



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por

Maria de Fátima de Sousa Vitorino

PORTO, Setembro de 2010



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por

Maria de Fátima de Sousa Vitorino

Sob orientação de
Mestre Irene Oliveira

PORTO, Setembro de 2010

À memória de meu Pai, sempre presente no meu coração, que sempre, ternamente, me incentivou a nunca desistir dos meus sonhos; a lutar sempre, corajosa e dignamente, até ao fim da batalha, mesmo quando a derrota parece o mais provável...

À alegria e força de viver inspiradora de minha Mãe

Ao amor que me transborda do coração e da alma e me faz acordar a sorrir, por ti, Ermenando

AGRADECIMENTOS

Ao longo do caminho percorrido nesta expedição pela especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, há inúmeras pessoas que, de uma forma ou de outra, pela positiva ou nem por isso, em maior ou menor grau, contribuíram para que eu atingisse a meta final.

A todas elas eu agradeço com o meu mais sincero sorriso e o voto solene de me esforçar por merecer, todos os dias, em todos os momentos do exercício de Enfermagem, o título que agora alcancei.

Embora todas estas pessoas, por razões distintas, tenham sido importantes nesta etapa da minha vida, há algumas a quem não posso manter no anonimato:

- a minha orientadora, Professora Irene Oliveira, pelo conjugar perfeito entre exigência, perfeccionismo, diplomacia e cordialidade;
- a minha tutora Fernanda Vieira, pelo entusiasmante dinamismo e luta diária pelo que acredita, assim como pela disponibilidade e partilha contínuas;
- aos meus pais que sempre me incentivaram a ir mais longe, até onde ainda não existe caminho;
- a ti, Ermenando, que sempre acreditaste em mim e nas minhas capacidades; às vezes, mais do que eu própria...

RESUMO

O presente relatório constitui o instrumento final de apresentação do Estágio empreendido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto e na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano. Recorrendo a uma metodologia descritiva e analítica, expõem-se os objectivos traçados, descrevem-se as actividades concretizadas e partilham-se as reflexões crítico-reflexivas, suportadas por bibliografia idónea. Pretende-se, assim, evidenciar as competências adquiridas no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A propósito do estágio desenvolvido no Serviço de Urgência apresentam-se três questões centrais: o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infecção. Relatam-se as vivências de prática clínica, as situações-problema detectadas e as estratégias de resolução propostas, na prestação de cuidados de Enfermagem ao cliente em situação crítica. As situações-problema detectadas relacionam-se, directa ou indirectamente, com a segurança do cliente: a identificação de vítimas inconscientes ou com alterações psico-sensitivas que impeçam a sua identificação, a triagem de clientes, a documentação dos cuidados de enfermagem e a formação em enfermagem de urgência. Além destas, aborda-se também a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem ao cliente crítico, a comunicação com o cliente e familiares e as estratégias utilizadas no encaminhamento dos clientes nas transferências para os serviços e nas altas.

Em contexto do estágio na Comissão de Controlo de Infecção, descreve-se a sua organização e dinâmica funcional, os parceiros do Hospital Pedro Hispano e as estratégias utilizadas para a operacionalização da prevenção e controlo de infecção, nomeadamente os meios utilizados para a promoção de um ambiente seguro, o programa de vigilância epidemiológica instituído e a operacionalização das precauções de isolamento nos serviços. Paralelamente a esta descrição, apresentam-se as normas e orientações internacionais e nacionais actuais, estabelecendo-se uma confrontação entre estas e a prática. Acresce a participação na formação em serviço, acerca da selecção e utilização de equipamentos de protecção individual.

Conclui-se que o Estágio proporcionou muitos momentos de aprendizagem teórica e concretização na prática, contribuindo grandemente para o crescimento e valorização pessoal e profissional, pois além da importante formação teórica em enfermagem, é imprescindível a prática clínica dirigida, em contexto de estágio, que possibilita a transcrição dos conhecimentos teóricos para os cuidados ao cliente, consolidando-os, aprofundando-os e revestindo-os de sentido. Assim, considera-se que, globalmente, as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram adquiridas. Apresenta-se como objectivo futuro a integração e implementação de projectos direccionados à segurança do cliente.

ABSTRACT

This report constitutes the final instrument of presentation of the stages undertaken during the Master Course in Medical-Surgical Nursing, on the Emergency Service at Centro Hospitalar do Porto and the Committee on Infection Control at Hospital Pedro Hispano. Using a descriptive and analytical methodology, sets out the objectives set, describes the activities undertaken and shares the critical and reflective thinking, supported by suitable references. The aim is to highlight the skills acquired through specialization in Medical-Surgical Nursing.

By the way of the period of training developed in the Service of Urgency three central questions are presented: taking care of the person to live deeply complex processes of critical illness and/or organic bankruptcy, the dynamization of the reply the situations of catastrophe or emergency multi-victim and the maximization of the intervention in the prevention and control of the infection. The experiences of practical clinic, the situation-problem detected and the strategies of resolution are told proposals, in the installment of cares of Nursing to the customer in critical situation. The situation-problem detected becomes related mainly with the patient safety: the identification of unconscious victims or with psico-sensitive alterations that hinder its identification, the priority of customers, the documentation of the nursing care and the formation in urgency nursing. Beyond these, one also approaches the identification of the necessities of nursing cares to the critical customer, the communication with the customer and familiar and the strategies used in the guiding the customers in the transferences.

In context of the period of training in the Commission of Control of Infection, it describes its organization and functional dynamics, the partners of the Hospital Pedro Hispano and the strategies used for the operationalization of the prevention and control infection, nominated the ways used for the promotion of an surrounding insurance, the program of instituted monitoring epidemiologist and the operationalization of the isolation precautions in the services. Parallel to this description, the current international and national norms and guides are presented, establishing a confrontation between these and the practical. It increases the participation in the service formation, concerning to the selection and use of personal protective equipment.

It is concluded that the period of training provided many moments of theoretical learning and concretion in the practical, contributing greatly for the growth and personal and professional valuation. Therefore beyond the important theoretical formation in nursing, the practical directed clinic is essential, in period of training context, which makes possible the transcription of the theoretical knowledge for the cares to the customer, consolidating them, deepening them and coating them of direction. Thus, it is considered that, globally, the nurse abilities specialist had been acquired. It is presented as goal to the future the integration and implementation of targeted projects to the patient safety.

ABREVIATURAS

AAM – Auxiliar de Acção Médica
BO – Bloco Operatório
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CH – Comissões Hospitalares
CHP – Centro Hospitalar do Porto
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CS – Centro de Saúde
DGS – Direcção-Geral da Saúde
DR – Diário da República
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI – Equipamento de Protecção Individual
HPH – Hospital Pedro Hispano
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN – International Council of Nurses
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
MRSA – Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus*
OE – Ordem dos Enfermeiros
PEE – Plano de Emergência Externa
PEI – Plano de Emergência Interna
PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
SABA – Solução Anti-séptica de Base Alcoólica
SE – Sala de Emergência
SIECE – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem
SU – Serviço de Urgência
SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
TAC – Tomografia Axial Computorizada
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCP – Universidade Católica Portuguesa
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos
VE – Vigilância Epidemiológica
VIP – Very Important Person

SÍMBOLOS

mg/dL – miligrama por decilitro
SpO₂ – Saturação periférica de oxigénio

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ESTÁGIO NO SU: DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS ÀS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	11
1.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	11
1.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.....	28
1.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção.....	31
2. ESTÁGIO NA CCI: DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS ÀS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	34
2.1. Conhecer o serviço da CCI, relativamente à sua estrutura física, organização e dinâmica funcional.....	35
2.2. Conhecer a estrutura física do HPH e os meios para um ambiente seguro.....	36
2.3. Conhecer os parceiros do HPH no controlo de infecção.....	40
2.4. Colaborar no programa de VE instituído na ULSM.....	42
2.5. Observar e instituir a operacionalização das precauções de isolamento nos serviços.....	44
2.6. Participar na formação em serviço, de acordo com as necessidades detectadas...	46
2.7. Outras actividades desenvolvidas.....	47
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	55
Anexo I – Panfleto « <i>Informação para o utente e acompanhante</i> » – SU, CHP	
Anexo II – Questionário	
Anexo III – Questionário: Apresentação dos dados obtidos	
Anexo IV – Fotografias de um serviço de enfermagem do HPH	
Anexo V – Selecção de EPI: Apresentação oral	
Anexo VI – Selecção de EPI: Apresentação escrita	
Anexo VII – Selecção de EPI: Póster	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Princípios relativos ao ambiente seguro.....	37
---	----

INTRODUÇÃO

Desde os 17 anos, que me dedico à causa do cliente em situação crítica. Inicialmente na Cruz Vermelha Portuguesa, passando por uma corporação de bombeiros, até prestar cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos durante 7 anos. Uma vez que a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) visa especialmente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao cliente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigida para a assistência ao cliente em estado crítico, o Curso de Mestrado em EMC surgiu naturalmente nesta digressão.

A elaboração deste Relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em EMC, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e surge como resposta a uma exigência pedagógica, no âmbito da Unidade Curricular Relatório. Dos três módulos que compõem esta unidade, foram realizados dois.

O Módulo I – Serviço de Urgência (SU) foi desenvolvido no Centro Hospitalar do Porto (CHP), no período compreendido entre 2 de Dezembro de 2009 e 11 de Fevereiro de 2010. O estágio no SU surge como uma unidade de fusão entre as várias unidades curriculares e deverá espelhar todo um universo de conhecimentos teóricos adquiridos e aprofundados no primeiro e segundo semestres do curso, demonstrando a sua flexibilidade de aplicação, motivada à prática, com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências para a assistência de enfermagem avançada ao cliente.

Ao Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) foi obtida creditação, por exercer a actividade profissional numa UCI. Na decisão de requerer creditação a este módulo de estágio foram considerados outros aspectos, que se consideram determinantes, nomeadamente os cursos de Pós-Graduação em Enfermagem de Emergência e em Enfermagem de Cuidados Intensivos, para da intensa formação teórica e teórico-prática nesta área.

O Módulo III – Opção, foi desenvolvido na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Hospital Pedro Hispano (HPH). Dada a pertinência actual do controlo de infecção e o meu interesse na temática da segurança dos clientes de cuidados de saúde, a CCI destacou-se de entre os campos de estágio possíveis. Além do enquadramento no meu projecto, também o facto do controlo de infecção ser transversal a todos os contextos de cuidados de saúde fundamenta a relevância deste campo de estágio. A CCI do HPH é uma comissão que se distingue como sendo de referência, o que justifica a minha escolha. A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) é uma instituição de saúde pública de gestão empresarial, constituída pelo HPH, pela Unidade de Convalescença e pelos vários Centros de Saúde (CS) e respectivas extensões do Concelho de Matosinhos, que funcionam em estreita articulação entre si, tanto ao nível organizacional como na referência e acompanhamento de clientes.

Os estágios proporcionaram proceder a uma integração global dos conhecimentos aplicados à prática, assim como desenvolver e aprofundar competências adstritas ao enfermeiro especialista.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2009, publicou um documento intitulado *Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem* (SIECE), que indica as competências adstritas a um enfermeiro especialista. Agrupa-as em competências comuns a todos os especialistas e competências específicas. Os quatro domínios de competências comuns que se configuram são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Todas estas competências comuns às especialidades em Enfermagem foram, em maior ou menor grau, de acordo com o que foi possível em cada campo de estágio, incrementadas. Por facilidade e simplicidade de metodologia, optou-se por as referenciar nos dois capítulos alusivos a cada campo de estágio, a par da exposição do desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Apesar de não ser um documento definitivo, pelo contrário, ainda se encontrar numa fase inicial de desenvolvimento optei por recorrer a este conjunto de competências como guia adjuvante do desenvolvimento e aquisição de competências, por duas razões distintas. A primeira prende-se com o facto de ser emanado pela Ordem que rege a profissão de Enfermagem, pelo que, naturalmente, se consagra como uma fonte idónea de orientação. A segunda razão relaciona-se com a minha avaliação concordante com este conjunto de competências (competências comuns e competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em estado crítico), tanto decorrente da minha experiência profissional e de vida, como pelas vivências e oportunidades de aprendizagem durante os estágios. Contudo, há que sublinhar que este documento constituiu uma ferramenta adjuvante, tendo dado primazia aos objectivos do plano de estudos.

