



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Sónia Isabel Pequito Pires

Lisboa, maio, 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Sónia Isabel Pequito Pires

Sob orientação da Mestre Manuela Madureira

Lisboa, maio, 2012

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2010/2012), da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, e pretende ser o resultado final do estágio, que através da sua componente prática, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências na assistência ao doente em estado crítico e respetiva família.

Este relatório tem como objetivos apresentar o percurso realizado nos diferentes contextos da prática clínica, descrever os objetivos pessoais definidos e as principais atividades realizadas, em cada módulo de estágio, refletir sobre as atividades e competências desenvolvidas e por último analisar de forma crítica o meu desempenho.

O Estágio subdividiu-se em três módulos, correspondentes a diferentes contextos da prática clínica e que passo a enumerar pela ordem cronológica e local de realização dos mesmos: **módulo II** – Unidade de Cuidados Intensivos foi realizado no Hospital Pulido Valente, numa UCI médico-cirúrgica, entre 27 de abril e 24 de junho de 2011; **módulo I** – Serviço de Urgência do Hospital de Vila Franca de Xira, de 26 de setembro a 18 de novembro de 2011; e por último, o **módulo III** – Opção, que realizei na Comissão de Controlo de Infeção do Hospital Pulido Valente, de 21 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012.

Em cada um dos módulos realizados centrei a minha atuação na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e sua família e privilegiei a área da formação e sensibilização dos profissionais, em diversas áreas de intervenção. No módulo II foram abordadas as temáticas da privacidade e das ostomias no doente internado na UCI. No módulo I, os trabalhos desenvolvidos estiveram relacionados com a segurança dos cuidados e com a comunicação de más notícias, em contexto de urgência. No último módulo, foram realizados trabalhos no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada ao cateter venoso central e ao local cirúrgico.

Os trabalhos desenvolvidos nos diferentes módulos de estágio contribuíram, para o crescimento e valorização da minha experiência pessoal e profissional, através do desenvolvimento e consolidação de competências no âmbito da área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

This report is a conclusion in the Master's Nursing Degree Program with a specialization in Medical-Surgical Nursing (2010/2012), at the Catholic Portuguese University of Lisbon, and aims to be the final stage, which through its practical component, allowed the acquisition and development of skills in assisting the patient as well as family members at a critical stage.

This report aims to present the route taken in different areas of clinical practice, describes the personal goals set and the main activities in each module stage, and reflects on the activities and skills developed, and finally a critical analysis of my performance.

The stage was divided into three modules, corresponding to different contexts of clinical practice and that I shall list in chronological order and locations: **module II** - Intensive Care Unit was conducted at Hospital Pulido Valente, a medical-surgical ICU between April 27 and June 24, 2011; **module I** - Emergency Service, Hospital de Vila Franca de Xira between September 26 to November 18, 2011, and, finally, **module III** - Option I conducted in Control Committee at CCI Hospital Pulido Valente Hospital between the 21 November 2011 to 27 January 2012.

In each of the modules, I focused my attention in providing specialized care to critically ill patients and their family and I emphasized the area of professional education and awareness for these issues. In module II were addressed issues of privacy and patient Ileostomy admitted to ICU. In module I, the studies were related to the safety care and communication of bad news, in a context of urgency. In the last module, I focused my work on the prevention and control of infection associated with central venous catheter and the surgical site.

The work on the different training modules contributed to the growth and appreciation of my personal and professional experience through the development and consolidation of skills in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing.

*“Comece por fazer o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente
estará fazendo o impossível”.*

SÃO FRANCISCO DE ASSIS

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AO – Assistentes Operacionais
CCI – Comissão de Controlo de Infeção
CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção Geral de Saúde
D.L. – Decreto de Lei
Enf.^a – Enfermeira
Enf. – Enfermeiro
HPV – Hospital Pulido Valente
IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ILC – Infeção do Local Cirúrgico
INCS – Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção
Prof.^a – Professora
SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SU – Serviço de Urgência
UCG – Unidade de Cirurgia Geral
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
UCP – Universidade Católica Portuguesa
VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

	Página
0. <u>INTRODUÇÃO</u>	8
1. <u>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS FACE AOS OBJETIVOS PROPOSTOS</u>	12
1.1. MÓDULO II – UCI	12
1.2. MÓDULO I – SU	24
1.3. MÓDULO III – CCI	36
2. <u>CONSIDERAÇÃO FINAIS</u>	47
3. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	50
<u>APÊNDICES</u>	55
APÊNDICE I: Norma sobre os cuidados de enfermagem ao doente ostomizado	56
APÊNDICE II: Plano da sessão de formação sobre os cuidados de enfermagem ao doente ostomizado	67
APÊNDICE III: Grelha de avaliação da sessão de formação	71
APÊNDICE IV: Slides da sessão de formação sobre os “Cuidados de enfermagem ao doente ostomizado”	73
APÊNDICE V: Plano de sessão da formação sobre “Comunicação de más notícias”	79
APÊNDICE VI: Questionário de avaliação da sessão de formação	83
APÊNDICE VII: Slides da sessão de formação sobre “Comunicação de más notícias”	85
APÊNDICE VIII: Plano de sessão da formação sobre “Infeção associada ao CVC”	91
APÊNDICE IX: Slides da sessão de formação sobre “Infeção associada ao CVC”	95
APÊNDICE X: Questionário de avaliação da sessão de formação	101
APÊNDICE XI: Folheto com lista de material para colocação de CVC	103
APÊNDICE XII: Lista de verificação de procedimentos para prevenção da infeção do local cirúrgico	105
APÊNDICE XIII: Slides da apresentação sobre a “Infeção do Local Cirúrgico”	109

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório constitui parte integrante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), e de acordo com o plano de estudos deste curso, pretendeu-se o aprofundar de conhecimentos e a aquisição de competências que permitam ao enfermeiro prestar cuidados de enfermagem especializados. Este curso de Mestrado vai de encontro às instâncias do D.L. 74/2006 de 25 de Março, artigo 18º, alínea n.º4, que preconiza que “o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional”. A especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especificamente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UCP, 2008, p. 8).

Na sua especificidade, os cuidados de Enfermagem visam uma intervenção, individualizada e diferenciada ao indivíduo, família e/ou comunidade, sendo que, cada vez mais, os cuidados de enfermagem devem assentar num corpo de conhecimentos sólidos, atualizados e especializados, pois tal como nos diz BENNER (2001, p.199) “para fazer face às mudanças internas e externas que afetam a profissão, é extremamente necessário propor perspectivas de carreira às enfermeiras. Os progressos de medicina alargaram o papel e aumentaram as responsabilidades da enfermeira”. Desta afirmação destaca-se a exigência que se impõe à classe de enfermagem, em ser uma profissão com um campo de intervenção cada vez mais específico e competente, logo a especialização em Enfermagem é um complemento para a construção da identidade de um enfermeiro; é um alargar de aprendizagem e um aprofundar de conhecimentos numa área específica.

As competências do enfermeiro desenvolvem-se, de acordo com BENNER (2001), ao longo da sua vida profissional, de forma gradual e temporal, sendo o seu desenvolvimento condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais do sujeito, como também, pelos diferentes contextos profissionais. É, precisamente, no sentido do desenvolvimento de competências especializadas e direcionadas para a prática clínica, que se enquadra a unidade curricular – Estágio.

Na sequência da realização desta unidade curricular, foi-me proposta a elaboração de um Relatório de estágio, alusivo aos três módulos que o compõem, de acordo com os diferentes contextos da prática; e que passo a enumerar pela ordem cronológica de realização:

- ✓ **Módulo II:** Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital Pulido Valente (HPV), (27 de abril a 24 de junho de 2011);
- ✓ **Módulo I:** Serviço de Urgência, (SU) do Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX), (26 de setembro a 18 de novembro de 2011);
- ✓ **Módulo III:** Comissão de Controlo de Infeção (CCI), do HPV, (21 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012).

Os módulos II e III foram realizados no HVP, que está integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). Este integra dois estabelecimentos universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde português, o Hospital de Santa Maria e o HPV. Na sua missão estão consagradas importantes funções integradas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré, pós-graduada e investigação, garantindo assim uma assistência eficaz e eficiente, promovendo a qualidade, com satisfação dos doentes e dos profissionais (CHLN. 2011). A escolha do HPV para a realização de dois módulos de estágio, prendeu-se com o fato de todo o meu percurso profissional ter sido efetuado neste hospital e como tal já conhecia a missão, filosofia e valores da instituição, o que considere ser um aspeto vantajoso e facilitador na integração aos locais de estágio. Outro dos motivos desta preferência institucional deveu-se ao fato de vir a desenvolver um projeto de estágio que pudesse ser integrado no meu contexto profissional, visando, assim, a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

O módulo II, referente ao módulo de Cuidados Intensivos, foi realizado na UCI do HPV. Esta constitui uma unidade médico-cirúrgica que assegura a prestação de cuidados a doentes que se encontrem numa fase crítica da sua doença, necessitando de tratamento e vigilância contínua especializada. Tem uma capacidade de lotação de cinco camas, sendo uma delas em quarto de isolamento, e é dotada de equipamentos essenciais aos cuidados a doentes em estado crítico, que necessitem de uma monitorização rigorosa, assegurando um suporte ventilatório e renal para o restabelecimentos das suas funções vitais. Trata-se de uma unidade polivalente, com mais de 15 anos de existência, apresentado uma estrutura física já degradada e com limitações de espaço, ao localizar-se na cave de um dos edifícios principais, não dispondo por isso de iluminação natural, e distante dos principais serviços de articulação, como o bloco operatório e a unidade de recobro.

Relativamente ao módulo III, que corresponde ao módulo de opção, decidi fazê-lo na CCI, uma vez que as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem uma preocupação cada vez maior e atual, sendo esta uma área de que gosto particularmente e que considero transversal a todas as áreas de intervenção e essencial para a qualidade dos cuidados assistenciais. Escolhi a CCI da instituição onde exerço funções porque através das experiências adquiridas me permitiria transpor e aumentar conhecimentos, na área do controlo da infeção, enquanto profissional de uma instituição e elemento de uma equipa, sendo também

um contributo para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados, no serviço onde desempenho a minha prática profissional, nomeadamente a unidade de cirurgia geral (UCG).

A escolha do HVFX para a realização do módulo I, prendeu-se com o facto deste ser um hospital distrital, que dispõe de um SU médico-cirúrgica, segundo a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, e como tal constitui o “primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.8), assegurando, assim, uma assistência muito diversificada ao doente e família, e por conseguinte, permitir uma vasta experiência de aprendizagens. Foi igualmente determinante na minha escolha, o facto de ser o hospital da minha área de residência, o qual já conhecia como doente, tendo assim a oportunidade de o conhecer enquanto profissional.

O HVFX tem, desde o dia 1 de junho de 2011, um novo modelo de gestão, resultante da parceria entre o estado português e o grupo José de Mello Saúde. Desta parceria público-privada, resultou uma nova direção hospitalar, que iniciou o seu projeto de otimização da prática clínica, nas infraestruturas do antigo Hospital de Reynaldo dos Santos, melhorando as condições assistenciais e hoteleiras desta infraestrutura, através da reestruturação de recursos físicos, humanos e materiais (HVFX. 2011). Este grupo empresarial está a construir, em paralelo, um novo hospital, que entrará em funcionamento, previsivelmente, durante o mês de abril de 2013.

No decurso das várias experiências vivenciadas, que proporcionaram uma aprendizagem com base na aplicação experiencial de saberes teórico-práticos, foi possível, através de uma reflexão pessoal, ampliar conhecimentos e compreensões, bem como desenvolver um conjunto de competências e habilidades exigidas a um enfermeiro especialista, de forma a prestar cuidados especializados na busca incessante da excelência do cuidar ao doente em estado crítico e sua família.

O presente relatório tem como objetivos apresentar o percurso realizado nos diferentes contextos da prática clínica, atrás referidos; descrever os objetivos pessoais definidos e as principais atividades realizadas, em cada módulo de estágio; refletir sobre as atividades e competências desenvolvidas; e por último analisar de forma crítica o meu desempenho.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos principais. O primeiro corresponde à introdução, onde é feita a contextualização do trabalho, a apresentação e caracterização dos locais de estágio e a justificação para a escolha dos mesmos. O segundo capítulo encontra-se dividido de acordo com os vários módulos de estágio e pela ordem cronológica de realização dos mesmos, onde irei apresentar a descrição e análise das atividades desenvolvidas, face aos vários objetivos propostos. Em cada módulo, farei um breve enquadramento do local onde decorreu o estágio, seguindo-se a descrição e análise dos objetivos e respetivas atividades desenvolvidas. O último capítulo remete para as

considerações finais, que realçam a importância da realização deste relatório de estágio, onde farei também uma avaliação global dos aspetos mais relevantes de todo este processo de aprendizagem e o seu contributo para o desenvolvimento de competências no âmbito desta especialidade. Seguem-se as referências bibliográficas utilizadas na elaboração deste trabalho e como apêndices, encontram-se com os vários trabalhos realizados no decorrer do estágio, que permitem complementar as situações descritas.

Ao longo do relatório sempre que faço referência à pessoa como alvo de cuidados, utilizo o termo doente, contudo pode ser encontrada outra designação, como paciente ou cliente, que decide manter para não alterar o pensamento e a citação dos vários autores.

Este trabalho foi elaborado tendo por base a norma portuguesa 405 e redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico. A metodologia utilizada foi a descritiva, baseada na análise e reflexão contínua da prática clínica, na revisão da literatura sobre as várias temáticas abordadas, e ainda, na consulta dos registos pessoais compreendidos no portfólio de estágio, permitindo assim o desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS FACE AOS OBJECTIVOS PROPOSTOS

Após a realização dos diversos módulos que constituem a unidade curricular Estágio, torna-se fundamental a descrição de todo um percurso académico, realizado no âmbito da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A componente prática assume um papel impreterível na formação do enfermeiro especialista, ao privilegiar o desenvolvimento de competências e consolidação de saberes teórico-práticos, tendo por base uma reflexão contínua sobre a prática clínica especializada.

A explanação das várias aprendizagens decorrentes dos diferentes contextos da prática, possibilitam agora um novo olhar e um reviver de experiências, através de uma reflexão pessoal que permite desenvolver novas compreensões e apreciações sobre o aprimorar de conhecimentos e competências.

