos mesmos.

Durante o Estágio, desenvolvemos um espírito crítico-reflexivo das diversas situações que experienciávamos, fundamentando a tomada de decisão na pesquisa científica permanente, enfatizando a prática baseada na evidência (PBE). A compreensão e execução, de procedimentos e técnicas ao doente crítico não foram um processo fácil. Sendo assim, efectuamos pesquisa bibliográfica de temas como métodos de depuração renal, em que o sucesso desta técnica depende de um protocolo de anticoagulação eficiente para manter a eficácia e permeabilização do circuito extra-corporal, minimizando as complicações como hemorragia ou coagulação no sistema; monitorização invasiva, pressão arterial (PA), pressão venosa central (PVC), pressão intra-abdominal (PIA), débito urinário; algumas patologias como coagulopatia intravascular disseminada (CID), sepsis, tromboembolismo aórtico. Pesquisamos, também, sobre o preenchimento e utilização do *Nine Equivalentes Nursing Manpower Use Score (NEMS)*, como método de cálculo da carga de trabalho. Para além destas pesquisas, efectuamos outras que sentimos necessidade decorrente das situações que surgiam, pesquisando livros, revistas da área, sites da Internet, consultamos bibliografia existente no serviço, normas e protocolos em vigor no serviço e instituição. A obtenção destes conhecimentos, constituíram momentos de partilha com os tutores e profissionais do serviço promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional.

Neste sentido, ao longo do Estágio adquirimos e desenvolvemos a capacidade de argumentação, justificando decisões tomadas relativas ao doente, incorporando os resultados de investigação na prática.

Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

Ao longo do Estágio, sempre que oportuno, comunicamos e expusemos os resultados da prática diária, de forma adequada e fundamentada.

No Estágio, várias foram as situações que comunicamos os resultados da prática clínica, nomeadamente numa área tão familiar como a instrumentação, com conhecimento sobre equipamento e material cirúrgico. Promovemos uma postura assertiva nos colegas, na orientação e selecção dos fios de sutura adequados para determinados procedimentos, nomeadamente na fixação de drenos, sutura interna de ferida traumática, sutura da língua, sutura na face em criança de 5 anos que usamos sutura auto-adesiva e não fio, entre outros.

A comunicação dos resultados da prática diária foi fundamental no desenvolvimento de conhecimentos e competências noutros profissionais, na medida em que esclarecemos dúvidas com relevância na prestação de cuidados pós-operatórios imediato em doentes de cirurgia de obesidade; nas cirurgias de *sleeve* onde é utilizado um dreno tubular, devendo ser mantido em drenagem livre e em circuito fechado e quando é utilizada a técnica de *bypass* gástrico é utilizado o dreno multitubular, onde se deve realizar penso com sistema de drenagem fechado, devido à drenagem ser normalmente significativa; nos doentes pós colecistectomia laparoscópica, em que esclarecemos o facto de o doente referir dor na omoplata, estando esta relacionada com a pressão de gás (CO₂) intra-abdominal durante a intervenção.

Durante o Estágio, tivemos oportunidade de apresentar uma proposta de implementação de visita pré-operatória para os colegas do serviço, como estratégia de melhorar a qualidade dos cuidados prestados no perioperatório, na medida em que a visita pré-operatória é o início da sistematização dos cuidados, permitindo uma continuidade de cuidados nos períodos pré, intra e pós-operatório. Esta proposta teve uma boa aceitação por parte dos colegas, contribuindo como estímulo para dar continuidade ao nosso trabalho, para posteriormente ser implementada.

Relativamente ao indicador traçado, participar em trabalhos de investigação não foi possível desenvolver uma vez que no serviço não decorria qualquer trabalho de investigação. No entanto, promovemos momentos de reflexão e comunicação de experiências da vida profissional para a equipa multidisciplinar.

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva académica avançada.

Como método de análise de situações complexas aplicamos o método de tomada de decisão e o processo de enfermagem, de forma a dar uma solução mais adequada aos problemas do doente, numa actuação consciente e eficaz. Aplicamos o processo de enfermagem como guia de orientação da nossa prática. Este "... é um método de tomada de decisões clínicas. É uma linha de pensamento e acção relacionada com os fenómenos clínicos da alçada das enfermeiras" (Urden *et al.*, 2008, p.8).

Após observarmos e identificarmos problemas, procuramos dados relevantes para a resolução dos mesmos e após análise, articulando os conhecimentos teóricos com a prática, planeamos e implementamos intervenções adequadas ao doente, analisando constantemente os resultados da aplicação do processo de enfermagem de forma crítica e construtiva. Desta forma, desenvolvemos uma prática de cuidados mais efectiva e eficaz.

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC

A prática de enfermagem avançada, implica o desenvolvimento e a aplicação de saberes técnico-científicos e humanos, com objectivo de intervir no contexto de saúde/doença tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados. Esta prática desenvolve-se com base na pesquisa bibliográfica e em evidência científica.

Na prestação de cuidados ao doente, foi nossa preocupação o cumprimento rigoroso das técnicas e procedimentos de controlo de infecção. Assim, adequamos a nossa actuação tendo em vista a prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde (IACS). Concretamente adoptamos medidas de prevenção de infecção de acordo com os tipos de transmissão (aérea, gotícula e contacto) em doentes infectados, aspiramos as secreções da naso e orofaringe, utilizando técnica asséptica na aspiração endotraqueal e realizamos a higiene oral, uma vez por turno para prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV). No doente ventilado, sempre que possível, mantivemos a cabeceira da cama a 30 a 45° de forma a prevenir o refluxo gástrico e pneumonia de aspiração. Na prevenção da infecção do tracto urinário, procedemos de acordo com as recomendações da CCI, efectuamos lavagem do meato urinário com água e sabão, diariamente e quando necessário. Para algaliação, fizemos limpeza com soro fisiológico da região e calçamos luvas estéreis após desinfecção higiénica das mãos, utilizando técnica asséptica. Na prevenção da infecção dos cateteres vasculares, fizemos diariamente vigilância do local de inserção e do penso, sendo substituídos quando necessário, desinfectamos os acessos das torneiras com álcool a 70%, antes de aceder ao sistema.

Ao longo do Estágio, fundamentamos o nosso desempenho como enfermeiras de nível avançado, transmitindo aos outros profissionais um nível de competências elevado na prestação de cuidados, promovendo a qualidade das práticas. Desta forma, efectuamos uma actualização constante e uma busca incessante de novos saberes, enfatizando a segurança do doente e a excelência nos cuidados. Assim em ambiente cirúrgico, evidenciamos a importância de um ambiente seguro e eficiente, quer para os doentes, quer para toda a equipa. A prestação de cuidados perioperatórios é uma actividade de risco elevado, tal como refere AESOP (2006, p.63) “o bloco operatório é um dos locais onde, pelos factores ambientais, pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos doentes e profissionais”. Para tal, aplicamos os princípios da gestão de risco em todos cuidados perioperatórios, em especial na identificação do doente e verificação do processo; na verificação do consentimento expresso e informado do doente acerca dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos; na monitorização do doente durante todo período perioperatório; na mobilização e posicionamento do doente; na verificação dos factores ambientais (exemplo: temperatura da sala, humidade, exaustão de gases, ...); conhecimento, manutenção e utilização de equipamentos e cumprimento de técnicas assépticas. Aplicamos os conhecimentos adquiridos da componente teórica, prática e da pesquisa, numa perspectiva holística do doente, tendo em conta a satisfação das suas necessidades.

A experiência profissional, proporcionou segurança e compreensão para colaborar de forma autónoma e responsável na pequena cirurgia para actos como esfacelos, traumatismos, feridas, imobilizações, extracção corpos estranhos. Assim, reunimos o material esterilizado adequado (campo cirúrgico, compressas, instrumentos apropriados, luvas, fios de sutura indicados), posicionamos os doentes de acordo com o local a intervir e optimizando o seu conforto. Informamos todos os procedimentos a efectuar, desde a dor da administração do analgésico, à desinfecção da área a intervir e sensação “de esquecimento” daquela

área, durante o efeito da anestesia. Por fim, realizamos o penso e esclarecemos as dúvidas que surgiam e efectuávamos os ensinamentos oportunos, mudança do penso, tempo de recuperação, medidas de alívio da dor não farmacológicas, como, colocação de gelo, optimização do posicionamento do membro, medidas de distração e relaxamento.

Seleccionamos um artigo sobre “Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina” (Anexo VI), no sentido de constituir um momento de reflexão, com o intuito de, em conjunto, desenvolvermos comportamentos e atitudes de forma a dar visibilidade à população em geral e à equipa de saúde em particular, do nível de aprofundamento de conhecimentos, desta área tão nobre que é a enfermagem. A área de actuação da enfermagem, evoluiu de uma lógica executiva para uma lógica mais conceptual e centrada na relação interpessoal, tendo como objectivo principal o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas, evidenciando assim a importância que esta desempenha na recuperação e bem-estar do doente, (Silva, 2007).

A assistência ao doente baseou-se na aplicação de saberes, técnicas e habilidades adquiridas do aprofundamento de conhecimentos e incorporando os resultados de investigação na prática.

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.

Durante o Estágio, adoptamos uma postura responsável na prestação de cuidados e privilegamos a reflexão sobre as nossas práticas, como forma, de conscientemente analisar as decisões efectuadas, tendo em vista uma melhoria nos cuidados prestados. Cuidar exige confiar nas nossas capacidades para cuidar do outro, no juízo para avaliar as suas necessidades e nos erros na possibilidade de crescimento, (Vieira, 2009).

A assistência ao doente urgente/emergente, foi efectuada muitas vezes em condições físicas desfavoráveis, pois assistimos ao acumular, lado a lado, das macas sem condições de privacidade para o doente e descorando as recomendações da CCI de distância mínima entre doentes. Efectuamos sugestão para o problema, utilizando biombos, zelando pela privacidade dos doentes. Esta sugestão foi aceite, embora em algumas situações não poderiam ser usados, devido à falta de espaço. A vigilância a estes doentes ficou comprometida pelo espaço físico ser reduzido, aliada ao elevado número de doentes. Neste contexto, procuramos actuar de forma responsável, consciente e fundamentada segundo uma perspectiva de enfermagem avançada. A situação vivenciada, contribuiu para o nosso crescimento pessoal e profissional, na medida em que, nos incentivou a uma análise reflexiva e crítica sobre gestão de recursos humanos e a planificação do plano de trabalho, que por vezes, se tornava bastante difícil pelo excesso de doentes a necessitar de cuidados.

A prestação de cuidados ao doente crítico, incide na vigilância intensiva, sobrevalorizando os aspectos técnicos que estão directamente relacionados com o estado do doente, absorvendo toda a preocupação e desvalorizando outros que não estando na proximidade do doente, também, vão influenciar no prognóstico do mesmo. Assim na estrutura física da UCIP, mesmo

sendo instalações recentes, detectamos falhas, nomeadamente a existência de uma sala única onde é feito todo o processo de limpeza e desinfecção dos DM, local onde é armazenada a roupa suja e onde estão os antissépticos e desinfectantes acondicionados. Efectuamos sugestão de colocação dos antissépticos e desinfectantes numa sala anexa, com um armário individualizado, a qual foi aceite.

Desenvolvemos a prestação de cuidados de forma consciente e critica pesando o risco beneficio para o doente na tomada de decisão. Enfatizamos o envolvimento da família nos cuidados, uma vez que contribui para uma maior personalização dos cuidados.

Relativamente ao indicador, índice de envolvimento de família/cuidador nos cuidados e recuperação do doente, no Módulo I – SU tivemos oportunidade em 40%. De referir que, quando os doentes tinham alta hospitalar procuramos envolver os familiares nos cuidados que teriam continuidade no domicílio, nomeadamente sessões de educação para saúde sobre os cuidados com algalias e técnicas de esvaziamento vesical, cuidados a doentes com SNG (sonda nasogástrica), técnica de pesquisa de glicemia. No Módulo II – UCIP índice de envolvimento de família/cuidador nos cuidados e recuperação do doente tivemos oportunidade em 30%.

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

A prestação de cuidados de enfermagem pressupõe uma interacção entre o doente e o cuidador. Em ambiente de CI, esta relação está muitas vezes comprometida dado o estado de consciência do doente, induzido pela medicação. O enfermeiro desempenha um papel fundamental nesta relação, possuindo um conjunto de conhecimentos teórico-práticos bem sedimentados para uma prestação de cuidados de qualidade e de nível avançado. Assim, a comunicação/interacção com estes doentes obrigou a uma abordagem de modo sistemático e criativo. Na relação com estes doentes, incentivamos o envolvimento nos cuidados, esclarecemos os procedimentos a efectuar, privilegiamos a comunicação verbal aliada à não verbal, tendo preocupação com a forma como tocávamos, como observávamos e reagimos. O envolvimento da família nos cuidados, foi preocupação nossa ao longo do Estágio, pois uma hospitalização em CI, é um acontecimento que altera profundamente os hábitos de vida diários do doente e consequentemente da família, daí que o envolvimento desta no processo de cuidados ao doente seja fundamental, de forma a minimizar essas alterações, como refere Silva (2001), a doença e o internamento na UCI são situações que causam uma crise emocional, não só no doente como também na família. O seu envolvimento desde a admissão até à alta é crucial, pois pode influenciar positivamente nos resultados da condição do doente. Tal como refere Zinn (2003) não é suficiente deixar entrar a família na UCIP é necessário, trabalha-la para potenciar o trabalho dos enfermeiros. Para tal, mantivemos relação com a família nos momentos da visita, informamos sobre as normas de funcionamento do serviço e os cuidados prestados. No acolhimento das visitas, a 1ª visita foi efectuada em sala própria e informamos da dinâmica do serviço, o horário das visitas e o horário de esclarecimentos

clínicos fornecidos pelo médico, apoiamos o familiar/pessoa significativa desmistificando a envolvimento tecnológica e encorajamos à comunicação verbal e não verbal (toque, expressões faciais, tom voz, ...) com o doente. Neste acolhimento, fornecemos um panfleto existente no serviço com toda esta informação escrita.

Ao longo do Estágio, a aplicação do processo de enfermagem foi uma constante. Através da colheita de dados, por observação e entrevista, identificamos situações problema, relacionados com o doente e família. As situações problema identificadas foram resolvidas com as intervenções planeadas e implementadas. Sempre que os resultados não eram os desejados, reformulávamos as intervenções implementadas. Assim, em contexto de urgência, detectamos a grande afluência de idosos com carências na prestação de cuidados básicos, que seriam solucionáveis com o apoio social das equipas domiciliárias. Neste sentido, como estratégia de resolução, informamos o cuidador principal da existência da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da sua filosofia, não só prestando cuidados em locais próprios, bem como o apoio social prestado pelas equipas domiciliárias. A “RNCCI foi... a melhor resposta a nível dos cuidados de saúde e de apoio social, para as necessidades efectivas dos cidadãos, ou mais propriamente das pessoas com dependência”, (Augusto, 2009, p.12). Assim, desenvolvemos uma pesquisa aprofundada e efectuamos o resumo sobre a finalidade e filosofia da RNCCI (Anexo VII).

Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica.

A reflexão é o acto de pensar, de se debruçar sobre algo que nos inquieta. A reflexão é uma constante da aprendizagem e da boa prática. Segundo Ferreira (1999, p.82) “... aprender a aprender é um processo permanente, através do qual as pessoas constantemente aprendem a reflectir, a questionar, a confrontar e a relacionar os acontecimentos. É uma síntese entre o saber acumulado e a continua observação, consciente e crítica, de vida vivida”.

Ao longo do Estágio, foram várias as situações que nos impulsionaram para a reflexão, introspecção. A vivência numa área tão familiar, como o BO obrigou-nos a reflectir de forma crítica ao detectarmos um procedimento de triagem de resíduos, onde verificamos a existência de mais um saco de separação dos resíduos do grupo I e II. Questionamos alguns profissionais e verificamos algumas dúvidas e dirigimo-nos à enfermeira responsável pela qualidade e esta informou-nos sobre o procedimento, dizendo que ainda era relativamente recente. Assim, recolhemos informação e efectuamos pesquisa bibliográfica e elaboramos uma reflexão sobre triagem de resíduos hospitalares, percebendo que a existência do saco transparente é para resíduos que não se enquadram em nenhum dos outros sacos, saco azul – papel, saco preto – resíduos idênticos ao urbano, saco amarelo – plástico (Anexo VIII). Esta pesquisa revelou-se uma mais-valia, no sentido em que adquirimos saberes que se evidenciaram importantes na nossa prática profissional, pois, impulsionaram para a reflexão da prática diária.

A reflexão constituiu uma constante da nossa prática. O conhecer novos horizontes e realidades levou-nos a questionar a nossa acção, no sentido de melhorar a prática. No decorrer

do Estágio, acreditamos ter evoluído graças à postura analítica e crítica que desenvolvemos, inicialmente em conjunto com a tutora e posteriormente sozinhas. As dúvidas que surgiam constituíram momentos de reflexão em conjunto com os elementos do serviço, proporcionando excelentes momentos de aprendizagem mútua.

Em reuniões informais com elementos da equipa, comunicamos aspectos importantes na assistência ao doente, nomeadamente o recurso de cinesiterapia respiratória numa doente com dispneia acentuada. Para nosso agrado, esta doente após algumas sessões, já apresentava um quadro clínico com melhoras significativas. Assim, assumimos a reflexão na acção como forma de melhorar a prática da enfermagem e contribuir para a melhoria de cuidados em enfermagem.

Esta é uma competência longe de ser estanque, pois é algo de permanente para a vida. Esta vivência despertou para a reflexão sobre o que fazemos, como fazemos e porque fazemos.

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

Para análise de situações complexas, aplicamos o método de tomada de decisão e o processo de enfermagem de forma a dar solução mais adequada aos problemas do doente, numa actuação consciente e assertiva. Em contexto de CI, o processo de enfermagem tem como suporte o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), sendo a referência a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Concordamos com Urden *et al.* (2008, p.8) quando refere “o processo de enfermagem é um método de tomada de decisões clínicas...é um modelo de decisão sistemático que é cíclico, não linear”.

Aplicamos o processo de enfermagem desenvolvendo uma prática de cuidados mais eficaz.

Em contexto de urgência, a relação humana com os doentes, na doença aguda é dificultada pela linguagem usada por estes, que não é clara e educada, exigindo da equipa multidisciplinar muita calma, organização e controlo emocional para análise de tais situações complexas. Desta forma, o sistema de Triagem *Manchester* surge, em nosso ver, como um método de análise de situações complexas eficaz, pois estabelece uma triagem de prioridades, através da identificação objectiva e sistemática de critérios de gravidade. Assim, participamos nesta triagem, sob supervisão do tutor, efectuando reflexão sobre as queixas dos doentes, articulando sempre com os conceitos teóricos aprendidos e da vida profissional, aliada à rapidez e flexibilidade mental, adoptando uma atitude responsável e consciente na atribuição de prioridades. Para tal, recorremos à consulta de documentação sobre triagem no serviço e à pesquisa bibliográfica. A aprendizagem nesta área constituiu um desafio constante.

Face ao indicador traçado para este objectivo, índice de aplicação do algoritmo ABCDE tivemos oportunidade em 50%.

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

Ao longo do Estágio, procuramos integrar na dinâmica dos cuidados, consultando normas, protocolos, procedimentos de forma a aumentar o nosso saber e actuar perante situações complexas, de acordo com as recomendações pré-definidas.

Durante o Estágio surgiram situações que se revelaram complexas pela novidade que constituíram. Desta forma, durante o Módulo II – UCIP, tivemos oportunidade de participar em técnicas e situações novas como a realização de técnicas de hemodiafiltração (utilizando a máquina prisma), avaliação da PVC, avaliação da PIA. Perante situações de instabilidade hemodinâmica como hipo e hipertensão, optimizamos sempre cateter arterial, quando necessário recorriamos à avaliação das tensões indirectas e só depois comunicávamos ao médico. Surgiram várias situações de hipoglicemia, em que actuamos segundo protocolo em vigor, suspendendo a insulina, administrando glicose hipertónica e fazendo uma avaliação seriada e mais frequente, até estabilização dos valores de glicemia. Surgiu também, 2 vezes obstrução do sistema de hemodiafiltração, pela presença de coágulos, foi feita lavagem com soro fisiológico, conforme protocolo, mas ineficaz obrigando à substituição de todo o sistema. Assim, reunimos o material em conjunto com a tutora para o procedimento.

Nas situações de paragem cardiorespiratória, agimos conforme protocolo hospitalar, chamamos o médico da unidade e iniciamos SBV/SAV.

O Módulo I – SU, é caracterizado pela imprevisibilidade e ocorrência de situações complexas, este constituiu uma vivência enriquecedora pelo elevado número de situações que nos proporcionou. Tivemos oportunidade de participar em técnicas/situações novas tais como: colocação de sonda de *blackmoore*, sendo utilizada em doentes com varizes esofágicas para efectuar hemostase; punção peritoneal com fim terapêutico, para alívio da dor e mal-estar do doente; a pesquisa de glicemia em doentes em coma hipoglicémico; a colocação de drenagem torácica emergente em doentes com hemotorax. Identificamos situações de risco como hipoglicemia, alteração do estado de consciência, dispneia, dor torácica e após avaliação dos parâmetros vitais, comunicamos ao médico. Participamos, com o enfermeiro tutor, na assistência ao doente emergente, prestando cuidados de forma rápida e eficaz, evidenciando sempre o bem-estar do doente e a sua recuperação total.

Em ambiente cirúrgico, é fundamental o planeamento das actividades de enfermagem, após conhecimento do programa cirúrgico, para garantir o bom funcionamento do equipamento da sala e reunir os DM necessários para o acto cirúrgico/anestésico. No entanto, na prática diária, várias são as situações imprevistas e complexas/emergência que exige do enfermeiro a capacidade de responder, eficazmente, perante essas adversidades. Neste sentido, estando na sala de oftalmologia a circular, deparamos com uma complicação do acto cirúrgico (queda da lente intra-ocular na câmara posterior), pelo que, reunimos o material necessário, rapidamente,

para a continuidade do procedimento e efectuamos as alterações necessárias nos parâmetros do microscópio, solucionando assim, atempadamente a situação imprevista vivenciada.

Assim, desenvolvemos competências para reagir perante situações complexas, através dos conhecimentos adquiridos da vida prática, aliado aos fornecidos na componente teórica do curso. Salientamos, o excelente apoio/orientação fornecido pela tutora e a pesquisa bibliográfica efectuada, para aprofundar conhecimentos nesta área.

Face aos indicadores traçados para este objectivo; o índice de triagem de *Manchester* assistidas/efectuadas tivemos oportunidade em 60%, o índice de acompanhamento dos cuidados prestados ao doente emergente tivemos oportunidade em 40% e o índice de acompanhamento ao cliente politraumatizado tivemos oportunidade em 100%.

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Ao longo do Estágio, tivemos oportunidade de vivenciar diferentes métodos de trabalho na assistência ao doente.

No Módulo III – Opcional (BO), o método de trabalho é o método trabalho em equipa. Nesta metodologia de trabalho toda a equipa; instrumentista, circulante e enfermeira de anestesia reúne todo o equipamento necessário para intervir naquele doente. O acolhimento do doente, normalmente, é efectuado quer pelo enfermeiro circulante quer pelo enfermeiro de anestesia.

O registo da informação é efectuado numa folha de registo da intervenção cirúrgica pelo enfermeiro circulante e na folha do acto anestésico, onde são registados os parâmetros vitais e a ocorrência de alterações adversas, esta última folha dá continuidade aos cuidados na UCPA. O ambiente cirúrgico é “carregado” de ansiedade, angústia e medos assim o acolhimento do doente foi desenvolvido de uma forma holística, proporcionando uma relação empática, o conforto e a segurança. Na sala cirúrgica, se o doente apresentava o seu estado de consciência vigil (raquianestesia, plexo) foi sempre nossa preocupação a relação terapêutica para diminuir o stress deste. Na UCPA, a metodologia de trabalho é o método de trabalho em equipa, pois desenvolvemos a assistência a todos os doentes, que ali se encontravam, de forma global.