Assim, o relatório encontra-se estruturado em quatro partes: Introdução, Estágio no SU, Estágio na CCI e Considerações finais. Recorreu-se a metodologia descritiva e analítica, através da reflexão e explanação das actividades realizadas durante os estágios, confrontando-as com a bibliografia e clarificando as competências adquiridas ou desenvolvidas.

Os objectivos *majores* deste relatório são:

- Concretizar a elaboração do relatório final de estágio;
- Expor situações-problemas detectadas e estratégias de solução equacionadas;
- Evidenciar a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em EMC.

A realização deste relatório revestiu-se de grande importância, pois fomentou a consolidação das aprendizagens, através da análise crítico-reflexiva e da confrontação com a bibliografia actual e opinião de peritos.

1. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS ÀS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O domínio de competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é a prestação de cuidados especializados, que é descrita como a mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas do enfermeiro para responder, em tempo útil e de forma holística, à complexidade das situações de saúde e às respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família (OE, 2009).

São enunciadas três competências: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção; e, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2009).

Assim, agrupei os objectivos traçados de acordo com estas competências, aproximando-os, dentro do possível, às unidades de competências e critérios de avaliação expostos no SIECE. Nesta aproximação foram determinantes as circunstâncias específicas em que se desenrolou o estágio, que condicionaram o seu desenvolvimento.

O SU do CHP recebe pessoas maioritariamente provenientes das freguesias ocidentais da cidade do Porto, mas também desde o sul do Douro até Aveiro e do eixo nordeste de Portugal (Amarante, Vila Real, Bragança). Recentemente, desde a reformulação da rede de referência de Serviços de Urgência, que o concelho de Gondomar também se encontra alocado ao SU do CHP.

Descreve-se sumariamente este SU. A Sala de Emergência (SE) localiza-se em frente à porta principal, o que permite um acesso rápido para os clientes emergentes oriundos do exterior do hospital. De cada um dos lados da SE existe um corredor, sendo que o direito dá acesso às áreas médica, cirúrgica e ortopédica, enquanto no corredor do lado esquerdo se encontram a Oftalmologia, a área da clínica geral, OBS e o gabinete de Cardiologia. É por este corredor, com menor afluxo de pessoas e em estado menos grave, que circulam os clientes da SE quando vão realizar um exame complementar de diagnóstico ou são transferidos.

1.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A definição de pessoa em estado crítico inclui *“o doente em estado grave (que apresenta um comprometimento importante das suas funções vitais) e o doente de alto risco (aquele que embora se encontre bem no momento, pode apresentar subitamente alterações graves das suas funções vitais)”* (Alves et al., 1997: 5). Assim, o SU, apesar de apresentar uma multiplicidade de situações, desde as não graves até às emergentes, constitui um local

privilegiado em oportunidades de prestação de cuidados a pessoas em situação crítica. Não sendo facultada aos estagiários a oportunidade de prestação de cuidados na SE por mais do que dois turnos, selecionei a Sala Laranja como cenário principal para o estágio, por ser aquela para onde a maior parte dos clientes são triados e em estado mais crítico.

Como são observados clientes com diferentes níveis de prioridade e de dependência, há clientes em macas, outros em cadeiras de rodas e outros a pé. Normalmente, o número de clientes na Sala Laranja é muito superior à lotação da sala e mesmo do corredor, pelo que a resposta, em tempo útil, por parte dos profissionais de saúde é comprometida e há pessoas que esperam longas horas pelo primeiro contacto médico. A Sala Laranja comporta quatro clientes monitorizados em simultâneo, número claramente insuficiente, o que obriga a uma constante gestão de quais clientes estão na sala, de forma a se poder tirar uns para entrarem outros. Uma das estratégias utilizadas para evitar o agravamento não vigiado, nomeadamente daqueles a foi atribuída a prioridade “muito urgente”, é colocá-los na Sala Laranja ainda antes da observação médica, monitorizá-los e implementar alguma intervenção de enfermagem necessária. Por exemplo, numa manhã que estive nesta área, recebi um cliente idoso, triado com laranja, que apresentava limpeza das vias aéreas ineficaz em grau elevado, que, naturalmente, se reflectia em dispneia e SpO₂ de 85%. Enquanto o auxiliar de acção médica (AAM) foi avisar e entregar a ficha do cliente ao médico (que estava num dos gabinetes), além de monitorizar o cliente, coloquei, em simultâneo, oxigenioterapia e uma nebulização com soro fisiológico, instruindo-o e incentivando-o a uma tosse eficaz, o que evidenciou melhorias na sintomatologia e parâmetros fisiológicos apresentados pelo cliente.

Além dos clientes que precisam de ser monitorizados, também entram na sala aqueles a quem seja necessário realizar algum tipo de procedimento, seja a inserção de um catéter venoso periférico ou um posicionamento. Para os posicionamentos e cuidados de higiene parciais a clientes dependentes, também se recorre a gabinetes médicos que estejam vagos ou à entrada da Sala de Recepção de Exames. Desta forma, normalmente, consegue-se preservar a intimidade dos clientes, mas por vezes não resta alternativa a não ser o meio da Sala Laranja, correndo as cortinas dos outros clientes, o que não resguarda dos vários profissionais que constantemente entram e saem da sala, por razões diversas.

Para cumprir as prescrições médicas, é necessário procurar o cliente, chamando-o, ou procurando o seu nome na pulseira de identificação. Uma das maiores dificuldades que senti nesta área foi encontrar os clientes, uma vez que estes se encontram espalhados ao longo do corredor e da sala de espera. Além disso, às vezes ainda estão no gabinete médico apesar de já aparecerem as prescrições no Alert, foram ao quarto-de-banho, ou simplesmente não se encontram capazes de responder à chamada ou estão desorientados. Nestes casos, a pulseira de identificação é fundamental, mas já aconteceu a pulseira ter-se perdido ou um cliente ter uma identificação errada, como é explorado na página 16.

Pelo que eu pude observar, os colegas que prestam cuidados neste sector não estão satisfeitos, não pelo trabalho mas sim pelas más condições existentes, que os obriga a “correr”

para cumprir as prescrições médicas, não tendo tempo para cuidar dos clientes, como é inerente e devido à nossa profissão.

No Brasil, Alves e Martinez (2002) constataam que os profissionais de saúde se deparam com situações difíceis para o exercício adequado das suas profissões, sendo vários os factores determinantes (políticos, sociais e económicos), que conduzem ao duplo emprego e a turnos acumulados, o que faz com que os profissionais não estabeleçam vínculos maiores com a instituição e mesmo com o cliente, se desmotivem, favorecendo, dessa forma, uma desumanização da assistência prestada. Acrescentam que os ganhos salariais são inversamente proporcionais à importância das inúmeras actividades que exercem. Almeida citado por Alves e Martinez (2002: 270) defende que *“uma enfermagem eficiente e com disponibilidade de recursos levará, sem dúvida, à alta precoce e a menor retorno dos pacientes aos ambulatórios, com infecção pós-operatória, devolvendo as pessoas mais cedo às suas actividades com acentuada redução dos custos hospitalares”*. Por cá, a OE (2006), mencionando vários autores, salienta a evidência crescente de que a inadequada dotação de enfermeiros se correlaciona com eventos adversos, tais como, quedas das camas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e readmissões. Também Siegel et al (2007) referem que se tem produzido uma evidência crescente da influência positiva da dotação adequada de enfermeiros na qualidade dos cuidados prestados. Conclui-se, portanto que a escassez de recursos é um factor decisivo para a segurança dos clientes.

A equipa de enfermagem é constituída por 65 enfermeiros, sendo 13 por turno, distribuídos pelos sectores mediante o plano de distribuição feito pelo coordenador de turno e ficando um enfermeiro como coordenador da equipa de enfermagem.

Implementei as seguintes actividades: observação da gestão de cuidados e as prioridades de actuação em contexto de clientes em estado urgente e muito urgente; colaboração nas actividades realizadas pelo enfermeiro coordenador na gestão do serviço; observação da gestão dos recursos disponíveis; mobilização de conhecimentos leccionados na disciplina de gestão; observação da gestão de recursos humanos pelo coordenador de turno (plano de trabalho). Desta forma, consegui *“demonstrar compreensão relativamente à área da gestão”*.

No sentido da prossecução do objectivo “identificar as necessidades de cuidados de enfermagem ao cliente crítico, estabelecendo prioridades”, consultei os protocolos e normas existentes; recorri a fontes bibliográficas, revendo, actualizando e aprofundando conhecimentos; e apliquei o processo de enfermagem.

Em vez de me preocupar em cumprir as intervenções prescritas no Alert, privilegiei os cuidados de enfermagem ao cliente em estado crítico, particularmente aqueles que eram triados como muito urgentes e que ainda aguardavam a observação médica. O meu objectivo foi prever e antecipar o agravamento da situação do cliente, constituindo este um critério de avaliação do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, das competências comuns

de enfermeiro especialista (OE, 2009). Assim, trazia o cliente para a Sala Laranja, avaliava-o (através da observação do cliente, de perguntas simples e directas, de monitorização), diagnosticava prioridades de cuidados, planeava e implementava as intervenções de enfermagem correspondentes, avaliando a sua eficácia. Muitas vezes, transferia o cliente para uma maca, colocava oxigenioterapia, assegurava um acesso venoso periférico e colhia sangue para análises rápidas (e troponina, quando suspeitava de causa cardíaca), iniciando a análise nas máquinas disponíveis na sala. Entretanto, referia ao médico a situação e procurava o acompanhante do cliente, para obter informações adicionais e informá-lo.

Recordo-me de um cliente triado por dispneia, que apresentava sons característicos de abundantes secreções profundas e que o cliente não conseguia expelir. A intervenção prioritária que implementei para a limpeza ineficaz das vias aéreas em grau elevado, antes da avaliação médica, foi colocar uma nebulização com soro fisiológico, instruindo a pessoa a executar inspirações profundas e pausadas. No final da nebulização, instruí acerca da tosse eficaz. Desta forma, consegui mobilizar as secreções do cliente até às vias respiratórias superiores e aspirá-las. O cliente referiu melhorias, a par da normalização da ventilação e da subida de SpO₂.

Um caso semelhante reporta-se a um cliente oriundo de um lar de idosos, trazido para a Sala Laranja por dispneia e SpO₂ de 80%. Este cliente necessitava de ventilação mecânica invasiva (por traqueostomia) e apresentava limpeza das vias aéreas comprometida em grau muito elevado. Apenas o recrutamento alveolar¹ seguido da aspiração traqueal de secreções foi suficiente para o cliente recuperar rapidamente de uma situação potencialmente fatal: obstrução da via aérea por secreções.

Como, habitualmente, eram vários os clientes muito urgentes à espera no corredor, tentava perceber qual era o que estava em situação mais crítica e era esse que seleccionava para prestar cuidados. Em relação aos restantes clientes muito urgentes, informava os colegas e os médicos, e por vezes, solicitava que colocassem algum cliente que me parecia estar mais instável dentro da Sala Laranja.

Com este objectivo, foram adquiridas as seguintes competências: demonstrar capacidade de intervir perante situações complexas e imprevistas; gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida.

Conseguiu-se, desta forma, *“demonstrar capacidade de trabalhar e agir de forma adequada, na equipa multidisciplinar”* e *“demonstrar capacidade de observação e de decisão”*.

Tendo privilegiado a Sala Laranja com cerca de $\frac{3}{4}$ das horas de estágio e aproveitado a oportunidade de efectuar dois turnos na SE, pude aprofundar conhecimentos sobre os procedimentos e técnicas mais comuns no SU.

Na Sala Laranja prestei cuidados a pessoas com dispneia em grau elevado, dor torácica, convulsões, suspeita de acidente vascular cerebral, hipoglicemias, entre muitas outras

¹ O recrutamento alveolar por rotina, como era preconizado nos anos 80 e 90, encontra-se, desde há alguns anos, contra-indicado devido ao risco de provocar atelectasias. Reserva-se, portanto, a situações em que as secreções são muito espessas e profundas, inalcançáveis pela simples aspiração (Swearingen, 2005).

situações. Consultei os protocolos e normas existentes, para melhor compreender o funcionamento deste serviço e actuar em conformidade com o preconizado; consultei bibliografia, revendo, actualizando e aprofundando conhecimentos, que me permitiram prestar cuidados integrais a estes clientes de forma fundamentada: acolhi os clientes na Sala Laranja, muitas vezes ainda antes da primeira observação médica, no caso dos clientes triados como muito urgentes, efectuei a avaliação de enfermagem, diagnostiquei prioridades de cuidados, planeei e implementei as intervenções de enfermagem correspondentes e avaliei a sua eficácia, de acordo com o processo de enfermagem (Doenges e Moorhouse, 1992).