Os objetivos delineados no decurso do estágio desenvolvido, tiveram por base o meu percurso profissional, as necessidades por mim sentidas e pelas equipas dos serviços onde estagiei, bem como o plano de estudos desta especialização, ou seja, as competências que um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica terá que desenvolver e possuir.

Pretendo neste capítulo, apresentar os objetivos pessoais definidos para cada um dos diferentes módulos de estágio, descrever as atividades realizadas para os atingir e as respetivas competências desenvolvidas, tendo por base uma reflexão e análise crítica do meu desempenho, enquanto futura enfermeira especialista. Assim, e por ordem cronológica de realização de cada um dos módulos, começo por fazer referência ao módulo II – UCI, seguindo-se o módulo I – SU e, por último, o módulo III – CCI.

1.1. MÓDULO II: UCI

As Unidades de Cuidados Intensivos são unidades de internamento que asseguram a prestação de cuidados de saúde, a doentes que se encontrem numa fase crítica da sua doença, necessitando de tratamento e vigilância contínua especializada, exigindo a presença de uma grande número de equipamentos e profissionais de saúde. Diferem dos outros serviços, pelo elevado grau de especificidade e diferenciação de cuidados, sendo por isso caracterizadas pela “sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos

doentes que aí são atendidos. Os doentes são submetidos frequentemente a intervenções invasivas e dolorosas, e confrontados com sentimentos de perda” (ALMEIDA e RIBEIRO, 2009, P.17).

O contexto de qualquer UCI é marcado por evoluções tecnológicas constantes, ambiente fechado e gerador de stresse, um dos “poucos locais de um hospital que não se dorme, sempre iluminado, sempre ruidoso, templo por excelência da moderna medicina tecnológica”, (CÔRTE – REAL, 2007, p.115). Uma UCI revela-se assim um local com características muito específicas, onde diariamente a prestação de cuidados ao doente em situação crítica e sua família, é posta à prova, sendo por isso esperado dos profissionais que lá trabalham alto grau de diferenciação, empenhamento e competência na sua área de intervenção.

Segundo ATKINSON, os profissionais de saúde que trabalham nas unidades de cuidados intensivos estão sujeitos a elevados níveis de stresse por todo o ambiente e exigências a que estão sujeitos e, ainda, para além de “enfrentarem os problemas dos doentes e familiares, têm também de enfrentarem as suas própria emoções” (2009, p.6). Deste modo, cuidar numa UCI não é melhor nem o pior do que noutros locais, é, simplesmente, diferente e exige uma grande perícia e agrado profissional, pela necessidade de conjugar conhecimentos relacionais, científicos e técnicos, na abordagem ao doente em situação crítica e sua família.

A UCI do HPV é uma unidade médico-cirúrgica, que assegura a prestação de cuidados a doentes que se encontrem numa fase crítica da sua doença, necessitando de tratamento e vigilância continua especializada, sendo por isso uma unidade que permitiu uma aprendizagem muito diversidade de situações clínicas, que possibilitou um desenvolvimento profissional, através da aquisição e mobilização constante de conhecimentos na prática clínica.

A equipa de enfermagem era constituída por 26 enfermeiros, que se encontravam subdivididos por seis equipas e a desempenhar funções em horário rotativo, sendo que a prestação de cuidados de enfermagem centrava-se num modelo holístico, que privilegia o método de trabalho individual, mas atendendo, sempre que necessário, ao trabalho em equipa.

No projeto inicial de estágio, defini dois objetivos que conduziram a um leque de atividades que foram desenvolvidas com motivação e direcionadas para a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de UCI, e que passo a apresentar.

“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico internado na UCI e respetiva família”

No decorrer do estágio, enquanto estudante da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tive a oportunidade de experienciar inúmeras situações de aprendizagem e reflexão, quer individual, quer em equipa, o que indubitavelmente contribuiu para o desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional no âmbito do cuidar na UCI.

Numa fase inicial, de forma a me integrar na UCI, comecei por perceber a organização e dinâmica de funcionamento da unidade através da leitura das normas e protocolos vigentes, bem como através da observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem. Considero o processo de integração na UCI facilitado, pelo facto de já conhecer alguns dos elementos da equipa de saúde, bem como pelo conhecimento prévio da organização e funcionamento da instituição. Contudo, este fato tornou-se, simultaneamente, numa responsabilidade acrescida em ter um desempenho exímio, uma vez que desempenhava funções no mesmo hospital onde o estágio estava a decorrer. Inicialmente, ao readquirir a condição de estudante, confesso que senti uma dificuldade em gerir sentimentos e papéis desempenhados, uma vez que iria prestar cuidados de enfermagem, lado a lado, com pessoas que já conhecia e trabalhara anteriormente noutro contexto profissional. Assumi, portanto este meu papel de estudante com alguma timidez e dificuldade em fazer sobressair a minha autonomia e os conhecimentos de que já era detentora, sendo esta dificuldade gradualmente ultrapassada ao encontrar um equilíbrio entre os dois papéis desempenhados e ao assumir uma atitude proactiva, de colaboração e interação com toda a equipa, tendo, também, contribuído para tal, as orientações da Enf.^a orientadora e da Prof.^a tutora.

O ambiente de cuidados intensivos tem associado uma forte componente tecnicista e por esta razão a atenção do profissional é muitas vezes direcionada para a manipulação de equipamentos e respetivos tratamentos necessários para manter a estabilidade hemodinâmica do doente, sendo, também, esta uma das minhas preocupações iniciais em conhecer os princípios básicos de funcionamento e manipulação dos diversos equipamentos existentes na unidade, nomeadamente monitores, seringas e bombas infusoras, ventiladores, máquinas de substituição da função renal, entre outros aparelhos necessários para a monitorização e tratamento do doente em situação crítica.

A tecnologia permite aos profissionais de saúde a vigilância continua do estado hemodinâmico do doente crítico, contudo, a essência da enfermagem não está nos ambientes ou nos equipamentos, mas no processo de tomada de decisão, baseada na compreensão das respostas fisiológicas e psicológicas do doente. Assim, se o enfermeiro não souber interpretar os dados e valores fornecidos, relacioná-los com as disfunções que comprometem a vida do doente, definir e hierarquizar as intervenções adequadas, a tecnologia deixa de ser importante.

Do ponto de vista hemodinâmico, realizei sempre uma vigilância rigorosa e detalhada, através de uma monitorização constante e do conjugar de conhecimentos com parâmetros vitais,

estando desperta para todos os sinais e sintomas, associados às várias alterações hemodinâmicas do doente, intervindo antecipada e eficazmente, com vista ao despiste de complicações e/ou agravamento do estado clínico do doente. Relativamente à ventilação mecânica e à técnica de substituição renal, foram duas áreas que ao longo do estágio dediquei particular atenção e procurei investir, aproveitando as várias oportunidades de estágio, ao prestar cuidados, preferencialmente, a doentes que necessitassem destes equipamentos para a manutenção das suas funções vitais. Uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre estas temáticas e o esclarecimento de dúvidas com os enfermeiros da unidade, contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências nestas áreas, permitindo assim a mobilização de conhecimentos teórico-práticos e consolidação dos mesmos.

Ao longo do estágio, no decorrer da prestação de cuidados, considero que as minhas intervenções tornaram-se gradualmente mais estruturadas, individualizadas e especializadas, fundamentando os vários procedimentos e tomada de decisões em enfermagem. Apostei sempre na procura constante de novas experiências e momentos de aprendizagem, que me possibilitassem o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, pois a “enfermeira de cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e situação do doente” (URDEN, STACY e LOUGH, 2008, p.6).

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de assistir a uma formação realizada pela equipa médica da UCI, sobre o “Levossimendano®”, onde foram apresentadas as propriedades farmacológicas deste fármaco, utilizado em situações de emergência e em contexto de UCI, sendo, também, apresentados estudos científicos que mostram os benefícios da utilização do mesmo. Estive também presente na formação sobre “Ventilação Mecânica Invasiva”, realizada pela equipa técnica da empresa fornecedora dos novos ventiladores em uso na UCI, que abordaram conteúdos relativos às modalidades ventilatórias, aos vários componentes da ventilação mecânica e aspetos relacionados com a manipulação e manutenção das funcionalidades do ventilador em questão. Estas formações constituíram para mim um momento de aprendizagem, ao aprofundar conhecimentos sobre as temáticas apresentadas, permitindo também aos profissionais do serviço melhorarem a sua prática, os seus conhecimentos e aptidões, pois a formação propicia “um clima de aprendizagem e estabelece um palco para um ambiente de trabalho favorável e seguro” (CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007, p. 35).

Outra das atividades desenvolvidas, no decorrer do estágio, foi a participação nos trabalhos de investigação a decorrer na UCI, nomeadamente a “Satisfação das necessidades do doente internados na UCI” e “Avaliação da dor no doente internado na UCI”, sendo este último um estudo de parceria com a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Colaborei então na

colheita de dados, através do preenchimento dos respetivos instrumentos utilizados para cada uma das investigações em curso, tendo sido previamente esclarecida e informada pelos enfermeiros responsáveis, sobre o contexto e metodologia de cada trabalho de investigação. Considero que participar nestes estudos foi bastante benéfico, pois contribuiu para o desenvolvimento de competências na área da investigação, reforçando a minha compreensão e valorização das suas implicações e benefícios para a profissão, uma vez que a investigação em enfermagem consiste num “processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para o benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE, 2006, p.1).

Cuidar na UCI para além das competências técnicas e cognitivas exigidas, são também fundamentais as competências relacionais, pelo que na sua esfera de cuidados, os profissionais de saúde devem valorizar todo o processo comunicacional estabelecido com o doente, pois é “graças a esta relação que a pessoa se sente escutada e compreendida, que se torna importante aos olhos de alguém e que encontra nessa atenção do outro, a força para viver a sua dificuldade” (PHANEUF, 2005, p.322).

Na UCI onde realizei o meu estágio, a maioria dos doentes encontravam-se submetidos a ventilação mecânica, pelo que a comunicação verbal se encontrava comprometida pela presença da prótese ventilatória. Face a esta realidade, tive de encontrar estratégias que me permitissem compreender o doente e estabelecer com ele uma comunicação adequada e eficaz, ao dispensar particular atenção e valorizando todas as manifestações evidenciadas pelo comportamento não verbal do doente, desenvolvendo assim as minhas competências comunicacionais. Nas unidades de cuidados intensivos a transmissão da mensagem é muito frequentemente efetuada através da comunicação não verbal: “o toque, oferecendo apoio e suporte, ou mesmo o olhar carinhoso (...), parece ser tão ou mais necessário do que os instrumentos de tecnologia avançada para o conforto e recuperação dos doentes” (CÔRTE-REAL, 2007, p.119).

Na especificidade de uma UCI, torna-se fundamental o enfermeiro, no seu ato de cuidar, ter presente que o doente se sente fragilizado, assustado, com medo face aos tratamentos agressivos e prognóstico da doença, e apresenta, frequentemente, desconforto físico, psíquico e/ou emocional, esperando por parte do profissional um tratamento baseado no máximo respeito, atenção e dignidade (CASTRO, VILELAS e BOTELHO. 2011).

No decorrer do estágio, valorizei sempre a componente relacional, quer com o doente quer com a família, encarando-os como o foco primordial de atenção no cuidar. Para além de estar atenta às necessidades dos doentes, foi também minha preocupação responder às necessidades dos familiares, incentivando-os à expressão de sentimentos e adotando uma atitude de compreensão e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. Torna-se

fundamental o envolvimento do doente e respetiva família em todo o processo terapêutico pois “uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde, o paciente e os seus familiares numa UCI é um dos principais fatores que interfere com a satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidar” (FONTES e FERREIRA, 2009, p. 34).

Considero que a humanização do ambiente de cuidados intensivos passa pelo desenvolvimento da interligação doente/família/ equipa, afim de possibilitar uma relação de parceria, capaz de minorar o sentimento de crise vivenciado e transmitir apoio e confiança, sendo que os doentes internados na UCI, referem como aspeto positivo a “segurança fornecida pela presença constante dos enfermeiros e a confiança transmitida pelos profissionais no domínio das suas competências” (CASTRO, VILELAS e BOTELHO (2011, p.54). Humanizar na UCI significa cuidar do doente e família, combinado conhecimentos, sensibilidades e perícia, e os profissionais de enfermagem devem estar sensíveis para os cuidados humanistas, pelo que, no seu exercício profissional, devem dar ênfase ao cuidado humano, com o objetivo de ajudar a pessoa na procura do seu equilíbrio, entre a alma, o corpo e o espírito, ou seja, o doente deve ser cuidado de forma holística (WATSON. 2002).

Ao longo de todo o período de estágio, realizei sistematicamente uma análise constante da minha prática, sustentada por uma pesquisa bibliográfica sobre as temáticas aprendidas ou sobre as realidades com que era confrontada, o que permitiu consolidar conhecimentos, adquirir e desenvolver competências, enquanto futura especialista na área da Enfermagem Médico-cirúrgica. Promovi momentos de discussão, reflexão, e partilha de saberes com os enfermeiros da UCI, sobre várias temáticas resultantes da prática de cuidados, tais como o cuidar na UCI, apoio à família, questões relacionadas com o fim de vida e a autonomia da equipa de enfermagem.

Considero que demonstrei uma atitude crítica face os problemas da prática profissional através da identificação de situações de não conformidade. Uma das situações identificada, diz respeito à norma do carro de urgência, que se encontrava desatualizada face ao novo algoritmo de reanimação e de acordo com as últimas “guidelines” de 2010. Esta ocorrência, foi sinalizada e discutida com os elementos da equipa, que referiram ter já em curso um projeto para a resolução da situação em questão.

No âmbito da prestação de cuidados, outra das situações problemáticas identificadas prendia-se com a questão da privacidade dos doentes. Verifiquei que entre as unidades dos doentes não havia qualquer dispositivo/equipamento que assegurasse a separação individual entre camas, ficando assim os doentes expostos e desprotegidos da sua intimidade durante os mais diversos procedimentos. Ao abordar esta questão com a equipa percebi que esta era uma realidade com a qual, doentes e profissionais, se viam confrontados há cerca de oito meses, pelo que desde logo esta situação me interessou pela panóplia de implicações a que a

privacidade estava envolta, procurando compreender as várias dimensões que se colocavam em torno desta problemática.