No Módulo I – SU, o método de trabalho difere de acordo com as áreas. Em contexto de OBS, algumas equipas funcionam pelo método individual, outras por tarefa. Na sala de emergência, o elemento de enfermagem destacado presta, integralmente, cuidados globais ao doente, praticando o método de trabalho individual. Nas outras áreas, o método de trabalho desenvolvido é o método à tarefa, nomeadamente na área da triagem, e consideramos que esta é a melhor opção para a execução das actividades de enfermagem (maioritariamente intervenções interdependentes). Assim, a prestação de cuidados não é otimizada de acordo com as necessidades dos doentes, mas de forma a dar resposta às tarefas a executar, isto é, as actividades interdependentes. No entanto, pelo instrumento de registo das actividades de enfermagem desenvolvidas, consideramos que a informação relevante é descrita, pelo que a continuidade de cuidados se encontra assegurada. Os registos dos cuidados de enfermagem

são realizados no sistema informático de gestão hospitalar “A/ert”, que disponibiliza em rede toda a informação relativa ao doente e os respectivos episódios clínicos.

Durante todo o Estágio, em conjunto com o tutor, desenvolvemos a assistência ao doente/emergente em todas as áreas pelo método individual de trabalho. Para tal, elaboramos um plano individualizado de cuidados, desenvolvemos intervenções autónomas e a respectiva avaliação dos cuidados para implementação de novas intervenções, se necessário. Foi nosso objectivo proporcionar cuidados individualizados a este tipo de doentes, atendendo às necessidades que identificávamos, cuidados de higiene e conforto, posicionamento, esclarecimento de dúvidas sobre a patologia, ensinamentos de educação para a saúde ao doente e família (cuidados com alimentação, pesquisa de glicemia capilar, cuidados com algália, SNG...).

No Módulo II – UCIP, o método de trabalho praticado é o método de trabalho individual, tendo por base o processo de enfermagem e em nosso parecer é adequado, pois permite ao enfermeiro assumir a responsabilidade global dos cuidados que presta, personalizando esses mesmos cuidados. Como refere Lobo (2008) e referindo-se à administração de medicação, o método individual de trabalho assume extrema importância na melhoria da segurança do doente internado.

Durante o Estágio, tivemos oportunidade de fazer a admissão de doentes que ficaram atribuídos ao tutor, participamos na preparação da unidade de acordo com a informação da situação clínica do doente. Na admissão do doente iniciamos o processo de avaliação inicial, realizamos colheita de espécimes para microbiologia, segundo protocolo elaborado pela CCI em colaboração com enfermeiros da UCIP, seguindo as normas emanadas pelo Instituto Ricardo Jorge, que consiste na colheita de sangue para hemograma, bioquímica, estudo da coagulação, gasimetria e zaragatoa das fossas nasais e região perianal. Estas medidas visam a detecção e controle de focos de infecção, identificando-os e tratando-os precocemente, prevenindo assim a sua propagação. A realização destes exames, permite também a obtenção de dados estatísticos quanto à taxa de IACS, no serviço.

Efectuamos avaliação inicial e exame físico através da observação nos doentes sedados e ventilados, colhemos dados aos doentes e familiares no momento da admissão, seguindo os padrões funcionais de saúde de Gordon (1997), em uso na UCIP. Após esta colheita de dados, formulamos diagnósticos de enfermagem, recorrendo à taxonomia da CIPE em vigor no serviço, depois realizamos o plano de cuidados em colaboração com o tutor, tendo por base os diagnósticos anteriormente estabelecidos, definindo as intervenções de enfermagem necessárias. Todo este processo, desde a formulação de diagnósticos até à definição de intervenções foi executado no sistema informático através do SAPE, em uso na UCIP. No início tivemos dificuldades em trabalhar com o SAPE, mas ao longo do Estágio fomos progredindo, utilizando a aplicação informática de uma forma autónoma no final do Estágio. Executamos as intervenções de enfermagem planeadas, atendendo às prioridades do plano de cuidados. A avaliação dos cuidados prestados foi uma constante.

Outra área de actuação é a transferência de doentes. Assim, realizamos a transferência para outros serviços, efectuando contacto prévio com o serviço receptor. Esta transferência é efectuada no SAPE e engloba apenas os diagnósticos de enfermagem activos á data da transferência. O doente é sempre acompanhado por um AO e por um enfermeiro do serviço receptor.

Este Estágio permitiu a aquisição de competências ao nível do desenvolvimento e aplicação de metodologias de trabalho eficazes, contribuindo assim para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

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

Os dilemas éticos encontram-se no dia-a-dia da prática de enfermagem, nomeadamente na prestação de cuidados ao doente crítico, caracterizado por uma instabilidade constante. Na prestação de cuidados, procuramos identificar situações éticas relativas ao doente, zelando constantemente pela sua defesa. Como refere Sousa (2008, p.9) “ o nosso agir ético centra-se no cuidado ao outro, respondendo às suas necessidades tendo em vista a sua máxima independência, no respeito pela sua dignidade e ajudando na prossecução dos seus projectos de saúde.”

A assistência ao doente, desenvolveu-se no quadro dos valores e princípios profissionais, no respeito em cada acto pelos direitos de cada pessoa, em particular, e pelos direitos humanos em geral. Assim, desenvolvemos a prática diária tomando decisões fundamentadas, baseadas no respeito e benefício do doente como pessoa. Salvaguardamos a privacidade e a intimidade do doente, não o expondo fisicamente, nem a sua situação clínica perante outros.

Sempre que possível e adequado, envolvemos o doente no processo de cuidados respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade, privacidade, assim como crenças e valores. Proporcionamos ao doente e família informação possível, sobretudo os actos de enfermagem a executar. Colaboramos, com o tutor, na comunicação de más notícias, proporcionando ambiente calmo e de privacidade. Prestamos cuidados no pós-morte, demonstrando respeito pela dignidade da pessoa.

A prestação de cuidados pautou-se pela qualidade das práticas, como uma meta a alcançar constantemente. Neste sentido, procuramos promover e garantir a segurança do doente, (verificando a sua identificação, promovendo a eficácia da comunicação na equipa), reduzir os riscos, (de IACS, lesões provocadas por quedas) e prevenir os eventos adversos, de acordo com as recomendações da *European Federation Nursing* (EFN) sobre *patient safety*. Esta instituição acredita que os enfermeiros são os profissionais de eleição para colocar em curso a mudança das práticas, valorizando a segurança e a qualidade como parâmetros básicos para um efectivo funcionamento do sector da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Sendo assim, a nível Europeu foi criada a Rede Europeia para a Segurança do Paciente, oficializada em 2008, com assento nos 27 Estados-membros, nos representantes dos profissionais e nas

organizações de doentes, com o objectivo de incentivar e reforçar a colaboração no âmbito da segurança dos doentes.

Estas intervenções tiveram como fim último o melhor benefício para o doente.

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

Trabalhar em equipa é fundamental na prestação de cuidados de saúde potenciando o benefício dos mesmos e constituir, assim, ganhos em saúde, tal como refere Silva (2007, p.18) “a análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, portanto, melhora a qualidade dos cuidados de saúde.”

Ao longo do Estágio, estabelecemos, progressivamente, uma relação com a equipa multi e interdisciplinar de forma construtiva, promovendo a coesão e firmeza no grupo.

Assim, trabalhamos em parceria com todos os membros da equipa. Colaboramos com os médicos sempre que necessário e solicitado; com os técnicos de imagiologia; com os AO nos cuidados de higiene e conforto, posicionamentos, realização de pensos; com os enfermeiros de reabilitação, exteriores ao serviço, colaborando na realização de cinesiterapia. Promovemos excelentes relações interpessoais, com a equipa de enfermagem, que nos ajudaram e estimularam ao bom desempenho.

Durante o Estágio, partilhamos experiências, dúvidas e receios com a equipa, tornando-se fundamental no desenvolvimento e aquisição de competências contribuindo para uma melhoria contínua dos cuidados prestados. Como refere Rego (2010, p.89) “a prática exige espaços de reflexão de diálogo nas equipas a fim de potenciar a criatividade e aumentar a qualidade de resposta às solicitações dos doentes”.

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados foi sempre uma meta da equipa na qual nos inserimos e colaboramos. Como refere Chaves (2004), o trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio para todos os profissionais e é considerado como uma experiência no campo da saúde susceptível de afectar positivamente, tanto a satisfação dos doentes, como profissionais. Dada a gravidade clínica dos doentes, agimos de forma rápida, eficaz e assertiva, num contexto multidisciplinar, em que são prestados vários cuidados e tratamento em simultâneo. Consideramos que, de forma adequada, adquirimos competências para trabalhar na equipa multi e interdisciplinar.

Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC

Dada a conjuntura actual de mudança, quer nas organizações quer nos utilizadores dos cuidados (consumidores mais exigentes e esclarecidos), liderar uma equipa, mantendo a capacidade de resposta eficaz e sem correr o risco de asfixiar as expectativas individuais ou comprometer a qualidade do trabalho colectivo, só é possível com o apelo à participação e à colaboração activa dos liderados. É fundamental um estilo de liderança centrado nas pessoas, promovendo a valorização dos recursos humanos, motivando-os e envolvendo-os nos

objectivos da organização. A eficácia do grupo depende em grande parte da eficácia do líder, que deverá possuir conhecimentos teóricos, competências técnicas e capacidades humanas à altura do seu papel, (Borges *et al.*, 2001). Qualidades estas encontradas nos líderes onde desenvolvemos o Estágio. Colaboramos com o enfermeiro chefe na liderança da equipa, nomeadamente, na gestão de conflitos, no apelo à produtividade, na motivação/satisfação dos profissionais, na valorização dos cuidados de qualidade. Em suma, na promoção da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Como estratégia de gestão, estes chefes delegam algumas funções nos responsáveis de grupo, que funcionaram como líderes intermédios.

No Módulo III – BO, colaboramos com o enfermeiro chefe na gestão de conflitos relativamente à substituição dos enfermeiros das salas operatórias, participamos na elaboração de um horário e na elaboração de um plano de trabalho, distribuindo os enfermeiros pelas salas cirúrgicas, tendo em atenção a especialidade para a qual cada elemento está mais direccionado. Colaboramos com enfermeira tutora na função de responsável de turno, dando apoio às salas cirúrgicas, orientando os AO e fazendo toda a gestão e manutenção das necessidades de cada sala operatória.

No BO, em cada área cirúrgica, o enfermeiro chefe nomeia um enfermeiro responsável, que faz toda a gestão do material da respectiva área. A reposição do material, é o método de reposição por níveis, em que, conforme o material é gasto até um limite mínimo, é de imediato repostado pelo serviço de aprovisionamento. Esta reposição é bidirária, no turno da manhã e tarde. Este método evita a ruptura do material e exige pouca quantidade no serviço utilizador.

No Módulo I – SU, os enfermeiros estão distribuídos por equipas e cada equipa é liderada por um enfermeiro responsável. O enfermeiro Chefe elabora o horário e o responsável de equipa efectua o plano de cuidados do mês, distribuindo os enfermeiros pelas diferentes áreas do SU, atendendo à rotatividade de doentes e tarefas, e resolve situações pontuais que ameacem o bom funcionamento da equipa. Este, normalmente está destacado à sala de emergência, o que permite dar apoio às outras áreas de trabalho. O enfermeiro chefe, juntamente com o responsável de equipa, tenta conciliar os objectivos da equipa com os da instituição, promovendo a satisfação dos profissionais.

Na ausência do enfermeiro Chefe, o responsável de turno é normalmente o responsável de equipa. Assim, colaboramos com o responsável de turno: na supervisão dos cuidados; em actualizar o plano de trabalho dos enfermeiros e dos AO; em providenciar para que sejam efectuadas as reparações de anomalias/avarias; comunicar ao enfermeiro chefe, por escrito, as avarias detectadas ou faltas de material de consumo clínico e farmacêutico; em verificar e registar quantidades de estupefacientes, conforme norma; em verificar o carro de emergência conforme norma; verificar e registar a temperatura do frigorífico, conforme norma; providenciar para que a linha telefónica portátil esteja sempre em condições operacionais de contacto; em providenciar a tomada de decisão referente a situações em caso de emergência e segurança de pessoas e bens. Participamos, também, com o enfermeiro responsável na gestão do material, o qual é realizado pelo sistema de reposição por leitura óptica do código de barras, o

que faz com que a quantidade de material existente no serviço não exceda o que foi estipulado (sem excessos nem rupturas). Em conversa informal com enfermeiro chefe, este referiu que após adopção deste sistema de reposição de stock os gastos foram reduzidos em quase 50%.

O sistema de troca de carros para reposição da medicação constitui um método vantajoso, pois mantém um stock adequado e evita o expirar do prazo de validade. Esta reposição é feita 2 vezes por semana.

No Módulo II – UCIP, participamos com o enfermeiro chefe na liderança da equipa e assistimos à elaboração de um horário e de vários planos de cuidados, em que este tem o cuidado de distribuir os enfermeiros de acordo com a situação clínica do doente.

Participamos também, na gestão de stock, sendo este realizado pelo método clássico de pedir, por via electrónica, o material para o armazém geral. Material este, que é enviado ao serviço por um funcionário do armazém todas as 2ª, 4ª e 6ª feiras. Neste sistema de reposição de stock, existe menos rotatividade de material, pois algum (menos utilizado) pode ultrapassar facilmente o prazo de validade. Contudo a ruptura raramente acontece, pois existe o cuidado de pedir quantidades suficientes.

Face ao exposto, ao longo do Estágio podemos assistir a várias modalidades de gestão, sendo que, é fundamental adequar o método mais eficaz e a menor custo, tal como refere Urden *et al.* (2008,p.3) “ a eficiência e o custo-eficácia relacionados com os serviços de saúde são muito discutidos e enfatizados a todos os profissionais.”

Colaboramos e desenvolvemos competências e habilidades, de vital importância, para envolver as equipas de prestação de cuidados, na concretização dos objectivos da organização sem descuidar os objectivos individuais dos profissionais.

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.

No início do estágio, a tomada de iniciativa foi direccionada para a consulta de normas e protocolos existente no serviço, no sentido de nos integrar na dinâmica do mesmo.

Durante o estágio, tomamos iniciativa na implementação do processo de enfermagem aos doentes que nos estavam atribuídos e perante situações problema, procuramos soluções adequadas e criativas, de forma a satisfazer as necessidades dos doentes. Desta forma, desenvolvemos a arte do cuidar, combinando o conhecimento, o julgamento e habilidade na assistência ao doente, nomeadamente um doente com hemodiafiltração que estava com hipotermia marcada, depois de utilizar vários métodos de aquecimento (edredão e cobertor) optimizamos o uso de ligaduras de algodão nos membros superiores e inferiores para aquecer o doente tendo este, em pouco tempo ficado mais quente mantendo-se confortável. Observamos também, um doente que estava muito ansioso com os seus objectos pessoais (especialmente telemóvel) e na hora da visita, pedimos ao filho para ir ao serviço buscar este objecto, pois só assim o conseguimos tranquilizar. Várias foram as situações em que tomamos

iniciativas e fomos criativos na interpretação/resolução de problemas especialmente em doentes com ventilação invasiva e que apresentavam secreções abundantes, desde a iniciativa em aspirar até à adopção de posicionamentos adequados. Após prescrição de algaliação para análise sumaria de urina, a um doente com alterações da mobilidade, tomamos iniciativa de “alertar” o clínico para os riscos desse procedimento, quando poderíamos recorrer a outros métodos com menos riscos para o doente, o qual após reflexão anulou a prescrição. Desta forma, a iniciativa que tivemos em questionar o clínico e incutir a mudança de atitude solucionou o problema e contribuiu para ganhos em saúde.

Em ambiente cirúrgico, o cumprimento rigoroso dos princípios da técnica asséptica cirúrgica é crucial. A este respeito a AESOP (2006, p.29) refere que “em todas as desinfecções devem ser respeitados, o volume de antisseptico e o tempo de contacto recomendado pelo fabricante”. Neste sentido, ao detectarmos o incumprimento da técnica de desinfecção cirúrgica das mãos, efectuado em menos tempo que o recomendado, tomamos iniciativa de comunicar esta ocorrência à enfermeira tutora e enfermeira chefe e de forma criativa procuramos solucionar o problema, sugerindo a colocação de relógios nas salas de desinfecção, pois desta forma poderiam verificar o tempo utilizado na desinfecção. A sugestão foi aceite, pois a enfermeira chefe iria providenciar a compra dos relógios. Neste sentido elaboramos também, uma reflexão sobre desinfecção cirúrgica das mãos (Anexo IX).

A tomada de decisão, para a resolução de problema baseou-se na experiência profissional e nos resultados de investigação consultados.

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

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

Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC.

A PBE proporciona uma melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, uma vez que orienta os cuidados através dos resultados de pesquisa, consensos de especialistas ou ambos. A enfermagem baseada na evidência é definida como o uso consciente e criterioso de informações derivadas de teorias e pesquisas para tomadas de decisão sobre os cuidados a prestar a indivíduos, famílias ou comunidades, tendo em atenção as necessidades de cada um, (Galvão *et al.*, 2002). Neste sentido, e actuando de acordo com as recomendações da CCI e com o intuito de reduzir as IACS, adoptamos medidas de prevenção e controlo da infecção na manutenção da via aérea, na aspiração de secreções, na realização de penso, na optimização dos dispositivos invasivos entre outras.

De acordo com as evidências científicas em doentes ventilados efectuamos a aspiração de secreções, naso e orofaríngeas, utilizando a técnica asséptica; efectuamos recrutamento alveolar (com apoio de ambu ou com apoio do ventilador para hiperoxigenação); tivemos

sempre o cuidado de verificar o posicionamento do tubo endotraqueal, de forma a evitar a entubação selectiva, com consequente atelectasia ou a extubação acidental; verificamos sempre a pressão do *cuff*, para evitar lesão das cordas vocais ou deslocação do TET. Efectuamos higiene oral, uma vez turno, com solução oral desinfectante, de forma a contribuir para a prevenção da PAV.

É importante que os enfermeiros no ambiente actual, no seio dos cuidados de saúde sejam capazes de utilizar a investigação como forma de prestar cuidados eficazes. A promoção da investigação na enfermagem aumenta o conhecimento da disciplina e contribui para tomar decisões clínicas sólidas. Tal como refere Shelhy (2005), a tomada de decisão baseada em algo reconhecido, é de facto um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos domínios da intervenção de enfermagem.

No Modulo II - UCIP não decorreu nenhum trabalho de investigação, embora de certa forma tivéssemos contribuído para os estudos investigação/acção, os estudos de vigilância epidemiológica. A vigilância epidemiológica na UCIP, tem demonstrado ser eficaz na redução das taxas das IACS, uma vez que fornecem informação relativamente à infecção a todos os profissionais ficando estes mais sensíveis à importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infecção, tal como refere Lopes, (2000) “ a investigação é sem dúvida uma das melhores formas de tomarmos consciência das nossas práticas de cuidados e desejarmos evoluir no sentido que essa mesma investigação nos encaminhe.”

No Módulo III – BO, o incorporar na prática os resultados da investigação é algo de inerente à prestação de cuidados ao doente cirúrgico. Na prática de cuidados, utilizamos os resultados de investigação ao adoptar medidas de controlo de infecção, na desinfecção cirúrgica das mãos, no cumprimento da assepsia progressiva, na desinfecção do local cirúrgico, na preparação e manuseamento do equipamento e DM, entre outras, proporcionando uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente. A existência de protocolos e normas de actuação, de acordo com as cirurgias propostas, facilitou o nosso desempenho permitindo uma actuação mais eficaz e célere. Segundo Sheely (2005, p.4) “as normas representam uma filosofia, elas são a compilação de recomendações e directrizes, de âmbito geral, que encerram critérios de resultados para medir e avaliar o desempenho.”

No Módulo I – SU, os profissionais baseiam a sua actuação em protocolos, nomeadamente em doentes de trauma, emergência, o que facilita o desempenho permitindo uma actuação mais clara e eficaz. De acordo com as recomendações da CCI, para prevenção das IACS, detectamos lacunas na higienização das balas de sistema de vácuo, encontrando-se estas, por vezes, com matéria orgânica. Neste sentido, elaboramos um procedimento de higienização com o intuito de uniformizar procedimentos, manter as balas em bom estado de conservação e prevenir a infecção cruzada. Elaboramos, também uma norma de descontaminação e controlo dos DM no SU, com o objectivo de controlar todos os DM existentes, registar diariamente os DM em folha própria, orientar sobre os cuidados a ter com os DM e prevenir a sua

deterioração. A realização destas normas constituiu uma mais-valia para o serviço, permitindo a incorporação de práticas baseadas em evidência.

Ao longo do Estágio, analisamos os protocolos, normas e procedimentos existentes, para verificar a sua validação científica e acrescentar os que achamos oportuno.

Dada a importância da investigação e o contributo para uma melhoria da prática de cuidados, achamos pertinente a elaboração de um resumo de um artigo “ A Prática Baseada em Evidencia: Considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória”, como um contributo na abordagem e resolução de problemas que envolve a colocação de questões e a busca na pesquisa, para as intervenções a adoptar (Anexo X). Em nosso ver, a liderança pode ser uma estratégia para a implementação da PBE, desta forma efectuamos pesquisa e elaboramos um resumo do artigo “ Liderança como estratégia para implementação da prática baseada na evidência em enfermagem”. A liderança como estratégia para a implementação da PBE, incentiva à aplicação dos resultados de pesquisa na prática clínica e consequentemente proporcionando a melhoria na prestação de cuidados ao doente (Anexo XI).

Ao longo do Estágio, procuramos incorporar na prática os resultados de pesquisa e evidência científica, para orientar as intervenções e alcançar os resultados desejados.

Colaborar na integração de novos profissionais.

A integração engloba o processo de socialização, onde as instituições devem estimular as competências que o enfermeiro deve desenvolver. Uma integração eficaz, com objectivos implementados e um plano adequado, estimula o interesse e entusiasmo, promove comportamentos correctos, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional. Concordamos com Frederico *et al.* (1999, p.130) quando refere que “ o sucesso de integração passa pela existência de um programa bem definido e estruturado”.

A nosso ver, o investimento na integração acarreta custos a curto prazo que se convertem em ganhos no futuro, dado que “uma integração bem planeada beneficiará não só a organização e o novo elemento mas também e consequentemente os utentes, uma vez que permitirá uma adaptação rápida, segura e mais eficiente” (Frederico *et al.*, 1999, p. 131).

Ao longo do Estágio, tomamos conhecimento do plano de integração existente nos diversos Módulos. Normalmente a integração fica a cargo de um enfermeiro mais experiente no serviço, que integrará o novo elemento em todas as rotinas do serviço e o apoiará nesse período de integração. O período de integração não está definido no SU. Na UCIP está definido um período de 3 meses e no BO o período de integração é de 3 meses em cada função, começando sempre por enfermeiro circulante, enfermeiro anestesia e por fim enfermeiro instrumentista. Este período de integração não é rígido, podendo ser mais longo ou mais breve, de acordo com o evoluir do integrando, se tem ou não experiência na área.

Durante este Estágio, colaboramos na integração de um novo elemento no serviço como enfermeira circulante, orientando a sua acção junto do doente e equipa cirúrgica, prevendo e

antecipando-se às necessidades destes. Assim, verificamos o programa cirúrgico e consultamos os protocolos existentes no serviço, de forma a reunir todo o equipamento e material para o desenrolar do acto cirúrgico. Durante a intervenção prevemos, organizamos, utilizamos e controlamos o equipamento para que o acto decorresse em segurança. Colaboramos, com o novo elemento, como enfermeira circulante, na coordenação de acções na sala operatória e a sua ligação com o exterior.

A colaboração prestada permitiu desenvolver competências técnicas e científicas, e habilidades no novo elemento, indispensáveis às boas práticas no enfermeiro circulante, como aponta a AESOP (2006, p.128) quando refere que “ ser enfermeiro circulante não é uma prática meramente rotineira, mas implica desenvolver um conjunto de procedimentos, fruto de um pensamento crítico e reflexivo permanente, em busca de uma melhoria contínua dos cuidados do doente”.

Esta colaboração, constituiu uma experiência bastante enriquecedora, na medida em a interacção estabelecida permitiu-nos também a aquisição de outros saberes.

Face ao indicador traçado, índice de acompanhamento de integração de profissionais tivemos oportunidade em 100%.

Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC.