Os clientes alocados à Sala Laranja eram tantos, que foram inúmeras as oportunidades de acompanhar, colaborar e executar a longa lista de procedimentos e técnicas de enfermagem comumente realizados no SU: inserção de catéteres venosos periféricos, colheitas de espécimens (sangue, urina, secreções brônquicas), algaliações, inserção de sondas nasogástricas, lavagens gástricas, administração de medicação, monitorização de parâmetros vitais, realização de enemas de limpeza, posicionamentos e cuidados de higiene parciais. Assim, melhorei a execução técnica de todos estes procedimentos, sendo de salientar os enemas de limpeza, que era uma técnica com que apenas contactei durante o Curso de Licenciatura. Apenas as manobras de suporte avançado de vida não foram contempladas, por não ocorrer nenhuma paragem cárdio-respiratória nos turnos que efectuei. Em parte, isto deve-se ao facto de detectarmos e agirmos precocemente perante situações de peri-paragem e, em algumas vezes, encaminharmos os clientes para a SE.

Os dois turnos em que acompanhei a enfermeira de OBS à SE, lamentavelmente, não foram tão enriquecedores como eu desejava: apenas num dos turnos entraram clientes na sala. Um deles veio da Sala de Recepção de Exames, por agravamento da função respiratória, para ser submetido a entubação endotraqueal e, de seguida, ser transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos. O procedimento decorreu de forma rotineira, sem qualquer intercorrência. Participei activamente nos procedimentos de pré-entubação – monitorização, inserção de catéteres venosos periféricos e catéter urinário, preparação de medicação de indução anestésica e de todo o material necessário à entubação – e assisti na entubação orotraqueal, tal como já fiz muitas vezes no meu serviço.

O outro cliente veio da via pública directamente para a SE, acompanhado pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, por uma história mal-esclarecida de alteração do estado de consciência, mas ainda com a via aérea patente. Após a recepção na sala, verificação de parâmetros fisiológicos estáveis e colheita sanguínea, acompanhei o cliente para a realização de tomografia axial computadorizada (TAC), que não evidenciou alterações significativas. Desde a admissão na SE até à realização da TAC, sem qualquer intervenção terapêutica, o cliente recuperou totalmente o estado de consciência, pelo que foi encaminhado para a área médica.

Os clientes recebidos na SE, vindo do exterior, inconscientes ou sedados, não colocam dificuldades na sua identificação, porque trazem sempre uma carteira com algum documento de identificação ou mesmo algum acompanhante.

A situação-problema refere-se àqueles que não se encontram capazes de comunicar ou estão desorientados e cuja pulseira de identificação se perdeu ou tem a identificação errada; deparei-me com ambas as situações. Assim, traçou-se o objectivo “analisar a identificação de vítimas inconscientes ou com alterações psico-sensitivas que impeçam a sua identificação”, que se relaciona directamente com a questão da segurança do cliente.

No primeiro caso, o cliente alternava períodos de sonolência com confusão, não tinha nenhum acompanhante e a pulseira havia-se perdido, provavelmente durante os períodos de desorientação, que impuseram medidas de prevenção de queda, pela aplicação de imobilizadores dos membros superiores. Como me apercebi da falta da pulseira de identificação no início de um turno de manhã, em que o SU ainda estava relativamente calmo, foi fácil de, por exclusão de partes, identificar o cliente, era um dos 4 clientes que estavam internados. Coloquei-lhe novamente a pulseira, com o cuidado de ficar o suficientemente apertada, para não deslizar pela mão. A verdade é que por vezes a pulseira é colada pelos seus extremos, o que, em muitas pessoas, fica larga. Uma vez que a pulseira é constituída de um material resistente e só se consegue cortar com uma tesoura, basta colocá-la suficientemente apertada para que não se perca; assim, fui tentando sensibilizar os colegas e os AAM (são quem coloca a pulseira na Triagem) para esta situação. A partir deste momento prestei mais atenção à forma como a pulseira estava colocada e pareceu-me que era colocada mais ajustada ao punho.

O segundo caso ocorreu numa tarde que passei na Área da Clínica geral e reporta-se a uma cliente de 65 anos, com indicação de cirurgia oftálmica. O médico solicitou, verbalmente, que atendêssemos primeiro aquela senhora, para que pudesse seguir rapidamente para o Bloco Operatório (BO). Antes de inserir o catéter venoso periférico, para colheita de sangue e administração de medicação, perguntei à cliente como se chamava enquanto confirmava com a informação da pulseira. A detecção da identificação errada foi fácil, porque o nome que estava inscrito era um raro nome brasileiro, de uma outra cliente que tinha atendido no início do turno. Também desta vez, foi simples substituir a pulseira. Mas são inúmeras as situações potenciais de erros de tratamento por uma identificação incorrecta. Neste caso, por exemplo, se a senhora não pudesse falar, se não estivesse acompanhada, se não tivesse sido eu a atender a outra cliente, ou se simplesmente os primeiros nomes fossem iguais e vulgares, e a cliente respondesse com um sorriso “chamo-me Ana” ou “Maria”, as consequências podiam ser desde a falta de administração de um medicamento importante, até à administração de uma medicação a alguém com alergia a esse fármaco. Alertei para esta situação, recomendando que ao se colocar a pulseira, se confirmasse o nome completo com o cliente ou pessoa significativa acompanhante, caso o cliente não estivesse capaz. Não estando o cliente capaz de confirmar a sua identificação nem tendo um acompanhante, sugeri que fossem dois profissionais, em simultâneo, a confirmar a identificação do cliente (pela ficha impressa da

Triagem). Tentei também sensibilizar para a importância de, no Gabinete de Triagem, só se chamar por um cliente, após o anterior estar devidamente triado e identificado, para minimizar o risco de trocas de fichas e colantes entre clientes. Pelo que fui observando ao longo do estágio, concluo que a primeira sugestão foi bem aceite; a segunda, contudo, só quando a lista de espera para a Triagem era pequena é que se ia tendo esse cuidado. Quando o número de pessoas à espera para ser triada começava a tornar-se grande, os colegas chamavam duas ou três pessoas ao mesmo tempo (mesmo estando só um gabinete de triagem aberto), com o objectivo de agilizar a triagem. Tentei sensibilizar para o facto de que assim o risco de erros aumenta exponencialmente, por um lado, porque se criam várias separações nas fichas que acabam por se misturar (de quem ainda não foi chamado, de quem já foi chamado e não triado, de quem já está triado); por outro lado, o AAM não consegue encaminhar os clientes com a mesma rapidez com que são triados. Todavia, a pressão de diminuir a lista de espera para a triagem era mais forte. Desta forma, sugeri que houvesse permanentemente dois enfermeiros na triagem – o que não foi aceite, pela impossibilidade de se colocar mais um enfermeiro por turno – e que quando se chamam os clientes para prestar cuidados se validasse a identificação (por nome completo) não só com o cliente, mas também com a pulseira. Ultrapassando as minhas expectativas, verifiquei que muitos colegas adoptaram este cuidado.

Creio que concretizei este objectivo e com ele desenvolvi as seguintes competências: *“abordar situações complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente/família”, “demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família” e “tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas”.*

No documento «Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem», da OE (2001), pode-se ler que *“o exercício profissional de Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas”*; desta forma, o objectivo *“estabelecer com o cliente e familiares comunicação eficaz”* reveste-se de extrema importância, pois é a comunicação o elo de ligação entre o enfermeiro e familiares, que permitirá o início da relação de ajuda e da aplicação do processo de enfermagem.

As actividades realizadas para alcançar este objectivo foram: criar uma relação terapêutica com o cliente/família; mostrar disponibilidade para escutar o cliente/família; aplicar os conhecimentos adquiridos sobre comunicação; apoiar o cliente/família na vivência de situações críticas e de prognóstico reservado; adaptar diferentes estratégias de comunicação ao cliente urgente/emergente; e encorajar o cliente/família a expressar sentimentos e dúvidas acerca do seu estado de saúde.

No SU, muitas vezes, os clientes não estão acompanhados por familiares ou outras pessoas significativas, encontrando-se num ambiente desconhecido e considerado impessoal e frio. À sua volta, vão aparecendo outros clientes em estado de gravidade variável e vários profissionais de saúde passam, apressados, constantemente pelo corredor: o cliente, que pela sua situação de doença (frequentemente, associada a dor) já se sente frágil, tende a sentir-se

reduzido a um simples objecto, mais ou menos vulnerável. Outros factores que potenciam a vivência destas emoções são o tempo que o cliente espera até ser observado e para lhe ser atribuído um destino (internamento ou domicílio), as técnicas e procedimentos efectuados, e a necessidade de partilhar o espaço com outros clientes, com pouca privacidade (Peneff, 2003).

Alves e Martinez (2002) acrescentam que os enfermeiros, envolvidos em tantas actividades técnicas direccionadas para o diagnóstico e tratamento da doença, relegam para segundo plano a necessidade que os clientes têm de uma atenção mais individualizada, considerando as suas carências pessoais, emocionais, económicas.

Estes sentimentos vivenciados pelos clientes no SU, embora não sendo fáceis de gerir, podem ser atenuados com a ajuda dos profissionais de saúde. Encontrando-me a realizar um estágio de especialidade, em que se pretende aprofundar mais do que meramente os procedimentos técnicos, tentei criar uma relação empática com o cliente e pessoas significativas, confortando com palavras serenas e falando em tom mais baixo (para tornar o ambiente mais íntimo e reservado). Muitas vezes, especialmente os idosos sem acompanhante, só necessitavam de sentir que alguém os ouvia e que não estavam sozinhos, esquecidos pelos profissionais de saúde ou abandonados no SU pelos familiares.

Uma das questões mais frequentemente colocadas pelos clientes e familiares é relativa ao tempo de espera até serem observados e serem transferidos ou terem alta. Lembrei-me de elaborar um panfleto de acolhimento ao cliente e acompanhante, que fornecesse esta e outras informações básicas e importantes (Anexo I), tendo ficado para apreciação. Além de pretender diminuir a ansiedade do cliente e família, que muitas vezes fica na expectativa do que vai acontecer a seguir e quando, também pretende otimizar o tempo dos profissionais para a prestação de cuidados – por vezes ocorre que um enfermeiro vai procurar um cliente no corredor e é tantas vezes solicitado para fornecer informações várias, que “se perde” e volta para trás para confirmar o que ia fazer. Além disso, a leitura do panfleto também ajuda a manter o cliente ocupado com uma actividade, durante o tempo de espera.

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

Os SU são confrontados diariamente com um grande número de clientes que apresentam uma vasta gama de problemas. A sobrecarga de trabalho dos serviços varia de hora para hora e depende do número de clientes que aí acorrem e do estado que apresentam. É essencial que exista um sistema de triagem implementado para assegurar que estes clientes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada. Desta forma, delineou-se o objectivo “problematizar a aplicação de um sistema de triagem”.

A triagem em SU é uma ferramenta de trabalho, cujo objectivo único é priorizar os clientes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no SU, o que facilita a gestão clínica de clientes e a gestão do serviço. Ou seja, em termos gerais, um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica: este modo de

funcionamento é deliberado e reconhece que os SU são, em grande medida, orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos clientes (Grupo de Triagem de Manchester, 1997).

Após efectuar a sua inscrição na Admissão de Doentes será encaminhado, por ordem de inscrição, para um dos dois gabinetes de triagem, onde será submetido a uma observação prévia, com a identificação de um conjunto de sinais e sintomas que permitem atribuir um grau de prioridade clínica no atendimento e a um tempo de espera recomendado, até à primeira observação médica. Decorrente deste contacto inicial no gabinete de triagem, o cliente recebe uma pulseira da cor que corresponde ao grau de gravidade determinado pelo sistema e para o qual está previsto um tempo limite para a primeira observação médica.