Comecei por discutir e refletir esta situação com a Enf.^a orientadora e outros elementos da equipa de saúde, e percebi, que os dispositivos de separação individual da unidade de cada doente, tinham sido retiradas devido às elevadas taxas de IACS contraídas pelos doentes internados na UCI, que devido ao criticismo da sua situação clínica, às comorbilidades que a maioria das vezes têm associadas, bem como aos vários dispositivos e procedimentos invasivos a que estão sujeitos, têm uma maior disposição a contraírem IACS (DIAS. 2010). Aliado a este facto, a UCI do HPV, dispõe de uma estrutura física com dimensões reduzidas e com limitações arquitetónicas, sendo o espaço entre as unidades dos doentes significativamente inferior a 20 m², tal como preconizado pela DGS (2003), estando, assim, reunidas as condições favoráveis à ocorrência de IACS, pois segundo os dados fornecidos pela CCI (2010), verificou-se na UCI do HPV, um surto de *Acinetobacter baumannii*, em que o conjunto das precauções básicas e específicas instituídas, não estavam a ser suficientes para minimizar e conter a transmissão deste microrganismo com relevância epidemiológica (COSTA, SILVA e NOBRIEGA. 2008).

Perante a ocorrência do surto infeccioso e a dificuldade em controlar a transmissão do mesmo, tornou-se necessário instituir medidas extraordinárias, que requereram uma colaboração multidisciplinar, do diretor clínico, da Enf.^a chefe e da equipa da CCI. Após uma decisão conjunta e deliberada, foram retiradas as proteções de separação individual da unidade de cada doente, afim de evitar o risco de contaminação por infeção cruzada, com conseqüente comprometimento da privacidade / intimidade do doente. De salientar que a tomada de decisão teve por base uma auditoria, realizada às práticas de cuidados e às estruturas físicas, para determinar a causa do surto infeccioso na UCI. Analisados os resultados, foi possível determinar que, sendo uma unidade com limitações de espaço, não assegurava a distancia mínima preconizada entre doentes infetados, e como tal as proteções de separação individual entre unidade, constituíam a principal fonte ou reservatório do agente infeccioso.

Face à problemática verificada em torno da privacidade dos doentes, esta estaria em fase de resolução a curto prazo, com a construção de novas instalações para a UCI. Esta nova unidade, ao contrário da atual, foi construída próximo do bloco operatório e da unidade de cuidados pós anestésicos/recobro, tal como preconizada pela DGS (2003), de forma a facilitar a articulação e transferência de doentes. Ainda, segundo as informações do diretor clínico, será uma unidade com compartimentos separados por divisórias (cubículos), em que são várias as vantagens face a este tipo de estrutura, nomeadamente: “ as hipóteses de infeção cruzada são menores, o nível de ruído é reduzido e os doentes conscientes ficam protegidos da constatação de incidentes registados no resto da unidade” (ATKINSON, 2009, p.4).

Segundo os dados fornecidos pela CCI do HPV, dois meses após a retirada das proteções de separação individual entre as unidades dos doentes, verificou-se uma redução de 83% no número de doentes infetados com o microrganismo responsável pelo surto infeccioso. Apesar da questão da privacidade estar seriamente comprometida, os benefícios para os doentes foram maiores ao não contraírem infeções, uma vez que “a prevenção das IACS, tornou-se um imperativo no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes da UCI” (DIAS, 2010, p.47).

Para uma melhor compreensão de toda esta situação e como subsidio teórico, realizei simultaneamente uma pesquisa bibliográfica, contemplando aspetos do controlo de infeção, da UCI e da privacidade, o que me permitiu um cruzamento de conhecimentos teórico-práticos, e posterior partilha e discussão dos mesmos com os enfermeiros da UCI.

A palavra privacidade deriva do latim, *privatus*, e significa pertença a alguém e representa um aspeto fundamental da dignidade da pessoa; é sinónimo de intimidade (DICIONÁRIO DE LINGUA PORTUGUESA, 2009, p.1104) e segundo as definições da CIPE, privacidade é um “direito do cliente” (2006, p. 96).

Reportando-nos ao ambiente hospitalar, privacidade significa “direito do cliente hospitalizado de preservar o seu corpo da exposição e manipulação de outrem, sendo que o desrespeito a este direito caracteriza a sua invasão” (PUPULIM e SAWADA, 2010, p.37). Indo de encontro a esta última definição, e segundo a Carta dos Direitos e Deveres do Doente, é também abordada a questão da privacidade, no seu décimo primeiro ponto que refere: “o doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico”.

No âmbito da prestação da prestação de cuidados, é esperado que os profissionais de saúde mantenham salvaguardada a privacidade e intimidade dos doentes de quem cuidam e segundo WOONGARA (2005), a enfermagem é uma profissão que valoriza e se preocupa com a falta de privacidade dos doentes, tanto quanto a dos próprios, sendo este um dos aspetos contemplados no Código Deontológico dos Enfermeiros, segundo o Artigo 86.^o – Do respeito pela intimidade, em que atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de : a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e intimidade da pessoa.

Existem várias definições e teorias relativas à privacidade, sobretudo no que concerne à dimensão física deste conceito e relacionado com o doente hospitalizado, envolvendo a exposição e a manipulação corporal. Segundo WATSON (2002), a privacidade deve incluir a exposição física, psíquica, bem como o segredo e confidencia da comunicação protegida. Esta teórica defende que a privacidade, como variável externa, vai influenciar o ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual do individuo.

Durante o estágio, promovi a reflexão em equipa sobre as várias dimensões da privacidade e, nos vários momentos de partilha em conjunto, denotei uma preocupação constante por parte dos profissionais de saúde, em salvaguardar a privacidade de quem cuidavam. Nas várias intervenções de enfermagem, era notório o respeito e valorização pela privacidade e intimidade do doente, sendo que a maior dificuldade dos enfermeiros, emergia da falta de recursos físicos, nomeadamente, a falta de separadores ou biombos entre as unidades, para assegurar de forma plena a privacidade dos doentes e seus familiares.

Da pesquisa bibliográfica realizada e consulta de estudos sobre as vivências dos doentes internados na UCI, gostaria só de ressaltar, que outra das consequências da falta de privacidade a que os doentes se encontram sujeitos, quando conscientes e orientados, é a exposição aos inúmeros estímulos e situações que o rodeiam, podendo por isso, observar situações marcantes e traumatizantes, tais como a degradação física do outro, a dor, o sofrimentos, a realização de procedimentos invasivos e o contato com a morte. Todos estes aspetos contribuem para que o doente se sinta assustado, fragilizado e com elevados níveis de stress, pelo que a “maioria das vivências experienciadas pela pessoa doente na UCI são de cariz negativo” (CASTRO, VILELAS e BOTELHO, 2011, p.56).

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto de UCI, permitiu-me desenvolver uma capacidade de reflexão mais profunda sobre conceitos, conhecimentos, procedimentos e intervenções, ou seja, permitiu-me repensar e a refletir sobre a essência dos cuidados de enfermagem, tendo em conta a especificidade do cuidar na UCI. Possibilitou, também o desenvolvimento e aprimorar de competências técnicas, científicas e relacionais, ao adquirir e utilizar novas metodologias de aprendizagem, permitindo ainda uma apropriação e sedimentação de saberes teórico-práticos, adquiridos no contexto desta especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Cuidar numa UCI implica um vasto conjunto de conhecimentos e um apurado sentido de discernimento do essencial e do urgente de forma a dar resposta às inúmeras exigências da pessoa em estado crítico, e respetiva família, evidenciando o “papel extremamente importante do enfermeiro enquanto agente humanizador dos cuidados numa UCI” (CASTRO, VILELA e BOTELHO, 2011, p.57). Torna-se, por isso, fundamental que a equipa de enfermagem se desenhe num perfil de “competência técnica-científica, mas também por uma presença de um olhar carinhoso, de um ouvir atento, de um tom de voz amável e de uma presença disponível” (CÔRTE-REAL, 2007, p.121).

“Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente ostomizado internado na UCI através elaboração de uma norma e da realização de uma sessão de formação”.

Relativamente a este segundo objetivo delineado para o estágio, este surgiu na sequência do levantamento das necessidades formativas da equipa, relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente ostomizado, e simultaneamente ter sido uma problemática sinalizada pela Enf.^a chefe da UCI. Foi com agrado e motivação que aceitei esta proposta, dado que é uma área que gosto particularmente e com a qual tenho experiência no meu contexto profissional, o que me permitiu mobilizar conhecimentos na área das ostomias e pela pesquisa aprofunda-los, tendo enriquecido o estudo ao direcioná-lo especificamente para os doentes ostomizados a nível intestinal, nomeadamente os doentes ileostomizados e colostomizados.

Inicialmente, para a concretização deste segundo objetivo, tinha apenas planeado a elaboração de uma norma relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente ostomizado. Contudo, verifiquei que, também, seria adequada a realização de uma sessão de formação sobre esta temática, de forma a tornar mais consistentes e com uma componente prática, os conteúdos abordados na norma. No decorrer do estágio, tive a perceção que a equipa de enfermagem era recetiva e valorizava a formação em serviço, pois era notório o seu interesse pela atualização permanente, quer pelas formações e projetos já realizados, quer pelos que estavam em fase de execução.

A este propósito, saliento a importância da formação que, devidamente adequada às necessidades dos profissionais e de cada unidade de saúde, constitui uma estratégia fundamental para a mudança e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, pois as necessidades de formação refletem também a preocupação em cuidar o outro, sendo a formação contínua a “oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida, bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de enfermagem” (HESBEEN, 2000, p.138).

Uma das primeiras atividades que realizei, foi o levantamento dos vários materiais disponíveis no serviço para a prestação de cuidados ao doente ostomizado e de seguida programei uma reunião informal com a representante do laboratório adjudicado no CHLN, de forma a conhecer a gama de produtos disponíveis, bem como os vários produtos comercializados para os cuidados ao doente ostomizado. Tive, também, uma entrevista informal com um dos elementos da comissão de escolha de produtos hospitalares, sendo que no período em que decorreu o estágio, o CHLN encontra-se em fase de escolha e/ou aquisição de novos produtos, sendo a relação qualidade/preço, o principal critério de seleção, segundo as informações fornecidas pela Enf.^a responsável.

Na continuidade do planeamento para a sessão de formação, de forma a ter conhecimento e acesso aos vários dispositivos para ostomias dirigi-me à Associação Portuguesa de Ostomizados, uma instituição que tem disponível todos os materiais dos diferentes laboratórios comercializados a nível nacional, e que, gentilmente, me cederam amostras dos vários

dispositivos para os doentes colostomizados e ileostomizados, para posterior apresentação na sessão de formação aos enfermeiros da UCI. Na Associação dos doentes ostomizados fui recebida pela Enf.^a responsável que partilhou as suas experiências e realidades profissionais, sendo que todas as informações e conhecimentos transmitidos, foram um contributo valioso para a elaboração da norma, bem como para a realização da sessão de formação. A Enf.^a Estomoterapeuta responsável pela Associação é uma profissional reconhecida pela sua competência na área da estomoterapia, devido à sua larga experiência profissional, sendo que as suas intervenções fazem a diferença e, grande parte, do seu vasto leque de conhecimentos são decorrentes da sua prática diária (BENNER. 2001).

Após uma revisão da literatura, para o enquadramento conceptual do tema e privilegiando os conhecimentos práticos sobre ostomias, elaborei então a norma de procedimento sobre os cuidados de enfermagem ao doente ostomizado (APÊNDICE I). Posteriormente, de forma a operacionalizar e sistematizar de uma forma prática e específica, todas as informações contidas na norma, elaborei o plano de sessão formação (APÊNDICE II) com os objetivos, conteúdos, duração e métodos pedagógicos utilizados, que foi apreciado e validado pela Enf.^a orientadora e pela Prof.^a tutora.

No planeamento da sessão foram considerados vários aspetos, nomeadamente o horário, tendo sido a sessão de formação marcada para as 14:30, para poderem estar presentes os enfermeiros que estariam no turno da manhã e os que viriam fazer tarde, bem como ter agendado para o mesmo dia duas formações (a minha e a de uma outra colega da especialidade simultaneamente a realizar estágio na UCI) de forma a reunirmos um maior número de formandos.

No dia 14 de junho realizei a sessão de formação sobre “os cuidados os cuidados de enfermagem ao doente ostomizado”, mas ao contrário do planeado inicialmente, esta decorreu na UCI, e não na sala de reuniões da unidade de técnicas de Gastrenterologia, para assim poderem estar presentes um maior número de formandos, que foram no total 13 enfermeiros, que corresponde a 50% da equipa de enfermagem. A avaliação imediata de todos os presentes foi bastante positiva, referindo que os conteúdos apresentados foram adequados, sucintos e com aplicabilidade na prática. Para avaliação da sessão de formação, utilizei como instrumento uma grelha de observação do comportamento dos formandos (APÊNDICE III), sendo que estes apresentaram ao longo da sessão uma atitude participativa e de interesse, através da troca de opiniões e colocação de questões, sobre os cuidados de enfermagem ao doente ostomizado.

De forma a dar sustentabilidade ao trabalho desenvolvido e permitir um consulta à posteriori dos conhecimentos transmitidos na formação, procedi à elaboração de um documento de consulta. Nesse documento inclui os slides da sessão de formação em suporte de papel (APÊNDICE IV), um estudo científico sobre a classificação e tipologia das complicações da

pele peri-estomal, e ainda, amostras dos vários materiais comercializados pelo laboratório e que poderiam ser solicitados, em condições particulares, pelo centro hospitalar. A atualização do dossier, relativamente aos dispositivos e produtos utilizados para os cuidados ao doente ostomizado, ficaram sob a responsabilidade da representante do laboratório fornecedor.

De salientar que para além deste momento formal de formação, ao longo do estágio, sempre que havia doentes ostomizados internados na UCI, procurei de uma forma informal partilhar com os enfermeiros conhecimentos e experiências relativos ao cuidar do doente ostomizado, sendo que, por diversas vezes, os enfermeiros solicitaram a minha colaboração, sendo exemplo, em doentes com complicações da pele peri-estomal, bem como para o esclarecimento de dúvidas sobre a utilização dos diversos dispositivos a utilizar nas ostomias.

Deste modo, as atividades que desenvolvi foram direcionadas para as necessidades formativas dos enfermeiros da UCI, o que me permitiu, simultaneamente, desenvolver competências no âmbito da formação, pois as competências do enfermeiro especialista envolvem também “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação e aconselhamento (...) inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010, p. 2).