A constante preocupação na redução dos custos, tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação na área da saúde. Os Cuidados de enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter, tal como refere Rego (2010, p.80) “... os recursos humanos... devem consciencializar-se que todo e qualquer acto de saúde produzido implica sempre um custo financeiro pelo que, na presença de recursos económicos escassos, é moralmente correcto exigir-lhe uma racionalização dos recursos utilizados.” No entanto, é fundamental que as limitações financeiras que afectam todos os sistemas de saúde do mundo, inclusive o português, não coloquem em causa a segurança e qualidade dos cuidados de saúde. Tal como referem as ordens dos enfermeiros, dos médicos, dos farmacêuticos e dos médicos dentistas, citado pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.46) estas “ temem que a lógica mercantilista e empresarial que vigora em grande parte dos serviços de saúde, sobretudo de grande dimensão – cuja orientação assenta numa perspectiva de produtividade quantitativa e de lucro – potencie a menor atenção ao paciente e à vertente da segurança”.

A gestão é um domínio da área de competência do enfermeiro com EEMC, que se revela de extrema importância, para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Esta gestão implica o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, que visa a qualidade de cuidados na assistência ao doente/família. Esta metodologia de trabalho eficaz, refere-se ao processo de enfermagem, para a prestação de cuidados de qualidade.

Durante o Estágio utilizamos o método individual de trabalho, no sentido em que prestamos cuidados globais e centrados no doente. Participamos na colheita de dados do doente, no julgamento clínico para fazer diagnóstico, planeando as acções de modo a estabelecer prioridades, intervindo e avaliando os resultados das intervenções, constantemente.

Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC.

Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC

Na prática diária, privilegiamos os cuidados seguros adoptando as medidas recomendadas e de acordo com as evidências científicas.

A assistência clínica, realizou-se em conjunto com outros profissionais e nesta interacção exercemos supervisão de cuidados, tendo como fim último o melhor benefício para o doente. Garrido (2004), citado por Cruz (2008), refere que o objectivo principal da supervisão clínica em enfermagem é a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente. Com efeito, participamos na supervisão de cuidados, directa e indirectamente, de forma crítica e construtiva, adquirindo saberes novos e relevantes para as boas práticas e efectuamos constantemente reflexão sobre o que de menos adequado se praticava e alertamos oportunamente para o observado. Em contexto do perioperatório, na UCPA os doentes que possuíam drenagens pós-operatórias (frascos, sacos) encontravam-se colocados no chão, pelo que de forma assertiva, alertamos os colegas para os riscos daí advindos (IACS e contaminação do ambiente). A mudança de atitude foi verificada, a reflexão incutiu mudanças de comportamento por parte dos colegas, assim tal como refere Cruz (2008, p.112) a supervisão "... envolve um processo de reflexão na, para e sobre a prática com objectivo de a melhorar, de a desenvolver obtendo maiores ganhos em saúde".

A excelência dos cuidados pressupõe a garantia da qualidade dos cuidados e esta é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, assistimos durante o Estágio ao incumprimento na higienização das mãos, de algumas equipas, pelo que alertamos para o sucedido e informando das consequências para o doente, família e organização, atendendo desta forma ao que é alertado por Queirós (2001, p.58) "... a obrigação de, além de promover positivamente o bem, devemos evitar e remover o mal ...".

A prática de higienização das mãos é considerada uma das estratégias na redução da IACS, esta é uma medida simples e requer poucos recursos. Dada a importância desta medida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em Outubro de 2004, lança um repto mundial "*World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care*" partindo do princípio que é um direito básico dos doentes a cuidados de qualidade e não uma opção por parte dos profissionais de saúde e que pelo menos 30% das IACS podem ser prevenidas. Pela importância do tema, o governo Português, através da Direcção Geral de Saúde (DGS) adere em Outubro de 2008 ao desafio da OMS. A DGS, através do Plano Nacional Controlo Infecção (PNCI) implementa programas de educação e motivação dos profissionais de saúde, nomeadamente a implementação dos 5 momentos de higienização das mãos, para a adesão a este 1º desafio –

“Cuidados limpos são cuidados seguros”. Como tal, ao longo do Estágio elaboramos uma formação e uma reflexão sobre o tema, dirigida a alguns grupos profissionais e adoptamos práticas correctas, de forma, a aumentar a segurança do doente e reduzir o risco de infecção.

Durante o estágio, assumimos uma postura responsável na prestação de cuidados ao doente adulto e idoso, a sofrer processos de saúde/doença e em estado crítico, e família aceitando todas as responsabilidades inerentes à nossa actuação.

Prestamos cuidados, tendo como meta a prevenção de erros e a segurança do doente, logo a garantia da qualidade dos cuidados. Esta garantia da qualidade dos cuidados nunca foi tão importante como agora, pois existe uma crescente consciencialização dos doentes/família dos seus direitos e deveres, levando também a um aumento da expectativa sobre a qualidade dos cuidados que lhe são prestados. A este propósito cita-se Oliveira (2011, p.11) “não restam dúvidas que a gestão do risco e a segurança do doente assumirão, a curto prazo, uma prioridade incontornável em todas as áreas de prestação de cuidados, constituindo-se como referenciais estruturantes da qualidade em saúde.” De modo a cumprir com estes requisitos, tivemos uma actuação como “advogados” do doente, zelando pelo seu bem-estar.

Observamos e cumprimos as normas e os procedimentos de acordo com a CCI e acrescentamos outros que achamos pertinentes, e que foram bem aceites no serviço, com intuito de zelar pelos cuidados prestados ao doente urgente/emergente. A gestão de risco, foi uma constante no nosso dia-a-dia adoptando práticas seguras, no sentido de evitar erros clínicos, erros de medicação, quedas entre outros incidentes que podem lesar quer os doentes quer os profissionais. Neste sentido, verificamos a identificação do doente antes de administração da medicação ou outros procedimentos, confirmando com pulseira identificativa, efectuamos *check-list* pré-operatório verificando o cumprimento do protocolo pré-operatório, conforme norma.

Ao longo do Estágio aderimos às metas internacionais da aliança mundial para a segurança do doente, com objectivo de reduzir os efeitos adversos associados aos cuidados de saúde. Dada a envolvimento na vida profissional nesta temática e a participação activa no processo de acreditação da nossa instituição, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), a adesão ao 2º desafio “cirurgia segura, salva vidas!” foi estimulante. Este 2º desafio, refere-se ao ambiente cirúrgico tendo em vista a cirurgia no doente certo, no local certo; o uso de estratégias para minimizar o risco de infecção no local cirúrgico; a correcta identificação das amostras e peças anatómicas; o evitar de retenção de material cirúrgico e a comunicação eficaz na equipa. Em contexto do perioperatório, confirmamos, sempre, a identificação do doente com a respectiva pulseira de identificação, o processo clínico, o programa cirúrgico e com o doente, sempre que oportuno. Quando o doente não estava colaborante confirmamos com o colega do serviço onde pertencia o doente. No acolhimento, confirmamos a cirurgia e o local a intervencionar com o doente, se possível, o processo e o programa cirúrgico. No intra-operatório estabelecemos uma comunicação eficaz, assertiva e enfatizando um ambiente calmo e seguro para o bom funcionamento da equipa. Como

enfermeira de anestesia, adoptamos métodos seguros para prevenir erros na administração de medicação, adoptamos também estratégias para minimizar o risco de infecção no local da cirurgia, nomeadamente a adopção da assepsia progressiva, correcta desinfecção cirúrgica das mãos, colocação correcta dos campos operatórios, a selecção do antisséptico de acordo com o local a intervir e o seu tempo de actuação, entre outros.

Ao longo do Estágio, efectuamos a supervisão dos cuidados como uma estratégia na obtenção de cuidados de qualidade, zelando continuamente pelos cuidados prestados e desta forma, contribuindo para a aquisição e o desenvolvimento de novos saberes.

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Promover a formação em serviço na área de EEMC.

A troca de informação e de saberes é algo que promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. A experiência profissional, constitui um meio de aprendizagem excelente na aquisição de competências, tal como refere Negrão *et al.*, citado por Gomes (2010, p.55) “devem ser reconhecidas as capacidades profissionais do enfermeiro de campo e aproveitada toda a potencialidade dos recursos humanos existentes nos serviços”. Como tal, durante o Estágio partilhamos saberes previamente adquiridos na vida profissional e académica. Neste Estágio, contribuimos para uma melhor prestação de cuidados, na medida em que esclarecemos dúvidas, que nos eram familiares da prática diária, nomeadamente a optimização dos drenos pós-operatórios; a realização de penso em doentes pós-cirúrgicos; fornecimento de informação sobre sondas nasojunais; vantagens do posicionamento destas em relação às SNG; gastrostomia e jejunostomia, tipo de sonda utilizada e alimentação mais adequada em cada técnica especificamente. Em contexto da sala de pequena cirurgia, promovemos o desenvolvimento pessoal e profissional dos colegas seleccionando os DM adequados às intervenções a decorrer e esclarecendo o funcionamento de alguns equipamentos, nomeadamente aparelho de electrocirurgia, particularidades do sistema de iluminação (foco). A partilha de informação sobre o método de lavagem, desinfecção e esterilização dos DM, tendo em conta a sua composição, constituiu uma mais-valia na aquisição de competências por parte dos outros enfermeiros. Para tal, elaboramos uma norma de descontaminação e controlo dos DM no SU, no sentido de uniformizar procedimentos e prevenir a sua deterioração e em folha anexa à norma, elaboramos uma *check-list* com todo o material existente no SU (individuais e *kit's* de procedimento) para verificação dos DM existentes, permitindo um controlo mais eficaz. Elaboramos um procedimento de higienização das balas do sistema de vácuo, promovendo o desenvolvimento profissional dos AO.

A pesquisa bibliográfica que realizamos para aprofundar alguns assuntos como: técnicas de comunicação, aplicação escala de *Morse*, escala de *Braden*, prevenção da úlcera da córnea em doentes sedados/curarizados, a importância dos cuidados orais ao doente crítico, acolhimento da família, medidas de precaução da infecção baseadas nas vias de transmissão (aérea, gotícula e contactos), descontaminação de material semi-critico e não critico, entre

outros foram partilhados com a tutora e outros enfermeiros, no sentido, de promover o desenvolvimento de competências profissionais em nós e nos outros.

A formação, actualmente, é um dos desafios exigidos aos enfermeiros devido às mudanças sucessivas que conduzem a uma desactualização constante dos conhecimentos técnico-científicos. Sobre os enfermeiros recai a responsabilidade e a preocupação de se actualizarem, obrigando a repensar o seu processo de trabalho, bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão, num mundo em permanente mudança. De facto, a formação em serviço serve como oportunidade de reflexão sobre a prática, ou sobre situações que surgem e para a qual a equipa de enfermagem não está preparada (Frederico *et al.*, 1999). A garantia da qualidade dos cuidados é conseguida pela reflexão constante sobre as boas práticas inerente ao desempenho quotidiano. É desta acção crítico-reflexiva que surgiu a ideia de elaborar um poster sobre “As áreas do Bloco Operatório” (Anexo XII), na medida em que permite alertar para as práticas recomendadas, de acordo com a especificidade dos diferentes locais dentro do BO. Como refere a AESOP (2006,p.197) “ o uso de roupa exclusiva no BO, pretende promover um elevado nível de higiene, controlo da contaminação do ambiente cirúrgico, proteger os profissionais de parte dos diversos riscos a que estão expostos e evitar a contaminação de áreas exteriores ao bloco”. A formação constitui um método de incorporar os resultados de pesquisa e incentivar a aplicação dos mesmos à prática. É neste âmbito que surge a apresentação da proposta de implementação da visita pré-operatório, como forma de fornecer e estimular os elementos do serviço para dar continuidade e visibilidade à pesquisa por nós elaborada. A formação teve uma participação de 80% dos enfermeiros, que se mostraram bastante motivados para dar continuidade ao nosso trabalho, embora referindo como dificuldade a necessidade de mais elementos (Anexo XIII).

Durante este Estágio, enfatizamos a formação como uma estratégia importante para o desenvolvimento pessoal e profissional e como tal participamos nas acções de formação que decorreram. Assistimos à formação sobre “Fundo-aplicatura de *Nissen*”, como sendo uma técnica minimamente invasiva para correcção de hérnia do hiato e as vantagens para o doente da execução desta técnica. Assistimos também, à formação sobre “cuidados de enfermagem no SU – Pessoa com dor aguda “, contribuindo para a aquisição de saberes e desenvolvimento de competências relacionadas com as diferentes técnicas e dispositivos de analgesia mais utilizados no âmbito da dor aguda, em contexto do SU e protocolos de analgesia em vigor na instituição. Realizamos uma visita de estudo, ao serviço medicina hiperbarica e adquirimos conhecimentos relativamente à utilidade deste tipo de tecnologia, constatando, a mais-valia, para muitos doentes no sentido de conseguirem uma recuperação mais rápida, nomeadamente os grandes queimados, embolias gasosas, isquemias, vasculites agudas, sendo doentes de 1ª linha as intoxicações por monóxido de carbono e cianeto. Esta tecnologia é bastante cara, mas na relação custo/benefício, o binómio tem resultado positivo, pois oferece uma abordagem menos agressiva e mais conservadora, acelera o processo de cicatrização de algumas patologias. Logo, reduz custos globais do tratamento e proporciona melhor qualidade de vida aos doentes.

Consideramos que a troca de experiências foi algo de bastante enriquecedor e constituiu uma constante da nossa prática no sentido de transmitir e adquirir novos saberes.

2 - CONCLUSÃO

A evolução a nível técnico-científico na área dos cuidados de saúde, é uma realidade com que todos os profissionais se deparam, e face à qual desenvolvem respostas de modo a prestarem os melhores cuidados. A evolução da ciência e tecnologia acarreta maior responsabilidade e exigência, face à realidade de cuidados mais complexos. O enfermeiro enquanto prestador de cuidados à Pessoa, tem necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades de forma a dar resposta a situações complexas, cada vez mais frequentes na prática de enfermagem. Cada vez mais se acentua a característica técnica do fazer em enfermagem, aliada ao bom comportamento moral, a destreza e habilidade manual passam a ser grandemente enfatizadas, enquanto características importantes numa enfermeira (Vieira, 2009).

A formação em enfermagem, para além da importante componente teórica é impraticável sem a realização de Estágios, devido à vasta experiência que proporcionam, desta forma, a formação dos saberes teóricos completa-se com os saberes da prática.

O Estágio facultou a consolidação de conhecimentos teórico-práticos, previamente adquiridos, a aquisição e desenvolvimento de novas competências, atitudes e saberes na assistência ao doente crítico e a vivenciar processos de saúde/doença súbita.

O Estágio contribuiu para o crescimento pessoal e profissional, através da postura crítico-reflexiva das diversas situações que experienciamos, fundamentando a tomada de decisão em evidências científicas, enfatizando a PBE e atendendo às responsabilidades sociais e éticas.

O Estágio permitiu adquirir e desenvolver os saberes e competências inerentes ao título de enfermeiro especialista, que actualmente, dada a mudança de paradigma, está vocacionado para a aprendizagem, centrada no aluno e não no ensino. Desta forma, desenvolvemos um papel activo e interactivo na apropriação de conhecimentos e competências pela atitude reflexiva e crítica das situações e na busca permanente de novos saberes através da pesquisa científica.

A realização deste relatório, emerge da reflexão crítica das actividades desenvolvidas ao longo do Estágio, elencando as mais relevantes para a nossa aprendizagem, as situações problema identificadas e as estratégias sugeridas e implementadas quando possível, para a resolução dos problemas. Por fim, são apresentados os indicadores de avaliação de forma a dar visibilidade aos cuidados prestados e conseqüentemente a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas. A elaboração deste relatório constitui um momento de análise das aprendizagens vivenciadas e assimiladas, as dificuldades sentidas, aliadas a sensações de progresso e crescimento pessoal e profissional na área de EMC.

A realização do relatório foi facilitada pela elaboração prévia dos portfolios e a sua metodologia foi de encontro ao proposto inicialmente, descritiva e analítica.

O BO é um lugar ambíguo na medida em que envolve mistério e respeito e em que a dor e sofrimento estão associados. É um local de expectativa onde se vai recuperar a saúde. A aproximação de uma intervenção cirúrgica é vivida de uma forma intensa e dolorosa, pois a perspectiva de algo desconhecido e do qual, se sente medo, preocupa muito o doente, provocando um elevado grau de ansiedade, “o doente ao deparar-se com a cirurgia, é acometido de medos, tais como: medo da morte, da anestesia, do desconhecido, além disso, apresenta preocupações em relação a problemas financeiros, responsabilidade familiar e compromissos no emprego” (Galvão *et al.*, 2002, p.690). Ao constatar a inexistência da visita pré-operatória, elaboramos uma proposta de implementação, de forma a identificar as necessidades do doente, a esclarecer dúvidas e minimizar os medos no pré-operatório e procurar envolver a família nos cuidados. Desta forma, a visita pré-operatória permite uma sistematização da assistência de enfermagem, individualizada, planeada, avaliada e continua desde o período pré, intra e pós-operatório do doente.

Esta proposta foi apresentada ao grupo, a qual foi bem aceite, como estratégia para dar continuidade ao nosso trabalho e para posteriormente se implementada, contribuindo para a melhoria da prática de cuidados ao doente cirúrgico.

Em ambiente cirúrgico, é crucial o cumprimento rigoroso das normas de controlo de infecção e neste sentido, adoptamos uma postura responsável e crítica perante a actuação de algumas equipas, em que efectuavam a desinfeção cirúrgica das mãos muito rapidamente. Assumindo uma atitude assertiva, alertamos para o sucedido e como estratégia de solução deste incumprimento, sugerimos a colocação de relógios nas respectivas salas de desinfeção das mãos, para os elementos se certificarem do tempo gasto a executar tal procedimento.

Cuidar em situações de urgência/emergência exige discernimento, capacidade de reflexão e de actuação fundamentada, rápida e eficaz baseada em conhecimentos e numa responsabilidade ética, com intuito de salvar a vida de pessoas em situação de crise aguda, que a todo o momento podem entrar em risco de falência ou mesmo morte. Perante esta realidade assistimos, à prestação de cuidados assertivos, atempados e adequados a cada doente/situação, por parte dos enfermeiros. No entanto, por vezes realizavam certos procedimentos menos correctos, o incumprimento das normas de controlo de infecção em relação às medidas de prevenção de infecção em doente infectados, em isolamento. Como estratégia para colmatar esta constatação sugerimos a realização de uma formação subordinada ao tema, com o objectivo de sensibilizar os profissionais das consequências desta prática. Esta não ocorreu dada a impossibilidade de a incluir no plano de formação em serviço. No entanto, fornecemos documentação sobre o tema ao serviço. O SU é um serviço que se rege por normas, protocolos, algoritmos e ao iniciar o Estágio achamos que poderíamos dar um contributo para a melhoria dos cuidados prestados. Para tal, elaboramos uma norma sobre a descontaminação e controlo dos DM no SU, tornando-se esta numa mais-valia para o serviço, na medida em que permite controlar estes instrumentos através do preenchimento de folha

anexa à norma, possibilitando também, orientar e uniformizar o procedimento de descontaminação dos DM.

Esta área da urgência/emergência constituiu uma experiência bastante enriquecedora, pelo elevado leque de situações que vivenciamos, nomeadamente abordagem do ABCDE do doente crítico e em situações de trauma.

Neste contexto, sempre que possível mantivemos um bom relacionamento com a família, pois revelou-se um aspecto importante, influenciando na situação clínica do doente, ficando mais tranquilo e colaborante. O Sistema informático, *Alert*, constituiu um desafio, mas com a ajuda de toda a equipa facilmente conseguimos integrar e captar a essência deste sistema, que permite o acesso a toda informação do doente, quase em tempo real e visualizar todos episódios anteriores. O sistema de Triagem de *Manchester* foi uma experiência interessante, o observar/participar com a equipa e atribuir a prioridade obrigou-nos a uma rapidez e flexibilidade mental, a qual de forma avançada foi visualizada nos elementos do serviço e com elevada profundidade de conhecimentos médico-cirúrgicos.

A emergência em CI e a introdução de novas tecnologias sofisticadas tiveram um grande impacto na prática profissional. Os dilemas éticos encontram-se no dia-a-dia da prática de CI. O carácter crítico da situação e a rapidez necessária à tomada de decisão muitas vezes impedem que os profissionais tomem consciência dos desejos, valores e sentimentos do doente (Urden *et al.*, 2008).

Na UCIP prestamos cuidados de forma holística e individualizada. Identificamos as necessidades de cuidados, procurando dados relevantes para resolução e intervimos de modo a evitar riscos e incorporando os resultados da investigação na prática diária, pesquisa científica. Aplicamos, todas as fases do processo de enfermagem e com avaliação constante das intervenções. Desta forma, verificamos que algumas equipas falhavam no cumprimento da técnica de higienização das mãos. Perante esta situação, elaboramos uma acção de formação sobre o tema, "Higienização das Mãos: Uma Necessidade e Uma Exigência", no sentido de sensibilizar e relembrar a importância do cumprimento rigoroso desta técnica e as consequências para o doente, família e instituição. O envolvimento da família nos cuidados foi preocupação constante, como contributo para a optimização dos mesmos, traduzindo-se em melhoras na situação do doente.

Uma das dificuldades que deparamos no Estágio, foi a utilização da taxonomia CIPE, por não termos experiência na prática profissional. Com tudo com colaboração e apoio da equipa, adquiri-mos autonomia. Constatamos que a adopção de uma linguagem própria de enfermagem, tem extrema importância no sentido em que permite dar visibilidade da nossa prática e sendo esta reconhecida internacionalmente.

A criação desta linguagem comum de enfermagem, CIPE, é um passo em frente, rumo à diferenciação da disciplina de enfermagem. É necessário que todos nós enfermeiros, do ensino e da prática, nos debruçemos sobre esta temática e organizem momentos de reflexão conjunta,

com intuito de dar visibilidade à população em geral e à equipa de saúde em particular dos ganhos em saúde resultante dos cuidados de enfermagem. Esta visibilidade implica a criação de um corpo de conhecimentos próprio, que só investindo na PBE se conseguirá provar. Neste sentido, deixamos a sugestão de, quer na escola quer na prática devemos cada vez mais incorporar esta atitude de aplicação da PBE, ou seja, associar á prática os resultados de pesquisa.

Pensamos ter atingido os objectivos propostos inicialmente, permanecendo a sensação de que o caminho percorrido foi gratificante, pela aprendizagem contínua e pelo crescimento pessoal e profissional desenvolvido, adquirindo novos saberes.

Ao longo deste percurso, caminhamos na “estrada” do conhecimento, do saber, tomando consciência que, cada vez mais próximo o sentimos mais incerto e longínquo obrigando a uma actualização permanente, de comportamentos, habilidades e conhecimentos especializados promovendo a excelência na prestação de cuidados.

Posto isto, no contexto profissional, pretendemos no futuro, desenvolver uma prática de enfermagem avançada, baseada na evidência, na área da qualidade, especialmente na gestão de risco, de forma a contribuir para a criação de sistemas seguros para a prestação de cuidados de excelência e potenciar ganhos em saúde. Assim, procuraremos envolver a equipa multidisciplinar, constituindo uma importante arma para o sucesso de tal trabalho.

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. 2006. Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados, Lusodidática, Loures, pps.356
- ANONIMO. 2010. Ordens promovem debate sobre «Segurança dos Cuidados de Saúde *Versus* Sustentabilidade do Sistema de Saúde». Revista da Ordem dos Enfermeiros. 36:p.46-51
- AUGUSTO, B. 2009. A RNCCI virá a ser a melhor resposta de saúde e de apoio social. Sinais Vitais 83:p.11-15
- BORGES, A. *et al.* 2001. Liderar- Para libertar o potencial dos enfermeiros. Sinais Vitais 152:p.30
- CHAVES, S. 2000. Portfolios Reflexivos. Estratégia de Formação e de Supervisão, 1^o Edição. Universidade de Aveiro, Aveiro, p.10-62
- COLLIER, M.F. 1999. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem, Lisboa, pps.385
- CRUZ, S. 2008. A Supervisão Clínica em Enfermagem como Estratégia de Qualidade no Contexto da Enfermagem Avançada. Servir 5:p.112-118
- FERREIRA, P. 1999. Guia do Animador – uma actividade de formação, 2^a Edição. Multinova, Lisboa, pps.286
- FREDERICO, M. *et al.* 1999. Princípios de Administração para Enfermeiros 1^a Edição. Formação e Saúde, Coimbra, pps.144
- GALVÃO, C.M. *et al.* 2002. A Prática Baseada em Evidência: Considerações Técnicas para sua Implementação na Enfermagem Perioperatória. Revista Latino-Americana 10: p.690-695
- GOMES, C.M.F. *et al.* 2010. Programa de orientação de alunos em Estágio clínico. Sinais Vitais 91:p.50-57
- HUDDLESTON, S. S. *et al.* 2006. Emergências Clínicas – Abordagens, Intervenções e Auto-Avaliação, 3^a Edição. Lab, pps.358
- LOBO, A.C.M. 2008. O Erro na Administração de medicação – Causas e Factores Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros. Universidade Aberta: Lisboa, 268pp. Dissertação elaborada com vista Obtenção de grau de Mestre em Ciências da Saúde. Orientação do Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno
- LOPES, M. 2000. Ser Enfermeiro Especialista... Papel Transitório?. Revista Pensar Enfermagem 2: p.48-55
- MARTINS, C. 2004. O Papel Formativo do Enfermeiro Especialista. Nursing 192:p.6-9.