Considerando a adaptação a Portugal e às características culturais específicas do nosso país no que concerne aos cuidados de saúde, foi criada uma nova categoria: “os brancos”, que representa situações não urgentes, em que as pessoas dirigem-se ao SU por indicação médica para antecipar consultas, que pelo sistema normal de marcação de consultas, ficariam mais tempo à espera do que o médico considera adequado. É também por esta via que alguns clientes acedem ao hospital para serem submetidos a determinados procedimentos, como é exemplo a inserção de um catéter veno-venoso para diálise. De notar que estas pessoas representam uma percentagem considerável de quem recorre ao SU, particularmente nos dias de fim-de-semana. Como é referido no Despacho 641 – DR N.º 14 de 17/01/1995, II Série, *“cerca de 70% das situações clínicas que determinam essa procura, não careciam atendimento em serviços de urgência hospitalar, mas apenas outro tipo de cuidados de saúde”*.

Além da pulseira de identificação, também a ficha impressa apresenta no topo superior uma faixa horizontal com a cor representativa do grau de prioridade. No cesto de fichas do gabinete médico, as fichas são colocadas de acordo com o grau de prioridade e dentro das de mesma cor por ordem de chegada. Além disso, em relação aos clientes com grau de atendimento muito urgente ou eventualmente imediato, os mensageiros informam na Sala Laranja que deixaram o cliente no corredor. Esta estratégia assume particular importância, porque muitas vezes, dada a grande quantidade de pessoas que recorrem ao SU, há clientes muito urgentes que esperam até 30 minutos ou mais pelo primeiro contacto médico. De facto, durante este tempo de espera, a situação do cliente pode agravar-se até ao ponto de colocar em risco a sua vida, quer por uma descompensação crítica da situação aguda que trouxe o cliente à urgência, quer pela influência de comorbilidades, que não foram aferidas durante a triagem – e que não têm de ser, uma vez que o sistema apenas pretende determinar o grau de prioridade de atendimento e de forma rápida; além disso, se se conseguisse cumprir os tempos de atendimento, situações como algumas que presenciei poderiam ser evitadas.

Num dos turnos que fiz na área da pequena cirurgia, saí da sala para uma observação panorâmica do corredor da urgência, cheio de macas, cadeiras-de-rodas e pessoas a pé, umas encostando o desalento à parede, outras impacientemente a caminhar em pequenos círculos e outras preocupadamente a olhar os seus familiares nas macas ou a procurar avidamente alguém que lhes desse resposta a muitas das suas questões e angústias. No meio deste

turbilhão de pessoas e emoções, há alguém que, repentinamente, cai no chão com uma convulsão, que, felizmente, cessa de forma espontânea. Um reboliço de movimento: rapidamente aparece uma maca vazia, como se do tecto caísse, eu e várias pessoas (enfermeiros, médicos, auxiliares, acompanhantes e até clientes) colocamos o pesado e ainda inconsciente homem na maca. Levamo-lo para a Sala Laranja, onde foi estabilizado. A este cliente, como posteriormente verifiquei, foi atribuído o grau de prioridade amarelo, através do fluxograma “Indisposição no adulto”, sendo positivo o discriminador “dor moderada”, pelo que deveria ter sido observado pelo médico nos 60 minutos seguintes à triagem, mas já haviam ocorrido 85 minutos desde então.

O grande entrave ao cumprimento destes tempos-alvo para observação é sem dúvida o enorme afluxo de pessoas aos serviços de urgência (sendo que as situações pouco urgentes e «os brancos» constituem uma percentagem elevada), porque o SU para a grande maioria dos clientes constitui “a única oportunidade para a resolução dos problemas de doença e a única, ou pelo menos a maneira mais fácil de acesso aos cuidados de saúde” (Marques, 2007: 71). Esta situação explica-se por vários factores contributivos: a organização interna dos hospitais, o tipo de atendimento em “regime de porta aberta”, a deficiente capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários e a falta de articulação com as consultas externas dos hospitais (Marques, 2007).

Pelo que pude observar ao passar pela triagem, esta não é uma tarefa simples. Percebi que foi elaborada uma adaptação aos fluxogramas existentes, no sentido de orientar os clientes para as diferentes áreas existentes no actual serviço de urgência. Apercebi-me também que os colegas têm de ser perspicazes na realização da triagem. Se lhes parecer que o estado/queixa do cliente, merece uma maior prioridade do que aquela que o fluxograma atribui, classificam a dor do cliente com um valor mais elevado na escala numérica, o que, só por si, permite aumentar a prioridade atribuída.

Para alcançar este objectivo realizei as seguintes actividades: observação das funções do enfermeiro da triagem e dos diferentes níveis de urgência na triagem de Manchester; consulta de protocolos; pesquisa bibliográfica e utilização do sistema informático, sob supervisão.

Nem sempre é fácil atribuir uma prioridade ao cliente, pelo menos com o grau de certeza que se desejaria, pelo que, na dúvida, os colegas agem de forma defensiva, manipulando de certa forma o sistema, de modo a nunca atribuir uma prioridade menos elevada do que aquela que o cliente necessita. Existem também situações opostas: por exemplo, perante uma glicemia inferior a 80 mg/dL, o sistema, que está concebido para funcionar de forma defensiva, atribui a prioridade máxima: atendimento imediato. Pela evidência da prática, verifica-se que mesmo para uma pessoa que sofra de diabetes – um dos fluxogramas possíveis –, desde que clinicamente não se verifiquem sinais de gravidade, a cor vermelha é exagerada perante valores pouco acentuados de hipoglicemia (entre 60 e 79 mg/dl), pelo que, também nestas situações, o sistema é orientado de maneira a que a prioridade atribuída não seja tão alta.

Apreciei muito este primeiro contacto com as pessoas, tentando perceber o motivo da sua vinda ao SU, enquanto ainda não estão aborrecidas com o longo tempo de espera. Nem sempre é fácil ser rápido no estabelecimento da prioridade clínica, porque muitas vezes as pessoas sentem necessidade de explicar tão detalhadamente a razão da sua vinda ao SU, que fornecem demasiada informação e muita dela irrelevante para a definição da prioridade, não mencionando aspectos importantes como a topologia anatómica, pelo que é fundamental uma boa gestão da comunicação, direccionando especificamente para os discriminadores dos fluxogramas. Neste sentido, concluo que, após um breve momento em que, atentamente, ouço (seleccionando mentalmente a informação pertinente) e observo (por exemplo, se a par da referência a dispneia, a pessoa apresenta cansaço a falar, algum grau de cianose, polipneia, baixo valor da saturação periférica de oxigénio, entre outros), é importante recorrer a questões fechadas dicotómicas e, quando o discurso da pessoa é irrelevante para o caso, saber introduzir a questão necessária no momento de pausa do discurso. Estas são duas estratégias importantes para efectuar uma triagem rápida e correcta, sem deixar de ser cortês e de fazer com que a pessoa sinta que se preocupam com os seus problemas.

Para conseguir direccionar a triagem de acordo com o sistema, tive de acautelar a minha curiosidade clínica, para evitar perguntas que tinha consciência que não eram determinantes para a atribuição da prioridade naquela situação concreta. Por exemplo, perante uma dor torácica, que é relativamente frequente, uma infinidade de questões e hipóteses diagnósticas invadiam a minha mente, independentemente do fluxograma “Dor torácica”, que me parece muito bem elaborado. O mesmo acontecia com muitos outros fluxogramas que se relacionam com conhecimentos aprofundados que tenho; mas também com os que tenho maior distância académica, pela razão contrária, ou seja, a vontade impulsiva de tentar compreender e discriminar melhor a situação.

Penso ter desenvolvido as seguintes competências: *“incorporar na prática os conhecimentos adquiridos”, “demonstrar capacidade de actuar, de forma adequada” e “tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas”*.

Reconhecendo-se a importância de documentar os cuidados prestados, traçou-se o objectivo “analisar como se efectuam os registos de enfermagem”. O Alert não me sendo um sistema de registos estranho, facilmente apreendi muitas outras funcionalidades que não tinha a oportunidade nem interesse em utilizar no meu serviço, desenvolvendo destreza na utilização do sistema de registo Alert: efectuei todos os registos dos cuidados prestados e consultei informação pertinente sobre os clientes.

Desde Florence Nightingale que os enfermeiros se preocupam com a documentação, pretendendo que os registos efectuados demonstrem todas os aspectos positivos ou negativos da prática clínica e da evolução do cliente, no sentido de garantir a continuidade de cuidados e contribuir para a melhoria da qualidade assistencial. Assume, por isso, particular importância na segurança do cliente. Pereira (2001) refere que actualmente há um aumento da

sensibilização e consciencialização da necessidade de construir sistemas de informação que sejam promotores da comunicação e continuidade dos cuidados, da gestão, da investigação e da formação. Além disso, aponta a documentação dos cuidados de enfermagem também como imprescindível ao desenvolvimento de indicadores para a avaliação da eficácia dos cuidados de enfermagem, do ensino e da disciplina de enfermagem (Pereira, 2007).

Com a disseminação das tecnologias de informação e comunicação, muitos departamentos hospitalares adquiriram software médico ou criaram as bases de dados informáticas, de forma a armazenar e gerir registos de dados relevantes dos seus clientes. Neste contexto, surgiu uma aplicação informática, com patente portuguesa, desenvolvida pela Alert Life Sciences Computing, que possibilita o lançamento, a interligação e a reutilização de dados recolhidos em episódios de urgência anteriores, bem como o registo de todo o percurso do cliente no circuito da urgência.

O SU do Hospital Geral de Santo António foi o primeiro hospital central, universitário e polivalente em Portugal a adoptar esta metodologia, apresentando todos os circuitos de informação encerrados na utilização de uma aplicação informática. Isto significa que tudo o que é registado sobre um determinado cliente fica gravado numa base de dados a que se pode aceder posteriormente. Também inovador é o acesso ao sistema: todos os funcionários acedem ao sistema através da identificação da sua impressão digital, não existindo palavras-passe, o que garante a confidencialidade dos registos efectuados, assim como a responsabilização pelos mesmos, uma vez que só a própria pessoa consegue inserir a sua impressão digital, ao contrário das palavras-passe, que facilmente se transmitem pela equipa e até fora dela. Há SU's onde o acesso ao Alert é permitido através de uma palavra-passe pessoal, associada a cada número mecanográfico; há outros SU's em que estão disponíveis em simultâneo as duas formas de acesso. No SU do CHP utiliza-se a impressão digital como mecanismo de entrada no sistema. Apenas em situações em que ocorra algum problema informático que impossibilite a utilização do leitor digital, se prevê o recurso a palavras-passe, sendo que apenas alguns enfermeiros (os chefes de equipa e alguns elementos mais antigos) detêm uma. Além disso, tanto o cliente como o profissional de saúde são identificados de forma inequívoca: o primeiro por meio de foto e código de barras, o segundo por número mecanográfico e impressão digital. Acresce um aspecto de grande importância para uma comunicação escrita e partilha de informação eficazes e seguras, que é o facto de evitar problemas de legibilidade.

Outras vantagens desta informatização e automatização da informação no SU são a possibilidade de se poder aceder rapidamente a todo o histórico do cliente, incluindo os episódios de urgências prévios, os resultados dos vários exames anteriormente realizados e os fármacos administrados com os respectivos efeitos terapêuticos que foram observados. Esta questão aliada a uma identificação sem qualquer margem para dúvida de quem fez o quê e a quem, pretende contribuir para a segurança do cliente; contudo, não é assim tão linearmente garantida como poderia parecer.

Nos vários turnos que realizei na Sala Laranja tive a oportunidade de observar e vivenciar situações que ilustram esta questão: como há três computadores a serem utilizados ao mesmo tempo, existe a possibilidade efectiva de dois enfermeiros estarem a preparar a mesma medicação para o cliente, o que implica o risco de duplicação da dose do fármaco. Esta é a única situação em que a duplicação comporta risco para o cliente, pois a inserção de um catéter vesical ou de uma sonda gástrica não se duplica (pela simples visualização de já estar um(a) colocado) e a duplicação de colheitas de sangue, mesmo em caso de anemia grave, não implica risco significativo para o cliente. A duplicação de medicamentos é, de facto, o maior risco presente, especialmente quando o cliente já teve um primeiro contacto com um enfermeiro. Esta situação é passível de ocorrer por duas razões: por um lado, o sistema permite que os dados informáticos do mesmo cliente estejam a ser acedidos em simultâneo por mais do que um enfermeiro em computadores diferentes; por outro lado, há enfermeiros que validam a administração de fármacos logo que a preparam e há outros que só a validam depois de administrada.