Os vários trabalhos desenvolvidos em contexto de estágio, para a concretização deste objetivo, para além do seu contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao doente ostomizado internado na UCI, serão também extensíveis e com aplicabilidade ao serviço onde desempenho funções, devido à sua componente prática e direcionados para a prestação de cuidados específicos, possibilitando assim, a “incorporação da melhor evidência científica existente (...), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e referências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006, p.1).

A concluir, considero ter atingido o objetivo delineado, tendo concorrido para tal a motivação e o interesse pessoal na temática em questão, bem como a disponibilidade e predisposição da equipa de enfermagem para a formação. Todas as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de múltiplas competências, tais como a identificação de necessidades formativas, a promoção da formação em serviço, bem como o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, dotando-os de competências acrescidas nesta área de intervenção.

1.2. MÓDULO I – SU

Os serviços de urgência são direcionados para a prestação de cuidados a doentes com os mais diversos problemas de saúde de carácter urgente/emergente, o que traduz a necessidade de intervenções diversificadas, complexas e rápidas, de acordo com as várias situações de gravidade, permitindo aos profissionais ter uma perceção e influencia significativa sobre as necessidades da sociedade em termos de saúde (HOWARD. 2011).

O SU do HVFX é um serviço de atendimento que assegura a prestação de cuidados permanentes com equipas multidisciplinares e tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil, com otimização de recursos, a todos os doentes que ali recorram em situação de urgência ou emergência, garantindo competência, segurança e o respeito pela dignidade da pessoa humana (HVFX. 2011). Segundo os dados fornecidos pela Enf.^a chefe, numa reunião informal, recorrem diariamente ao SU do HVFX, cerca de 250 a 300 doentes com as mais diversas patologias, necessidades e problemas de saúde.

O SU dispõe de três áreas autónomas de atendimento aos doentes, nomeadamente a urgência geral, pediátrica e obstétrica. No âmbito da urgência geral, esta caracteriza-se ao nível de um SU Médico-cirúrgica e dispõe das especialidades de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, cardiologia e anestesiologia; e em tempo parcial, para as restantes valências existentes no hospital. Dispõe de um “Sistema de Triagem de Manchester” prévio ao atendimento e encaminhamento dos doentes para a urgência geral, pediátrica e obstétrica.

A equipa de enfermagem do SU era constituída por 46 enfermeiros, que desempenhavam funções em cinco áreas distintas, nomeadamente: triagem, balcão de atendimento, setor de observação (SO), sala de reanimação e a unidade de internamento de cuidados diferenciados. Segundo a Enf.^a chefe, a equipa de enfermagem era constituída por um grande número de enfermeiros recém formados, sendo sua preocupação realizar uma correta gestão de pessoas, de forma a assegurar o equilíbrio e competência das equipas, através do apoio, presença e coordenação em todos os turnos, de enfermeiros mais experientes. A equipa de saúde era também constituída por assistentes operacionais (AO), administrativas e por médicos, na sua maioria contratados, não existindo equipa médica residente no SU, o que conseqüentemente levava a uma grande rotatividade de médicos assistentes.

Relativamente ao método de trabalho instituído, devido à complexidade do SU, este variava consoante o setor, sendo que no SO se verifica o método individual, e nos restantes setores o método misto, o qual consiste na junção do método individual com o funcional e o de equipa. Este método verificava-se pela dificuldade em determinar a afluência de doentes a determinado setor e de ser frequente a necessidade de reorganização da equipa, implicando articulação entre todos os elementos para se conseguir dar uma resposta eficaz às necessidades sentidas,

tais como, a necessidade de enfermeiros se ausentarem do serviço para realizarem o transporte intra-hospitalar de doentes críticos.

Durante este estágio, pretendi essencialmente desenvolver competências na área da prestação de cuidados especializados, visto ser o grande domínio de atuação do enfermeiro especialista e também por ser um serviço rico em aprendizagens face à abordagem ao doente crítico, permitindo desenvolver níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. Assim, delineei dois objetivos, sendo o primeiro direcionado para a prestação de cuidados e o segundo para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do SU.

“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico em contexto de urgência / emergência, e respetiva família.

O SU é um serviço “com uma dinâmica muito própria e bem diferente de um serviço de internamento” (NUNES, 2007, p.8), em que os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem, com elevado número e rotatividade de doentes, com necessidades de intervenções de enfermagem rápidas, dirigidas e por vezes complexas, sendo que, tal como nos diz ALMINHAS (2007, p.57) a enfermagem de urgência consiste na “prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. A Enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado”.

A minha integração no SU foi feita de forma progressiva, começando por conhecer e perceber a dinâmica de funcionamento, através da observação e colaboração na prestação dos cuidados de enfermagem, nas várias áreas de intervenção. O conhecimento da estrutura física, dos recursos materiais disponíveis e da estrutura organizacional, bem como o esclarecimento de dúvidas com a equipa, foram também contributos importantes para me sentir gradualmente mais integrada no serviço e instituição hospitalar. De salientar que a falta de protocolos e normas, foram uma dificuldade sentida no processo de integração, uma vez que desconhecia a estrutura organizacional, normativa e funcional da instituição.

Considero que me integrei facilmente no SU, apesar da equipa de saúde estar a passar por uma fase de readaptação às novas políticas de gestão, bem como a reorganizar e redefinir dinâmicas de trabalho, sendo que me atrevera a dizer, que foi um processo de integração partilhado com a equipa de saúde do SU. A sala de tratamentos tinha sofrido obras de remodelação recentemente, apresentando agora uma estrutura ampla, com luz natural, contrariamente ao que tinha conhecido meses antes, aquando da primeira visita ao serviço, tornando-se por isso um espaço agradável e com as condições físicas adequadas e para a prestação de cuidados neste setor.

A fase de mudança em que o HVFX se encontrava era notória, sendo que a instituição atravessava uma fase de “destruição criadora” (MOURA, 2009, p.11), ou seja, estava numa fase de transformação dos padrões de gestão, bem como de mudança organizacional de estruturas, processos e métodos de trabalho, com vista a introduzir melhorias institucionais e readquirir a homeostasia organizacional. A nova direção hospitalar, defendia a melhoria significativa da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos doentes e famílias, incentivando e valorizando o crescimento profissional, através da entreajuda, da formação e do reconhecimento de capacidades técnicas e humanas dos profissionais da instituição.(HVFX. 2011).

Através de conversas informais com os vários elementos da equipa de saúde e a avaliar pelo número de formações a decorrer e agendadas pelo centro de formação, percebi que a nova direção hospitalar apostava em profissionais cada vez mais formados e competentes no desempenho das suas funções, sendo que no âmbito da formação em serviço, durante o período de estágio tive a oportunidade de assistir a duas formações, nomeadamente: “o transporte intra-hospitalar do utente não crítico no SU” e “Via Verde AVC”. Considero que a formação em serviço é essencial na atualização de conhecimentos e na melhoria das práticas de enfermagem, pois, tal como nos diz PAIXÃO (2009, p.42) a “formação consubstancia uma importante parte das nossas preocupações no sentido de desenvolver novas competências e qualificações”.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de colaborar e prestar cuidados em todas as áreas de intervenção do SU, sendo que na unidade de internamento de cuidados diferenciados a minha permanência foi de curta duração e apenas na sequência do agravamento do quadro clínico do doente crítico. De forma a perceber o circuito do doente no SU, comecei por centrar a minha atenção no processo de admissão e triagem realizado pelos enfermeiros e que tem como objetivos principais a avaliação inicial do doente, através do registo e valorização dos sinais e sintomas apresentados, de forma a estabelecer prioridades de atendimento, pelo que se torna fundamental dispor de um sistema de triagem inicial que, “de uma forma objetiva [...] promova o atendimento médico em função do critério clínico e não do administrativo ou da simples ordem de chegada ao SU” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.14).

Da observação e colaboração com a equipa de enfermagem neste primeiro sector de atendimento ao doente, percebi que a admissão do doente através Sistema de Triagem de prioridades de Manchester é, sem dúvida, facilitador da tomada de decisão por parte do enfermeiro, através da seleção dos vários fluxogramas consoante a queixa inicial e a avaliação do doente. Em situações de grande afluência de doentes à urgência, o processo de triagem torna-se mais redutor e mecanizado, tornando-se difícil o enfermeiro ter uma visão holística do doente e família, devido às exigências de um atendimento rápido para redução dos tempos de espera.

O Sistema de Triagem de prioridades de Manchester “trata-se de um sistema de apoio à decisão, que identifica a prioridade clínica e define o tempo recomendado até à observação pelo médico” (FERNANDES, 2010, p.33), permitindo assim uniformizar procedimentos de encaminhamento e assistência do doente, tendo por base a gravidade da situação clínica apresentada.

Na prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família, em contexto de urgência, uma das dificuldades com que me deparei inicialmente, foi a falta de dados que possuía sobre a situação/história clínica de cada doente, bem como as respetivas intervenções, terapêutica ou exames a realizar, uma vez que desconhecia o sistema informático “Alert” e não tinha experiência profissional de SU, pois tal como nos diz BENNER (2001, p.33) “o conhecimento prático desenvolve-se com o tempo, [...] e é necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer”. O trabalho em equipa desenvolvido com os enfermeiros mais experientes do serviço, a partilha de experiências e o aprofundar de conhecimentos teórico-práticos, na área da enfermagem de urgência e emergência, permitiram-me assim melhorar o meu desempenho. Gradualmente, fui desenvolvendo a minha capacidade de organização, raciocínio e tomada de decisão, de forma a que as minhas intervenções fossem adequadas, individualizadas e de acordo com as necessidades prioritárias de cada doente. Foi sempre minha preocupação, realizar uma avaliação inicial cuidadosa, bem como proceder a uma avaliação contínua das intervenções realizadas e vigilância de possíveis sinais e sintomas do agravamento do estado do doente, pois o enfermeiro de urgência tem a capacidade e autonomia para “decidir a extensão da avaliação, baseando-se no estado do doente no momento, na queixa principal e nos fatores ambientais, sendo que um enfermeiro experiente norteia-se por um elevado grau de suspeita para decidir sobre que avaliação fazer e com que periodicidade” (HOWARD, 2011, p.88).

No período de estágio, foram várias as experiências e situações em que tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes em situação crítica, nomeadamente doentes com enfarte agudo do miocárdio, em edema agudo do pulmão e politraumatizados, o que para mim se tornou um desafio, pela complexidade de conhecimentos teórico-práticos que tive de mobilizar, pela necessidade criteriosa e rápida de uma tomada de decisão, e pela necessidade efetiva de uma intervenção eficaz de todos os elementos da equipa, presentes na sala de reanimação. Uma das dificuldades sentidas ao nível da prestação de cuidados na sala de reanimação foi a falta de normas e protocolos, uma vez que estes são fundamentais como guias orientadoras para os profissionais de saúde, pois tal como nos diz FERNANDES (2010, p. 31) os protocolos de atuação têm o objetivo de “uniformizar os cuidados de saúde, facilitar a tomada de decisão e reduzir os riscos (...) e ainda melhoram a qualidade assistencial no âmbito da efetividade, eficiência e satisfação”.

Na abordagem ao doente crítico, considero que tive um bom desempenho, demonstrando capacidade e conhecimentos atualizados para intervir perante situações imprevistas e complexas, nunca descurando a vertente relacional, dando especial atenção à família, que nestas situações de crise precisa, também, de ser apoiada e cuidada, uma vez que na fase aguda da doença, os cuidados de enfermagem devem “centra-se em dar segurança, aumentar a proximidade do doente e da família, tratar de informação, facilitar o conforto e reforçar o apoio” (HANSON, 2005, p.313).

Em todo o processo da prática de cuidados no SU, tive a preocupação abordar a família do doente, no intuito de lhes transmitir informações sobre a situação clínica do seu familiar, tendo sempre em consideração o meu âmbito de competências enquanto enfermeira, demonstrando em todo o processo comunicacional, uma atitude de escuta, compreensão e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. Deparei-me também, com situações de comunicação de más notícias, associadas ao diagnóstico de uma doença neoplásica e morte de doentes, em que tive uma intervenção efetiva e interventiva, não sentindo dificuldade na transmissão de más notícias e recorrendo-me de estratégias comunicacionais recomendadas, adequando-as à situação específica de cada doente e sua família, uma vez que “as más notícias são percebidas por diferentes pessoas com níveis e intensidades distintas, pois são do domínio subjetivo, dependentes das experiências de vida individuais, da personalidade, das crenças filosóficas e espirituais, da perceção do seu suporte social e da sua robustez emocional” (JESUS, 2007, p.2).

Atualmente a diversidade cultural é uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade, e como tal, no decorrer do estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes e famílias, de diferentes nacionalidades, línguas e crenças religiosas, pelo que foi fundamental lembrar os pressupostos da enfermagem transcultural defendidos por Madeleine Leininger, que destaca a importância do enfermeiro compreender e conhecer as crenças de saúde/doença de cada doente e família, de forma integral e realizar intervenções adequadas, responsáveis e culturalmente congruentes (TOMEY e ALLIGOOD. 2004).

No cumprimento e respeito pelas questões ético-legais, fez também parte da minha conduta, o respeito pelos doentes pertencentes a grupos ou subculturas, tais como seropositivos, toxicodependentes, sem abrigo e homossexuais, evitando estereótipos, valorizando e integrando todos estes aspetos no meu cuidar, numa tentativa de abordar a diversidade de uma forma “positiva, não preconceituosa e sensível” (HOWARD, 2011, p.35).

Em todas as minhas intervenções, valorizei o respeito pela dignidade humana, ao prestar cuidados de enfermagem específicos e individualizados, consciencializando-me sempre da importância do respeito pela diferença e tendo sempre presente a relevância do código deontológico, que diz no seu Artigo 81.º - Dos valores Humanos: O enfermeiro assume o dever

de: a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus critérios e valores no âmbito da consciência e filosofia de vida.

No decorrer do estágio, deparei-me com várias situações que requereram uma intervenção dos vários grupos profissionais, particularmente em situações com doentes idosos, que pela multiplicidade de problemas físicos, psicológicos, familiares e sociais, exigiam intervenções multidisciplinares, sendo exemplo, o apoio da assistente social, no planeamento da alta hospitalar e articulação com a comunidade. Perante as várias situações vivenciadas, considero que demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, solicitando sempre que necessário a intervenção dos vários profissionais de saúde, de forma a que o doente e família, vissem as suas necessidades satisfeitas da forma mais individualizada e especializada.