- NERO, A. 2008. A Relação Enfermeiro/Médico: Contribuição para a Gestão de Conflitos. Universidade Aberta: Lisboa, 217pp. Dissertação Elaborada com Vista Obtenção grau de Mestre em Comunicação em Saúde.
- OLIVEIRA, J.M. 2009. Ser Gestor do Risco –É ser capaz de antecipar o inesperado. *Sinais Vitais* 83:p.9-15
- QUEIROS, A. 2001. Ética e Enfermagem, 3ª Edição. Editora Quarteto, Coimbra, pps.311
- REGO, A. 2010. Reformas no Sector da Saúde – A Equidade em Cuidados Intensivos, Universidade Católica Editora, Lisboa, pps.215
- SHEEHY, S. 2005. Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática, 4ª Edição. Lusociência, pps.875
- SILVA, A. 2001. Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma Teoria Explicativa de Mudança. Tese de Doutoramento Apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, pps.468
- SILVA, A. 2006. Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma Teoria Explicativa de Mudança, Editora Formasau, Coimbra, pps.398
- SILVA, A. 2007. Enfermagem Avançada: Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir* 55: p.11-20
- SIMÕES, A.J.C. 2008. Motivações e Expectativas Profissionais dos Estudantes de Enfermagem – Estudo numa Escola da Área de Lisboa. Universidade Aberta: Lisboa, 219pp. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Como Requisito para Obtenção de Grau de Mestre. Coordenadora: Professora Doutora Natália Ramos Orientador: Professor Doutor Fausto Amaro.
- SOUSA, A. 2004. A Morte no Corredor do Serviço de Urgência. *Revista Servir* 52
- SOUSA, M.A. 2008. Alocução de Honra – Enfermagem e Direitos Humanos. *Ordem dos Enfermeiros* 52:p.9-10
- URDEN, L.D. *et al.* 2008. Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção, 5ª Edição. *Lusodidacta, Lisboa*, pps.1265
- VIEIRA, M. 2009. Ser Enfermeiro da Compaixão á Proficiência, 2ª Edição. Universidade Católica Editora, Lisboa, pps.155
- ZINN, G.R. *et al.* 2003. Comunicar-se com o parceiro sedado: Vivência de quem cuida. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Volume II. 3:p.326-322

Chaves, C.M.C.B. 2004. Competências/Sinergias das Equipas de Saúde. Disponível <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/20.pdf> [Acedido em 15/03/2011].

Anexos

Anexo I

Fundamentação Teórica da Proposta de
Implementação da Visita Pré-Operatória



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

Discentes: Fátima de Jesus dos Santos Pires

Susana Maria Campos Martins

Porto, Junho 2010



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

Discentes: Fátima de Jesus dos Santos Pires

Susana Maria Campos Martins

Sob Orientação: Professora Amélia Rego

Porto, Junho 2010

INDÍCE	Página
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	3
1 – <u>VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM</u>	4
1.1. OBJECTIVOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	8
1.2. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA	10
1.3. GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS PARA CONSECUÇÃO DA PROPOSTA	11
2 – <u>CONCLUSÃO</u>	12
3 - <u>BIBLOGRAFIA</u>	13

ANEXOS

Anexo I – Documento proposto

0 – INTRODUÇÃO

Inserido no plano de estudos do 3º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, o Módulo I de estágio conferiu simultaneamente algumas oportunidades e algumas necessidades de investimento pessoal e profissional.

Ao iniciarmos este módulo de estágio num serviço tão específico como o Bloco Operatório, vários foram os objectivos que nos propusemos atingir, onde se incluía, a observação, acompanhamento e participação na visita pré-operatória de enfermagem. Contudo, ao iniciarmos presença neste local rapidamente tivemos a percepção de que a mesma, efectivamente não era praticada neste serviço.

Em virtude desta constatação, vários foram os aspectos a delinear e, conseqüentemente a desenvolver para uma intervenção fundamentada na prática diária e sobretudo baseada na evidência.

Desta forma, o presente trabalho escrito aborda o tema da Visita Pré - operatória de Enfermagem que se insurge como uma necessidade premente na vivência do cliente que será submetido a uma intervenção cirúrgica programada, pretendendo responder aos seguintes objectivos:

- Acrescentar algo de novo num contexto de estágio de especialidade;
- Oferecer a médio prazo, um momento de valorização do cliente previamente à cirurgia;
- Criar um instrumento prático para posterior proposta de utilização;

Este trabalho é essencialmente descritivo e resultado de pesquisa bibliográfica, entrevistas informais à equipa de Enfermagem do serviço, conversas com a orientação directa do estágio e sobretudo fruto de um cunho pessoal e da motivação para acrescentar algo como enfermeiras especialistas num futuro próximo.

1 – VISITA PRÉ – OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

A especificidade do cliente cirúrgico e as suas necessidades ao nível de procedimentos interventivos, exige um *“conjunto de conhecimentos teóricos e práticos pelo enfermeiro da sala de operações (ou de várias etapas integradas em si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades (...), planeia esses cuidados, executa-as com destreza e segurança e valida-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado”*. AESOP (2006, p.7). São também definidos como cuidados perioperatorio um *“conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatorio para dar resposta as necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo”* (AESOP, 1988)

Acrescentando ainda ao parecer supracitado da AESOP, a (AORN, 1988) define como função do Enfermeiro Perioperatório *“Identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e por em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes, durante e após a cirurgia”*.

O papel do enfermeiro perioperatorio pode ser descrito como um conjunto de actividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar.

A visita pré-operatória representa numa perspectiva de continuidade, o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados perioperatórios. Assim, existe um contacto prévio com o cliente antes da sua chegada à sala de operações, são efectuados esclarecimentos e fornecidas informações sobre os procedimentos a que vai ser submetido, promovendo assim um clima de maior confiança e segurança no período perioperatório. Neste contexto a visita assume-se como um momento decisivo para o planeamento dos cuidados porque *“...é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objectivos de actuação”*. ATKINSON, citado pela AESOP (2006, p.122). A aproximação de uma intervenção cirúrgica é vivida de uma forma intensa e dolorosa, pois a perspectiva de algo desconhecido e do qual se sente medo preocupa muito o cliente provocando um elevado grau de ansiedade. Segundo Sanchez Flores, citado pela AESOP (2006,p.122) *“só a proposta de uma intervenção cirúrgica causa medo, desconfiança e angustia á maioria das pessoas”*e ainda *“todo o ser humano tem medo do desconhecido, este gera medo e insegurança por ser indefinível, imprevisível e incontrolável”*.

O bloco operatório envolve mistério e respeito em que a dor e o sofrimento estão associados, no entanto, é um local de expectativa onde se vai recuperar a saúde. Cada cliente reage de maneira diferente dependendo dos factores psicossociais presentes e de cada experiência. O stress tem intensidade variável e pode revelar-se de várias maneiras, nomeadamente nos comportamentos e nas questões que são colocadas.

Perante as citações das entidades, que emitem pareceres baseados na evidência, relativamente aos enfermeiros que exercem as suas funções em Blocos Operatórios, torna-se relativamente fácil perceber, que na prática diversas são as fases de actuação. Não obstante, percebemos facilmente, até porque exercemos funções também num BO, que o contacto imediato no dia da cirurgia, se torna escasso, para dar respostas aos medos e necessidades dos clientes. O sofrimento provocado pela necessidade de intervenção cirúrgica é um sentimento complexo muito interiorizado, muito pessoal e nada fácil de descrever, sendo possível, diversas vezes identificar esta realidade com questões colocadas diariamente pelos clientes no momento imediato à cirurgia.

Não são raras as vezes que nos deparamos com dúvidas e incertezas, cujo tempo já não permite respostas concisas e dignas para quem as procura, e perante um olhar assustado, deparamo-nos com diversas questões:

- “Que me vão fazer aqui?”
- “E se eu não conseguir adormecer?”
- “Acha que vou acordar?”
- “Quanto tempo demora a operação?”

Diante disto, e na nossa prática diária, acabamos por ter uma espécie de protecção pré definida, cuja resposta não passa de “tenha calma, vai correr tudo bem!”, “vai adormecer agora!”, “Pense em coisas boas!”. E que dizemos nós? Seria isto que o cliente queria ouvir? Sabemos efectivamente que não, mas a inexistência de um momento oportuno para o fazer escasseia os recursos e o tempo necessário para tal. Por outro lado, a necessidade de resposta ao plano cirúrgico impera e o atraso dos tempos operatórios não é permitido com este intuito.

A sala de operações é um meio enigmático pelas mais diversas razões. Sendo um meio fechado, restrito às pessoas que lá trabalham, limitado ao uso de uniformes especiais e máscaras, que dificultam o reconhecimento e identificação dos profissionais, equipamento sofisticado, aliado ao poder sobre a vida e sobre a morte que ali se gera, são factores altamente geradores de stress. Neste contexto Dias Pinheiro (2006) refere que *“o enfermeiro é a pessoa que está preparada para atender o doente de uma forma global, como ser único e individual, e capaz de o ajudar na resolução das suas necessidades”*, e afirma que, *“a enfermeira para desenvolver a sua acção no pré-operatório, é essencial que realize a visita pré-operatória”*. Perante o que acabamos de descrever procuramos ainda realizar pesquisa no âmbito de estudos, no sentido de contribuir com aspectos que possam acrescentar algo à importância da Visita Pré - Operatória. Desta forma, aliado às referidas conversas informais com a equipa e à pesquisa bibliográfica citamos um trabalho publicado pela Universidade Federal do Paraná, cujo tema se referiu à Visita Pré-Operatória de Enfermagem, no que conferia à percepção dos Enfermeiros num Hospital Universitário da referida cidade.

O estudo tinha como objectivo identificar a percepção dos enfermeiros acerca da importância da respectiva Visita de Enfermagem. Como base, referia-se a ela como um valioso instrumento de avaliação para a humanização da assistência da Enfermagem Perioperatória, na qual o Enfermeiro actua de forma expressiva, proporcionando ao cliente apoio emocional, atenção e orientações no momento em que experimentará diversos sentimentos, conforme temos vindo a referir.

No referido estudo participaram 22 enfermeiros, sendo que, destes a totalidade da amostra considerou a visita pré – operatória como uma das suas funções, tendo sido unânime a ideia de que a enfermeiro é a pessoa mais indicada para prestar orientações pré-operatórias ao cliente. Apresentamos a seguir alguns resultados desse estudo, cuja fonte é o próprio que se encontra publicado, mas que vem de encontro ao que pretendemos, e apresenta-se, como uma mais-valia na fundamentação da necessidade que detectamos.

Portanto, relativamente à questão colocada em relação ao Enfermeiro que devia fazer a visita, verifica-se a seguinte tabela que expressa bem os resultados obtidos.

Realização da Visita Pré-Operatória pelo Enfermeiro	
Bloco Operatório	27,2% (6 enfermeiros)
Unidade de Internamento	22,8% (5 enfermeiros)
Qualquer Um	31,9% (7 enfermeiros)
Bloco Operatório/Unidade de Internamento	13,6% (3 enfermeiros)
Unidade de Internamento ou outro qualquer	4,5% (1 enfermeiro)

Como podemos verificar, uma parte significativa dos intervenientes, defende que a mesma dever ser realizada pelos enfermeiros do Bloco Operatório. Contudo, consideramos pertinente referenciar as outras respostas, uma vez que, ao apurarmos um número considerável de inquiridos, que se referem à possibilidade de outros enfermeiros o fazerem, talvez possamos pensar numa realidade distinta daquela que se observa no nosso país, onde o Bloco Operatório constitui também um serviço algo enigmático e obscuro para os profissionais que ali não exercem funções.

Sabemos que ao tentar implementar algo de novo, implicará mudança, movimento de recursos humanos e conseqüentemente financeiros, o que suscitará algumas dificuldades. À semelhança do estudo que temos vindo a referenciar, conforme apresentamos na tabela que se segue:

Existência de dificuldades	
Sim	54,6% (12 enfermeiros)
Não	36,3% (8 enfermeiros)
Não responde	9,1% (2 enfermeiros)

Algumas dificuldades apontadas pelo grupo estudado foram a sobrecarga de trabalho, a carência de enfermeiros e a estrutura organizacional, que sabemos da prática diária que coincidem com as dificuldades sentidas no nosso local de estágio, que poderão condicionar a implementação da proposta.

O mesmo estudo apresenta ainda alguns comentários sentidos por parte dos profissionais que realizam a Visita Pré-operatória de Enfermagem, onde revelam que a realizam com o sentido de compromisso tentando superar as dificuldades, outras acham que a visita não deve ser feita por obrigação, como uma rotina, mas sim como algo que proporcione algum retorno ao profissional.

Por outro lado, documentam no estudo que os enfermeiros notam na prática o total desconhecimento de alguns clientes acerca do procedimento cirúrgico, e por fim, revelam que as experiências diárias com a visita têm demonstrado o contributo dos enfermeiros para que o cliente adquira mais confiança, tenha menos medo do desconhecido e conseqüentemente se sinta mais seguro para a cirurgia.

1.1. OBJECTIVOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Ao longo da nossa experiência, temos verificado que qualquer cliente submetido a cirurgia fica vulnerável e sensível, surge um afastamento do seu meio social e familiar.

A doença física, pode ser considerada como uma crise na vida do indivíduo, uma vez que provoca alterações importantes a vários níveis: identidade, papel que desempenha na família, papel sócio-profissional e perspectivas futuras.

Com esta visita, acreditamos que o enfermeiro, actuando de forma expressiva, poderá atempadamente proporcionar, além de algum apoio emocional, atenção e orientação, um momento crucial para quem será submetido a uma cirurgia.

A organização da Visita Pré – Operatória, tem assim como objectivos:

- Planear os cuidados de enfermagem perioperatórios de forma individualizada e humanizada;
- Identificar as necessidades do cliente no pré – operatório;
- Conhecer as expectativas do cliente face à intervenção cirúrgica;
- Esclarecer as dúvidas e minimizar os medos pré – operatórios;
- Promover e recuperar a saúde do cliente, envolvendo a família;
- Promover a interacção entre o enfermeiro do bloco e o cliente;
- Relembrar e esclarecer se necessário, as informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória;
- Permitir a continuidade dos cuidados de forma a operacionalizar os cuidados de enfermagem
- Promover a articulação funcional entre os enfermeiros do internamento e os do bloco operatório;

Os objectivos que se apresentam deverão aquando da visita ser explicados ao cliente, ao mesmo tempo que o enfermeiro deverá respeitar alguns critérios nesse mesmo momento, nomeadamente:

- Apresentar-se e explicar convenientemente a sua função;
- Informar o doente sobre o percurso dentro do bloco operatório e do respectivo acolhimento;
- Estar atento a sinais de comunicação não verbal, nomeadamente a postura e os comportamentos;
- Percepcionar os níveis de ansiedade do cliente e fornecer informação em função dos mesmos;
- Mostrar disponibilidade e comunicar com linguagem perceptível;
- Reforçar alguns aspectos importantes para a preparação pré-operatória (jejum, banho, vestuário, próteses, adornos...);
- Abordar o tema do pós-operatório imediato (Unidade de Cuidados pós Anestésicos, controlo da dor, desconforto pela existência de dispositivos de drenagem e outros);
- Assegurar-se de que a sua informação foi percebida pelo cliente.

1.2. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

Esta visita irá representar um elo de comunicação efectiva entre o profissional e o cliente, permitindo assisti-lo de forma contínua e sistematizada, respondendo a todas as questões colocadas, valorizando sobretudo as expectativas e experiências do cliente.

Será fundamental a recolha de informação e o respeito pelo cliente cirúrgico, para serem identificadas as suas necessidades, proporcionando indirectamente uma recuperação mais rápida e conseqüentemente algumas complicações pós - cirúrgicas relacionadas com os conhecimentos dos clientes e com os prévios ensinamentos face ao acto cirúrgico.

Sabemos da prática diária que os clientes gostariam de conhecer os profissionais que lhes vão prestar cuidados e esclarecer com eles as dúvidas que os atormentam momentos ou dias antes. Por outro lado, a perda de identidade e integridade que um cliente sente ao entrar num Bloco Operatório e todo o processo de aceitação do seu “papel de doente”, fez-nos reflectir sobre as nossas práticas diárias, sendo essencialmente esta constatação, o impulso primordial para esta proposta.

A realização da visita e a elaboração de diagnósticos pertinentes no pré – operatório, ajudam nos cuidados ao cliente cirúrgico, visualizando a pessoa e não apenas o acto técnico em si.

Ao apresentarmos um documento escrito, que servirá como proposta a apresentar posteriormente à equipa de enfermagem do serviço, acreditamos reunir um conjunto de passos importantes para a sua posterior aplicação no serviço, uma vez que as razões que nos despertaram tal motivação e interesse práticos, são explicitas neste narrar, não da pesquisa estanque, mas sobretudo da nossa prática diária e da necessidade premente que detectamos, bem como do parecer positivo dos envolvidos directos do serviço. Em função do supracitado, criamos um documento, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, cujo objectivo primordial é servir como instrumento de colheita de dados essenciais sobre o cliente e a sua condição no pré-operatório.

Deste fazem parte, a identificação do doente, os antecedentes pessoais e a história da doença actual, os fenómenos de Enfermagem que nos pareceram mais pertinentes neste contexto, bem como uma apreciação global do cliente após a visita. O respectivo documento é apresentado no **ANEXO I** deste trabalho escrito.

1.3. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA CONSECUÇÃO DA PROPOSTA

Ao tentarmos implementar algo de novo, temos consciência dos possíveis elementos limitadores para que o projecto evolua favoravelmente.

Numa fase em que a gestão de recursos humanos, passa essencialmente pela redução de números efectivos de enfermeiros ao serviço, temos consciência que a qualidade dos cuidados prestados impera face ao factor economicista e reducionista da política actual.

No entanto, procuramos através dos dados estatísticos, elaborar uma estimativa acerca do número de enfermeiros necessários e naturalmente a necessidade de acrescer em termos de número, conforme podemos verificar a seguir:

De acordo com os dados estatísticos fornecidos pelo serviço, o número médio de cirurgias diárias programadas é de 40 cirurgias; propondo a duração média da Visita Pré-Operatória de 15 minutos, implica a necessidade de mais um profissional de enfermagem.

Atendendo a que o enfermeiro que exerce funções na área de anestesia, é efectivamente aquele que tem mais contacto com o cliente, parece-nos ser este o elo de ligação mais importante. Contudo, naquele serviço as funções de cada enfermeiro não são estanques, pelo que, o que acreditamos ser importante, é o facto de, independentemente da função exercida no Bloco Operatório, quem realize a respectiva visita, dentro do possível seja o mesmo que faz o acolhimento no dia do acto cirúrgico, proporcionando assim uma continuidade dos cuidados, bem como a minimização da angústia do cliente ao ser admitido.

2 – CONCLUSÃO

Os enfermeiros trabalham com pessoas ao longo do ciclo de vida, quer saudáveis, quer doentes, em ambientes de alta tecnologia onde a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece com a pessoa que pretende ajudar.

Neste contexto, a Visita Pré-Operatória de enfermagem é um procedimento adequado para alcançar uma assistência integral e individualizada no pós-operatório, devido à possibilidade que oferece de identificar não somente os problemas de ordem física do cliente, mas também os psico-sócio-espirituais, assim como as suas expectativas em relação às necessidades humanas básicas.

Perante o que apresentamos ao longo do trabalho escrito, e após verificarmos, que efectivamente, naquele serviço não existe ainda, seguimos algumas etapas já abordadas, desde uma espécie de levantamento da situação, até às conversas informais com orientadores directos e responsáveis do serviço e numa fase seguinte, à pesquisa do tema e elaboração do instrumento para aplicar à posteriori.

Temos noção de que o projecto ficará ainda numa fase embrionária, mas a nosso ver com condições para crescer. As respostas foram-se apresentando favoráveis, a ideia teve junto dos intervenientes algum impacto positivo e até aqui já foi mais um passo.

Com este trabalho, pretendemos sobretudo, apresentar o tema, a proposta e a forma como pretendemos dar a conhecer.

Os objectivos que nos propusemos atingir com o mesmo, estão agora atingidos, contudo, esta não será uma conclusão de todo definitiva, mas sim a ponte para mais uma etapa: a apresentação do documento e a fundamentação perante a equipa de enfermagem.

3 – BIBLIOGRAFIA

- AESOP. 2006. **Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**, LUSODIDACTA, Loures, Pág. 121-127
- CIPE – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** – Versão 1. 2005
- TAVARES, Filomena; SARAIVA, Maria. 2000. **Visita Pré-operatória**. AESOP. Vol I, 1: páginas 14-15
- MARTINS, Helena. 2002. **Reflectindo**. AESOP. Vol III, 9: páginas 31-33
- GRITTEM, Luciana e al. 2006. Visita Pré-operatória de Enfermagem – Percepções dos Enfermeiros dum Hospital de Ensino. Disponível: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=12203&indexSearch=ID> [Acedido em 10 /Junho/2010]

ANEXOS

Anexo I

Documento Proposto

- **Padrão de Eliminação Urinário** Normal

 Alterada _____
- **Comunicação** Normal

 Comprometida _____
- **Dor Actual** Ligeira

 Moderada

 Intensa EVA _____
- **Medo Presente** Sim Não Especificar _____
- **Ansiedade Actual** Sim Não
- **Risco de Imagem Corporal Alterada** Sim Não
- **Conhecimento Demonstrado** Sim Não
- **Consentimento Informado** Sim Não

Apreciação global do cliente após visita

- Mais tranquilo
- Confuso
- Mais ansioso
- Sem mudanças

Enfermeira: _____

Anexo II

Procedimento de Higienização das Balas do
Sistema de Vácuo

**1. Título** Higienização das Balas do Sistema de Vácuo**2. Normas JCI**

3. Objectivo Uniformizar procedimentos
Manter as balas do sistema de vácuo em bom estado de conservação e com aspecto limpo
Prevenção da infecção cruzada

4. Destinatários Assistente Operacional

AO – Assistente Operacional

5. Abreviaturas CCI – Comissão Controlo Infecção

6. Procedimento Siga os passos da tabela seguinte para executar o procedimento

Nº	Ação	Responsável pela execução
	No fim do turno da noite, o AO alocado à pediatria deve:	
1º	Reunir todo o material, em carro próprio, para a higienização das balas: <ul style="list-style-type: none">• Anios – detergente/desinfectante recomendado (proponol e amónios quaternário)• Panos secos• Luvas de higiene	AO alocado à Pediatria
2º	Calçar luvas de higiene, junto das balas	
3º	Vaporizar as balas do sistema com Anios, interna e externamente	
4º	Friccionar com pano seco, assegurando que todas as superfícies são tratadas	
5º	Colocar no respectivo suporte	
6º	Remover luvas	
7º	Lavar as mãos	

Edição n.º

Revisão n.º 0

Elaborado: MCI

..... / / 200...

Aprovado: EC

..... / / 200...

Homologado: CA

..... / / 200...