Em relação à primeira razão, a solução que me parece óbvia e que foi a que sugeri, é que se acrescente uma função informática ao sistema de aviso acerca de outro(s) utilizador(es) do mesmo grupo profissional (no caso, enfermeiros) ao mesmo tempo, em todas as áreas do sistema que permitem uma validação de procedimentos ou registo de parâmetros fisiológicos. Ou seja, se o enfermeiro B acedesse à medicação pendente de um cliente ao qual o enfermeiro A também tivesse acedido, uns segundos mais cedo, no computador do enfermeiro B apareceria uma caixa-aviso desta situação. Poder-se-ia ainda sugerir que cada enfermeiro tivesse clientes atribuídos, com as muitas vantagens que este sistema proporciona e que se encontram largamente documentadas. De facto, é o que se verifica na Sala de Recepção de Exames, que tem um ambiente similar a um serviço de internamento. Também na sala de ortopedia e de clínica geral isto ocorre, porque existe apenas um enfermeiro e a carga de trabalho é menor do que nas áreas médica e cirúrgica. Contudo, nestas duas áreas não me parece que fosse a melhor solução face às actuais circunstâncias. Frequentemente, o número de clientes e a carga de trabalho dos enfermeiros é tal, que a metodologia do trabalho em equipa é aquela que consegue dar resposta a tantas solicitações em simultâneo, até porque a carga de trabalho é muito oscilante. Por exemplo, num determinado momento um enfermeiro poderia ter atribuídos clientes que necessitam de muitos cuidados, mas rapidamente ficar sem clientes por os transferir. Enquanto que um outro enfermeiro poderia assumir clientes que inicialmente exigiam poucos cuidados, mas subitamente sofrerem descompensações graves do seu estado de saúde. O que pretendo realçar é a dificuldade, se não mesmo a impossibilidade, de prever e gerir a distribuição equitativa de clientes por enfermeiros, face às actuais instalações físicas, fluxo de clientes ao SU e número de enfermeiros por turno.

O segundo factor, momento em que se valida a administração de fármacos, é particularmente crítico quando se refere a tomas de medicação posteriores ao primeiro contacto com um enfermeiro. Aquando do primeiro contacto, o cliente é encaminhado para a Sala Laranja, para proporcionar as condições de assépsia e privacidade à inserção de um

catéter venoso periférico e colheita de sangue. Neste caso, existe uma visualização dos procedimentos a par dos registos e da impressão dos pedidos de análises, pelo que o risco pode considerar-se desprezível: observei diversas situações em que dois enfermeiros preparavam material para estes procedimentos para o mesmo cliente, mas como só um deles traz o cliente para a sala, facilmente se evita a duplicação de procedimentos, independentemente, de se validarem os registos previamente ou posteriormente à execução. O risco é, realmente, significativo, após o primeiro contacto com um enfermeiro, porque se entretanto for prescrita outra medicação (qualquer que seja a via) já não se traz o cliente para a sala: a medicação é administrada no corredor ou na sala de espera, pois a gestão do espaço e do tempo impõem que assim seja. Portanto, facilmente, pode ocorrer duplicação da dose e os enfermeiros nem se aperceberem do erro, até porque muitas vezes as pessoas, na ânsia de receberem tratamento, adoptam uma atitude passiva na toma de medicação, não colocando questões sobre o fármaco nem comentando que tomaram medicação há pouco tempo. A solução que encontrei e tentei transmitir à equipa de enfermagem, sensibilizando-os para esta questão-problema, foi incrementar a comunicação entre os enfermeiros. Que os enfermeiros fossem comunicando uns com os outros, dizendo que procedimento iam realizar e a quem, e no fim informarem que já concluíram a actividade em causa e registarem no Alert. O registo prévio para obviar a duplicação de procedimentos não é a solução, porque há situações em que os clientes abandonam o SU ou simplesmente não se encontram naquele momento e validar procedimentos que não foram realizados poderia acarretar problemas ainda maiores.

Quando os clientes se deslocam para realizar exames complementares de diagnóstico, fora do serviço de urgência, há continuidade de registos e de acesso a informação do cliente no sistema Alert pela equipa multidisciplinar. Esta continuidade facilita o acesso à informação, evita a repetição de exames, tratamentos e facilita o registo objectivo dos procedimentos.

Uma das desvantagens que seria de prever com este tipo de sistema de registos seria a diminuição da comunicação verbal entre a equipa multidisciplinar, nomeadamente entre médicos e enfermeiros. Contudo, pelo que observei, não me pareceu que houvesse insuficiente comunicação na equipa multidisciplinar.

Nos clientes internados no SU, os registos não são realizados no sistema Alert, mas sim numa folha de vigilância de enfermagem, associada a uma folha de medicação, que constam do processo do cliente. Todos os dias, no início do turno da manhã, é aberta uma nova folha de vigilância de enfermagem e é confirmada a transcrição da medicação prescrita para a folha de medicação do cliente. Tal como evidenciado por Landeiro (2005), este é um factor de grande importância na origem de erros associados à administração medicamentosa, pois nem sempre a transcrição da medicação prescrita é feita correctamente. Uma solução possível seria a prescrição farmacológica para estes clientes ser efectuada no programa informático utilizado nos serviços de internamento, imprimindo a folha de prescrição *on-line* diariamente ou validando a administração directamente no sistema. Contudo, esta solução não é viável, porque os processos destes clientes são inteiramente em papel: no SU do CHP, o único sistema informático implementado é o Alert, que está previsto apenas para clientes não

internados; além disso, apesar de fisicamente o cliente estar internado no SU, virtualmente está internado numa enfermaria; por fim, os médicos substituem-se diariamente e consideram que lhes é mais fácil e rápido consultar um processo em papel do que informático. Assim, a minha sugestão final foi que a transcrição de medicação e respectivas confirmações diárias fossem efectuadas por dois enfermeiros. Ainda que de forma algo irregular, devido à pressão de muitas actividades pendentes, pareceu-me que os enfermeiros foram incorporando esta sugestão. Importa referir que, apesar do reconhecido risco de erro relacionado com a transcrição de prescrição farmacológica, eu não detectei nenhum erro deste género.

Finalmente, gostaria de tecer algumas considerações acerca da linguagem utilizada nos registos no SU. O International Council of Nurses (ICN) (2005) enumera vários argumentos para a utilização de uma linguagem científica e padronizada, comum à enfermagem mundial, e têm sido empreendidos muitos esforços, tanto a nível colectivo como individual, para a implementação efectiva da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Em Portugal, muitos enfermeiros têm abraçado esta causa e dedicado muitas horas à parametrização da CIPE nos serviços.

Eu, enquanto enfermeira, nasci e cresci a falar unicamente CIPE, no 1º Curso de Licenciatura em Enfermagem na já extinta Escola Superior de Enfermagem de São João, desde a versão alfa até à actual versão 1. Desde os estágios da Licenciatura que tenho notado mudanças, lentas mas persistentes, na linguagem utilizada pelos enfermeiros, particularmente, na comunicação oral, no sentido de adoptar a CIPE.

No Alert, os registos habitualmente constituem-se apenas de validações da execução de procedimentos e inserção de parâmetros fisiológicos, o que agiliza os registos. Na triagem de Manchester, a queixa do cliente é escrita livremente, mas como se pretende que seja o mais sucinta possível e restrita à queixa do cliente (o que implica que muitas vezes se cite o cliente), também nesta área não se aplica a CIPE. Mas o fundamental ocorre: no imediato, os enfermeiros comunicam entre si eficazmente, naturalmente que, em boa parte, graças ao facto de já se conhecerem e fazerem uso da linguagem não verbal.

Tenho esperanças que num futuro próximo o Alert seja otimizado ou implementado um sistema que permita o uso efectivo da nossa “língua”, a CIPE, no SU, e que seja aperfeiçoada a gestão dos clientes e actividades de enfermagem a realizar, para que haja tempo para documentar devidamente a nossa intervenção junto do cliente, de acordo com o processo de enfermagem, pois o Alert é insuficiente para documentar a prestação de cuidados de enfermagem. Apesar de haver enfermeiros que afirmam que o Alert permite identificar diagnósticos de enfermagem, à excepção do local para as notas livres de enfermagem, não encontrei nenhuma outra forma de o fazer. Confrontando os colegas do SU do CHP, todos eles estranharam esta situação, validando que a única forma é no referido local.

Comummente, há clientes a aguardar vaga nos serviços de internamento², especialmente os alocados à Área médica, permanecendo muito tempo num serviço

² Ao fim de 24 horas no SU, é aberto o internamento do doente, mesmo que não haja vaga nos serviços.

vocacionado para atender situações de urgência, pelo que é desprovido de instalações, recursos materiais e humanos para uma estadia digna, humana, confortável, com segurança e garantia de excelência de cuidados. Recordo-me de um cliente que já estava há 4 dias internado no corredor do SU, acomodado numa maca estreita e dura, sem ter uma mesa-de-cabeceira onde guardar os seus pertences, sem tomar banho, sendo desviado para um dos gabinetes vazios ou para a entrada da Sala de Recepção de Exames, para receber cuidados de higiene perineais e ser posicionado, sendo alimentado no meio do corredor e estando continuamente exposto a todas as pessoas que estavam ou simplesmente passavam, e aos seus comentários misericordiosos ou jocosos, durante os seus episódios de confusão e agitação psicomotora. Desta forma, revestiu-se de pertinência a consecução do objectivo “conhecer as estratégias utilizadas no encaminhamento dos clientes nas transferências para os serviços e nas altas”.

A falta de vagas nos serviços é um problema multifactorial: por um lado, o envelhecimento da população, acompanhado por várias morbilidades e dependências físicas e emocionais; por outro lado, a falta de estruturas de suporte da sociedade capazes de cuidar dos seus idosos clientes/dependentes com efectividade (Sarmiento, 2004), o que aumenta o número de vindas evitáveis ao SU, assim como o protelar da alta, por exemplo, quando os idosos ficam dias a aguardar que os familiares os venham buscar ao SU.

Uma das estratégias utilizadas para minimizar os efeitos nefastos do internamento no SU, é colocar os clientes internados na Sala de Recepção de Exames, onde o ambiente é mais similar a um serviço de internamento, proporcionando mais privacidade. Aqui são efectuados todos os cuidados aos clientes, como por exemplo, cuidados de higiene totais. Um indicador do enorme afluxo de clientes e da dificuldade em serem encaminhados para os internamentos ou para casa é o facto de estar prevista uma lotação máxima de 8 clientes na sala e estarem sempre 9, além dos que estão internados no corredor.

No caso de falta de apoio social para acolher os clientes que têm alta, é contactada a assistente social, sendo que os colegas afirmam que estes casos sociais são resolvidos de forma eficaz e relativamente rápida. Não tive a oportunidade de contactar com a assistente social para compreender como decorre o processo; de qualquer das formas, o papel do enfermeiro é integrar a equipa multidisciplinar, de forma funcional e eficaz.

Os clientes autónomos que têm alta, removem-se os catéteres venosos periféricos e outros dispositivos médicos que possam ter, corta-se a pulseira de identificação e entrega-se a ficha, que o cliente há-de entregar na Admissão de clientes. Nesse momento, o episódio de urgência desaparece do Alert.

Relativamente aos clientes com algum grau de dependência ou diminuição da mobilidade, aquando da alta, os administrativos, ao terem a informação da alta, contactam os familiares ou cuidadores da instituição de residência. Mas, em todos os casos que assisti de clientes nestas circunstâncias (ou seja, que tinham apoio social), os acompanhantes encontravam-se no SU.

A Lei N.º 111/2009 de 16 de Setembro³ manteve inalterável o artigo 88º – Da excelência do exercício, do Estatuto da OE. Este artigo na alínea c) refere que os enfermeiros têm o dever de “*manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (Diário da República, 2009: 6548). Assim, incluiu-se o objectivo de “formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem de urgência”.

Actualmente, a formação contínua traduz-se num grande desafio para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros. As mudanças que recentemente se têm operado, em termos de aumento de complexidade dos problemas de saúde dos cidadãos, a sofisticação das tecnologias quer de diagnóstico quer de tratamento, impõem aos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional em serviços de urgência uma constante actualização dos conhecimentos e práticas dirigidas, fundamentalmente, ao cliente crítico.