Em contexto de urgência, os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros devem assentar, fundamentalmente, num trabalho de equipa, numa perspetiva de interdisciplinaridade, em que todos os membros integrantes da equipa trabalham com um mesmo objetivo comum: dar resposta às necessidades de saúde do doente, fazendo-o com eficiência e qualidade, incluindo a família nos seus planeamentos terapêuticos, de forma a “prestar cuidados de saúde não fragmentados, holísticos, humanos e sensíveis” (HANSON, 2005, p.313).

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem identifiquei duas situações de não conformidade relacionadas com a segurança dos cuidados, nomeadamente ao nível da manipulação de corto perfurantes por parte dos enfermeiros e a questão da higiene das mãos dos vários profissionais. A segurança é um aspeto fundamental e essencial à qualidade dos cuidados de saúde e para a promoção da mesma são necessárias um conjunto de medidas, entre as quais a “segurança ambiental e a gestão do risco (o que inclui o controlo de infeção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos e a manutenção de um ambiente de cuidados seguros)” (OE, 2010, p.7).

A gestão do risco passa pela consciencialização e intervenção ativa de cada um dos profissionais de saúde. No decorrer do estágio procurei incentivar um pensamento crítico sobre as várias situações de risco a que profissionais e doentes se encontravam expostos, levando a uma reflexão sobre o que fazem e o modo como o fazem, encontrando alternativas para uma prática diária com mais segurança para todos.

Relativamente à gestão do risco, através da observação e colaboração com a equipa na prestação de cuidados, foi possível apurar que os enfermeiros se encontrava-se expostos a um elevado risco de picada devido aos dispositivos de punção venosa periférica não conferirem

proteção, bem como o número de recipientes para corto perfurantes disponíveis, nos diversos setores de intervenção, serem reduzidos. Face a estas duas situações identificadas, delineei estratégias de intervenção. Comecei por sinalizar esta problemática à Enf.^a coordenadora e com a devida autorização, procedi à colocação de recipientes corto-perfurantes em maior número na sala de tratamentos, distribuindo-os por locais de fácil acesso para os enfermeiros (carros de apoio), bem como nas unidades destinadas à administração de injetáveis, assegurando assim que os profissionais pudessem descartar imediatamente e com segurança os dispositivos corto perfurantes. Outra das atividades desenvolvidas, passou pela apresentação e demonstração à equipa de enfermagem, de materiais de punção com conferiam proteção, reduzindo assim, riscos aquando da manipulação de corto perfurantes. Estes dispositivos foram também apresentados à Enf.^a chefe e à Enf.^a da comissão de escolha de produtos, que se mostraram sensibilizadas face à implementação de dispositivos/mecanismos de segurança para os profissionais do SU.

A promoção de momentos de reflexão em equipa, sobre as situações da prática diária que comportam riscos para os profissionais, através da manipulação de corto perfurantes e consequente risco de contaminação com fluidos orgânicos contaminados, permitiu, os enfermeiros reconhecerem e compreenderem que há procedimentos de risco para os próprios que podem ser evitados. Contudo um controlo de riscos efetivo requer “a implementação de um manual de procedimentos sobre formas seguras de inutilizar as agulhas usadas, o treino dos profissionais que as manipulam, uma provisão suficiente de contentores de agulhas e um sistema e registo e monitorização dos acidentes” (WILSON, 2003, p.63).

Através da reflexão em equipa das situações de risco presenciadas, relativamente à manipulação de corto perfurantes, considero ter conseguido sensibilizar os enfermeiros do SU para esta problemática, levando-os a refletir sobre as formas de melhorarem os sistemas de trabalho seguro, direcionando-os também para as situações de emergência. A prevenção da ocorrência de eventos adversos deve ser uma preocupação na prática diária do desempenho dos enfermeiros, bem como de todos os profissionais de saúde e da própria instituição hospitalar.

No decorrer do estágio, a minha conduta de boas práticas no âmbito da prevenção e controle de infeção esteve sempre presente, estando particularmente desperta para as IACS. Uma das situações que me suscitou particular atenção foi a questão relacionada com a higiene das mãos dos profissionais, uma vez que esta é uma das medidas com forte impacto na redução das IACS, pelo que o simples gesto de “higiene das mãos está no cerne das precauções básicas e é indiscutivelmente a medida isolada mais eficaz no controlo de infeção. As precauções básicas criam um ambiente limpo e promovem a segurança dos doentes a um nível primário” (DGS, 2009, p.5).

Ao realizar uma análise crítica às práticas de higiene das mãos, tendo por base a observação atenta às várias oportunidades e momentos indicados para se proceder à higienização das

mãos, percebi que os vários profissionais de saúde descoravam este procedimento, principalmente nos cuidados entre doentes. Após ter identificado a necessidade de sensibilizar a equipa para a importância deste ato, a minha primeira intervenção foi contactar o Enf.º da CCI, para conhecer os programas em curso e lhe manifestar o meu interesse em colaborar na área do controlo e infeção, particularmente no contexto de SU. Contudo, através das reuniões informais com o Enf.º responsável, percebi que a CCI do HVFX também se encontrava em fase de reestruturação, para futuramente definir e estabelecer um programa de intervenção adequado e coerente a nível institucional. Perante a impossibilidade de uma colaboração mais efetiva e em parceria com a CCI, defini então algumas estratégias de intervenção para alertar os profissionais do SU para a importância de higienização das mãos.

Comecei por identificar a existência de um número insuficiente ou inexistente de Soluções Antissépticas de Base Alcoólica (SABA) nas diversas áreas de cuidados, bem como a inexistência de doseadores nos respetivos frascos. Esta necessidade foi sinalizada à Enf.ª coordenadora, que se mostrou receptiva à minha sugestão de aumentar o stock de ambos. Após a efetivação do pedido, contatei os serviços farmacêuticos de forma a agilizar o processo de fornecimento dos SABA e respetivos doseadores. Posteriormente, estes foram colocados em todas as áreas de intervenção do SU, com particular incidência e em maior número na zona dos balcões, disponibilizados em local estratégico para o uso simultâneo de profissionais, doentes e acompanhantes.

Ao longo do período de estágio, através de conversar informais com os vários elementos da equipa de saúde, procurei alertar e motivar a equipa para a importância da higienização das mãos como uma das mais simples medidas de prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

A implementação de medidas mais efetivas para a melhoria da higiene das mãos dos profissionais de saúde no SU, e respetiva instituição hospitalar, seria conseguida através da adesão à campanha das mãos, uma vez que as estratégias multimodais para a higiene das mãos constituem a abordagem mais eficaz para a promoção e melhoria desta prática, com resultados bastante positivos. A adesão a esta campanha exige contudo um projeto estruturado e um compromisso de todos os profissionais do serviço e instituição, e como elementos chave inclui “a formação de profissionais e programas de motivação, adoção de produtos para a higiene das mãos à base de álcool como critério de referência, utilização de indicadores de desempenho e forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, tais como gestores de topo, os gestores intermédios e os prestadores de cuidados” (DGS, 2009, p.6).

Ainda do decorrer do estágio tive a oportunidade de participar nas IV Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infeção, que tiveram lugar no dia 4/11/11. Relevo este evento científico como mais um percurso de aprendizagem, numa dinâmica de auto formação, que me permitiu adquirir e articular conhecimentos, conhecer resultados de estudos apresentados e, ainda

refletir em torno de conteúdos que integrei e abordei no decorrer do estágio. A participação nestas jornadas, possibilitou também a aquisição e recolha de folhetos sobre a “técnica sequencial de higienização das mãos” e os “5 momentos para a Higiene das mãos”, entre outros documentos, com estudos científicos e informações do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, que foram disponibilizados ao Enf. da CCI, bem como deixadas cópias em locais estratégicos, de forma divulgar a informação junto dos vários profissionais do SU.

“O controlo de infeção representa uma parte importante do controlo de riscos, uma vez que cuidar de forma segura dos doentes, do equipamento e dos fluidos orgânicos é fundamental para prevenir que doentes e profissionais contraíam infeções no hospital” WILSON (2003, P.63), pelo que ao longo do estágio tive a preocupação de alertar e sensibilizar os vários profissionais do SU para esta problemática, aquando da prestação de cuidados ao doente, família e comunidade.

“Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do SU no âmbito da comunicação de más notícias”.

O desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro é fundamental para a construção da sua identidade profissional e para se atingir a excelência dos cuidados. Considero que neste âmbito, o enfermeiro especialista assume um papel preponderante, onde se espera que contribua no crescimento profissional dos seus pares de forma a possibilitar a construção de uma equipa de enfermagem competente, madura e em constante crescimento, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados (ABREU. 2007).

Num serviço de urgência, os profissionais de saúde vêm-se frequentemente confrontados com situações de transmissão de más notícias, associadas a diagnósticos, prognósticos bem como situações de morte, sendo que este tipo de comunicação inclui-se entre nas intervenções mais difíceis no desempenho dos profissionais de saúde.

Uma má notícia define-se como “uma informação que produz uma alteração negativa nas expectativas da pessoa acerca do seu presente e/ou futuro, afetando o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa que a recebe durante algum tempo após a sua receção” (JESUS, 2007, p.1) pelo que, em situações que profissionais de saúde se vêm confrontados com a necessidade de transmitir más notícias a doentes e/ou familiares, são necessárias habilidades e competências comunicacionais que exijam o uso cauteloso “da palavra e do silêncio, o próprio vivenciar dos que nela participam, rumo à atitude empática, recetiva, aberta, tranquilizante de quem «sente» mais do que «sabe» o que está a acontecer a outrém...”(CERQUEIRA e GOMES, 2005, p.57). Deste modo, a comunicação de uma má

notícia, pela sua subjectividade e componente emocional, é um ato difícil e complexo, que gera conflitos internos nos profissionais de saúde, pois constitui um ato ético e legal, mas acima de tudo um ato inquestionavelmente humano, onde a verdade e a esperança devem estar sempre presentes.

A definição deste segundo objetivo de estágio, surgiu no seguimento das várias situações por mim vivenciadas, bem como pela equipa, em houve a necessidade de transmitir más notícias a doentes e seus familiares. Após uma reflexão pessoal sobre o impacto que a transmissão de más notícias teve no doente, família e/ou profissionais de saúde e posterior reflexão com a Enf.^a orientadora, percebi que esta era uma área que representava fragilidade para equipa de enfermagem. Da reunião informal com a Enf.^a chefe do serviço e com Enf.^a responsável pela formação, tomou-se então a decisão de abordar a questão da comunicação de más notícias, uma vez que esta tinha sido uma das necessidades formativas já referenciadas pela equipa do SU. Assim, ao elaborar este objetivo pretendia desenvolver atividades que contribuíssem para o crescimento da equipa de enfermagem, zelando para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da comunicação de más notícias e, simultaneamente, desenvolver competências pessoais nesta área, de forma a aprofundar os conhecimentos já adquiridos em contexto académico e profissional.

A formação continua assume um papel fundamental no aperfeiçoamento da prática de enfermagem e impõe-se ao longo do desenvolvimento profissional do enfermeiro, estando contemplada no Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 88º, na alínea c), que refere que o enfermeiro para atingir a excelência do exercício profissional, deve manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Uma das competências do enfermeiro especialista é promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, contemplando, não só a identificação de necessidades formativas da equipa, mas também capacidade de promover a formação em serviço, utilizando competências pedagógicas, que permitam captar e motivar a equipa de forma a se gerar mudança de comportamentos e atitudes, contribuindo assim para uma melhoria efetiva dos cuidados assistenciais prestados.

De forma a envolver e divulgar junto dos enfermeiros o trabalho que estava a realizar no âmbito do estágio, através de conversar informais, fiz um levantamento sobre as principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem quando se via confrontada com a necessidade de comunicar más notícias a um doente e/ou família e quais os sentimentos que a transmissão de más notícias causavam no próprio, obtendo respostas de 92% do número total de enfermeiros do SU.

Entre as dificuldades referidas pela equipa de enfermagem em comunicar más notícias, salientaram-se: a inexistência de espaço adequado, encontrar as palavras certas, gerir os silêncios, lidar com as reações emocionais de doente e família, falta de apoio psicológico e por último dificuldade na articulação com a equipa médica. Relativamente aos sentimentos experienciados pelos enfermeiros, aquando da transmissão de más notícias, destacaram-se a angústia, a ansiedade, o medo, a fuga e/ou desresponsabilização, a impotência, a tristeza, a frustração e a insegurança.

Os dados obtidos foram transmitidos e analisados com a Enf.^a chefe do SU, e tomou-se a decisão de planejar uma sessão de formação (APÊNDICE V), com adequação dos conteúdos face às necessidades verificadas. De forma a elucidar e promover a componente prática, planeia a apresentação de três excertos de filmes, com situações de transmissão de más notícias em contexto de doença e morte. A sessão de formação, subordinada ao tema “comunicação de más notícias” realizou-se no dia 7/11/11, às 14h, estando apenas presentes 15% do número total de elementos da equipa de enfermagem, sendo que a avaliação global realizada pelos presentes foi de muito bom, à exceção do item correspondente à divulgação da sessão de formação, que os formandos classificaram de bom e suficiente respetivamente (APÊNDICE VI).

Nos dias que se seguiram à formação, tive a preocupação de abordar os restantes enfermeiros que não estiveram presentes na sessão para lhes transmitir os conteúdos abordados e distribuir um folheto com as ideias chave, que abordava estratégias comunicacionais e dava particular relevância ao protocolo de *SPIKES*, que estabelece seis etapas e constitui um guia orientador para a comunicação de más notícias (BUCKMAN. 2005). Efetivei, também, um documento escrito sobre a comunicação de más notícias, com a fundamentação teórica da temática desenvolvida e com os slides da sessão de formação (APÊNDICE VII), o que considere ser um suporte teórico para os profissionais do serviço, bem como para os estudantes de enfermagem, permitindo assim dar uma sustentabilidade e continuidade ao projeto desenvolvido.

Da reflexão que faço, relativamente às atividades desenvolvidas, considero que todas elas foram conducentes à concretização do objetivo proposto, contudo não suficientes para obter o sucesso desejado junto da equipa, devido ao conjugar de várias aspetos e condicionantes, sobretudo ao nível da motivação dos enfermeiros do SU e planeamento da sessão de formação.