1º	<p>Em presença de matéria orgânica visível, o AO alocado à área que pertence a bala contaminada (Triagem ou OBS) deve:</p> <p>Reunir o material necessário para a desinfecção da bala</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balde • Surfânicos – detergente/desinfetante recomendado • Luvas de higiene <p>Calçar luvas de higiene</p> <p>Preparação da solução:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diluir 20ml de surfânicos (1dose ou 1 pressão de bomba) em 8L de água quente ou diluir 10ml de surfânicos em 4L de água quente. <p>Preparar a solução no momento da utilização</p>	AO (Triagem ou OBS.)
3º	Mergulhar a bala em surfânicos durante 15 minutos	
4º	Lavar e enxaguar em água quente	
5º	Secar com pano limpo	
6º	Remover luvas	
7º	Lavar as mãos	
8º	Colocar a bala no respectivo local	

7. Indicadores Indique na tabela seguinte os indicadores a serem avaliados

Descrição	Quem avalia	Periodicidade
Está definida uma frequência para a higienização das balas do sistema	Enf. da triagem mulheres e Enf.OBS	Diariamente
Procedimento de descontaminação de acordo com o definido pela CCI	CCI ou elo de ligação	Anualmente

8. Fluxograma

9. Referências 0000_Nor_PCI Descontaminação de Material Não-Crítico

10. Anexos

11. Revisão
(Data/Responsável)

Edição n.º	Elaborado: MCI	Aprovado: EC	Homologado: CA
Revisão n.º 0 / / 200... / / 200... / / 200...

Anexo III

Norma de Descontaminação e Controlo dos

DM no SU



1. Título Descontaminação e Controlo dos Dispositivos Médicos no Serviço de Urgência

2. Normas JCI

3. Objectivo

- Uniformizar procedimentos
- Controlar todos os Dispositivos Médicos (DM) existentes no Serviço de Urgência (SU)
- Registrar diariamente os DM existentes no serviço em folha própria
- Orientar sobre os cuidados a ter com os DM
- Prevenir a deterioração dos DM

4. Destinatários Enfermeiros e Assistentes Operacionais

5. Abreviaturas

DM - Dispositivo Médico
SU - Serviço de Urgência
Enf. - Enfermeiro
AO - Assistente Operacional
SCE - Serviço Central de Esterilização
CCI - Comissão Controlo da Infecção

6. Revisão

7. Anexos

- DM individualizados
- Kits de Procedimentos Cirúrgicos
- Check-List dos DM nos SU
- Instrução de Trabalho

8. Indicadores

Descrição	Quem avalia	Periodicidade
1 – Confirmação DM de acordo com check-list	Enf.	Final de cada turno
2 – Lavagem e secagem DM	AO	Após cada utilização
3 – Verificação dos DM Vindos SCE	AO e Enf.	Após cada utilização

Edição n.º	Elaborado:	Aprovado: EC	Homologado: CA
Revisão n.º / / 2010 / / 2010 / / 2010



9. Índice		
	0 – Introdução	02
	1 – Definição Conceitos	03
	2 – DM existente no SU	04
	2.1 – Distribuição dos DM no SU	05
	3 – Funções dos Recursos Humanos	06
	4 – Conclusão	07

0 – INTRODUÇÃO

A qualidade no âmbito das organizações, está intimamente ligada a modelos de excelência. Para caminharmos neste sentido é necessário o envolvimento de todos os profissionais. Na área da saúde esta realidade deve ser evidente, pois só desta forma se conseguem oferecer cuidados de qualidade. Neste sentido emerge a necessidade de uniformizar procedimentos, de forma sistemática e organizada, de modo a oferecer cuidados de qualidade e a consequente satisfação dos profissionais e utentes.

O presente documento surge como um contributo no controlo dos DM existentes no SU, bem como assegurar o bom funcionamento e durabilidade dos mesmos. É fundamental despertar a consciência dos profissionais, para a importância da preparação e manuseamento dos DM e o contributo na garantia de cuidados seguros e de qualidade.

Todos os membros da equipa de saúde desenvolvem a sua actividade no sentido de prestar cuidados com qualidade, segurança e eficiência.

Actualmente, na saúde os recursos financeiros são limitados, é necessário utilizar os meios humanos e materiais da forma mais eficiente possível, de forma a disponibilizar ao utente a máxima qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Uma medida fundamental, para atingir essa eficiência é a prevenção da infecção, nomeadamente a utilização de material esterilizado em procedimentos cirúrgicos e técnicas invasivas. O material esterilizado é denominado dispositivo médico esterilizado de acordo com a Directiva 93/42/CE e o D.L. 30/2003 de 14 de Fevereiro.



1 – Definição Conceitos

A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) e toda a problemática contida em si mesma, movimentada constantemente estudos, reuniões científicas e acesas discussões sobre práticas e normas a serem instituídas com um objectivo único: o de prevenir a infecção e consequentemente assegurar cuidados de elevada qualidade.

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

Todos os DM após utilização devem sofrer um processo de lavagem, que pode ser manual ou mecânico com o objectivo de:

- Diminuir a sujidade;
- Reduzir a carga microbiana;
- Proteger o profissional e o doente;
- Proteger o material da corrosão.

A lavagem é um passo fundamental para se conseguir um DM seguro, no que diz respeito ao risco de infecção. Uma má lavagem compromete, irremediavelmente, os processos subsequentes de desinfecção e esterilização.

A desinfecção consiste na redução da carga microbiana para um nível que não constitua risco, destrói os microrganismos patogénicos excepto formas esporoladas. Este processo pode ser térmico, através de máquinas autoclaváveis que combinam a operação de lavagem e desinfecção; ou químico, onde são utilizados agentes químicos.

O produto químico ideal é aquele que:

- É capaz de matar maior número de microrganismos, incluindo formas esporoladas,
- Não corrosivo,
- Não irritante para os tecidos,
- Não deixe resíduos.

A fase posterior é a secagem que é crucial, pois desta depende o sucesso da fase seguinte que é a esterilização.

A secagem do material pode ser feita manualmente com um pano ou mecanicamente nas máquinas autoclaváveis. Segue-se a esterilização, que é um processo que permite a destruição de todos os microrganismos, incluindo as formas esporoladas.

2 – Classificação dos DM

O SU possui os seguintes DM empacotados individualmente (Anexo I):

Classificação	Existentes no SU
Corte <i>Função de:</i> Dissecar, Cortar e Separar os tecidos.	Pinça Goiva
Hemostase <i>Função de:</i> Hemostase dos tecidos ou Segurar tecidos.	Finoqueto Curvo Finoqueto Recto Kelly Com Dentes
Preensão <i>Função de:</i> Apreender tecidos entre garras.	Pinça Allis Pinça de Anel Pinça Roupa
Afastamento <i>Função de:</i> Afastar tecidos e Órgãos fora do local onde o cirurgião está a trabalhar.	Abre Bocas Afastador Desmarres Afastador Farabeuf Afastador Garras Afastador Sean Miller Baixa Linguas Espéculo de ORL Espéculo Vaginal
Outros	Pinça Maguill Adulto Pinça Maguill Criança Porta Agulhas Sonda Cânula Tira Agrafes

Para além destes, existem kits de procedimentos cirúrgicos (Anexo II):

- 65 Kits para sutura (T1)
- 3 kits de pequena cirurgia (T2)



2.1 Distribuição dos DM no SU:

- Material individualizado no armário da sala de esterilização, no respectivo local devidamente identificado,
- 6 Kits (T1) no armário da sala de emergência
- 10 Kits (T1) no armário da sala de cirurgia,
- 2 Kit (T1) no armário da sala de OBS
- 47 Kits (T1) no armário da sala de esterilização,

- 1 Kit (T2) no armário da sala de cirurgia,
- 1 Kit (T2) no armário da sala de emergência,
- 1 Kit (T2) no armário da sala de esterilização.



3 – Funções dos Recursos Humanos

Equipa de Enfermagem

Reposição e controlo dos DM em cada turno:

- No final de cada turno o Enf. alocado à sala de cirurgia/ortopedia é responsável pela reposição dos DM usados no seu turno. Este é responsável, também, pela verificação do registo em folha própria do material existente no serviço (Anexo III – Check-list).
- Os DM são preferencialmente, colocados pelo Enf. para sua utilização.
- Após o seu uso, são de imediato colocados para lavagem em tina existente na sala da cirurgia, devido ao risco de corrosão e à possibilidade de interferência com a eficiência da lavagem.
- Os DM articulados devem ser colocados na solução de lavagem abertos.

Equipa AO

O AO alocado à área de urgência é responsável pelo tratamento dos DM, isto é, todo o material que tenha sido utilizado num processo de tratamento ou que tenha sido exposto a uma situação clínica.

O AO é responsável pela descontaminação do material, o que inclui a lavagem, desinfecção, secagem, inspeção, empacotamento e envio para o SCE com respectivas requisições conforme instrução de trabalho anexa (Anexo IV).

A higienização da sala de esterilização é também, da responsabilidade do AO alocado à área de urgência no turno da manhã e da tarde (sempre que exista um sexto elemento, este assume esta responsabilidade), de acordo com as recomendações da Comissão Controlo Infecção (CCI).

O armário de stock dos DM fica sempre fechado e a chave com o Enf. da área de cirurgia/ortopedia.

A recepção no serviço do material enviado pelo SCE é da responsabilidade do Enf. e da AO alocado à área da cirurgia/ortopedia.



4 – CONCLUSÃO

A elaboração deste documento serve de orientação no controlo dos DM, bem como, no tratamento dos mesmos, contribuindo essencialmente para o binómio eficiência/qualidade.

Serve fundamentalmente como guia de orientação dos profissionais de saúde directamente ligados a esta área de intervenção, nomeadamente enfermeiros e AO.

Os principais objectivos expostos e os fins descritos de forma pormenorizada e de percepção fácil para os utilizadores, permite uma adequação prática no controlo diário; bem como na manutenção do material em causa.

É crucial a reflexão constante sobre o que fazemos e como fazemos.

ANEXOS

Anexo I

DM empacotados individualmente



DM Individuais



Legenda:

- Número de DM individuais existentes no SU

Anexo II

kits de procedimientos cirúrgicos



Kits de Procedimentos cirúrgicos

Legenda:

- 1 - Tesoura
- 2 - Pinça Dissecção C/Dentes
- 3 - Porta Agulhas



Legenda:

- 1 - Porta Agulhas
- 2 - Afastador Farabeuf
- 3 - Cabo Bisturi nº23
- 4 - Tesoura Recta
- 5 - Pinça Dissecção C/Dentes
- 6 - Pinça Dissecção S/Dentes
- 7 - Pinça Kelly Recta
- 8 - Finoqueto Recto
- 9 - Finoqueto Curvo



Anexo III

Check-list



Check-List dos DM no SU

Data: ___/___/___

Designação do DM Individualizado	Stock	Manhã			Tarde			Noite		
		QE	Usados	SCE	QE	Usados	SCE	QE	Usados	SCE
Abre Bocas	1									
Afastador Desmarres	2									
Afastador Farabeuf	2									
Afastador Garras	1									
Afastador Sean Miller	1									
Baixa Línguas	1									
Espéculo de ORL	1									
Espéculo Vaginal	1									
Finoqueto Curvo	3									
Finoqueto Recto	3									
Kelly Com Dente	1									
Pinça Allis	1									
Pinça de Anel	1									
Pinça Goíva	4									
Pinça Maguill Adulto	1									
Pinça Maguill Criança	1									
Pinça Roupa	4									
Porta Agulhas	7									
Sonda Cânula	2									
Tira Agrafes	10									
Kits de Procedimentos Cirúrgicos										
T1 na Sala de Emergência	6									
T1 na Sala de Cirurgia	10									
T1 na Sala de OBS	1									
T1 na Sala de Esterilização	48									
Total T1 existentes	65									
T2 na Sala de Cirurgia	1									
T2 na Sala de Emergência	1									
T2 na Sala de Esterilização	1									
Total T2 existentes	3									
Enfermeiro Responsável										
Nº Mec.										
Obs:										

QE - Quantidade Existente

SCE - Serviço Central Esterilização

Anexo IV

Instrução de Trabalho – Lavagem e Desinfecção
dos DM na Urgência

**1. Título** Lavagem e Desinfecção dos Dispositivos Médicos na Urgência**2. Objectivo**
Uniformizar procedimentos
Reduzir a carga microbiana nos DM
Proteger os DM da corrosão
Prevenir a infecção cruzada**2. Tarefas** Siga os passos da tabela seguinte para executar a tarefa.

Nº	Tarefa
1º	Diariamente, no início do turno da manhã a assistente operacional (AO), alocada à cirurgia, prepara a solução de lavagem dos dispositivos médicos (DM), em tina que se encontra na sala de cirurgia. Calçar luvas de higiene Preparação da solução: <ul style="list-style-type: none">• 50ml de Cleaner N (5 bombadas) em 5L de água ou 10ml do produto em 1L de água Estabilidade do produto – 24H.
2º	Mergulhar os DM durante 10 minutos, depois de desconectados, desmontados ou abertos
3º	Passados os 10min., o material deve ser escovado com escovas de cerdas macias e processar-se abaixo do nível da água para evitar a formação de aerossóis.
4º	Após remoção completa dos resíduos os DM são mergulhados em solução desinfectante Dicloroisocianurato de sódio- Presept (1 pastilha de 2,5gr em 5L de água) durante 15 minutos.
5º	Passar por água corrente, abundantemente, para remover a solução de limpeza e desinfecção.
6º	Os DM devem ser secos logo após o enxaguamento, com pano limpo e seco.
7º	Os DM com dobradiças/juntas devem ser lubrificados (com óleo de parafina)
8º	Antes do empacotamento o AO deve inspeccionar os DM relativamente à limpeza, função, defeitos, alinhamento e corrosão. Quando detectado algum defeito nos DM, devem ser eliminados e comunicado ao Enf.da cirurgia/ortopedia.
9º	Os DM com engrenagem dentada, só devem ser encerrados no 1º dente, antes do seu empacotamento

Edição n.º 2

Elaborado: MCI
...../...../200...Aprovado:
...../...../200...Homologado:
...../...../200...



10º	O envio dos DM para SCE deve incluir o preenchimento da folha de pré-processamento (039-Reg-SCE) e folha de processamento (034-Reg-SCE).
-----	--

4. Referências

5. Revisão (Data/Responsável)

Edição n.º 2	Elaborado: MCI / / 200...	Aprovado: / / 200...	Homologado: / / 200...
--------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

Anexo IV

Suporte Teórico da Formação: “Higienização das
Mãos – Uma Necessidade e Uma Exigência”

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: UMA NECESSIDADE E UMA EXIGÊNCIA



Guimarães, Janeiro 2011

Fátima Pires/ Susana Martins

Índice

0 – INTRODUÇÃO.....	3
1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS.....	4
1.1 Higienização das mãos.....	4
1.2.Precauções Padrão.....	7
1.3 – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).....	8
2– CONSEQUÊNCIAS DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	10
3– VIAS DE TRANSMISSÃO.....	11
4- PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAUDE.....	13
5 – CONCLUSÃO.....	16
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

0 – INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar tem em Florence uma divisão, o hospital antes e depois de Nighingale, uma vez que foi ela a pioneira na implementação das medidas de higiene e limpeza nas unidades hospitalares, e segundo a mesma *“o mínimo que se pode esperar do hospital é que não faça mal aos doentes”*.

A análise e abordagem da prevenção centrada na pessoa desde há muito que domina as opções para a melhoria da segurança do doente no sistema de saúde. Nesta abordagem a actuação é colocada sobre o profissional responsável de uma unidade.

A higiene das mãos, constitui um tema básico, muito abordado e possivelmente um pouco desgastado, no entanto, a sua importância mantém-se a nível mundial. É efectivamente uma medida simples e barata e, indiscutivelmente a medida isolada mais eficaz no controle da infecção.

Inserido no plano de estudos do 3º mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, o Módulo II de estágio, decorrido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, conferiu novas oportunidades de aprendizagem e algumas constatações, nomeadamente no que confere à higienização das mãos. No decorrer do mesmo, foram surgindo algumas situações pontuais e algumas questões sobre o tema, pelo que tentamos dar resposta e corrigir alguns aspectos, aquando das discussões construtivas em serviço.

Desta forma, este trabalho *“Higienização das mãos: uma exigência e uma necessidade”*, surge como uma necessidade de contribuir para uma sensibilização constante da sua importância, pelo que foram traçados os seguintes objectivos:

- Acrescentar algo objecto de inúmeras discussões, no contexto do estágio da especialidade;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade da higienização das mãos;
- Relembrar as directrizes preconizadas pela Comissão de Controle de Infecção da instituição.

Ainda que, existente no serviço formação actualizada e recente, considerou-se a formação necessária à mudança de comportamentos.

Este trabalho é meramente descritivo, com recurso à pesquisa bibliográfica, bem como às conversas informais com os profissionais e com base também na observação directa.

1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

A infecção decorrente da prestação de cuidados constitui hoje um problema muito real e sério no contexto da qualidade da prestação de cuidados. Em termos epidemiológicos, não restam quaisquer dúvidas acerca da real transmissão de microorganismos através das mãos dos profissionais de saúde (via do contacto directo) para os doentes, dando origem a infecções, consideradas consequências indesejáveis da prestação de cuidados.

Neste contexto, também ninguém põe em causa a importância da prática da higiene das mãos, como sendo uma das integradas no conjunto das Precauções Padrão, mais relevante na prevenção das infecções adquiridas e no controlo da transmissão cruzada da infecção.

1.1 Higienização das mãos

A higiene das mãos é uma acção muito simples e com impacto significativo na redução das IACS (Infecção Associada Cuidados de Saúde), mas também na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na diminuição dos custos relacionados.

A higienização das mãos é uma designação lata, abrangente, que integra todos os procedimentos destinados a remover a colonização das mãos. Isto pode ser conseguido, quer através da lavagem convencional com água e sabão, quer através da desinfecção das mãos, também definida como antissépsia das mãos, com aplicação de soluções antissépticas de base aquosa ou de base alcoólica.

A lavagem simples/social das mãos é um processo vigoroso e breve de limpeza por acção mecânica, de todas as superfícies das mãos. Refere-se à lavagem das mãos com sabão simples e água, não existindo acção microbiana relevante.

A desinfecção higiénica das mãos/antissépsia das mãos, pode ser efectuada por dois métodos:

1. Lavagem higiénica das mãos, em que é efectuada lavagem com sabão líquido antimicrobiano e água;
2. Fricção higiénica das mãos/desinfecção das mãos sem água, refere-se à descontaminação das mãos por fricção com soluções alcoólicas. Este método só pode ser utilizado se as mãos não estiverem visivelmente sujas.

A temática da higiene das mãos, é um dos componentes básicos de qualquer programa global de controlo de infecção e faz parte integrante dos manuais das Práticas de Controlo de Infecção, de qualquer unidade de saúde, bem como, a política de utilização de anti-sépticos e desinfectantes na prática clínica.

Gradualmente, as soluções alcoólicas têm vindo a ser introduzidas nas unidades de saúde, como uma alternativa à lavagem das mãos.

Estas soluções têm sido introduzidas com o objectivo de:

- Constituir uma alternativa viável à lavagem das mãos;
- Solucionar problemas da falta de lavatórios em quantidade e em locais estratégicos;
- Tornar o processo de higienização das mãos menos demorado;
- Evitar o stress dérmico e as dermatites de contacto subsequentes à utilização sistemático de água e sabão;
- Motivar os profissionais para a higienização das mãos.

As soluções anti-sépticas alcoólicas devido ao leque de vantagens que apresentam, constituem de facto uma boa alternativa à lavagem convencional das mãos.

Princípios Gerais

- Manter as unhas curtas, limpas e sem verniz;
- Manter devidamente protegidas as soluções de continuidade da pele;
- Não usar adereços em serviço pois impedem uma correcta lavagem das mãos;
- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger conforme os procedimentos;
- Ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos e o dedo polegar;
- Secar bem as mãos;
- Evitar recontaminar as mãos após a lavagem;
- Aplicar frequentemente creme hidratante das mãos;
- O uso de luvas pressupõe sempre a higienização das mãos.

Métodos de higienização das mãos

Método	Agente de Limpeza/ Duração	Área	Objectivos	Indicações	Responsabilidades
Lavagem simples/ Social das mãos	Água e sabão líquido sem antisséptico: 15 segundos	Mãos	Manter as mãos socialmente limpas e remover os microorganismos transitórios	<ul style="list-style-type: none">• Ao iniciar e terminar o dia de trabalho;• Antes e depois da prestação de cuidados (incluindo exame clínico);• Antes de comer, manusear alimentos ou preparar medicação;• Depois de ir ao WC;• Depois de contactar com roupa e equipamentos contaminados;• Depois de remover luvas.	Todos

Lavagem higiénica das mãos	Água e solução aquosa antisséptica : 30 segundos	Mãos	Eliminar os microorganismos transitórios e reduzir os microorganismos residentes	<ul style="list-style-type: none">• Antes e depois de Prestar cuidados a doente em isolamento;• Antes de cuidar de doentes imunodeprimidos;• Antes e depois da visita a doentes em isolamento ou em Unidades de Cuidados Intensivos;• Entre duas sequências de cuidados com risco de contaminação no mesmo doente ou entre dois doentes;• Após contacto com secreções, excreções ou líquidos orgânicos.	Prestadores de Cuidados
----------------------------------	--	------	---	---	-------------------------

1.2. Precauções Padrão

As precauções padrão são medidas mais básicas e as mais importantes para a prevenção e controlo da infecção, se aplicadas sistematicamente.

Devem ser aplicadas sistematicamente por todos os profissionais a todos os doentes de unidades de saúde independentemente do diagnóstico.

A implementação das precauções padrão constitui a estratégia de 1ª linha para o controlo das IACS entre doente e profissionais. Aplicam-se quando se prevê o contacto:

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

A aplicação das práticas depende da duração e natureza da interacção entre profissional/doente e a possibilidade de antecipar a exposição ao sangue e fluidos orgânicos ou outras exposições patogénicas.

Das precauções básicas ou padrão fazem parte.

- Lavagem das mãos ou higienização das mãos;
- Uso de equipamento de protecção individual (EPI), luvas, bata ou avental, máscara, óculos ou máscara com viseira;
- Controlo ambiental, higienização de superfícies, manuseamento e processamento de equipamento, manuseamento de roupas;
- Saúde e segurança dos profissionais, vacinação, prevenção de acidentes com corto perfurantes;
- Higiene respiratória/etiqueta respiratória.

1.3 – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

As IACS não sendo um problema novo assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo.

Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. Considera-se que a infecção associada aos cuidados de saúde, *“é uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão”* (Ducel G et al. *Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002*, citado pela Comissão de Controlo de Infecção do CHAA)

Estão também incluídas as infecções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as *Infecções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais)*.

2- CONSEQUÊNCIAS DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

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

A infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados de saúde prestados é um dos problemas de maior relevância e impacto, sendo reconhecido como causa importante de morbidade e mortalidade, agravamento do estado de saúde, aumento de internamento, sequelas, custos económicos adicionais elevados, custos pessoais para os doentes e para os familiares.

Considerando-se como mais frequentes as infecções urinárias, cirúrgicas, respiratórias e da corrente sanguínea, interessa acrescentar alguns factores de risco a elas associadas, respectivamente, no que confere às infecções do trato urinário, o cateterismo vesical e os procedimentos invasivos urinários, no que compete à infecção cirúrgica, o uso inadequado de profilaxia antibiótica, a incorrecta preparação cirúrgica da pele e os cuidados incorrectos com a ferida, em relação à infecção respiratória, importa salientar, os cuidados na ventilação mecânica e na aspiração de secreções, bem como, o manuseamento de cateteres vasculares, a idade neonatal e os internamentos nas unidades críticas, no que confere às infecções sanguíneas.

3- VIAS DE TRANSMISSÃO

A transmissão da infecção de um doente para outro através das mãos dos profissionais de saúde, requer uma sequência lógica de eventos:

1º Os microorganismos presentes na pele do doente ou que estão depositados nos objectos inanimados na proximidade do doente, podem ser transferidos para as mãos dos profissionais.

2º Estes microorganismos têm que ser capazes de sobreviver pelo menos durante alguns minutos nas mãos dos profissionais.

3º A higiene das mãos entre contactos foi inadequada ou omitida ou o anti-séptico usado na higiene das mãos não era adequado ou estava contaminado.

4º As mãos contaminadas dos prestadores de cuidados entram em contacto directo com outro doente, ou com objectos inanimados que irão entrar em contacto directo com o doente.

As vias de transmissão podem ser: via aérea, gotícula, contacto (directo e indirecto).

De acordo com as vias de transmissão as precauções adicionais são:

Via aérea (exemplos: varicela, tuberculose, herpes zooster disseminada)

- Quarto individual com pressão negativa e porta fechada;
- Protecção respiratória (respiradores P1 e P2 para os profissionais e visitas);
- Transportar o doente com máscara cirúrgica;
- Avisar os profissionais do local para as precauções a seguir;
- Informar as visitas/família dos cuidados a ter antes e depois de entrar no quarto;
- O número de visitas deve ser reduzido e interdito a crianças;
- Fazer contenção na fonte com individualização do material.