Penso ter identificado necessidades de formação, como por exemplo em relação à prevenção e controlo de infecção, tal como acerca dos cuidados de enfermagem a clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva por traqueostomia. Assim, questionei o enfermeiro orientador do estágio sobre a necessidade de formação, oferecendo a minha colaboração, contudo, não senti receptividade da sua parte.

Constatava-se com alguma frequência a não contemplação nos conteúdos da Licenciatura em Enfermagem a formação em Suporte Imediato de Vida, Suporte Avançado de Vida e formação avançada em trauma, frequentemente necessária em contexto de SU. Pela experiência dos estágios desenvolvidos desde o curso de licenciatura até ao presente momento, assim como conversas informais com muitos colegas de vários serviços e instituições, tem-se a ideia de que normalmente este tipo de formação não é incluída nos programas de integração de novos enfermeiros nos SU e que a distribuição dos enfermeiros pelos turnos nem sempre respeita o princípio de equilíbrio entre enfermeiros experientes e/ou com formação específica e enfermeiros com pouca experiência e/ou sem esta formação. Este conjunto de circunstâncias motivaram-me a aplicar um questionário (Anexo II) sobre as necessidades sentidas em formação específica em contexto de SU, com o propósito de confrontar esta percepção da realidade com respostas concretas e objectivas de enfermeiros de urgência. Adicionalmente, apesar de esta actividade não constituir um trabalho de investigação, mas sim uma tentativa de diagnóstico da situação, também me permitiu desenvolver competências no importante domínio da investigação, pois é pela investigação numa dada disciplina que se produz a base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão (Fortin, 2003).

Dos 65 enfermeiros que compõem a equipa, 11 responderam ao questionário, o que corresponde a 16,9%. Da análise dos resultados (Anexo III), constata-se que os elementos da equipa de enfermagem que responderam ao questionário são, maioritariamente, elementos jovens, com experiência profissional inferior a cinco anos. Nota-se pouco investimento em

³ Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

formação pós-graduada e especializada, apesar da maioria considerar muito importante a formação em Suporte Básico de Vida e Suporte Imediato de Vida (63,6%), e em menor grau (provavelmente por não prestarem cuidados na SE), Suporte Avançado de Vida e formação avançada em trauma (45,5%) na prestação de cuidados de enfermagem. Estas percentagens sobem quando se pergunta acerca da importância destas formações na integração na dinâmica da equipa multidisciplinar.

1.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima

O nosso mundo é, mais do que nunca, vulnerável a riscos. O número de vidas perdidas em resultado de catástrofes está a aumentar e os custos financeiros que acarretam aumentam a um ritmo extraordinariamente rápido (Madeira, 2006).

A ideia de risco tem acompanhado desde sempre o Homem. No princípio, os riscos eram exclusivamente naturais; a pouco e pouco, além desses apareceram outros como consequência das suas próprias actividades, tendo ou não componente natural. Hoje, os riscos são já de toda a ordem, desde os naturais aos socioeconómicos ou aos tecnológicos e, frequentemente, é impossível analisá-los em separado, pois constituem-se em verdadeiros complexos de riscos (Faugères citado por Rebelo, 2003).

De facto, no mundo actual, há a possibilidade omnipresente da ocorrência de incidentes ou outras situações que possam constituir perigo, de uma forma directa ou indirecta, para a saúde das populações. Esta situação abrange não só os indivíduos directamente ligados a determinadas actividades, mas também a população em geral e o ambiente, podendo a sua causa ser natural ou artificial (Robalo e Rosário, 2007). No primeiro caso, temos eventos causados por desastres naturais como furacões, tornados, vulcanismo, inundações, seca extrema, frio intenso, ondas de calor ou aluimento de terras, sendo que algumas destas ocorrências são de difícil previsibilidade e controlo. No segundo caso, podemos considerar situações cuja origem é humana, podendo esta tomar uma forma accidental, deliberada ou negligenciada, como acidentes rodoviários que resultam em derramamentos químicos, atentados terroristas, libertações radioactivas resultantes de acidentes em centrais nucleares ou descargas de suiniculturas (Robalo e Rosário, 2007).

Dentre as muitas definições de catástrofe, todas apresentam como denominador comum a desproporção (quantitativa e/ qualitativa) que existe entre as necessidades assistenciais, de organização, de logística, de evacuação, de segurança, etc., desencadeadas pela ocorrência inesperada que representa a catástrofe e os recursos (materiais, humanos e organizativos) imediatamente disponíveis na comunidade para poder gerir a crise de uma forma ortodoxa, sendo necessária a intervenção de meios extraordinários (Leiva e Seda, 2005).

As catástrofes são ocorrências inevitáveis e imprevisíveis. No entanto, a sua imprevisibilidade não deve levar a sociedade a subtrair-se à responsabilidade pela sua ocorrência, virando as costas à prevenção. Estes acontecimentos são acompanhados por períodos de grande confusão que pode chegar ao caos e de grande descoordenação, daí a

necessidade cada vez maior de uma planificação adequada. Esta planificação não tem apenas como objectivo minorar certos problemas, mas sim salvar vidas (Madeira, 2006). Almeida (2006) reforça a ideia de que, tendo todos os eventos catastróficos em comum a capacidade de provocar graves alterações no ambiente e na saúde das populações, só poderão ser mitigados pela existência de planos de contingência adequados e por uma vigilância activa. Estes planos, mais do que serem ambiciosos, devem conhecer e reflectir os limites e as fragilidades locais, pois só assim poderão diminuí-las ou mesmo resolvê-las (Madeira, 2006).

Madeira (2006) alerta que trabalhar em situação de catástrofe exige uma preparação específica, ou não fosse esta uma situação de elevada complexidade. A preparação profissional obriga a que os enfermeiros se consciencializem e compreendam pormenorizadamente os planos de catástrofe do seu local de trabalho e da comunidade onde estão inseridos. Quanto maior for a especialização e preparação dos enfermeiros, maior será a sua capacidade e de intervenção de liderança para ajudar os outros a evoluir para uma fase de recuperação menos traumática (Madeira, 2006). Demi e Miles citados por Stanhop e Lacaster (1999), ao analisarem o papel dos enfermeiros após o colapso de uma passagem aérea, descobriram que os enfermeiros mais eficazes em papéis de liderança tinham responsabilidades formais no plano de catástrofe, treino prévio ou experiência de intervenção em catástrofes.

Compreende-se assim que a segunda competência específica de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica consista em *“dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”* (OE, 2009: 43). Das unidades de competência e critérios de avaliação correspondentes, durante o estágio, apenas se constituiu como exequível *“conhecer os planos e os princípios de actuação em situações de catástrofe”*.

No CHP estão em vigor três planos distintos: Plano de actuação em situações multivítimas (Plano de Emergência Externa – PEE), Plano de emergência interna (PEI) e Plano de recepção do cliente VIP, que foram consultados, a par de outra bibliografia e da realização de entrevistas informais com os enfermeiros gestores de risco do SU e de OBS. Assim, foi possível *“aprofundar os conhecimentos na área da EMC”*.

Na construção deste SU foram previstas algumas estruturas passíveis de serem transformadas para as situações de excepção. No caso de activação do PEE, a triagem deixa de ser feita no sistema informático, passando a usar-se um impresso em papel. A triagem passa a ser feita no hall do gabinete de admissão e a equipa de triagem, para além dos enfermeiros, passa a ser constituída por um médico com formação em suporte avançado de vida, um auxiliar e um administrativo. As cores (e respectivas pulseiras) atribuídas na triagem têm algumas diferenças relativamente à triagem numa situação normal: deixa de existir a cor laranja e a azul, passando a existir a cor cinzenta e a preta. Assim sendo, os clientes são classificados como: emergente, urgente e pouco urgente. A cor preta é atribuída aos cadáveres e a cinzenta aos casos em que a situação se considera sem solução (como é o caso de perda de massa cefálica). Outra particularidade destas pulseiras é o facto de possuírem um número, o qual é atribuído aos clientes que não possuem identificação.

Quando é activado o plano de catástrofe, são evacuadas as visitas das salas de espera e são removidas as cadeiras. Todas as salas de espera possuem saídas de oxigénio. Algumas das salas de espera também têm tomadas junto às saídas de gases, para permitirem a conexão de dispositivos eléctricos.

A Sala de Reanimação, que tem a capacidade para três macas, pode ser alargada para quatro e as primeiras quatro camas de OBS também são activadas para a situação de catástrofe.

Toda esta reorganização prevê um tempo máximo de 15 minutos após a indicação e confirmação do chefe de equipa e de acordo com o previsto no PEE.

Alves (1999) no final da década de 90, constatava que não era habitual a existência de PEE e PEI nos serviços de saúde portugueses e que, quando existiam, eram em geral incompletos e com deficiência a nível da estrutura. Acrescentava que ainda que pudessem ter sido bem concebidos, no momento de os pôr em prática provavelmente iriam falhar, porque as normas estabelecidas eram desconhecidas da maioria dos profissionais que neles trabalham.

Partindo deste facto, surgiu-me o interesse de tentar perceber se houve melhoria nestes aspectos nos últimos anos, particularmente após os grandes esforços empreendidos por Portugal e, especificamente, pelos SU dos hospitais públicos, para receber o campeonato europeu de futebol “Euro 2004”. Esta análise, no meu entender, assume um interesse ainda maior quando nos recordamos que o CHP foi um dos hospitais pioneiros em Portugal a elaborar os PEE e PEI, como requisito para a obtenção da creditação da qualidade.

Assim, incluí no questionário mencionado anteriormente (Anexo II) questões relacionadas com estes planos e actuação dos enfermeiros perante a sua activação. Dos resultados obtidos, verifica-se (Anexo III) que a maioria dos enfermeiros detém mais conhecimentos sobre o PEI do que do PEE. Globalmente, e transversalmente a ambos os planos, referem saber onde se encontram os manuais dos planos, o papel que deve desempenhar e os critérios e prioridades na evacuação dos clientes, apresentando apenas dúvidas sobre os critérios de activação. Contudo, 45,5% considera que o PEI e 54,5 % entende que o PEE não se encontram num local facilmente acessível e a qualquer hora, o que causou dúvidas sobre a fidelidade das respostas anteriores, uma vez que os manuais se encontram disponíveis na *intranet* do CHP, facilmente acessível a qualquer hora a partir de qualquer um dos computadores que existem em todas as salas de trabalho de enfermagem. A maioria refere saber quem é o gestor de risco local e como utilizar um extintor.

Como nos refere Bandeira (2008), uma das estratégias mais importantes para a consciencialização e treino dos intervenientes e da própria população, consiste na formação e exercícios de treino (simulacros). Apesar de não se ter encontrado na literatura indicações exactas sobre a frequência dos exercícios de treino, Bandeira (2008) alerta que tornar os exercícios muito frequentes pode criar a falsa ideia de que a realidade nunca ocorre, que é sempre mais um exercício e, nesta ordem de ideias, o público minimizar os perigos reais.

1.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção

Vários são os problemas relacionados com a prevenção e controlo das infecções que detectei, que sub-dividi em três aspectos fundamentais: a higienização das mãos, a aplicação das precauções dependentes das vias de contacto e o controlo do ambiente.

Higienização das mãos

Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infecção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do cliente para as mucosas ou para locais do corpo habitualmente estéreis e de outros clientes ou do ambiente contaminado (DGS, 2010a). Assim, a higiene das mãos constitui a medida isolada mais simples e com mais impacto na prevenção das IACS (Siegel et al, 2007). É também considerada uma medida com impacto indirecto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010a).

Efectivamente, vários estudos de investigação aleatórios, controlados, têm evidenciado que a higiene das mãos pode ter uma influência significativa na diminuição das IACS (Larson, 1998; Doebbeling, 1992 citados por INSA, 2007c) e as recomendações emanadas por entidades internacionais sobre esta matéria abundam. No entanto, estima-se, que a adesão dos profissionais de saúde a esta prática não ultrapasse os 50% (DGS, 2010b) e verifica-se que é nas unidades de cuidados intensivos e nos serviços de urgência que há menor adesão (Pittet e Donaldson, 2005). Os motivos frequentemente apresentados para a não higienização das mãos na frequência desejada incluem a falta de tempo, a duração do procedimento, o ressecamento da pele, as mãos não parecerem sujas, a localização inadequada de lavatórios, a falta de papel e a prioridade ser cuidar do cliente (Pittet e Donaldson, 2005).

Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos, observada na fase de avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos (em 2009), foi de 46,2%, pelo que se conclui que as unidades de saúde devem promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infecção (DGS, 2010b).

Pelo que observei, no SU, a higienização das mãos é realizada de forma muito insuficiente, quer no número de vezes, quer no procedimento. Encontrei duas justificações para este facto: primeiro, o lavatório é demasiado baixo, extremamente pequeno e com má evacuação, originando que as pessoas ao lavarem as mãos, molhem a farda e não consigam remover o sabão das mãos sem as mergulhar na espuma que entretanto se formou. Segundo, a solução antisséptica de base alcoólica (SABA) encontra-se em locais pouco estratégicos, embora se reconheça que as possibilidades são poucas, dado o risco de desaparecerem. Poder-se-ia, por exemplo, colocar um frasco de SABA junto de cada lavatório. Uma vez que as luvas disponíveis não contêm pó, a solução ideal seria fornecer SABA individuais, de bolso, para que a higienização das mãos pudesse ser fácil e rapidamente realizada nos cinco

momentos recomendados pela Organização Mundial de Saúde⁴. Como explica o Centers for Disease Control and Prevention (2002), a fricção alcoólica, quando comparada com a lavagem tradicional com água e sabão, apresenta várias vantagens: gasta menos tempo; pode ser mais acessível do que os lavatórios; causa menos irritação e ressecamento da pele; e reduz mais efectivamente o número de microrganismos, particularmente face a estirpes multi-resistentes. A SABA veio, por isso, revolucionar a prática da higiene das mãos, aumentando a adesão a esta prática, pelo que devem estar sempre disponíveis no local de prestação de cuidados (DGS, 2010a).

Apresentados estes argumentos ao enfermeiro-chefe para a implementação de SABA individuais, a resposta foi negativa, justificando que o Aprovisionamento não está autorizado a fornecer SABA de bolso para o SU.

Precauções dependentes das vias de transmissão

Pelas insuficientes condições estruturais do SU, é problemático instituir precauções dependentes das vias de transmissão. No caso da via de transmissão por contacto, a solução passa por colocar o cliente junto à entrada lateral da Sala de Recepção de Exames, mantendo a porta fechada, cortina corrida e colocar uma folha de papel com a indicação de precauções de contacto.

A situação mais dramática refere-se às precauções por via aérea, como é o caso da suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar, pois mesmo que se tente afastar o cliente dos restantes clientes e acompanhantes, isolando-o num gabinete médico que não esteja a funcionar, não é possível controlar a não violação deste espaço. Apenas resta tentar alertar toda a equipa e visitas para respeitarem o isolamento e colocar no cliente uma máscara de alta eficiência com capacidade de filtração de 95% das partículas (INSA, 2007c) para reduzir o risco de contágio, mas devido às suas características de filtração dificulta os movimentos ventilatórios, particularmente quando já se padece de uma doença respiratória e é incompatível com oxigenioterapia. Assim, também esta medida se reveste de limitações na sua aplicação. Dado o elevado fluxo de clientes que diariamente ocorrem ao SU e a difícil transferência para os serviços de internamento, em prol do bem comum, talvez se justificasse a criação de um quarto de isolamento.

Controlo do ambiente

O conceito de ambiente seguro, refere-se ao espaço que nos rodeia e no qual as pessoas (clientes, visitas e pessoal hospitalar) não correm risco de infecção ou outros riscos. Inclui também as práticas ou processos de eliminação, remoção ou destruição da contaminação existente no ambiente e que pode atingir o hospedeiro susceptível (Amorim, 2007).

⁴ Os cinco momentos para a higienização das mãos: 1. Antes de contacto com o cliente; 2. Antes da realização de procedimentos assépticos; 3. Após risco de exposição a fluidos corporais; 4. Após contacto com o cliente; 5. Após contacto com as áreas próximas ao cliente (World Alliance for Patient Safety, 2009).

Os lavatórios das áreas clínicas devem ser suficientemente largos e fundos para conter salpicos. As torneiras devem ser accionadas de forma a não contaminar as mãos, pelo que não estão indicadas as torneiras de comando manual, recomendando-se que sejam accionadas pelo cotovelo, punho, joelho ou por sensor. Além disso, deve existir espaço suficiente junto do lavatório, de modo a permitir a colocação de um contentor de resíduos (com abertura accionada a pedal) para os toalhetes usados (DGS, 2010b). Nenhuma destas orientações se verifica no SU. Seria importante proceder a estas reestruturações físicas, mesmo que a SABA de bolso fosse adoptada, porque existem indicações formais para a lavagem das mãos⁵.

Frequentemente as macas dos clientes (alguns internados no SU) vão-se acumulando no corredor, encostadas, em fila, umas às outras. Isto transgride todas as recomendações de controlo de infecção: os corredores destinados à circulação de camas, cadeira de rodas e macas devem ter no mínimo 2,20 metros de largura e não devem ser utilizadas como áreas de espera; a distância mínima entre colchões (centro de um colchão a outro) deve ser de 1,50 metros, deve existir cortinado separador; cada cama/maca deve ser englobada numa área de cerca de nove metros quadrados (Amorim, 2007).

Existem caixotes distintos para a triagem dos resíduos hospitalares, mas não é bem feita, podendo ver-se com frequência invólucros de seringas e toalhetes de limpar as mãos no saco do grupo III. Não me parece que o problema seja a falta de formação e sensibilização nesta área, mas sim a carga de trabalho tão elevada, com tantos clientes em estado crítico, que necessitam de atendimento urgente. Outro factor determinante refere-se ao facto de os caixotes do lixo não se encontrarem próximos dos locais habituais de produção de resíduos. Mas, a verdade, é que as condições estruturais, especialmente na Sala Laranja, não permitem a colocação estratégica dos baldes do lixo. Além disso, por vezes, a biobox dos resíduos do grupo III encontra-se obstruída por material vário: por exemplo, aparadeiras, para não estarem colocadas no chão. É necessária sensibilização das AAM para que levem imediatamente as aparadeiras para a sala de despejo.

⁵ A lavagem das mãos com água e sabão está formalmente indicada nas seguintes situações: mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica; situações "sociais", tais como, antes e após as refeições e após a utilização das instalações sanitárias; ao chegar e sair do local de trabalho e na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile* (DGS, 2010a).

2. ESTÁGIO NA CCI: DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS ÀS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A IACS⁶, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo, atingindo milhões de pessoas, pelo que uma das três competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica consiste em *“maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (OE, 2009: 42). Na Europa, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, citado pela Comissão das Comunidades Europeias (2008), estima que as IACS afectem, aproximadamente, um em cada vinte clientes internados.

Apontam-se vários factores para o aumento alarmante do risco de infecção: o aumento da esperança média de vida acompanha-se de clientes mais susceptíveis devido a doenças de base mais graves e com maior número de co-morbilidades (Pittet e Donaldson, 2005), o recurso crescente a tecnologias cada vez mais invasivas, o aumento do número de clientes em terapêutica imunossupressora (DGS, 2007b) e a insuficiente e incorrecta higienização das mãos (Pittet e Donaldson, 2005). Existem ainda outras condições importantes a considerar, como a higienização do ambiente, a esterilização dos materiais, o acesso a água potável (nos países sub-desenvolvidos), a dotação adequada de profissionais de saúde, a sobrelotação de clientes por serviço e o aumento de transferências de clientes entre serviços e instituições (Pittet e Donaldson, 2005).

Desta forma, reconhece-se que a IACS constitui um problema global major na segurança dos clientes, pois dificulta o seu tratamento adequado, promove a resistência aos antimicrobianos e contribui para o aumento substancial da morbidade e mortalidade. Além disso, gera um consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (DGS, 2007b).

Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das IACS são seguramente evitáveis, para o que é fundamental uma actuação nacional planeada e bem estruturada (que mobilize profissionais especializados e disponibilizados para o efeito), sendo de realçar o papel das CCI (DGS, 2007b). Nesse sentido, e reportando-se aos Programas Nacionais de Prevenção e Controlo da IACS (PNCI), de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos e de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, Costa (2009) refere três grandes áreas de intervenção:

- Registo contínuo, análise, interpretação e informação de retorno aos profissionais, ou seja, vigilância epidemiológica (VE);
- Elaboração e divulgação de normas e recomendações de boa prática;

⁶ IACS é um conceito alargado de infecção associada à prestação de cuidados: inclui a infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados, domiciliários); e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade (DGS, 2007).

● Formação e informação.

Assim, privilegiei estas áreas para desenvolver ao longo do estágio. Analisando o PNCI com a enfermeira orientadora, e tendo em consideração as limitações impostas pelas circunstâncias, nomeadamente, quanto à duração do estágio, reformulei os objectivos de estágio, que a seguir enuncio, a par das actividades realizadas e das reflexões críticas, tendo por base a bibliografia consultada e entrevistas formais e informais com a orientadora de estágio e outros profissionais com quem contactei. São também mencionadas as competências que se acredita terem sido adquiridas.

2.1. Conhecer o serviço da CCI, relativamente à sua estrutura física, organização e dinâmica funcional

De acordo com a legislação vigente, todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e privadas devem ter constituídas e operacionalizadas CCI's, que deverão ter um forte apoio institucional para que possam cumprir os seus objectivos na implementação do PNCI (DGS, 2007a).

A CCI é equipa multidisciplinar de assessoria técnica do Órgão de Gestão das unidades de saúde, com as funções de planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção, como preconizado na Circular Normativa da DGS N.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 (DGS, 2007a). Assume também a responsabilidade de implementar na unidade de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo da IACS seja vista como parte integrante das actividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do cliente (DGS, 2008).

Na ULSM, a CCI é composta pelo Núcleo Executivo e pelo Núcleo Consultivo. Do primeiro fazem parte um técnico superior, uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um enfermeiro graduado em meio horário e uma médica, coordenados por uma médica especialista em Infecção. O Núcleo Consultivo é constituído pelos Elos de Ligação da CCI nos serviços, sendo um por categoria (médico, enfermeiro e auxiliar de acção médica) por serviço do HPH e um por cada CS e extensão. Pretende-se, desta forma, envolver todos os profissionais da instituição.

A CCI tem sede física num gabinete do Piso -1 do HPH, de forma a se encontrar num local centralizado da ULSM, junto aos gabinetes das outras Comissões Hospitalares (CH). O secretariado das CH é assegurado por uma secretária fixa; contudo, quando necessário, destacam-se outros funcionários de secretariado para auxiliar, por exemplo, a introduzir os dados relativos aos Inquéritos de Prevalência de Infecção no sistema informático.

A estrutura física engloba também o arquivo conjunto das CH, uma pequena biblioteca improvisada da CCI numa sala anexa ao gabinete e a sala de reuniões das CH, utilizada pela CCI, por exemplo, para receber os delegados de informação médica aquando da prospecção de mercado acerca de materiais e equipamentos a serem adquiridos para a ULSM, como tive a oportunidade de acompanhar acerca da selecção de um selante microbiano cutâneo.

A CCI desenvolve o seu trabalho em quatro áreas de actuação: VE, Formação e Informação, Consultadoria e Apoio, Normas e Recomendações de Boas Práticas.

Através da colaboração com o Laboratório de Microbiologia, a VE contempla a detecção de microrganismos problema ou epidemiologicamente importantes e a participação na Rede Nacional de Registo. A área da Formação e Informação compreende a realização de cursos de formação e sessões de divulgação, participações orais e em póster em simpósios e congressos, e a orientação de alunos. Relativamente à Consultadoria e Apoio, apontam-se auditorias, participação em comissões de escolha de material e equipamento clínico, resposta a pedidos de parecer e colaboração no planeamento e acompanhamento de obras. Na área das Normas e Recomendações de Boas Práticas refere-se a publicação e revisão de normas relativas ao controlo de infecção, a publicação de Manuais de Controlo de Infecção (1996 e 2003) e a definição de estratégias de controlo de microrganismos específicos.