Relativamente ao planeamento da sessão de formação, começo por destacar a indisponibilidade do centro de formação, para a marcação de duas sessões, em dias e horários diferentes, para assim poder abranger um maior número de formandos. Para além disso, depreendo que as estratégias utilizadas para motivar e divulgar a sessão de formação junto da

equipa se mostraram pouco eficazes e insuficientes, face às características e dimensões da equipa. Deste modo, em sessões de formação futuras terei que repensar e adotar estratégias de planeamento mais efetivas e mais direcionadas para a especificidade da equipa, para deste modo conquistar a motivação dos formandos e atingir com o sucesso desejado, os objetivos da sessão de formação.

Outra das limitações desta sessão de formação foi a própria temática em si não ser facilitadora de uma disposição emocional por parte dos formandos, uma vez que a transmissão de más notícias é “uma realidade que acarreta aos enfermeiros e outros profissionais grandes dificuldades e receios” (CALDEIRA e RIBEIRO, 2008, p.47). A acrescentar, também, o fato da equipa de enfermagem estar a atravessar uma fase de reorganização e consequente instabilidade, face às mudanças organizacionais a decorrer no hospital.

Outro aspeto que gostaria de salientar, é o fato de enquanto aluna da especialidade não ser reconhecida pela competência na área da comunicação de más notícias. Só é possível tornarmo-nos peritos numa determinada área quando a experienciamos, sendo que a “perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expetativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (BENNER, 2001, p. 32), pelo que a minha experiência profissional e os conhecimentos teóricos que possuía, não me conferem a experiência necessária para um reconhecimento na área da comunicação de más notícias.

Apesar das limitações e dificuldades supracitadas, considero que no decorrer do estágio, ao promover momentos de reflexão em grupo e partilha de experiências com os enfermeiros no âmbito da comunicação de más notícias, consegui sensibilizar a equipa de enfermagem para esta temática, sendo o trabalho desenvolvido um contributo para que as más notícias possam ser recebidas pelos doentes e famílias, de uma forma mais adequada e o menos dolorosa possível.

Numa reflexão mais profunda e avaliando o meu desempenho, considero que as várias atividades desenvolvidas contribuíram para um crescimento pessoal e desenvolvimento de competências cognitivas, pedagógicas, comunicacionais e motivacionais, e que ao nível da equipa de enfermagem do SU consegui promover a reflexão e introspeção de cada um dos enfermeiros sobre o “seu estar, sentir e pensar” relativamente à comunicação de más notícias, uma vez, que em todo o processo comunicacional é fundamental aprender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as nossas emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras do outro provocam em nós (PHANEUF. 2005).

1.3. MÓDULO III - CCI

As noções básicas e iniciais de controlo de infeção remontam ao tempo de Florence Nightingale, que através do entendimento histórico das suas ações e precauções, norteou um trabalho de valorização e desenvolvimento aprofundado dos princípios gerais de prevenção e controlo de infeção em serviços de saúde.

Os cuidados de saúde submetem os doentes a riscos de infeção cada vez maiores, sendo que as infeções “contraídas em consequência de tratamentos, hospitalares ou não, têm consequências importantes, tanto para os doentes atingidos como para as instituições envolvidas” (WILSON, 2003, p.61). As IACS são cada vez mais preocupantes tanto em meio hospitalar como no ambulatório, havendo por isso uma necessidade imperiosa em sensibilizar e dinamizar as equipas para práticas que, para além da prevenção e controlo das infeções, promovam um ambiente saudável nas unidades de saúde.

A CCI é um órgão de assessoria técnica de gestão do Conselho de Administração, devendo dispor de meios humanos, físicos e financeiros adequados ao cumprimento das suas funções, sendo a sua implementação obrigatória em todas as unidades de saúde. De acordo com a Circular Normativa Nº: 18/DSQC/DSC (2007), a CCI deve ser constituída por um núcleo executivo (composto por um coordenador, um Enf. de controlo de infeção e apoio administrativo), um núcleo de apoio técnico e um consultivo e um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação. Os profissionais de saúde que são integrados nos núcleos referidos anteriormente, são nomeados pelo órgão de gestão da unidade de saúde, e devem manifestar competências, sensibilidade e interesse por esta temática.

Os membros que constituem o órgão executivo têm por função a gestão do Plano de Operacionalização de Prevenção e Controlo de Infeção e devem possuir formação adequada para gerir o programa e interagir com os profissionais dos serviços. Para além do núcleo executivo, a CCI possui um órgão consultivo que articulam entre si, sendo composto por membros responsáveis pelos serviços farmacêuticos, aprovisionamento, instalações e equipamentos, contribuindo para a concretização do plano de operacionalização e controlo de infeção e para a resolução de problemas identificados.

Os principais objetivos da CCI passam por prevenir, detetar, avaliar e controlar as infeções na instituição hospitalar, através da vigilância epidemiológica (VE) e na elaboração de normas e recomendações para a prevenção e controlo da infeção. Outra das áreas nobres da comissão é a colaboração em ações de formação/informação direcionadas a todos os profissionais prestadores de cuidados, bem como a participação nas áreas de consultadoria e apoio, através da emissão de pareceres (CCI. 2011).

A CCI do HPV situa-se no primeiro andar do edifício do centro de formação, sendo a sua estrutura física constituída por duas salas. A equipa é constituída por duas enfermeiras, um médico infeciologista, três médicos assistentes de diferentes especialidades e uma administrativa. A comissão tem como objetivos a prevenção e o controlo das infeções na instituição, articulando-se com os vários departamentos, serviços e unidades funcionais. Simultaneamente, realiza um trabalho de parceria com a CCI do Hospital de Santa Maria, ao nível da formação e uniformização de procedimentos na âmbito da prevenção e controlo da infeção, de acordo com a realidade de cada instituição. O plano de ação da CCI é delineado em função das várias necessidades e realidades institucionais, tendo por base as diretrizes e objetivos do Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI).

Após uma entrevista com as enfermeiras responsáveis pela CCI e em parceria com estas, projetei os meus objetivos de estágio, valorizando as necessidades da comissão, bem como as preferências pessoais e profissionais. Assim, delineei três objetivos que passo a apresentar e descrever de forma individualizada.

“Desenvolver competências ao nível da prevenção e controlo de infeção”.

Para a concretização deste primeiro objetivo, comecei por me integrar na comissão através do conhecimento da sua organização, dinâmica e funcionamento, pelo que consultei o plano e relatório de atividades da CCI e atualizei conhecimentos relativos às normas e protocolos emanados pela comissão. Tive a oportunidade de colaborar nas diversas áreas de intervenção, através da participação nas diferentes atividades desenvolvidas pela equipa da CCI, sobretudo na VE, na formação dos profissionais de saúde e na campanha de higiene das mãos.

A consecução deste objetivo decorreu durante todo o período de estágio, onde a pesquisa bibliográfica, o estudo e o esclarecimento de dúvidas com a equipa, foram uma constante, pois esta era uma área em que apenas possuía conhecimentos teóricos, sem o confronto com a prática, que se vive diariamente numa CCI. Assim, procurei informar-me e integrar-me ativamente nas atividades e projetos da CCI, tendo sempre presente um espírito de iniciativa e criatividade.

A VE constitui uma “ferramenta essencial para avaliar o desempenho das instituições de saúde com respeito à prevenção das infeções nosocomiais e segurança do doente” (PINA, SILVA e FERREIRA, 2010, p.3) e consiste na recolha, registo, análise, interpretação e divulgação de dados referentes a doentes e infeções, processos ou eventos adversos não infecciosos, com o intuito de implementar medidas adequadas à prevenção e controlo, através do aconselhamento de estratégias de atuação em casos de surtos de infeção/colonização de microrganismos epidemiologicamente importantes, bem como recomendar as medidas de proteção e/ou isolamento necessárias. A VE define-se como um processo de observação contínua, ativa e

sistemática da ocorrência e distribuição da doença numa determinada população, sendo uma das atividades desenvolvidas pela CCI, e tem como fonte de dados, o laboratório de microbiologia que fornece diariamente todos os resultados positivos, através do programa informático que gera alertas, designado por “*Clinidata XXI*”.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de colaborar com a Enf.^a em todo este processo de VE e, sempre que necessário, deslocávamo-nos aos serviços para completar os dados relativos ao processo infeccioso do doente, bem como para informar e/ou recomendar as precauções necessárias para contenção do microrganismo e evitar a sua transmissão cruzada. Este contato com a equipa de cada serviço era, preferencialmente, estabelecido com os enfermeiros e médicos elos de ligação com a CCI. As deslocações aos serviços, constituíam também momentos de formação informal com a equipa de saúde, através da partilha, análise e esclarecimentos de situações relacionadas com as IACS.

Outra das áreas de intervenção da CCI é “planear, implementar e monitorizar o programa anual de formação/informação que abranja todos os grupos de profissionais da saúde, incluindo a formação dos profissionais em fase de integração” (COSTA, SILVA e NORIEGA, 2008, p.9). De acordo com as diretrizes do PNCI, a CCI do HPV definiu um plano de formação a nível institucional, para os vários grupos profissionais, incidindo particularmente nos profissionais recém admitidos, sendo este programa formativo realizado em parceria com o centro de formação.

No período de estágio tive a oportunidade de assistir a uma sessão de formação realizada para as AO sobre as “precauções básicas em controlo de infeção”. Este grupo de profissionais, maioritariamente constituído por elementos sem conhecimentos prévios na área da saúde, assume por parte da CCI um carácter prioritário na realização de formação ao nível da prevenção e controlo da infeção. Contudo, outros grupos de profissionais são alvo das sessões de formação e sensibilização por parte da CCI, nomeadamente os estudantes de medicina e os enfermeiros. Assim, no âmbito das atividades formativas desenvolvidas pela equipa de enfermagem, tive a oportunidade de colaborar e participar na preparação de futuros cursos a lecionar, desenvolvendo assim, competências pedagógicas. Colaborei com as enfermeiras da CCI na organização, planeamento e elaboração dos vários documentos formativos necessários, bem como na seleção dos conteúdos e técnicas pedagógicas a adequar a cada um dos diferentes grupos profissionais de formandos.

Como formanda tive a oportunidade de assistir a uma sessão de “formação para formadores em prevenção e controlo da IACS”, com uma carga horária de oito horas e que abordava os seguintes conteúdos programáticos: o papel do Enf. elo de ligação na formação em serviço, métodos pedagógicos a utilizar; métodos de avaliação de conhecimentos nos respetivos serviços; e por último, os aspetos relevantes a incluir na formação, nomeadamente as

precauções básicas, as precauções baseadas na via de transmissão, descontaminação de matérias e equipamentos e descontaminação das unidades dos doentes. Um dos objetivos desta formação era capacitar os vários enfermeiros elos de ligação com a CCI, para que de uma forma orientada e uniformizada, promovam a formação em serviço na área do controlo e infeção hospitalar, pois profissionais competentes e formados saberão melhor cuidar e supervisionar quem ao seu lado cuida. A formação para além de aumentar a adesão dos profissionais às boas práticas recomendadas nas normas “assume um papel fundamental na sensibilização dos profissionais promovendo uma cultura institucional de controlo de infeção” (CCI, 2010, p.14).

Ao longo do período de estagio tive também a possibilidade de colaborar com a equipa da CCI, na campanha de higiene das mãos, uma campanha de âmbito nacional iniciada em 2008, inserida no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS da Direção Geral de Saúde. Esta campanha tem como objetivo prevenir as IACS, através de um gesto simples e económico, e tem como mensagem de base a frase “medidas simples salvam vidas”; preconiza entre outras ações, “a higiene das mãos como uma das medidas que mais impacto tem na redução daquelas infeções, na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na redução dos custos associados a estas problemáticas” (DGS, 2009, p.3), assegurando assim uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

No âmbito das recomendações sobre a campanha de higiene das mãos, realizei previamente uma pesquisa bibliográfica sobre as diretrizes emanadas, através da leitura dos vários manuais, complementando todas estas informações com o esclarecimento de dúvidas com as enfermeiras da CCI. Posteriormente tive a oportunidade de colaborar nas auditorias realizadas, em dois serviços aderentes a esta campanha, e no respetivo tratamento informático dos dados recolhidos pela observação. Colaborei, também com a equipa da CCI, na análise e discussão dos resultados obtidos nos vários momentos da higienização das mãos e na adesão de cada grupo profissional, de forma a estabelecer e implementar medidas de melhoria de boas práticas de higiene das mãos a nível institucional. Nesta campanha, que incide na lavagem das mãos como uma ação fulcral dos cuidados, torna-se fundamental a sensibilização aos vários grupos profissionais para a importância deste ato, assumindo a formação um papel crucial neste aspeto, no entanto, a identificação de fatores para a não adesão é outra medida a ter em conta, para promover a mudança de atitudes e comportamentos, em benefício dos doentes.

Relativamente à área de consultadoria e apoio, tive a oportunidade de participar numa das reuniões da comissão de escolha de produtos e equipamentos hospitalares, onde estive presente toda a equipa de enfermagem da CCI do CHLN, e onde se procedeu à análise e avaliação da qualidade, indicações e custos dos diversos produtos. A destacar a escolha dos antissépticos e desinfetantes para a instituição, o qual mereceu uma escolha mais pormenorizada e de acordo com a realidade das duas instituições do CHLN. Para além de

perceber os vários critérios que estão na base da escolha dos respetivos produtos, tive também a oportunidade de participar e ter um papel ativo na escolha das máquinas de tricotomia, uma vez que a minha experiência profissional, na área cirúrgica, me proporcionou conhecimentos práticos sobre as vantagens e desvantagens de cada um dos dispositivos a concurso.

Todas as atividades que desenvolvi nas quatro vertentes de intervenção da CCI, nomeadamente ao nível da VE, monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação a profissionais, doentes e visitas, e ainda a área da consultadoria e apoio, permitiram-me sedimentar conhecimentos e desenvolver competências na área da prevenção e controlo da infeção, sendo as mesmas reconhecidas por parte da equipa da CCI e da Enf.^a chefe da UCG, ao ser nomeada “elemento elo de ligação” do serviço onde desempenho funções. Esta nomeação foi para mim gratificante e permitirá que no futuro, enquanto futura enfermeira especialista, possa continuar a colaborar com a CCI de uma forma estruturada e especializada nas várias atividades desenvolvidas, tais como a “participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar na unidade” e a “capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e controlo da infeção associados aos cuidados à pessoa em situação crítica” (OE, 2011, p.8).