Gotículas

Doentes com infecção confirmada ou suspeita por microorganismos transmitidos por partículas de dimensões superiores a μm , como por exemplo, doença estreptocócica, escarlatina, faringite, gripe, meningite por *Haemophilus Influenza* e *neisseria*, parotidite, tosse convulsa e rubéola.

- Quarto individual (se possível), manter uma distância mínima de um metro;
- A porta pode estar aberta;

- Usar máscara e protecção ocular se permanecer a menos de um metro e em procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções;
- Fazer contenção na fonte com individualização de material;
- Transportar o doente com máscara cirúrgica;
- Avisar os profissionais do local do exame para as precauções a seguir,
- Educação do doente e família.

Contacto (Alguns exemplos: *staphilococcus* áureos – MRSA, enterococcus resistentes à vancomicina, bacilos entéricos gram negativos resistentes às cefalosporinas de 3ª geração, entre outros.)

- Quarto individual ou com outro doente infectado com o mesmo microorganismos;
- Luvas e lavagem das mãos sempre que se entra no quarto e se cuida do doente;
- Uso de bata (quando se prevê um contacto próximo com o doente com superfícies ou objectos utilizados pelo mesmo, caso o doente esteja incontinente, ou com drenagem de ferida não protegida);
- Equipamento “não crítico” deve ser exclusivo do doente, o restante deve ser limpo e desinfectado adequadamente antes de ser utilizado noutra doente;
- Educação do doente e família;
- Contenção na fonte.

4- PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Como se tem vindo a descrever, estão validadas e padronizadas as estratégias preventivas para a redução das IACS, sendo que, muitas soluções são simples, requerem poucos recursos e podem ser implementadas em qualquer País. Pelo menos 30% das IACS podem ser prevenidas, pelo que, assenta na base da profilaxia a principal estratégia de intervenção.

Assim, as principais estratégias preventivas, passam por três aspectos relevantes, nomeadamente as medidas gerais, que incluem, a vigilância epidemiológica, as precauções básicas (padrão) e as medidas de isolamento ; o controlo da antibioterapia e as medidas específicas contra as infecções : urinária, cirúrgica, respiratória e da corrente sanguínea.

Conforme, se tem vindo a referenciar a lavagem das mãos constitui, o método mais simples e eficaz na prevenção, contudo, nem sempre é respeitado pelos profissionais de saúde e a literatura aponta alguns aspectos de interesse prático, como causas para a não adesão a esta prática crucial, bem como a classe de profissionais menos sensibilizada para tal, nomeadamente:

- A classe médica;
- Os assistentes operacionais (auxiliares de acção médica);
- Os profissionais de sexo masculino;
- Local de trabalho, exemplo, os profissionais de uma UCI, possui um elevado número de oportunidades para higienizar as mãos, por hora de cuidados;
- Trabalho contínuo diurno/nocturno; dias úteis/ fins semana;
- Uso de luvas, por vezes inadequado e menosprezando a imprescindível lavagem das mãos associada;
- Actividades constantes que implicam a transmissão de infecções.

Contudo, insurge no factor tempo, o principal obstáculo para a higiene das mãos, uma vez que uma adequada lavagem das mesmas com água e sabão requer 30 segundos, e a maioria dos profissionais, não dispensa em média mais do que 10 segundos, para este fim.

Por sua vez, os próprios profissionais, apontam determinadas causas, para a baixa adesão à prática da lavagem das mãos, nomeadamente:

- Irritação e secura da pele;
- Lavatórios insuficientes ou encontram-se localizados inconvenientemente;

- Falta de sabão ou de toalhetes de papel;
- Carência de pessoal/ excesso de lotação;
- O uso de luvas cria a sensação que não é necessária a higiene das mãos;
- Ausência de *modelo “roll-modell”* a seguir, nos pares ou nos superiores hierárquicos;
- Cepticismo acerca da importância da higiene das mãos na prevenção das IACS;
- Falta de informação científica sobre o impacto da implementação da higiene das mãos dos profissionais de saúde nas taxas de infecção.

A fricção com uma solução alcoólica, veio responder de forma inequívoca, ao constrangimento do tempo, uma vez que se reduz de 30 segundos, na lavagem com água e sabão, para uma fricção eficaz, num período entre os 15 e os 30 segundos, contribuindo assim, para os dois aspectos fundamentais da importância da higienização das mãos.

1) Para **protecção do doente** de microrganismos transportados nas mãos dos profissionais ou presentes na pele do doente.

2) Para **protecção do profissional** de saúde e do ambiente envolvente.

Interessa ainda neste contexto, apontar as “Regras de ouro” no procedimento da higienização das mãos tão fundamental no contexto que se tem vindo a descrever:

- Deve ser efectuada exactamente onde se estão a prestar cuidados ao doente (no local de cuidados);
- Para a higiene das mãos deverá ser preferida a fricção com a SABA;
- Deverão lavar-se as mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Deverá seguir-se a técnica adequada e a duração indicada.

Nesta perspectiva, os cinco momentos fundamentais para o fazer são:

1 – Antes do contacto com o doente (Higienizar as mãos antes de tocar num doente para o proteger contra microrganismos transportados pelos profissionais)

2 – Antes de procedimentos assépticos (Higienizar as mãos imediatamente antes de um procedimento asséptico, para proteger o doente de microorganismos prejudiciais incluindo os do seu próprio corpo)

3 – Após o risco de exposição a fluidos orgânicos (Higienizar as mãos imediatamente após qualquer exposição a fluidos corporais, depois da remoção das luvas, para protecção do profissional)

4 – Após o contacto com o doente (Higienizar as mãos depois de tocar num doente ou na sua unidade antes de sair do local, para proteger o profissional e proteger o ambiente de trabalho)

5 – Após contacto com ambiente envolvente do doente (higienizar as mãos depois de tocar em qualquer objecto que se encontre na unidade do doente, mesmo que não tenha tocado no doente, para protecção do profissional e do ambiente de trabalho).

Abordando o tema do uso das luvas atrás mencionadas como uma possível barreira à correcta higienização das mãos e consequente prevenção de infecções adquiridas pelos cuidados de saúde, interessa sublinhar que:

- O uso inadequado de luvas torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos;
- Após o uso, entre a troca de luvas deve-se higienizar sempre as mãos;
- Quando o uso de luvas tem como objectivo proteger o doente, é obrigatória a higiene prévia das mãos;
- A higiene das mãos é independente do uso de luvas. A luva não substitui a necessidade de higienizar as mãos;
- O uso de luvas deve estar relacionado com a possibilidade de exposição a sangue, fluidos orgânicos ou objectos/superfícies/áreas visivelmente contaminadas com esses fluidos ou com agentes epidemiologicamente importantes;
- Devem ser usadas luvas apenas quando indicado.

5 – CONCLUSÃO

Estudos em todo o mundo documentam a infecção associada aos cuidados de saúde como uma causa *major* de morbidade e mortalidade. Uma taxa elevada de infecções associadas aos cuidados de saúde evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis. Vários factores contribuem para a frequência destas infecções: os doentes internados estão frequentemente imunodeprimidos, são submetidos a exames e terapêuticas invasivas e as práticas de prestação de cuidados aos doentes, assim como o ambiente hospitalar podem facilitar a transmissão de microrganismos entre os doentes.

Existem microrganismos em toda a parte, contudo a **infecção** só ocorre quando estão presentes três componentes essenciais: o **agente infeccioso**, o **hospedeiro** susceptível e o **meio de transmissão** (qualquer mecanismo que possibilite a transferência do agente etiológico de um hospedeiro a outro ou deste ao meio ambiente e vice-versa, de forma directa ou indirecta).

As infecções adquiridas em ambiente hospitalar regra geral são de difícil tratamento devido à resistência dos microrganismos aos antibióticos existentes. Por esta razão devemos estar cientes que enquanto profissionais de saúde devemos manter comportamentos que preserve a nossa saúde e dos nossos utentes.

É fundamental a tomada de consciência de que a acção simples de higienizar as mãos reduz significativamente as IACS, a resistência aos antimicrobianos e diminui os custos relacionados.

Esperamos que com a realização deste trabalho tenhamos contribuído para diminuição de comportamentos de risco por parte dos profissionais, adoptando práticas correctas de higienização das mãos.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TAVARES Ana Paula *et al.* 2003. Manual de Controlo de Infecção, Ed. Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano, ISBN: 972-8152-83-3

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. 2004. Recomendações para a Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde. Porto.

Documentação fornecida pela Comissão de Controle de Infecção do Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2002. “Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático” – Disponível em http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/man_oms.pdf [Data Visita: 31/01/2011]

World Health Organization. 2009. “Who Guidelines on Hand Hygiene in Health Care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safe Care” – Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf [Data Visita: 31/01/2011]

Anexo V

Plano da Sessão e *Powerpoint* da Formação:
“Higienização das Mãos – Uma Necessidade e Uma
Exigência”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO
ESTÁGIO DA EEMC, MÓDULO II – UCIP

Tema: Higienização das mãos: Uma necessidade e uma exigência

29 de Janeiro de 2011

Hora: 15:00

Duração: 45 Minutos

Assistentes Operacionais da UCIP

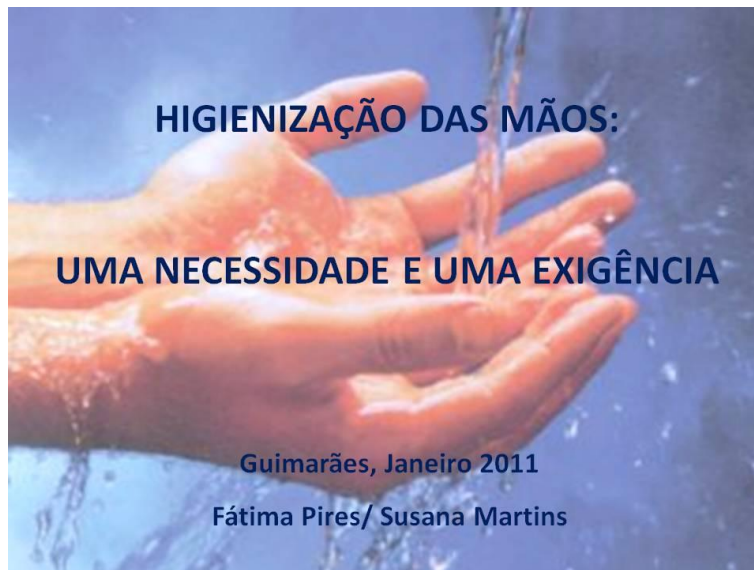
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, Unidade de Guimarães

Objectivos Gerais	Objectivos Específicos	Conteúdo Programático	Metodologia	Equipamentos / Audiovisuais	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> Realizar uma prática correcta na higienização das mãos; Proporcionar cuidados seguros. 	<p>No final desta sessão os formandos deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reflectir sobre a importância da higienização das mãos no controlo e prevenção da Infecção Associada aos Cuidados Saúde (IACS); Inumerar as formas de transmissão dos microrganismos através das mãos; Identificar os momentos e as indicações para a higienização das mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> Definição de conceitos: <ul style="list-style-type: none"> Higienização das mãos; Precauções padrão: <ul style="list-style-type: none"> IACS Consequências das IACS: <ul style="list-style-type: none"> IACS mais frequentes Vias de Transmissão: gotícula, aérea e contacto: <ul style="list-style-type: none"> 5 Passos na cadeia de transmissão das IACS Prevenção das IACS Demonstração da técnica de higienização das mãos 	<p><u>Método Expositivo:</u> Apresentação do tema.</p> <p><u>Método Demonstrativo:</u> Realização da técnica de higienização das mãos</p>	<p>Projector multimédia para apresentação da sessão através de diapositivos</p>	<p>Será realizada através do pedido aleatório, a um dos participantes para exemplificar a técnica de higienização das mãos.</p>

Elaborado por:

Fátima Pires

Susana Martins, alunas da EEMC,



OBJECTIVOS

GERAIS

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a adopção de práticas correctas de higienização das mãos, de forma a aumentar a segurança do doente e reduzir o risco de infecção;
- Identificar os momentos e indicações para a higiene da mãos;
- Aumentar a adesão dos profissionais de saúde à prática de higiene da mãos;



OBJECTIVOS

ESPECÍFICOS

- Compreender a transmissão dos microrganismos através das mãos;
- Conhecer produtos disponíveis para a higiene das mãos;
- Conhecer o modelo conceptual dos cinco momentos para a higiene das mão;

HIGIÉNE DAS MÃOS – UM DESAFIO MUNDIAL

As bases do **controle de infecção** assentam em **medidas simples** e bem estabelecidas, comprovadamente eficazes e globalmente aceites

Precauções Padrão (Básicas)

HIGIÉNE DAS MÃOS – UM DESAFIO MUNDIAL

PRECAUÇÕES PADRÃO

- Englobam **todos os princípios** essenciais de **controle de infecção** que são obrigatórios em qualquer estabelecimento de prestação de cuidados de saúde;
- Aplicam-se a **todos os doentes**, independentemente do seu diagnóstico, factores de risco e presumível estado infeccioso, de modo a diminuir o risco tanto de doentes como de profissionais de contraírem uma infecção;
- Criam um **ambiente limpo** e promovem a **segurança** dos doentes a um **nível primário**;

HIGIÉNE DAS MÃOS – UM DESAFIO MUNDIAL

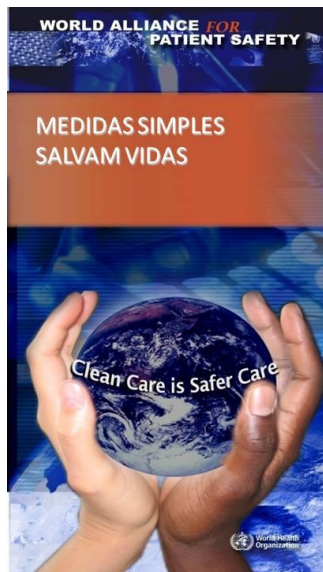


Está no cerne das precauções padrão e é indiscutivelmente **a medida isolada mais eficaz no controle de infecção**;

As mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum na transmissão de microrganismos;

A melhoria da higiene das mãos, em combinação com outras medidas de controlo de infecção, tem sido eficaz na redução da transmissão de agentes patogénicos, tanto em situações endémicas como epidémicas;

Os profissionais de saúde continuam a lavar as mãos menos de metade das vezes que deveriam;



Higiene das Mãos



Chave que
pode
salvar
vidas...



Adesão de Portugal 8 de Outubro de 2008



Compromisso Ministerial

IACS A NÍVEL MUNDIAL

- Cerca **1.4 milhões de pessoas no mundo** sofrem de IACS;
- Nos hospitais de países desenvolvidos, **5-10%** dos utentes adquirem uma ou mais infecções; em países em desenvolvimento, a proporção de doentes afectados pode ultrapassar os 25%;
- Nas UCI as IACS afectam cerca de **30%** dos doentes e a **mortalidade atribuível** ronda os **44%**;



Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

DEFINIÇÃO DE IACS

“É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão”;

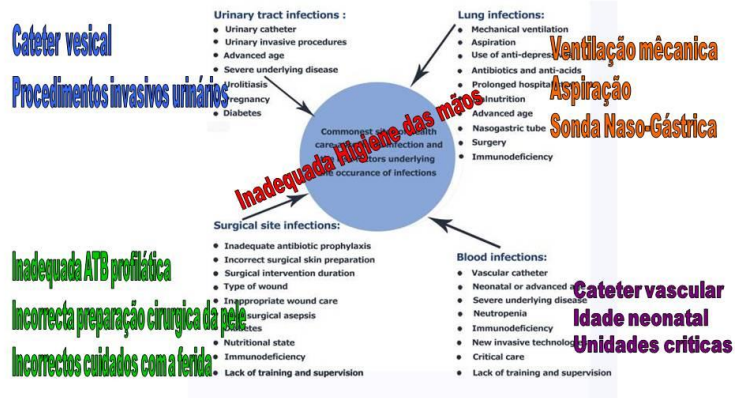
Estão também incluídas as infecções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as **Infecções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais)**;

Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002

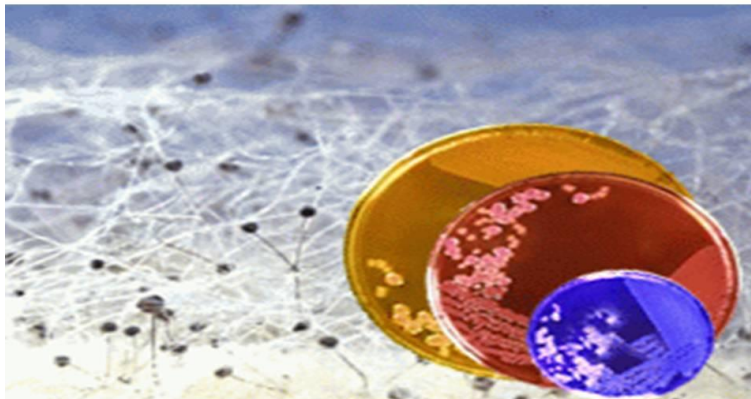
CONSEQUÊNCIAS DAS IACS

- Agravamento do estado de saúde;
- Aumento do internamento;
- Sequelas;
- Aumento da mortalidade/morbilidade;
- Custos económicos adicionais elevados;
- Custos pessoais para os doentes (qualidade de vida) e para os seus familiares;

IACS MAIS FREQUENTES E FACTORES DE RISCO



VIAS DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS



PRINCIPAIS VIAS DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS

(adaptado dos Centers for Disease Control and Prevention)

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Contacto directo	Doentes Profissionais de saúde	Pessoa a pessoa durante a prestação dos cuidados ex: transmissão por aperto de mão, palpação abdominal, cuidados de higiene	<i>Staphylococcus aureus</i> , Bacilos Gram negativos, Vírus respiratórios
Contacto indirecto	Instrumentos e equipamento de uso clínico	A transmissão ocorre passivamente através de um objecto intermediário (normalmente inanimado); ex. transmissão por não mudar luvas entre doentes, partilha de estetoscópio...	<i>Salmonella</i> spp, <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> , <i>S. maltophilia</i>

PRINCIPAIS VIAS DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microorganismos
Gotículas	Doentes Profissionais de saúde	Transmissão através de gotículas (> 5µm) que transferem os microorganismos através do ar quando a fonte ou o doente se encontram demasiado próximas. Ex. Espirro, fala, tosse, aspiração	Influenza virus, <i>Staphylococcus aureus</i> , Sarampo, Streptococcus A Virus sincial respiratório
Via Aérea	Ar	Propagação de germes (≤ 5µm) evaporados através de núcleos de gotículas do ar ou pó no mesmo quarto ou a uma distância longa. Ex. através de respiração	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Legionella</i> spp
Veículo inanimado	Alimentação, água ou medicação	Um veículo inanimado actua como vector de transmissão de agentes microbianos para múltiplos doentes.	<i>Salmonella</i> spp, HIV, HBV, Gram negativos

TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS ATRAVÉS DAS MÃOS

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

A transmissão de microorganismos de um doente a outro, através das mãos dos profissionais implica **5 passos sequenciais**;



1 - MICROORGANISMOS PRESENTES NA PELE OU NA UNIDADE DO DOENTE

- *Microorganismos* presentes em áreas intactas da pele do doente (*S. áureos*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp, *Acinetobacter* spp);
- O ambiente envolvente do doente fica contaminado pelos microorganismos do próprio doente, especialmente por *Staphylococcus* e por *Enterococcus*;



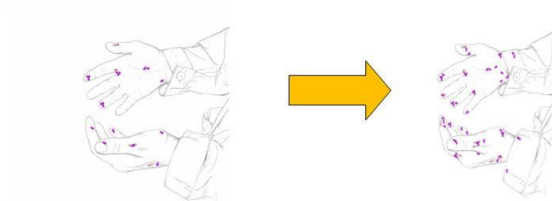
2 – TRANSMISSÃO PARA AS MÃOS

- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante actividades consideradas “limpas” (ex. avaliação de pulso, TA, posicionamentos) com flora transitória;
- 29% dos profissionais transportam nas mãos *Staphylococcus aureus* e 17-30% transportam bacilos Gram negativo;



OMS

3 – SOBREVIVÊNCIA DE MICROORGANISMOS NAS MÃOS

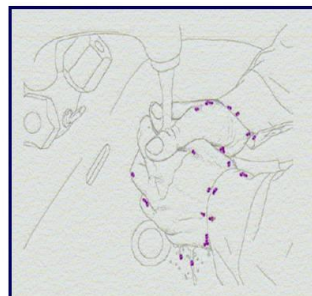


Ao longo do contacto com os doentes ou com as superfícies contaminadas, os microorganismos podem sobreviver nas mãos por períodos de tempo que variam entre 2-60 min;

The Lancet Infectious Diseases 2006

4 – MANUTENÇÃO DAS MÃOS CONTAMINADAS

- Ausência de higienização das mãos;
- Quantidade de produto insuficiente e/ou da duração/técnica incorrecta da higiene das mãos;
- A flora transitória pode permanecer nas mãos com a lavagem com água e sabão enquanto que a fricção com solução alcoólica demonstrou ser mais efectiva;



5 – MÃOS CONTAMINADAS INFECÇÕES CRUZADAS



- Em vários surtos, foi demonstrado que a transmissão de microorganismos **entre doentes** e pelo **ambiente**, ocorreu através das mãos dos profissionais de saúde;

PREVENÇÃO DAS IACS

- Estão validadas e padronizadas as estratégias preventivas para a redução das IACS;
- Muitas soluções são simples, requerem poucos recursos e podem ser implementadas em qualquer País;
- Pelo menos **30%** de IACS podem **ser prevenidas**;

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DAS IACS

1. Medidas gerais
 - Vigilância epidemiológica
 - Precauções Básicas (padrão)
 - Medidas de isolamento
2. Controlo de Antibioterapia
3. Medidas específicas contra as Infecções:
 - Urinária
 - Cirúrgica
 - Respiratória
 - Corrente Sanguínea



CAUSAS OBSERVADAS PARA A BAIXA ADEÇÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Médicos
- AAM
- Sexo masculino
- Trabalhar em UCI (elevado número de oportunidades para higienizar as mãos por hora de cuidados)
- Trabalhar durante os dias de semana (versus fim de semana)
- Uso de luvas
- Actividades de elevado risco de transmissão de infecção

Fonte: CDC 2002

TEMPO – PRINCIPAL OBSTÁCULO



Adequada lavagem das mãos com água e sabão requer:
30 segundos

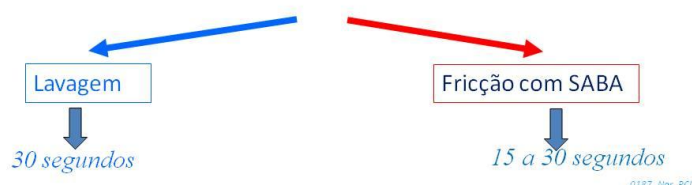
Tempo médio dispendido pelos profissionais é de < 10 seg.

Causas mencionadas pelos profissionais de saúde para a baixa adesão à prática da higiene das mãos

- Irritação e secura da pele;
- Lavatórios insuficientes ou encontram-se localizados inconvenientemente;
- Falta de sabão ou de toalhetes de papel;
- Carência de pessoal/ excesso de lotação;
- O uso de luvas cria a sensação que não é necessária a higiene das mãos;
- Ausência de *modelo "roll-model"* a seguir, nos pares ou nos superiores hierárquicos;
- Ceticismo acerca da importância da higiene das mãos na prevenção das IACS;
- Falta de informação científica sobre o impacto da implementação da higiene das mãos dos profissionais de saúde nas taxas de infecção;

CDC, 2002

Fricção com **SABA** é a resposta para o constrangimento do tempo



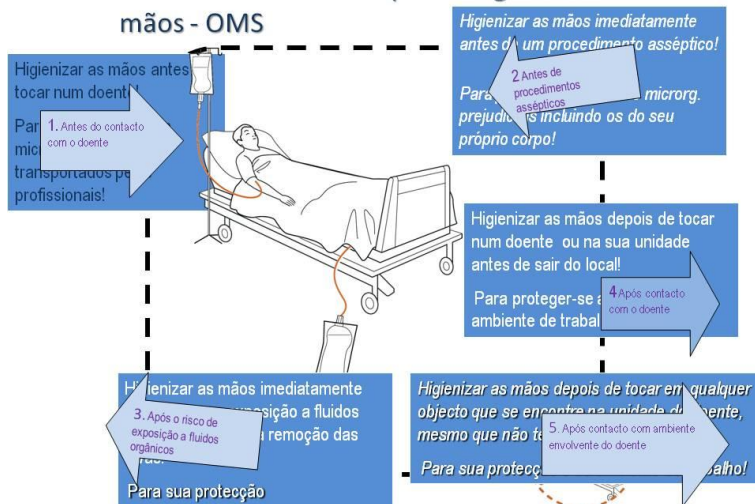
PORQUÊ FAZER A HIGIENE DAS MÃOS

- 1) Para **protecção do doente** de microrganismos transportados nas mãos dos profissionais ou presentes na pele do doente;
- 2) Para **protecção do profissional** de saúde e do ambiente envolvente;

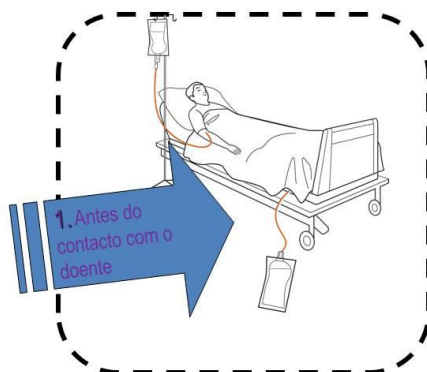
“REGRAS DE OURO”

- Deve ser efectuada exactamente onde se está a prestar cuidados ao doente (no local de cuidados);
- Para a higiene das mãos deve preferir a fricção com a SABA;
- Deve lavar as suas mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Deve seguir a técnica adequada e a duração indicada;

Os cinco momentos para a higiene das mãos - OMS

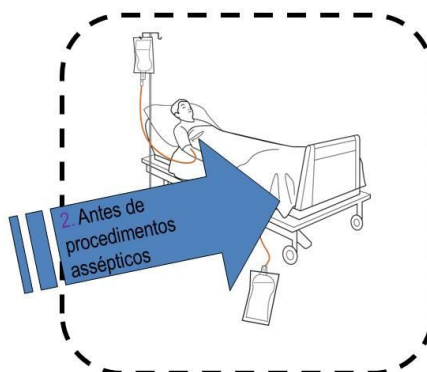


EXEMPLOS



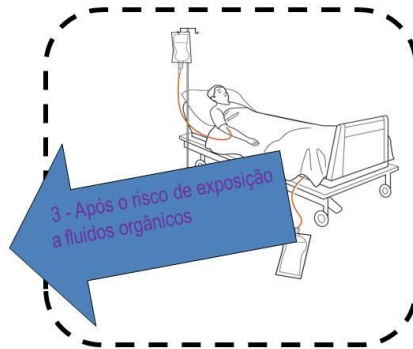
- Acolhimento
- "Transfer"
- Monitorizar
- Posicionar

EXEMPLOS



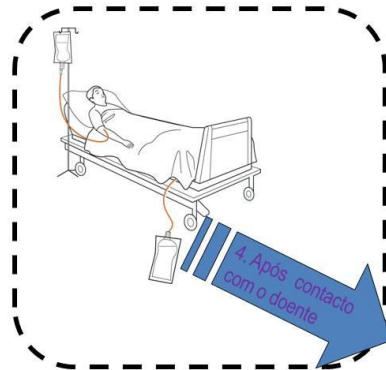
- Aspiração de secreções
- Realização de pensos
- Punção venosa
- Preparação e administração de medicação

EXEMPLOS



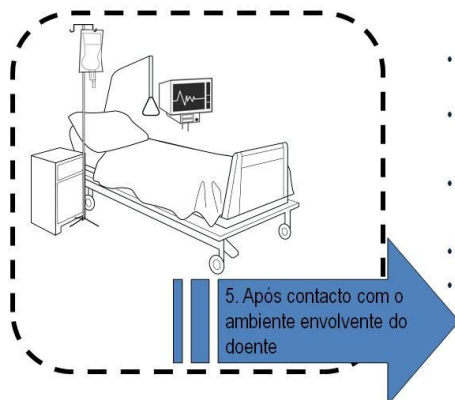
- Aspiração de secreções
- Aplicação de colírios
- Realização de pensos
- Administração de medicação
- Cuidados de higiene
- Contacto com vômito, fezes, urina, secreções
- Limpeza de material/ áreas (wc, dispositivos médicos)

EXEMPLOS



- Posicionar
- Cuidados de higiene
- Monitorização
- Verificação de drenagens
- "Transfer"

EXEMPLOS



- Mudar roupa da cama
- Ajustar a perfusão
- Desligar alarme de perfusoras/monito
- Manipular as barras da cama/ roupa

USO DE LUVAS E HIGIENE DAS MÃOS

- O uso inadequado de luvas torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos;
- Após o uso, entre a troca de luvas deve higienizar sempre as mãos;
- Quando o uso de luvas tem como objectivo proteger o doente, é obrigatória a higiene prévia das mãos;
- A higiene das mãos é independente do uso de luvas. A luva não substitui a necessidade de higienizar as mãos;



- Relacionada com a possibilidade de exposição a sangue, fluidos orgânicos ou objectos/superfícies/áreas visivelmente contaminadas com esses fluidos ou com agentes epidemiologicamente importantes;
- Devem ser usadas luvas apenas quando indicado;

AS MÃOS LIMPAS SALVAM VIDAS Proteja os utentes, proteja-se a si mesmo



PORQUE AS MESMAS MÃOS



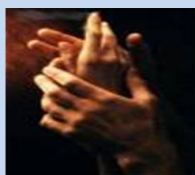
Que
protegem!

PORQUE AS MESMAS MÃOS



Que são
Luz!

PORQUE AS MESMAS MÃOS



Que mimam!

PORQUE AS MESMAS MÃOS



Que são
arte!

PORQUE AS MESMAS MÃOS



Que
Aplaudem!

PORQUE AS MESMAS MÃOS



Que são
força!

PORQUE AS MESMAS MÃOS



SÃO AS QUE CONTAMINAM!!!

Anexo VI

Resumo do artigo: “Enfermagem Avançada: Um Sentido para Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina.”

“Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina” Abel Paiva e Silva

O desenvolvimento actual da disciplina e da profissão de enfermeira é reflexo da evolução verificada no ensino de enfermagem (mestrado e doutoramento), e evolução verificada no exercício profissional (complexidade crescente cuidados), a evolução das necessidades em cuidados de saúde (envelhecimento populacional, aumento dos doentes crónicos e de dependentes face às actividades de vida diária) e a evolução das políticas de saúde com relevo na redução de custos.

É fundamental que nós enfermeiros saibamos demonstrar perante a população em geral e a equipa de saúde em particular, qual a importância e a área de actuação que nos pertence.

Desde a década de 50 até aos nossos dias, vários são os autores que se têm preocupado em definir enfermagem. A análise dos diferentes modelos conceptuais de enfermagem resultou na criação de várias escolas de pensamentos.

Esta criação, de escolas veio trazer um corpo de conhecimentos próprios de enfermagem e orientando-nos para a prática. O exercício profissional passa de uma lógica mais executiva baseada num modelo biomédico e como objectivo principal o diagnóstico e o tratamento da doença para um lógica mais conceptual, realizada pela relação interpessoal baseada em teorias de enfermagem e como objectivo primordial o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas e com mais competências para a tomada de decisão.

A prática de enfermagem implica um conhecimento profundo das áreas médicas, sociológicas, psicológicas, etc., o que vai permitir uma abordagem mais global do paciente. Aliado a todos estes conhecimentos, existe um conhecimento de enfermagem que vai desenvolver uma prática de enfermagem de maior qualidade, centrada no cliente como biopsicossocial e espiritual.

É imprescindível que nós enfermeiros, pelos cuidados que prestamos à comunidade demonstremos a utilidade social da disciplina. Constatamos assim que a enfermagem possui uma natureza específica e própria quer como disciplina quer como profissão inserida numa equipa multidisciplinar e multiprofissional.

Referências Bibliográficas

SILVA, A.P. 2007. Enfermagem avançada: um sentido para desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir 55: p.11-20

Anexo VII

Reflexão sobre Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados

Reflexão sobre Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

No decorrer deste estágio várias foram as situações que me impulsionaram para uma pesquisa mais aprofundada sobre o funcionamento e os objectivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O progressivo envelhecimento da população, devido ao aumento da esperança média de vida e também pelo efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade, faz com que, as necessidades em cuidados de saúde se tenham alterado. Sendo assim, a sociedade evidencia novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas no sentido de satisfazer as necessidades das pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doenças incuráveis em fase final de vida. Durante este estágio vários foram os idosos que se dirigiram a este serviço com problemas cuja resolução não seria uma passagem pela urgência, mas um apoio/orientação na prestação de cuidados, nomeadamente familiares/cuidadores principais que se dirigiam em busca de esclarecimentos relativamente à medicação em doentes em fase terminal, idosos que apareciam com evidência de carências na prestação de cuidados.

A criação da RNCCI veio perspectivar novos horizontes para os doentes em final de vida e para todos os outros com necessidade de cuidados continuados.

Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia, perspectivando assim novos horizontes para os doentes em fim de vida e para todos os outros que necessitam de cuidados continuados.

A rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social de cuidados paliativos, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social e as autarquias locais.

Os cuidados continuados integrados são um conjunto de intervenções de saúde e ou apoio social, resultante da avaliação conjunta visando a recuperação global como processo terapêutico e de apoio, social activo e contínuo, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade das pessoas em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento resultante de doença severa e ou incurável em fase avançada com o principal objectivo de promover o bem-estar e qualidade de vida.

A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretendem reabilitar e informar os utentes. Implica o trabalho integrado e pró-activo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências.

Os cuidados continuados integrados fundamentam-se numa gestão de caso onde são identificados os problemas mais complexos dos utentes com o objectivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação. Criou-se, assim, um conjunto de unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados.

A prestação dos cuidados continuados integrados é assegurada por:

Unidades de Internamento

Unidade de Convalescença

É uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, articula-se com um hospital, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e para cuidados de reabilitação causada por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de doença crónica.

A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos.

Unidade de Média Duração e Reabilitação

Unidade de internamento com espaço físico próprio para prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial. O período de internamento na unidade de média duração tem previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos.

Unidade de Longa Duração e Manutenção

Unidade de internamento de carácter temporário ou permanente, com espaço físico para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças de processo crónico, com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio.

Esta unidade tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardam o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

Unidades de Cuidados Paliativos

Unidade de internamento com espaço físico próprio, preferencialmente localizado num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva.

Unidades de Ambulatório

Unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnem condições de ser cuidadas no domicílio.

Equipas Hospitalares

Equipa de gestão de altas (EGA)

É uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e

sociais quer no domicílio quer em articulação com unidades de convalescença e unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.

A equipa de gestão de alta está sediada no hospital e deve integrar um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

É uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos. A equipa deve integrar no mínimo um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

Equipas Domiciliárias

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

É uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral dos cuidados médicos e de enfermagem ou outros, a pessoas com dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social.

Equipa Comunitária de suporte em cuidados paliativos

É uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar no mínimo um médico e um enfermeiro.

Esta equipa tem por objectivo prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e longa duração e manutenção.

A RNCCI oferece a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

O ingresso na rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas aquando do reconhecimento da situação de dependência.

Se o doente estiver internado num Hospital do Serviço Nacional de Saúde deverá contactar o serviço onde está internado ou a EGA desse hospital. A EGA do hospital, onde o doente está internado, é quem faz a referenciação para a RNCCI.

A avaliação da necessidade de cuidados continuados é realizada, de preferência, logo no início do internamento para preparar com antecedência a etapa que se segue à alta clínica.

No caso de o doente estar no domicílio, num lar ou noutra instituição, devesse contactar o Centro de Saúde através de um médico de família, enfermeiro ou assistente social, uma vez que a proposta de ingresso na RNCCI é apresentada por estes profissionais à Equipe de Coordenação Local.

Depois da explanação sobre a RNCC e reportando-me ao campo de estágio onde actualmente me encontro, penso que a vinda frequente ao SU de muitos idosos é fruto da falta de articulação entre a rede de cuidados diferenciados e a rede de cuidados primários e ou rede de cuidados continuados.

Actualmente, a inquietação de algumas famílias relativamente aos seus idosos passa pelo medo de perda de emprego, pela necessidade de lhes prestar cuidados. É importante que

estas famílias tenham conhecimento das possibilidades de apoio que o sistema de saúde, neste momento, lhes pode proporcionar, tal como refere Carvalho citado por Amaral e *et al.* (2008,p.6) “os cuidados continuados são a resolução de muitos problemas nacionais e das famílias, porque as famílias estavam a ficar “apavoradas”, o ter de perder o emprego, o ter de ficar em casa para tratar dos seus familiares porque não havia quem os tratasse...” Muitas das carências das famílias que recorrem ao SU, são problemas solucionáveis com o apoio/orientação prestado pelas equipas domiciliárias, estas incluem equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Em conclusão, penso que novos modelos de cuidados se têm criado no sentido de dar respostas às actuais necessidades, nomeadamente a criação da RNCCI, mas estou ciente que ainda muito à a fazer.

Referências Bibliográficas

AMARAL, António Fernando *et al.* 2008. A Rede de Cuidados Continuados Integrados. *Sinais Vitais* 79:p.05-10

CRUZ, Arménio Guardado 2008. Enfermagem de Reabilitação: Uma mais valia nos Cuidados Continuados. *Sinais Vitais* 79:p.44-50

MARTINS, Carmezinda. 2009. Experiência na Equipa de Gestão de Altas no CHAA – Unidade Fafe. *Sinais Vitais* 86: p.22-24

TEIXEIRA, L. Amélia. 2009. Cuidados Paliativos em Vila Pouca de Aguiar...Uma realidade de proximidade. *Revista News Letter Secção Regional Norte* 5: p.6-7

<http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm> [Acedido em 12/Outubro/2010]

<http://www.apomed.pt/ponto8.htm> [Acedido em 12/Outubro/2010]

Anexo VIII

Reflexão Sobre Triagem de Resíduos Hospitalares

Reflexão sobre triagem de resíduos sólidos

Como enfermeira do perioperatório à 17 anos, sinto que é uma mais valia o presente estágio a realizar na Unidade Local de Saúde de Matosinhos no serviço do Bloco Operatório, uma vez que me faz reflectir sobre a prática do dia-a-dia. Um exemplo desta realidade foi quando dentro de uma sala operatória, sala 10 de ortopedia, a assistir/apoiar a enfermeira circulante constatei a presença de 4 sacos de resíduos do grupo I e II. Questionei a enfermeira sobre o que estava a observar e esta prontificou-se a informar sobre o uso destes. Os resíduos são distribuídos da seguinte forma: Saco preto – resíduos urbanos, saco azul – papel, saco amarelo – plástico e um outro saco transparente é destinado a resíduos que não se enquadram em qualquer um dos outros sacos, sendo estes resíduos enviados para a central de tratamento com o intuito de sofrer uma nova triagem.

Esta prática observada constituiu um excelente momento de aprendizagem uma vez que me despertou para a prática efectuada na instituição onde exerço funções. Neste local o saco transparente, para colocação de resíduos de composição “duvidosa” (exemplo papel impregnado de plástico) não existe. Sendo o bloco operatório um local onde é produzido uma grande quantidade de resíduos e dentro dos quais vários com composição “duvidosa” quanto à sua classificação, muitas vezes estes são colocados por desconhecimento nos resíduos urbanos.

Perante esta situação pedi colaboração à enfermeira circulante, uma vez que fez formação sobre triagem de resíduos, inclusive visita de estudo à Lipor – Serviço Intermunicipalizado de Gestão de Resíduos do Grande Porto, no sentido de me fornecer a documentação e recomendações de triagem deste tipo de resíduos.

No mundo actual com uma crescente produção de resíduos e com todos os malefícios que daí advêm, torna-se indispensável o aproveitamento destes materiais através da reciclagem, de acordo com o Decreto-lei nº 178/2006, artigo nº3 alínea s) de 05 de Setembro 2006 em que define reciclagem como “*o reprocessamento de resíduos com vista à recuperação e ou regeneração das suas matérias constituintes em novos produtos a afectar ao fim original ou a fim distinto*”. Para que esta seja vantajosa, nomeadamente na diminuição da poluição e no plano económico é fundamental uma correcta triagem, isto é, “*o acto de separação de resíduos mediante processos manuais ou mecânicos, sem alteração das suas características, com vista à sua valorização ou a outras operações de gestão*”, Decreto-lei nº 178/2006, artigo nº3 alínea gg). A responsabilidade pela gestão dos resíduos deve ser partilhada por todos. Relativamente aos resíduos hospitalares, pelo risco que estes acarretam, ainda maior é essa responsabilidade. Resíduo hospitalar é “*o resíduo resultante de actividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com os seres humanos ou animais, em farmácias, em actividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outros que envolvam procedimentos invasivos, tais como acupunctura, piercings e tatuagens*”, Decreto-lei

nº 178/2006, artigo nº3 alínea z); o tratamento dos resíduos hospitalares deve estar protocolado, ser do conhecimento de todos os envolvidos e operacionalizado por todos os profissionais.

No início dos anos 90 os resíduos hospitalares foram classificados através do despacho nº 16/90 de 21 de Agosto, em dois grupos: grupo A, resíduos contaminados; grupo B, resíduos não contaminados.

Com a necessidade de criar uma separação mais selectiva criou-se o despacho nº 242/96 de 13 de Agosto de 1996 classificando assim os Resíduos Hospitalares em quatro grupos:

Grupo I – Resíduos equiparados a urbanos - não apresentam exigências especiais no seu tratamento;

Grupo II – Resíduos hospitalares não perigosos - não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos;

Grupo III - Resíduos hospitalares de risco biológico - resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano; Grupo IV – Resíduos hospitalares específicos - resíduos de vários tipos de incineração obrigatória.

Dada a perigosidade na manipulação destes resíduos torna-se imprescindível ter em linha de conta:

- a necessidade de adopção de barreiras de protecção;
- o cuidado com a separação dos resíduos de acordo com a legislação perigosos e não perigosos;
- a separação dos corto-perfurantes, acondicionando-os em contentores específicos;
- a triagem dos resíduos o mais próximos da sua utilização;
- a utilização de contentores resistentes, de cor protocolada;
- a utilização de contentores herméticos;
- o enchimento do contentor até à margem de segurança (2/3 da sua capacidade)
- o armazenamento dos resíduos em local específico e protocolado.

O gabinete de higiene e segurança de resíduos do ULS-Matosinhos, elaborou guias de orientação na triagem destes resíduos.

A triagem dos resíduos é uma questão que diz respeito a todos, é necessário o bom-senso de cada um na promoção da saúde pública, a *“má gestão dos resíduos de saúde potencialmente expõe os trabalhadores de saúde, manipuladores de lixo, pacientes e comunidade em geral a infecção, os efeitos tóxicos e de ferimentos e riscos poluir o meio ambiente”*, OMS.

É fundamental o empenhamento de todos nesta “causa”, pois a nossa actuação condicionará o mundo de amanhã.

Referências Bibliográficas

<http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=http://www.who.int/&ei=yzsVTOOHAsGB4QaBkbiyDA&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CCcQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Doms%26hl%3Dpt-PT%26prmd%3Dn>

Anexo IX

Reflexão Sobre Desinfecção Cirúrgica das Mãos

Reflexão sobre Desinfecção Cirúrgica das Mãos

Ao longo da vida, todos estamos expostos a uma enorme variedade de microrganismos. No entanto, enquanto que pessoas sãs possuem defesas eficazes, as doentes geralmente têm o sistema imunitário comprometido pela doença. A infecção adquirida pelos utentes em consequência dos cuidados de saúde prestados, isto é IACS, é um dos problemas com maior relevância e impacto, sendo reconhecido como causa importante de morbilidade e mortalidade. Numa época em que a qualidade dos cuidados está no topo das prioridades das instituições, o controle da infecção hospitalar encontra-se entre os parâmetros utilizados para avaliação da qualidade da assistência.

Esta problemática, não sendo nova e a infecção hospitalar reconhecida como problema desde o sec. XIX, muitos são aqueles que ainda não se consciencializaram que num pequeno gesto, considerado até insignificante pode mudar o rumo de uma vida.

É crucial a reflexão constante sobre o que fazemos e como fazemos.

Como enfermeira do perioperatório e estando desperta para algumas lacunas frequentes nesta área, constatei a rápida desinfecção cirúrgica das mãos de alguns profissionais pelo que achei conveniente abordar a importância da consciencialização e da envolvimento de toda a equipe no cumprimento dos princípios da técnica asséptica cirúrgica, especialmente, desinfecção cirúrgica das mãos. A desinfecção cirúrgica das mãos consiste em eliminar na totalidade partículas e microrganismos transitórios das unhas, mãos e antebraços, reduzir ao mínimo os microrganismos residentes das camadas mais profundas da pele e inibir a proliferação dos microrganismos, AESOP (2006, p.207).

Actualmente, o ambiente cirúrgico dos blocos operatórios caracterizam-se por manter nos mínimos absolutos a população microbiana, esta está confinada pela utilização de barreiras de protecção ou reduzida pela utilização de métodos químicos. É fundamental que o enfermeiro do perioperatório conheça o ciclo geral da transmissão dos microrganismos, aplique as precauções padrão, cultive uma consciência cirúrgica e pratique os princípios da técnica asséptica.

Segundo a *World Alliance for Patient Safety*, criada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as precauções padrão aplicam-se a todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico, factor de risco e presumível estado infeccioso de modo a diminuir o risco tanto do doente como de profissionais de contraírem uma infecção. Estas precauções criam um ambiente limpo e promove a segurança dos doentes.

Os princípios da técnica asséptica cirúrgica incluem os procedimentos de desinfecção cirúrgica da mãos, vestir bata estéril e calçar luvas, a colocação campos cirúrgicos, a circulação dos profissionais, de entre outros e constituem barreira á contaminação do campo operatório e da

ferida cirúrgica. Cada elemento da equipa cirúrgica deve ter responsabilidade pela monitorização dos princípios referidos e a consciência cirúrgica está directamente relacionado com a capacidade de monitorização e utilização de medidas correctivas de forma autónoma e crítico-reflexiva, AESOP (2006,p.54).

A importância da desinfecção cirúrgica das mãos surge em 1891, com Schimmelbusch que introduziu normas técnicas na preparação das mãos para a cirurgia.

O órgão que confere a 1ª linha de defesa do organismo é a pele, sendo esta também o principal veículo portador de microrganismos aos tecidos e órgãos.

A pele não pode ser esterilizada mas pode ser limpa. Para ser uma pele cirurgicamente limpa, tem que se usar um processo mecânico, que remove a sujidade, os microrganismos transitórios e alguns microrganismos residentes e um processo químico, utilizando uma solução anti-microbiana, que inibe a proliferação dos microrganismos residentes.

A desinfecção das mãos, é uma técnica que deve estar padronizada para todos os profissionais. Esta só é eficaz se a técnica usada for a recomendada para o material existente, se for correctamente executada e se todas as áreas forem expostas à acção mecânica e á acção química do antisséptico, cujo tempo de contacto deve ser no mínimo de 3 a 5 minutos. *A prática de uma técnica asséptica, na sala de operações, é orientada por políticas e procedimentos de controlo de infecção que se baseiam em recomendações da Associação de Enfermeiros da Sala de Operações.*

Em minha opinião, a informação e a formação continua dos profissionais do perioperatório são as armas mais importantes e disponíveis para a adopção de medidas eficazes de prevenção da infecção. O envolvimento da equipa na monitorização e validação constante das técnicas, pela investigação é algo de aliciante e que obriga um empenhamento profundo e contínuo.

A falta de relógios nas salas de desinfecção cirúrgica constitui um défice na estrutura contribuindo para o incumprimento do tempo de aplicação da técnica. Foi feita então, sugestão para a colocação de relógios, em local estratégico no sentido de verificar o tempo dispendido durante a desinfecção cirúrgica das mãos.

É premente que toda a comunidade perioperatória e a equipe cirúrgica em particular tome consciência da importância da desinfecção correcta das mãos evitando os riscos de infecção pós-operatório.

As IACS relacionadas com as más práticas constituem um problema grave e um grande desafio para as instituições de saúde.