Decorrente da formação de especialização, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao possuir conhecimentos na área da prevenção e controlo das IACS, assume, no seio da equipa de saúde um papel fundamental na sensibilização dos vários profissionais, para as questões de prevenção e controlo das infeções, bem como, na divulgação e operacionalização de ações e estratégias em curso na instituição, para a concretização do PNCI. Na excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista deverá maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo da infeção e “contribuir para o desenvolvimento da enfermagem e para a melhoria na resposta, com qualidade e segurança, à complexidade das necessidades sentidas pelos nossos concidadãos” (SOUSA, 2009, p.1).

A CCI assume um papel fulcral na prevenção e controlo das IACS, através da transversalidade e multiplicidade de intervenções realizadas em colaboração com os vários profissionais de saúde, contribuindo para a “qualidade dos cuidados e para a segurança do doente” (COSTA, SILVA e NOBRIEGA, 2008, p.8), o que conseqüentemente permite minimizar custos humanos, sociais e económicos. A CCI constitui um dos contextos, onde a prática diária gira em torno de conceitos, tais como, segurança, desenvolvimento e profissionalismo, veículos importantes para alcançar a qualidade clínica e a excelência assistencial, a nível institucional.

“Contribuir para a prevenção das infeções associadas ao cateter venoso central (CVC) através da sensibilização dos profissionais da UCG do HPV, para as boas práticas na prevenção e no controlo das infeções associadas a este dispositivo invasivo”.

Os CVC são dispositivos cada vez mais utilizados na abordagem ao doente crítico, para fins terapêuticos e diagnósticos, mas apesar da sua “necessidade quase imperativa, esta técnica acarreta inúmeros riscos, entre os quais a infeção” (PAIS et al, 2010, p.55). As infeções associadas a estes dispositivos, denominadas pelo PNCI, como as infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS), são das infeções mais frequentes a nível hospitalar, e que contribuem significativamente para o aumento da mortalidade e morbilidade, com consequente aumento dos custos na prestação dos cuidados de saúde, podendo em grande parte ser evitáveis, através da implementação e cumprimento de boas práticas por parte dos profissionais (PINA et al. 2010).

Da análise realizada ao relatório de prevalência de infeção hospitalar de 2010 do HPV, e posterior discussão com a equipa da CCI sobre as INCS, verifiquei que 98% as infeções registadas na instituição tinham ocorrido em doentes com CVC, indo de encontro com os dados do PNCI, que referem que maioria das INCS adquiridas no hospital estão associadas ao uso de CVC, com taxas de bacteriémia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter (PINA, SILVA, FERREIRA. 2010).

Uma das metas da CCI do HPV passava pela redução significativa das INCS na instituição. Segundo os dados do relatório de prevalência de infeção hospitalar de 2010, foi possível apurar que 33% do total das INCS tinham sido reportadas à UCG. Dado que exercia funções nesse serviço e cerca de 30% dos doentes aí internados tinha CVC, após uma análise e discussão dos dados com a equipa de enfermagem da CCI, mostrou-se oportuno formular este segundo objetivo, relativo à prevenção e controlo da infeção associada ao CVC, que, inicialmente, não tinha sido definido no projeto de estágio.

Para a concretização deste objetivo, desenvolveram-se várias atividades direcionadas, começando pela revisão bibliográfica para uma contextualização teórica sobre a temática em questão, para posteriormente realizar uma auditoria às práticas associadas à colocação, manipulação e manutenção do CVC na UCG. A auditoria permitiu identificar desvios em relação às normas da CCI e detetar deficiências e problemas no âmbito dos cuidados aos doentes com CVC, que requeriam ações de melhoria, bem como favorecer a atualização de conhecimentos por parte da equipa, através da revisão sistemática e crítica dos cuidados prestados no serviço.

A CCI já dispunha de instrumentos de colheita de dados para a realização da auditoria relativa aos procedimentos de colocação, manutenção e manipulação do CVC. Com a colaboração do

Enf. elemento de ligação da UCG e com o conhecimento prévio de toda a equipa, procedeu-se então à observação direta das práticas face ao cumprimento das diretrizes de prevenção e controlo da infeção associada ao CVC. O papel de auditora contribuiu, indubitavelmente, para me tornar mais atenta e desperta, face às intervenções dos vários profissionais e a refletir sobre a minha própria prática, alertando-me para a importância de um cuidar mais consciente e responsável. De salientar que durante a realização da auditoria, procurei ter sempre presente uma conduta ética, mantendo a imparcialidade, confidencialidade e segurança dos dados recolhidos.

A auditoria decorreu no período de 1 a 10 de dezembro de 2010 e foram realizadas, um total de, cinquenta observações durante a realização de procedimentos de manutenção e manipulação de CVC, contemplando 85% do número total de enfermeiros do serviço. Relativamente à técnica de colocação do CVC, no período em que se realizou a auditoria só houve a colocação de dois CVC a doentes internados na UCG. A auditoria realizada revelou-se bastante positiva na medida, em que constitui também um momento de partilha e esclarecimento de dúvidas com os enfermeiros do serviço.

Terminada a auditoria, seguiu-se se o tratamento e análise dos dados, sendo estes posteriormente discutidos com as enfermeiras da CCI e em conjunto definidas estratégias a implementar no serviço. Simultaneamente, elaborei o plano de sessão (APÊNDICE VIII) para apresentação dos resultados da auditoria à equipa de enfermagem da UCG, que foi previamente validado com Enf.^a orientadora e pela Prof.^a tutora.

Relativamente aos resultados obtido na auditoria, foram então verificadas situações de não conformidade relativamente à higienização das mãos, à desinfeção dos locais de administração de fluidos, mudança dos sistemas de soros, à desinfeção do local de inserção do cateter, e ainda na vigilância da integridade do penso e realização do mesmo. No que respeita à técnica de colocação do CVC, apesar das oportunidades observadas não serem significativas e representativas, em concordância com as enfermeiras da CCI, inclui estes dados na apresentação, para uma reflexão em equipa do papel ativo e interventivo do enfermeiro, aquando da colocação do CVC. Futuramente, quando reunidas mais oportunidades de colocação de CVC, os dados serão também apresentados à equipa médica da UCG, de forma a que as boas práticas de prevenção e controlo da infeção associadas ao CVC, sejam cumpridas por todos os profissionais, de forma a reduzir significativamente as INCS no serviço.

Os resultados da auditoria foram apresentados e discutidos com a equipa de enfermagem, numa sessão de informação/formação (APÊNDICE IX) que decorreu no dia 9 de janeiro de 2012, às 14h, com a duração de cerca de 45 minutos, onde estiveram presentes as enfermeiras da CCI e 14 enfermeiros da UCG (70% da equipa de enfermagem). Para avaliação da sessão de formação, utilizei como instrumento um questionário de opinião, sendo a maioria

das respostas classificadas como muito bom e bom (APÊNDICE X). Durante a sessão de formação, os formandos mostraram-se interessados e participativos, sendo o feedback bastante positivo, face à importância da temática abordada para a uniformização de procedimentos e melhoria dos cuidados prestados ao doente com CVC, com conseqüente redução das INCS no serviço. Como forma de complemento e envolvimento da equipa de enfermagem, enviei previamente para o email pessoal, o convite para a sessão de formação acompanhado da norma da CCI, com as recomendações para a prevenção e controlo da infeção associada ao CVC, possibilitando assim o esclarecimento de dúvidas durante a sessão de formação.

Decorrente das estratégias definidas para a prevenção e controlo da infeção associada ao CVC, outra das atividades que desenvolvi para a concretização deste objetivo, foi a elaboração de um cartaz com a lista de todo o material necessário para a colocação do CVC (APÊNDICE XI), sendo esta umas das sugestões fortemente apoiada pela equipa. Outra das sugestões apontadas pelos enfermeiros foi a realização de auditorias periódicas, ficando agendada a realização de nova auditoria para o mês de março, para verificar a adesão e mudança de comportamentos por parte da equipa, após a primeira formação de sensibilização.

Fazendo agora uma apreciação das várias atividades desenvolvidas, para a concretização deste objetivo de estágio, considero que as mesmas foram adequadas e direcionadas para as necessidades da equipa. Consegui transmitir-lhes as noções básicas de boas práticas associadas à colocação, manutenção e manipulação do CVC, bem como os alertei para o papel interventivo e ativo que cada um assume na prevenção e controlo das INCS. Deste modo, considero que consegui sensibilizar os enfermeiros da UCG para a necessidade e importância de adotarem boas práticas, como contributo para a redução das IACS, pois tal como nos diz PAIS [et al] (2010, p.58) “a formação e informação sobre normas e procedimentos e a sua implementação critica e reflexiva contribuem para o desenvolvimento de novas formas de atuação e flexibilização das mesmas para que se adequem à realidade e especificidade de cada serviço”.

“Colaborar com as enfermeiras da CCI na investigação em serviço, extraindo indicadores e resultados, que permitam refletir sobre os procedimentos relativos à prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico (ILC)”.

A ILC é uma das IACS mais frequentes nos serviços de cirurgia e segundo os dados do último inquérito de prevalência de infeção, a taxa de ILC é de 14,3% e é, conjuntamente com a pneumonia (33,2%), a infeção urinária (23,8%) e a bacteriémia/sépsis (5,9%), uma das infeções nosocomiais mais frequentes (PINA, SILVA, FERREIRA, 2010, p.8).

Para a concretização deste objetivo, uma das primeiras atividades desenvolvidas foi a pesquisa bibliográfica sobre as recomendações para a prevenção da ILC e consulta das respetivas taxas de infeção a nível nacional e institucional. Da consulta do relatório de prevalência da infeção da CCI (2010) foi possível ter acesso à taxa de ILC que ocorreram no CHLN, sendo que nenhuma das infeções estava associada ao HPV, apesar de na minha prática profissional ter o conhecimento empírico que estas efetivamente ocorrem e são uma realidade na instituição.

De forma a tornar o conhecimento empírico em dados concretos e equacionado o problema da ILC e a ausência de registos em relação à sua ocorrência e, em consonância com a equipa da CCI e dos respetivos elos de ligação (médico e Enf.) da UCG, mostrou-se oportuno a realização de um levantamento de dados, que permitisse comprovar a ocorrência de infeções, bem como apurar procedimentos pré e pós operatórios, que contribuem para a prevenção da ILC.

Face ao objetivo pretendido, conjuntamente com as enfermeiras da CCI, foi definida a realização de uma auditoria retrospectiva aos processos dos doentes internados na UCG e submetidos a reparação unilateral de hérnia inguinal, no período de 1 de setembro a 30 de novembro de 2011. A escolha desta cirurgia para a realização do estudo, teve por base a classificação das feridas cirúrgicas, em que a ferida resultante deste procedimento cirúrgico, é classificada como ferida limpa ou seja, “são feridas operatórias não infetadas nas quais nenhuma inflamação é encontrada, e em que os tratos respiratório, digestivo e geniturinário não são penetrados” (ROTHROCK, 2008, p.236), e como tal, ser esperado um baixo número de ILC.

Este estudo tinha como objetivo geral identificar o número de infeções do local cirúrgico nos doentes submetidos a reparação unilateral de hérnia inguinal, na amostra em estudo, e como objetivo específico verificar o cumprimento dos procedimentos, pré e pós operatórios, preconizados na norma da CCI do HPV.

Neste trabalho de pesquisa, utilizei uma abordagem quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo simples, retrospectivo e não experimental. Como método, recorri a uma amostragem não probabilística intencional, sendo a amostra constituída por 36 doentes, que representava todos os doentes que tinha sido operados pelos cirurgiões do HPV a reparação unilateral de hérnia inguinal. Na seleção inicial da amostra, tinha planeado incluir os doentes operados à cirurgia em questão, num período de seis meses, contudo dada a limitação de tempo, devido ao curto período de estágio, houve necessidade de restringir a amostra, abrangendo apenas os doentes operados num período de três meses.

O instrumento de colheita de dados construído, foi realizado sob as orientações da Enf.^a orientadora e do cirurgião da UCG, elo de ligação com a CCI, tendo também por base outros

estudos semelhantes já realizados no centro hospitalar. A lista de procedimentos que elaborei contemplava aspetos do pré e pós operatório, que contribuem para a prevenção e controlo da ILC (APÊNDICE XII), segundo as atuais recomendações emanadas pelo PNCI e pelo Centers for Disease Control.

A colheita de dados passou então por uma consulta ao histórico clínico de doente, em suporte de papel e em suporte informático, o que se tornou um processo moroso, devido aos registos e informações referentes aos doentes não estarem todos reunidos num único local, bem como as condicionantes que tive em aceder aos dados da consulta externa. Terminada a colheita de dados, procedi então ao seu tratamento, com confirmação e validação médica das situações em que se verificou a presença de ILC, nos doentes submetidos a reparação de hérnia inguinal unilateral (APÊNDICE XIII). Posteriormente os resultados foram analisados e discutidos com a equipa da CCI e apresentados aos elos de ligação da UCG, para em conjunto definirmos sugestões de mudança que contribuam para a redução da ILC, pois o “conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde” (OE, 2006, p.1).

No estudo realizado foi possível constatar que num período de três meses, seis doentes desenvolveram uma ILC, classificadas como infeção incisional superficial, o que corresponde a 17% da amostra. Dada a natureza multifactorial do problema em investigação, foi possível apurar outras conclusões, nomeadamente a necessidade de rever e uniformizar procedimentos pré e pós operatórios, proceder a uma revisão na prescrição de antimicrobianos, bem como a importância da necessidade dos registos e acessibilidade aos mesmos.

No decorrer do estudo desenvolvido, tive em conta os vários pressupostos que lhe são inerentes, nomeadamente a “competência, respeito e sentido de responsabilidade” (MARTINS, 2008, p.66), nunca descurando princípios éticos e legais, sendo o anonimato dos intervenientes mantida em todo o percurso da investigação.

Consciente que o estudo realizado não permite generalizar conclusões, dado que contempla um número reduzido de doentes intervencionados, como sugestão de melhoria e de forma a assegurar a continuidade deste estudo, sugeria alargar a amostra em questão e/ou a realização de um estudo prospetivo, o que facilitaria a colheita de dados.

Durante o período de estágio, não foi possível a apresentação do estudo realizado à equipa de saúde da UCG, contudo procurei sensibilizar os enfermeiros para a problemática da ILC, através do envio informático da norma com as recomendações emanadas pela CCI, bem como de outros documentos e artigos científicos relativos a esta temática.