Os profissionais de saúde são *“todas as pessoa envolvidas em acções, cujo principal objectivo é melhorar a saúde” (World Heath Riport 2006).*

As mãos de quem trabalha na área da saúde não devem ser tidas como um obstáculo, mas como algo importante na prestação de cuidados de elevada qualidade.

Dada a importância e repercussões do incumprimento desta medida a OMS lança um repto mundial *“World Alliance for Patient Safety-Clean Care is Safer Care”*, em Outubro 2005 partindo do princípio que é um direito básico dos clientes, os cuidados de qualidade e não uma opção por parte dos profissionais de saúde. As directrizes da OMS passam por definir estratégias para melhorar as práticas de higienização das mãos nomeadamente envolver os gestores e prestadores de cuidados na formação, em programas de motivação e na utilização de indicadores de desempenho. A IACS são a causa major de mortalidade e morbilidade, acarretam um elevado custo ao sistema de saúde pelo agravamento do estado de saúde, aumento do tempo de internamento, custos económicos adicionais elevados, resistência crescente ao tratamento obrigando o uso de medicamentos mais tóxicos e caros; causam também sofrimento físico e emocional aos clientes e família.

É fundamental sensibilizar os profissionais de saúde para a adopção de práticas correctas de desinfecção das mãos de forma a aumentar a segurança do cliente e reduzir o risco de infecção. Para isso a OMS com o *“Clean Care is Safer Care”* – *“Cuidado limpo é cuidado mais seguro”* lançou um esforço mundial com o intuito de *“garantir que o controle de infecção é reconhecido universalmente como uma base sólida e essencial para a segurança do paciente e apoia a redução das infecções associadas aos cuidados de saúde e suas consequências”*. Alguns esquecem-se que o trabalho de todos é importante e imprescindível para se *“levar o barco a bom porto”*, todos sem excepção têm de remar no mesmo sentido.

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

Referências Bibliográficas

AESOP. 2006. Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, LUSODIDACTA, Loures, p. 49-58

<http://www.who.int/whr/2006/en/> [Acedido em 10 Junho 2010]

<http://www.who.int/gpsc/en/> [Acedido em 12 Junho 2010]

Anexo X

Resumo do Artigo: “Prática Baseada em Evidência:
Considerações Teóricas para a sua Implementação
na Enfermagem Perioperatória”

“A prática baseada em evidências: Considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem Perioperatório” Cristina Maria Galvão, Namie Okino Sawada, Lídia Aparecida Rossi.

A prática baseada em evidência proporciona uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente cirúrgico no período perioperatório.

A enfermagem perioperatório inclui os cuidados nos períodos pré, intro e pós-operatório.

O enfermeiro efectua colheita de dados, organiza e estabelece prioridades, faz diagnóstico de enfermagem, desenvolve e implementa um plano de cuidados e avalia o processo de enfermagem como metodologia assistencial para o planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem.

O cliente cirúrgico ao confrontar-se com a necessidade do procedimento cirúrgico/anestésico desenvolve sentimentos de ansiedade, medo, angústia... A sistematização dos cuidados de enfermagem desencadeia uma melhoria da qualidade cuidados prestados ao cliente cirúrgico pois torna-se um processo individualizado, planeado e principalmente contínuo por abranger os períodos pré, intra e pós-operatório da experiência cirúrgica do cliente.

Na fase pré-operatório a visita de enfermagem é o início da sistematização dos cuidados. Aqui o enfermeiro estabelece uma relação empática com cliente detectando estados de ansiedade e permitindo a verbalização dos seus medos e dúvidas. Este procedimento é indispensável para a preparação física e emocional do cliente. Através desta interação a enfermeira pode estabelecer o seu plano cuidados individualizados.

A fase seguinte é o período intra-operatório, desde admissão do doente até ao encaminhamento pela UCPA. O plano de cuidados está elaborado e a sua implementação é facilitado visto ser dirigido aquele doente, o enfermeiro minimiza os riscos decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico.

A última fase da sistematização dos cuidados perioperatórios e o período pós-operatório em que a equipa de enfermagem está preparada para possíveis complicações que possam ocorrer. A sistematização da assistência de enfermagem perioperatório e a utilização do conhecimento científico justifica-se, na opinião das autoras e é partilhado por mim pela complexidade de cuidados que exige o doente cirúrgico. O processo de enfermagem é a metodologia de eleição na assistência a este tipo de doentes pois é entendida como *“uma actividade deliberada, lógica e relacionada, por meio da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente”*. Este compreende 5 passos:

1. Colheita dados;
2. Diagnostico;
3. Planeamento;
4. Implementação;

5. Avaliação.

A realidade de cada etapa implica prática baseada em evidências, tanto na colheita de dados, quanto o julgamento clínico para estabelecer um diagnóstico enfermagem, planejar e avaliar as respostas à assistência implementada.

A prática baseada em evidências é o cuidado orientado por meio de resultados de pesquisas, consensos de especialistas ou ambos.

A prática baseada em evidências nasceu no Canadá e na enfermagem nasceu do desenvolvimento da medicina baseada em evidência.

A enfermagem baseada em evidências é definida como uso consciente e criterioso de informações derivadas de teorias e pesquisas para tomadas de decisão sobre os cuidados a prestar a indivíduos, famílias ou comunidades tendo atenção às necessidades de cada um.

A prática baseada em evidências não se rege pela intuição, observação não sistematizada mas sim por estudos, pesquisas como linha orientadora da tomada de decisão.

A melhoria dos cuidados de enfermagem implica a construção de conhecimentos próprios da disciplina e que se conseguem com o desenvolvimento de pesquisas em enfermagem. Para a implementação da enfermagem baseada em evidências é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento e competências na interpretação dos resultados oriundos das pesquisas, apoiando-os assim na prestação de cuidados ao doente. Muitas vezes, são também entraves à prática baseada em evidências a cultura institucional e organizacional. Estudos efectuados demonstram como barreiras para o uso de pesquisa por parte dos enfermeiros os seguintes factores: barreiras pessoais, organizacionais, reacções médicas face à pesquisa de enfermagem, reacções de outros profissionais de saúde e por último o impacto da pesquisa de enfermagem.

A falta de tempo e de apoio organizacional foram os factores desmotivantes que se evidenciaram no estudo. Relativamente aos factores incentivadores, os enfermeiros descreveram a informação mensal sobre pesquisas é o mais estimulador e também os eventos científicos, programas de educação contínua e informação via computador. O enfermeiro perioperatório deve ser competente tecnicamente, demonstrar julgamentos independentes e capacidade de tomada de decisão, Assim, deve analisar dados de pesquisa e utilizar esses resultados para proporcionar cuidados de elevada qualidade, isto é, incorporar conhecimentos para aplicar na prática profissional, Em suma, este necessita de compreender o processo de pesquisa e da investigação sistemática dos problemas da prática.

A enfermagem perioperatória beneficia com a prática baseada em evidências na medida em que melhora a qualidade de cuidados prestados ao cliente cirúrgico e na redução gastos, uma vez que existem práticas que devem ser continuamente questionáveis, ex. lavagem mãos. O primeiro passo consiste na elaboração na elaboração de questões, depois pesquisas

evidências existentes, posteriormente a avaliação de resultados oriundos dessa pesquisa e a viabilidade da sua aplicação na prática e implementar as mudanças necessárias baseadas nas informações recolhidas.

Para a implementação da prática baseada em evidências o enfermeiro necessita de apoio organizacional, nomeadamente na obtenção profissionais, sobre a viabilidade das mudanças. O enfermeiro perioperatório com a sua competência clínica associada às evidências disponíveis produzirá o planeamento e implementação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade baseada em conhecimentos científicos. A implementação da prática reflexiva e de pesquisa no perioperatório proporcionará uma assistência individualizada para o doente e família com intervenção de enfermagem direccionadas e satisfazendo as necessidades do cliente minimizando a ansiedade e medos e riscos inerentes ao acto anestésico-cirúrgico.

A prática baseada em evidências é um processo que incentiva o enfermeiro à pesquisa constante de conhecimento científico para implementar na sua prática e proporcionando um desenvolvimento constante do corpo de conhecimento da disciplina.

Referências Bibliográficas

GALVÃO, C. M. *et al.* 2002. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev. Latino-am Enfermagem*, p.690-695

Anexo XI

Resumo do Artigo: “A Liderança como Estratégia para Implementação da PBE na Enfermagem”

A Liderança como Estratégia para a Implementação da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem, Cristina Maria Galvão

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é uma estratégia de actuação que enfatiza a importância da aplicação de resultados de pesquisa na prática clínica, proporcionando a melhoria contínua da assistência ao doente.

A PBE remonta aos anos 80, nos trabalhos realizados pelo epidemiologista *Archie Cochrane*. Nos anos 90 o Sistema Nacional de Saúde (SNS) do Reino Unido integra esta abordagem nos serviços de saúde com a finalidade de aumentar a eficiência e qualidade dos serviços e reduzir os custos operacionais.

A PBE é uma abordagem que envolve a definição de um problema, seguida de busca e avaliação das evidências disponíveis, através da pesquisa, posteriormente a implementação das evidências na prática e finalmente a avaliação dos resultados obtidos.

A aplicação da PBE na enfermagem certamente melhorará a qualidade dos cuidados e reforçará a tomada de decisão do enfermeiro (Enf^o), pois obriga a uma pesquisa aprofundada das evidências existentes, através procura, interpretação e integração das evidências oriundas da pesquisa com os dados e observação do doente.

É de salientar que a implementação da PBE implica o envolvimento conjunto das instituições e dos profissionais que ela integra, envolve um processo de mudança complexo e difícil. Neste sentido o líder pode ser um agente de mudança, uma estratégia para efectivamente implementar mudanças no ambiente organizacional, especialmente as que impulsionam melhores cuidados de enfermagem.

Liderar é a capacidade que uma pessoa tem de influenciar outros a mudar, esta mudança não deve ser sinónimo de modificações profundas, mas deve ser encarada com pequenas alterações melhorando a prática de enfermagem. O “bom” líder deve conciliar os objectivos da organização com os objectivos da equipa de enfermagem, promovendo a qualidade do trabalho colectivo, logo oferecendo cuidados de elevada qualidade.

A liderança em enfermagem está mais vocacionada para estilos directivos, ou seja, orientada para as necessidades do serviço. Segundo Galvão *et al.* (2005) é fundamental o investimento na formação do enfermeiro-líder, pois a liderança envolve competências, habilidades e talentos passíveis de serem apreendidos e quando utilizados apropriadamente são capazes de produzir extraordinários resultados para a pessoa, a equipa e a organização. O investimento na formação de líderes, qualifica este profissional, tornando-o um agente de mudança, criando inovações com intuito de melhorar a organização, a equipa e especialmente a qualidade de cuidados prestados.

Estudos sobre liderança descrevem as mudanças sucessivas, ao longo dos tempos, relativamente ao ênfase atribuído a cada estilo de liderança. Até aos anos 40 o foco da liderança centrava-se nas características do líder, sua personalidade e habilidades inatas, dos anos 40 até aos anos 60 o foco relacionava-se com o seu comportamento, até ao início dos

anos 80 a liderança era influenciada pelos factores situacionais do contexto organizacional (liderança contingencial).

A partir dos anos 80 novas perspectivas de liderança surgem, o papel do líder centra-se na promoção de valores que fomentam a partilha de intervenções na organização, desenvolvendo a orientação para a mudança, a confiança, o orgulho e a inspiração. Um exemplo desta abordagem é a liderança transformacional. O líder transformacional, com os princípios desta liderança, fica habilitado para a implementação da PBE.

A liderança transformacional é complexa e forte. O líder transformacional reconhece e explora as necessidades dos seguidores, procura satisfazer as suas necessidades e aceita o seguidor na sua globalidade. Este tipo de liderança proporciona um relacionamento de estímulo mútuo e cúmplice, em que os seguidores se transformam em líderes e os líderes em agentes morais.

O estilo de liderança é tanto mais benéfico quanto mais influência consegue sobre os seus seguidores. A liderança transformacional rege-se pela identificação de valores entre líderes e seguidores, cria um vínculo forte entre estes, proporcionando relacionamentos mais estáveis e firmes.

Na liderança transformacional estimula-se os seguidores a atingir a excelência dos cuidados, atribuindo-lhes e reconhecendo competências individuais, diluindo o poder entre os elementos da equipa, contribuindo para a tomada de consciência da responsabilidade de cada um, isto é impulsiona os seguidores a lideres e assume o papel de agente de mudança.

O líder transformacional, possui as seguintes características:

- Autoconhecimento, atributo importante relacionado com o conhecimento de si próprio (valores, crenças, atitudes, fraqueza e potencial)
- Autenticidade, as suas acções regem-se pelos seus valores e crenças
- Perícia, significa a habilidade, conhecimento e capacidade técnicas de actuação na sua área
- Visão, capacidade de articular com expectativas para o futuro
- Flexibilidade, capacidade de liderar na ambiguidade, incertezas e complexidade
- Carisma, inerente a cada um, capacidade de influenciar os outros.

A liderança transformacional é uma nova forma de administração pós-moderna em que o líder necessita ter uma visão futurista e compartilhada do contexto organizacional, inspirando e influenciando os seus seguidores de forma proactiva para alcançar a excelência na prestação de cuidados.

A liderança pode ser utilizada como uma estratégia para incentivar o enfº na busca de conhecimento científico, quer por desenvolvimento de pesquisa quer por utilização de resultados disponíveis na literatura, ou seja, a implementação da PBE.

Na implementação da PBE, o enf^o torna-se um agente de mudança, introduzindo na sua prática diária, inovações decorrentes das evidências vindas do conhecimento científico.

A liderança surge como uma estratégia para promover a integração da PBE, associada a algumas transformações inevitáveis tais como: o reconhecimento de uma nova cultura, implicando a divulgação dos conceitos da PBE entre os membros da organização, a criação de mecanismos para habilitar os profissionais envolvidos e a revisão da infra-estrutura organizacional relativamente aos recursos humanos, materiais e financeiros necessários para implementação da nova cultura.

A melhoria da qualidade da prestação de cuidados ao cliente passa pelo envolvimento dos enf^o em reunir, avaliar e aplicar as evidências oriundas de pesquisa na prática, bem como o empenho de uma liderança transformacional em que integra os seus seguidores de forma proactiva.

As barreiras mais frequentes para a utilização de pesquisas na prática de enfermagem prendem-se com as características da organização. É crucial o empenho das organizações neste processo, que ofereçam infra-estruturas adequadas, nomeadamente acesso à informação, acesso a profissionais habilitados para a utilização de pesquisas na prática.

As instituições assumem assim, um papel fundamental no desenvolvimento e utilização dos resultados de pesquisa na prática clínica.

A liderança torna-se, uma estratégia relevante para a implementação da PBE, cria e desenvolve uma cultura organizacional que fomenta o desenvolvimento e a utilização de pesquisas por habilitar seus profissionais.

Referências Bibliográficas

GALVÃO, C.M. *et al.* 2005. A Liderança como Estratégia para a Implementação da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem. *Gaucha Enfermagem* 26: p.293-301

Anexo XII

Poster sobre Áreas do Bloco Operatório

Áreas do Bloco

Área Livre

Área Semi-Restrита

Área Restrita

Circulação não Limitada

Circulação Limitada

Circulação Limitada
aos Profissionais e doentes



É necessário lavar
Cabeça do bloco
E cabelo protegido.



É obrigatório lavagem,
touca, máscara cirúrgica
quando material estéril
aberto.



Zona de Recepção e acolhimento
do doente, pessoal e materiais.

Áreas de apoio às salas de operações,
armazéns de material limpo, gabinetes,
corredores de acesso às áreas restritas,
entre outros.

Sala de operações, sala de pré-
anestesia, sala de desinfecção,
armazém de apoio, armazém de
material estéril.

Anexo XIII

Powerpoint da Apresentação da “Proposta de
Implementação da Visita Pré-Operatória”



Proposta de implementação da Visita Pré-operatória de Enfermagem



Objectivos

- ✓ Acrescentar algo inovador num contexto de estágio de especialidade;
- ✓ Oferecer a médio prazo, um momento de valorização do cliente previamente à cirurgia;
- ✓ Criar um instrumento prático para posterior proposta de utilização



Visita Pré-operatória de Enfermagem

Cuidados Peri - operatórios

"conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros peri-operatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia ou a qualquer procedimento invasivo"

AESOP (1988)

Visita Pré-operatória de Enfermagem

Função do Enfermeiro Peri-operatório

" Identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e por em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes, durante e após a cirurgia."

AORN (1988)

Visita Pré-operatória de Enfermagem

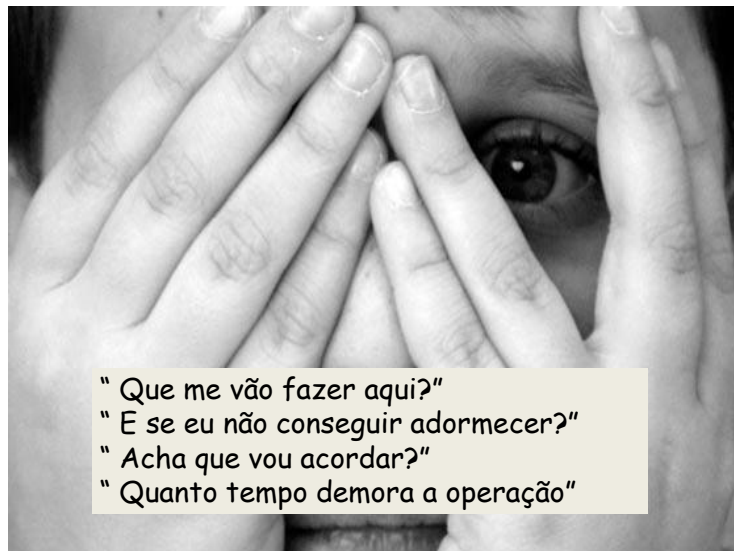
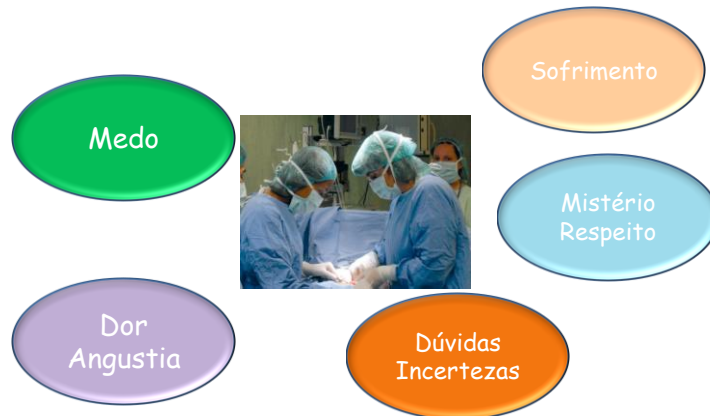


" ... é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objectivos de actuação..."

ATKINSON, citado pela AESOP (2006)



Visita Pré-operatória de Enfermagem



Visita Pré-operatória de Enfermagem



Enigmático



Fechado/Restrito



Limitado ao uso uniformes e mascarar



Equipamento sofisticado

Visita Pré-operatória de Enfermagem

O poder sobre a vida e sobre a morte que se gera na sala de operações são factores altamente geradores de stress.

"... a enfermeira para desenvolver a sua acção no pré-operatório, é essencial que realize a visita pré-operatória"

Dias Pinheiro (2006)

Objectivos da Visita Pré-operatória de Enfermagem

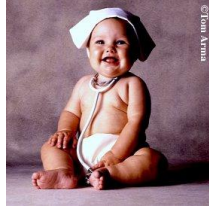
- ✓ Planear os cuidados de Enfermagem peri-operatórios de forma individualizada e humanizada;
- ✓ Identificar as necessidades do cliente no pré-operatório;
- ✓ Conhecer as expectativas face à intervenção cirúrgica;
- ✓ Promover e recuperar a saúde do cliente, envolvendo a família;

Objectivos da Visita Pré-operatória de Enfermagem

- ✓ Promover a interacção entre o enfermeiro do bloco e o cliente;
- ✓ Esclarecer informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória;
- ✓ Permitir a continuidade dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Promover a articulação entre os enfermeiros do internamento e os do bloco operatório

Critérios Enfermeiro

- ✓ Apresentar-se
- ✓ Informar sobre o percurso
- ✓ Atento a comunicação não verbal
- ✓ Percepcionar níveis de ansiedade



- ✓ Disponibilidade e linguagem acessível
- ✓ Reforçar aspectos pré-operatórios
- ✓ Abordar pós-operatório imediato
- ✓ Garantir percepção da informação

Apresentação da proposta

- ➔ Recolha de informações do cliente
- ➔ Elo de comunicação efectiva
- ➔ Assistência contínua e sistematizada
- ➔ Conhecimento do profissional previamente à cirurgia
- ➔ Ensinos pré-operatórios

Documento proposto

VISTA PRÉ - OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Identificação

Profissão: _____

Cirurgia proposta: _____

Data admission: _____

Data visita: _____

Antecedentes Pessoais / História de Doenças Actual

- Antecedentes Assintomáticos / Cirúrgicos _____
- Alergia Presente Sim Não Especificar _____
- Uso de Tabaco Actual Sim Não Nº Cigarros / dia _____
- Uso de Álcool Actual Sim Não Consumo diário _____
- Drenagem Normal Alterada _____
- Integridade da Pele Normal Alterada Localização _____
- Padrão de Eliminação Intestinal Normal Alterada _____

• Padrão de Eliminação Urinária Normal Alterada _____

• Comunicação Normal Comprometida _____

• Dor Actual Ligítima Moderada Intensa EVA _____

• Medo Presente Sim Não Especificar _____

• Anestésico Actual Sim Não

• Risco de Imagem Corporal Alterada Sim Não

• Conhecimento Demonstrado Sim Não

• Consentimento Informado Sim Não

Aprovação global do estado após visita

- Mais tranquilo
- Confuso
- Mais ansioso
- Sem mudanças

Edmódica _____

Recursos Humanos

- ✓ 15 min no mínimo com cada cliente
- ✓ Em média 40 cirurgias diárias

Aproximadamente
50 horas



Pelo menos
mais um
enfermeiro
em regime
de 40
horas....

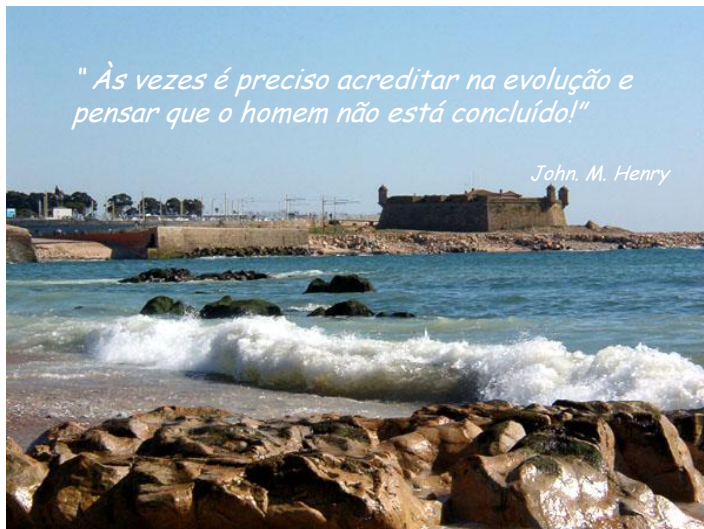


Preconiza-se que, dentro do possível, o enfermeiro que realize a visita pré-operatória, seja o mesmo que faz o acolhimento no dia do acto cirúrgico:

- ✓ Continuidade de cuidados
- ✓ Minimização da angústia

" Às vezes é preciso acreditar na evolução e pensar que o homem não está concluído!"

John. M. Henry



Bibliografia

- AESOP. 2006. **Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados**, LUSODIDACTA, Loures, Pág. 121-127
- CIPE - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1**. 2005
- TAVARES, Filomena; SARAIVA, Maria. 2000. **Visita Pré-operatória**. AESOP. Vol I, nº1: páginas 14-15
- MARTINS, Helena. 2002. **Reflectindo**. AESOP. Vol III, nº9: páginas 31-33
- GRITTEM, Luciana e al. 2006. **Visita Pré-operatória de Enfermagem - Percepções dos Enfermeiros dum Hospital de Ensino**. Disponível: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IstisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=12203&indexSearch=ID> [Acedido em 10 /Junho/2010]



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!