Os conhecimentos e comportamentos dos diferentes profissionais de saúde, determinam a eficácia do sistema de prevenção e controlo da infeção, pelo que é fundamental o conhecimento e interiorização de boas práticas, de modo a que estes façam parte da responsabilidade e da ética profissional de cada um.

Este trabalho desenvolvido em contexto académico, pretendia também alertar a equipa de saúde para a importância do registo e monitorização da ILC, processo esse que se tornaria mais vantajoso e rigoroso através da participação no programa HELICS – cirurgia (*Hospital in Europe Link for Infection Control through surveillance*), que consiste num programa europeu, aplicável a todos os serviços de cirurgia geral e especialidades cirúrgicas. Este programa tem como objetivos “conhecer a incidência das infeções do local cirúrgico (...) e identificar e seguir os fatores de risco para a infeção do local cirúrgico; utilizar a VE para sensibilizar os profissionais de saúde para a adoção de medidas de controlo das IACS, cumprimento das normas de boa prática clínica e melhorar a qualidade da colheita e registo de dados” (COSTA, SILVA e NORIEGA, 2008, p.14). Este seria um projeto que futuramente gostaria de dar continuidade na UCG e impulsionar no serviço a adesão ao programa HELICS – cirurgia.

Considero que o estudo realizado permitiu a constatação de dados reais e concretos, reforçando assim a importância que a investigação assume para uma tomada de decisão adequada e baseada na evidência, contribuindo para o desenvolvimento da profissão e simultaneamente para a prestação de cuidados seguros (OE. 2006). Segundo a equipa da CCI foi um contributo valioso para a reflexão e futura revisão de práticas médicas e de enfermagem, com vista à redução das ILC e conseqüentemente melhoria dos cuidados assistenciais prestados ao doente cirúrgico. A prevenção das IACS, e mais concretamente a prevenção da ILC é fundamental e exige um trabalho conjunto dos vários profissionais, trazendo benefícios para o serviço, para a instituição e, sobretudo, para o doente pela segurança de ser atendido com qualidade.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório é o resultado final de um percurso faseado de experiências em diferentes contextos, de aquisição e desenvolvimento de competências para uma prática avançada de enfermagem, sustentada por um contínuo formativo e reflexivo a nível pessoal e profissional. Terminado o período de estágio, repartidos por três módulos distintos da prática, foi importante a realização deste relatório por forma a sistematizar, organizar e interpretar as várias experiências vivenciadas e os conhecimentos daí decorrentes, sendo igualmente promotor de uma reflexão e tomada de consciência mais consistente e profunda enquanto enfermeira e futura especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Relativamente aos objetivos delineados no projeto de estágio, estes revestiram-se de grande importância como guia orientador, pelo que procurei o cumprimento e concretização dos mesmos, verificando-se contudo a necessidade de reformulação de alguns, devido ao hiato de tempo entre a realização do projeto e o início dos respetivos módulos e o desconhecimento das necessidades do SU. A reestruturação dos objetivos de estágio implicou assim uma capacidade de análise, adaptação e flexibilidade, ao conjugar os objetivos pessoais e académicos, com as realidades e necessidades de cada serviço.

Em cada contexto da prática clínica, procurei mobilizar e integrar nas minhas intervenções, os conhecimentos incorporados na evidência científica e vinculados na componente teórica. Fazendo um balanço retrospectivo do estágio realizado, considero que este foi muito positivo e se revestiu da maior importância ao nível do agir profissional, na tomada de decisão clínica em enfermagem e na reflexão crítica sobre os focos sensíveis dos cuidados de enfermagem.

Este percurso de aprendizagens pautado de múltiplas experiências em contextos distintos da prática, permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas no plano de estudos da UCP, as quais considero ter atingido na totalidade. Neste contexto, destaco a prestação de cuidados, ao prestigiar uma prática de cuidados especializada e com elevado grau de qualidade e adequação às necessidades do doente em situação crítica e respetiva família, nomeadamente, os conhecimentos demonstrados, a metodologia de trabalho adotada, as relações interpessoais estabelecidas e, destaco ainda, as competências desenvolvidas na área da formação e sensibilização dos profissionais de enfermagem. Durante o período de estágio, não tive a oportunidade de demonstrar todas as competências preconizadas no plano de estudos da especialidade, tais como a liderança de equipas e a integração de novos elementos, competências essas que foram desenvolvidas e demonstradas na minha prática clínica, em contexto profissional.

Os diferentes módulos em apreço caracterizaram-se pela transposição de competências entre si e considero que a área do controlo e prevenção da infeção foi uma constante nas mais diretas e indiretas práticas do cuidar, destacando-se pela sua transversalidade e abrangência comum nas diversas áreas de intervenção hospitalar. A preferência da CCI para a realização do estágio de opção, revelou-se uma escolha adequada ao projeto de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me consolidar conhecimentos nesta área com a qual me identifico e considero imprescindível para a qualidade dos cuidados prestados.

Da avaliação que faço das várias experiências e locais de estágio, considero que realizar dois estágios na instituição onde exercia funções, foi um aspeto que se revelou bastante positivo e benéfico a vários níveis, nomeadamente pela facilidade de integração nas equipas de saúde, bem como pela partilha de saberes e práticas enriquecedoras, uma vez que permitiu uma maior articulação e aplicabilidade de conhecimentos. Para além disso, facilitou a gestão do tempo, sendo mais fácil conciliar o horário de trabalho com o horário de estágio. Destaco, ainda, como aspeto mais relevante o facto de os vários projetos de estágio serem, simultaneamente, desenvolvidos em contexto de trabalho, e como tal, com aplicabilidade e repercussões ao nível da minha prática profissional possibilitando a continuidade dos mesmos.

Do ponto de vista académico, considero que atingi os objetivos a que me propus no início deste relatório, bem como alcancei na plenitude os objetivos delineados para cada um dos módulos de estágio, tendo concorrido para tal a motivação e interesse pessoal pelas temáticas desenvolvidas. Como aspetos positivos deste percurso, de salientar a integração e articulação dos conhecimentos teóricos e a sua aplicabilidade na prática clínica, permitindo assim no decorrer do estágio uma aprendizagem com aplicação experiencial de saberes, conducentes ao desenvolvimento de competências. Como limitações, destaco o facto de só no último módulo de estágio, ter tido uma orientadora com a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Considero que este é um aspeto importante pois permite um maior envolvimento por parte do orientador, bem como um conhecimento mais aprofundado das competências exigidas e preconizadas.

A realização deste relatório foi o culminar de um processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, através de uma reflexão profunda sobre o meu desenho e percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, baseado na reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem. Permitiu, ainda, ampliar o meu olhar sob os cuidados de saúde, de uma forma mais reflexiva, mais humana e responsável, mas sobretudo mais competente e especializada. Considero que todas as experiências, vivências e reflexões me ajudaram a crescer enquanto pessoa e profissional, ao apurar um sentido crítico sobre o meu desempenho, enquanto enfermeira e futura especialista, ao compreender e interiorizar a essência dos cuidados de enfermagem especializados.

O relatório de estágio, como resultado final de um percurso formativo, permitiu também consciencializar-me para a importância de ser agente de mudança, com uma atitude proactiva, face à promoção, melhoria e especialização dos cuidados prestados, rumo a uma maior visibilidade da profissão de enfermagem e um reconhecimento da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por parte da equipa de saúde e da comunidade.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87.0.

ALMEIDA, M. C.; RIBEIRO, J. L. – Qualidade de vida dos doentes nos cuidados intensivos. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 21:247 (julho 2009), p. 16-23.

ALMINHAS, Sílvia Manuela Pação – Cuidar da pessoa no serviço de urgência. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 75 (novembro 2007), p. 57-60.

ATKINSON, Belinda L. – A Unidade de Cuidados Intensivos. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 21:242 (fevereiro 2009), p. 3-6.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN:972-8535-97-X.

BUCKMAN, Robert – Breaking bad news: the S-I-K-E-S strategy. **Community Oncology**. [Em linha]. Journal of Psychosocial Oncology (2005). [Consultado em 30 setembro 2011] Disponível em [www: <URL: PSYCHOSOCIAL ONCOLOGY](http://www.psychosocialoncology.com)

CALDEIRA, Nácia; RIBEIRO, Patrícia - A transmissão de más notícias baseada no Protocolo de Buckman. **Revista de Saúde Amato Lusitano**. Castelo Branco. ISSN 0873-5441. Ano X, nº 25 (3º Trimestre 2008), p. 44-47.

CASTRO, Cidália; VILELAS, José; BOTELHO, Maria Antónia Rebelo – A experiência vivida da pessoa internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN: 0873-8904. Vol. 15, Nº2 (2011), p. 41-59.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. Área de Recursos eletrónicos e apoio ao utilizador [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consultado em maio 2011]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.hsm.min-saude.pt/>

CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim; GOMES, Jacinta Maria Pisco Alves – Comunicar em Enfermagem: algumas reflexões. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 62 (setembro 2005), p.55-57.

CIPE - **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: versão 1.0.** Lisboa, Ordem dos Enfermeiros e USINE. Traduzido e publicado com autorização do Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2006. ISBN: 92-95040-36-8.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO – **Relatório de Inquérito de Prevalência de Infecção Hospitalar 2010.** Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente. 2011.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho: cuidados de qualidade. Instrumento de informação e ação.** 2007. ISBN 92-95040-80-5.

CÔRTE REAL, Isabel – Enfermagem em Cuidados Intensivos. **Revista Portuguesa de Bioética.** Nº 1, Maio 2007. p.115- 123.

COSTA, Ana Cristina; SILVA, Maria Goreti; NORIEGA, Elena - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde: Manual de operacionalização.** Direção Geral da Saúde. 2008.

DECRETO-LEI nº 114/92. D.R. Série A.129 (92-06-04) 2711.

DESPACHO nº 246 de 23/10/1996. D.R. II Série.

DIAS, Conceição – Prevenção da Infecção Nosocomial – ponto de vista do especialista. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva.** Lisboa. ISSN 0872-3087. 17 (1) 2010, p. 47-53.

DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA. 13ªedição. Porto: Porto Editora. 2009.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento, 2003. ISBN: 972-675-097-0.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Campanha de Higiene das Mãos: Guia de Implementação.** Ministério da saúde. 2009.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Campanha de Higiene das Mãos: Manual do Observador.** Ministério da saúde. 2009.

FERNANDES, I. A. – Protocolos no serviço de urgência. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. 22:259 (julho 2010), p. 31-34.

FONTES, Ana Isabel Costa; FERREIRA, Andreia Cristina Oliveira Santos - Do outro lado da porta...falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 85 (Julho 2009), p 34-38.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa Perspetiva do Cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA. Área de recursos eletrónico e apoio ao utilizador [em linha]. Vila Franca de Xira: Ministério da Saúde. [Consultado em setembro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hospitalvilafrancadexira.com.pt/>

HOWARD, Patricia - **Sheehy, Enfermagem de Urgência: da teoria à prática**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9.

JESUS, Élvio Henriques – Comunicação de Más Notícias. **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Madeira: Ordem dos Enfermeiros (2007). [Consultado em 30 setembro 2011] Disponível em www:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

MARTINS, José Carlos Amado – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. **Pensar em Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 12, nº 2 (2008), p.62-66.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **O Serviço de Urgências: Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes**. [Em linha] Produção Qualidade, livro Urgências, 2006, 108p. [Consultado em novembro 2011]. Disponível na internet: <URL: http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livros%20urgencias%202006.pdf

MOURA, Rui – Mudança Organizacional: no plano e na prática. **Formar**. Lisboa. ISSN 0872-4989. Nº68 (2009), p.10-13.

NUNES, Fernando – Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência: “Agir rapidamente, pensar lentamente”. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 18:236 (março 2007), p. 7-11.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição** [Em linha]. Lisboa: Conselho Diretivo. [Consultado em junho 2011]. Disponível em WWW:<
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. [Em linha] Lisboa: Conselho Jurisdiciona. [Consultado em junho 2011]. Disponível na internet:< URL:
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf\(2010\)](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf(2010)).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** [Em linha]. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2011). [Consultado em janeiro 2012]. Disponível em WWW:< URL:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Tomada de Posição sobre a segurança do cliente**. [Em linha] Lisboa: Conselho Jurisdiciona. [Consultado em novembro 2011]. Disponível na internet:< URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

PAIS, Patrícia Cardoso [et al] – Prevenção da bacteriemia associada ao cateter venoso central. **Revista Portuguesa de Medicina Interna**. Lisboa. ISSN 0872-3987. 17: 1 (2010), p. 55 – 59.

PAIXÃO, Hugo Miguel Ferreira – Formação em Serviço: das motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 087-8844. Nº 87 (novembro 2009), p.41-43.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, Entrevista, Relação de ajuda e Validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

PIAS, Marta Sofia Cabaça – Ansiedade e stresse na família do doente em estado Critico. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 81 (novembro 2008), p.11- 15.

PINA, Elaine [et al] – Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infeções da corrente sanguínea(septicemia). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN:0870-9025. 28:1 (2010), p. 19 – 29.

PINA, Elaine; SILVA, Goreti; FERREIRA, Etelvina – **Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos cuidados de Saúde**. Direção Geral da Saúde. 2010.

PUPULIM, Jussara; SAWADA, Namie Okino – **Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados**. [Em Linha] Texto & Contexto Enfermagem, vol. 19, n.1 (janeiro-março 2010), p.36-44. [Consultado maio 2011]. Disponível na internet: < URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413596004.pdf>

ROTHROCK, Jane – **Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13ª edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-07-9.

SOUSA Maria Augusta – Modelo de desenvolvimento profissional: pela segurança dos cuidados. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN: 1696-2629. Nº 32 (abril, 2009), p.13-20.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªed., Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde – **Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral**. 2008.

URDEN, Linda; STACY, Kathleen; LOUGH, Mary – **Thelan's: Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e intervenção**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-08-6.

WATSON, Jean - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência. 2002.ISBN: 972-8383-33-9.

WILSON, Jennie - **Controlo da Infecção na Prática Clínica**. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972- 8383-57-6.

WOOGARA, Jay – Patients's Privacy of the Person and Human Rights. **Nursing Ethics**. ISSN: 0969-7330. 12:3 (2005), p. 273-285.

APÊNDICES