De forma a compreender profundamente a dinâmica da CCI e o papel do enfermeiro, acompanhei, diariamente, a enfermeira orientadora nas várias actividades, sendo de realçar a ida aos serviços para analisar problemas relacionados com o controlo de infecção e soluções possíveis. Esta actividade ajudou a desenvolver a competência *“tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EMC”*. Ilustro com a situação seguinte: a pedido de uma enfermeira do BO, dirigimo-nos a esse serviço, para debatermos como evitar o derrame de sangue no chão. De acordo com Amorim (1999), durante a intervenção cirúrgica, o ambiente da sala deve ser mantido limpo, tanto quanto possível, evitando a contaminação excessiva e limitando a contaminação inevitável. Acrescenta que qualquer derrame de matéria orgânica no chão deve ser removido imediatamente e essa área desinfectada com uma solução de hipoclorito ou dicloroisocianurato de sódio a 1%. Contudo, na situação específica apresentada, não era possível efectuar o bloqueio das vias de transmissão⁷, através da eliminação rápida e eficaz do material contaminado (limpeza e desinfecção) até terminar a cirurgia. Assim, a questão prendia-se com a estratégia a adoptar para a contenção na fonte⁷ (Amorim, 2007), evitando a disseminação do sangue pela sala cirúrgica. Discutimos sobre as causas e circunstâncias em que ocorre, os constrangimentos que dificultam a resolução do problema e ponderámos soluções. Dada a conjuntura, ofereci a sugestão, ainda que temporária, até se encontrar uma solução definitiva apropriada, de se colocarem resguardos impermeáveis na zona do chão onde ocorre o derrame, uma vez que o seu almofadamento permite absorver líquidos. Assim, conseguir-se-ia conter o sangue. De facto, a sugestão foi acolhida tanto pela enfermeira da CCI como do BO.

2.2. Conhecer a estrutura física do HPH e os meios para um ambiente seguro

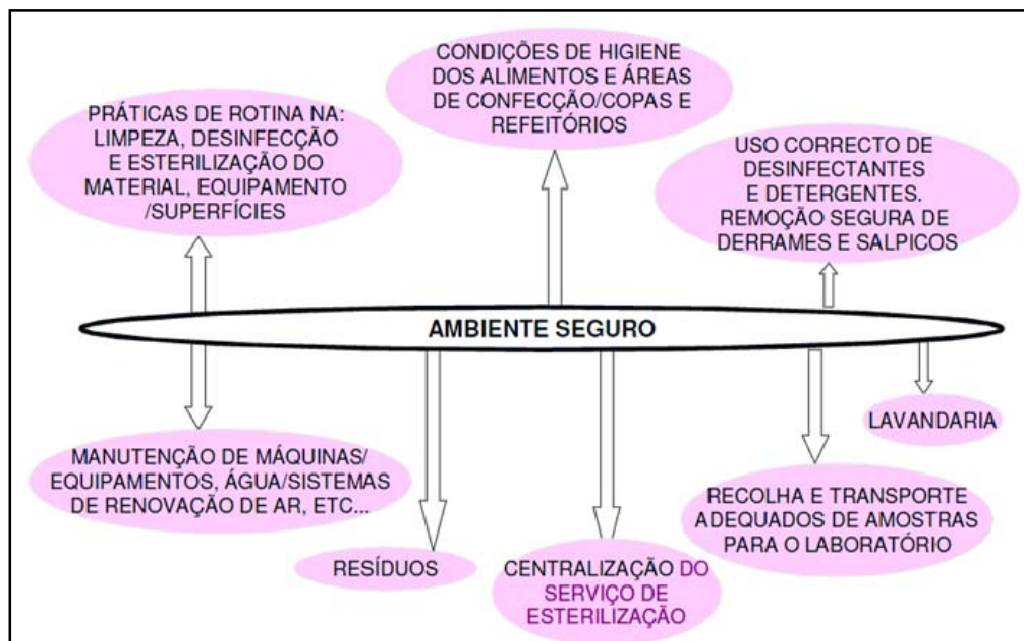
O conceito de ambiente seguro refere-se ao espaço que nos rodeia e no qual as pessoas (clientes, visitas e profissionais) não correm risco de infecção ou outros riscos. Inclui

⁷ Fundamentando-se na epidemiologia das infecções, a prevenção da transmissão cruzada baseia-se em três princípios gerais para a prevenção da infecção cruzada: contenção na fonte, bloqueio das vias de transmissão e protecção do hospedeiro susceptível (Amorim, 2007).

também as práticas ou processos de eliminação, remoção ou destruição da contaminação existente no ambiente e que pode atingir o hospedeiro susceptível (INSA, 2007b). São vários os aspectos a considerar com vista a garantir um ambiente seguro, como esquematiza a Figura 1 – Princípios relativos ao ambiente seguro.

Com este objectivo pretendeu-se, por um lado, conhecer a realidade, para poder avaliar adequadamente as situações-problema detectadas ou apresentadas pelos profissionais dos serviços; por outro lado, confrontar as indicações emanadas por organismos idóneos na prevenção e controlo da infecção. Simultaneamente, graças à pesquisa bibliográfica e a observação crítico-reflexiva da realidade no HPH, contribuiu-se para o desenvolvimento da competência “*demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EMC*”.

Figura 1 – Princípios relativos ao ambiente seguro



Adaptado de: CARTER, C.; BARR, B. (1997). *Issues in construction and renovation*. In *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1997, Agosto; 18(8):587-96.

Realizar visita a um serviço de enfermaria do HPH

No HPH, todos os serviços de internamento apresentam a mesma estrutura física, o que simplifica a implementação de medidas correctivas uniformemente para todo o hospital; também permite que aquando da mobilidade de profissionais por vários serviços, seja fácil a adaptação ao espaço físico, nomeadamente quanto às medidas de controlo de infecção. É nestas que nos vamos centrar.

Os serviços são constituídos por quartos de internamento do lado direito e por serviços de apoio clínico do lado esquerdo, separados por um corredor.

Existem seis quartos de três camas cada, dois quartos individuais e uma unidade intermédia de 6 camas. Por cada dois quartos de três camas dispõe-se de um quarto de chuveiro e um quarto de banho exclusivamente para clientes. À entrada de cada quarto, existe na parede um frasco de SABA e um cartaz que exemplifica a aplicação dessa solução nas mãos (Anexo IV: Fotografia 1 – Entrada dos quartos de enfermaria). Em cada quarto existe um lavatório junto à entrada da porta da sala. As camas apresentam entre si a distância mínima de um metro. Isto respeita os princípios indicados para o controlo do ambiente definidos pelo INSA (2007b). Apenas a recomendação de que cada cama deve ter disponível uma tomada (vulgo “rampa”) de oxigénio, uma de vácuo e outra de electricidade não se verifica, sendo que existe uma tomada por cada duas camas.

Os serviços de apoio clínico, do lado esquerdo, englobam os gabinetes médico e da enfermeira-chefe, uma sala de registos, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de aprovisionamento de material, uma sala de tratamentos, uma sala de higiene (para os clientes a quem são prestados os cuidados de higiene em banheira) e uma sala de descontaminação de materiais.

São dignos de registo:

- Vários pósters distribuídos pelo serviço acerca da higienização das mãos, triagem de resíduos hospitalares, circuito de limpos e de sujos, e protecção facial.
- Adaptação de todos os lavatórios de forma a se utilizar os cotovelos para abrir/fechar a torneira, ejectar sabão e solução alcoólica, as áreas por baixo dos lavatórios encontram-se desocupadas e respeitam a distância mínima⁸ recomendada às camas, cadeirões, áreas de prestação de cuidados e armazenamento de materiais, existindo separadores que contêm os salpicos e aerossóis, quando não é possível respeitar essas distâncias (Anexo IV: Fotografia 2 – Lavatórios num serviço de internamento), tal como preconizado pelo INSA (2007b).
- Contentores de triagem de resíduos hospitalares, consoante o tipo de resíduo produzido. Nas enfermarias existe saco de grupo I/II e III; na sala de descontaminação acresce o contentor da roupa suja (Anexo IV: Fotografia 3 – Contentor da roupa suja); nas salas de trabalho de enfermagem e de tratamentos também se dispõe de sacos de grupo IV e de triagem selectiva para reciclagem (Anexo IV: Fotografia 4 – Triagem de resíduos recicláveis). De realçar que todos os contentores apresentam impresso quais os resíduos a que se destinam, complementados com um cartaz afixado junto deles; esta medida revela-se muito útil para evitar esquecimentos ou enganos. Relativamente à roupa suja, uma pequena anotação para referir que a roupa hospitalar só é submetida a triagem no Serviço de Lavandaria.

Especificamente quanto às medidas de controlo de infecção relativas aos familiares e visitas, realçam-se cinco. Existem quartos de banho distintos para clientes, profissionais de

⁸ Os lavatórios devem respeitar uma distância mínima em relação às camas (15 pés), aos cadeirões de doentes (25 pés) e áreas de prestação de cuidados e armazenamento de materiais (36 polegadas) (INSA, 2007b).

saúde e visitas, devidamente identificados e estrategicamente localizados, de forma a diminuir o risco de contaminação cruzada. Aquando da implementação de medidas de precaução, é afixado um cartaz com essa informação na porta do quarto (se quarto individual) ou nos pés da cama do cliente (se em enfermaria), como ilustra a Fotografia 5 apresentada no Anexo IV.

Um dos traços culturais da População Portuguesa consiste em oferecer flores aos clientes internados, como manifestação de carinho; contudo, esta tradição acarreta um grande risco de infecção, visto que as plantas e flores constituem um óptimo veículo e meio de crescimento bacteriano que, em pessoas internadas, pode ser o suficiente para despoletar ou agravar uma infecção. A solução encontrada para equilibrar esta situação reside em colocar as plantas e flores na janela ao fundo do corredor, afastadas das enfermarias e acessíveis a clientes em estado menos crítico que podem deambular (Anexo IV: Fotografia 6 – Plantas e flores).

Além disso, existe um panfleto alusivo ao MRSA e cuidados que os familiares devem observar; também se encontram estrategicamente distribuídos pósters sobre a etiqueta respiratória.

Reconhece-se que um ambiente limpo e seco reduz os riscos de infecção dos clientes e profissionais, na medida em que a limpeza reduz significativamente o número e tipo de microrganismos presentes no ambiente e promove a ausência de humidade que é outro dos requisitos essenciais para manter o ambiente salubre (Rutala e Weber, 2008). Assim, a correcta higienização do ambiente nas unidades de saúde é um componente integral e importante da estratégia de prevenção das infecções hospitalares.

O INSA (2007a) apresenta os princípios gerais de higienização do ambiente nas unidades de saúde, dos quais se salientam: a limpeza deve ser sempre feita por meios húmidos; a limpeza do chão deve ser feita pelo método do duplo balde; a metodologia de limpeza e os produtos empregues na limpeza são sempre iguais para qualquer área do Hospital, quer estas sejam consideradas de risco ou não; os materiais de limpeza devem ser exclusivos para cada área; os panos de limpeza devem obedecer a um código de cores indeléveis que os diferencie por áreas; deve existir em todos os serviços um local referenciado e adequado para o tratamento e armazenamento do material usado na limpeza. Todos estes princípios foram observados na visita efectuada.

Observar os circuitos de limpos e sujos

O INSA (2007b) assume que idealmente devem existir circuitos separados para limpos e sujos, pois esta medida acarreta benefícios de ordem prática e de organização na Instituição; contudo, considera que não constitui uma medida fundamental na prevenção da infecção através do ambiente, desde que o princípio de contenção na fonte, seja respeitado, ou seja, que os materiais, resíduos e roupas sejam recolhidos junto da cama ou unidade do cliente e circulem bem acondicionados e em meios de transporte adequados para o fim a que se destinam.

De qualquer das formas, para a DGS (2008), a adequação dos espaços de armazenagem de limpos e sujos em locais diferenciados constitui um indicador para a vigilância de estruturas.

Nos serviços do HPH existem áreas distintas e separadas fisicamente entre si de armazenagem de limpos e sujos, assim como circuitos de limpos e sujos perfeitamente definidos, de forma a evitar o cruzamento entre eles. Existem elevadores específicos para visitas, para transporte de clientes, para transporte de limpos (inclui material clínico e pacotes oriundos do Serviço de Esterilização), para o transporte de material contaminado e de resíduos hospitalares. O accionamento dos elevadores por chave, excepto o das visitas, assegura que os elevadores e circuitos são respeitados.

Efectuar visita ao Serviço de Esterilização

Uma das estratégias de organização assumidas pela DGS (2007b) refere-se à promoção da centralização dos serviços de esterilização. Isto significa que o processo de tratamento do material e equipamento abrangendo todas as fases (recolha, lavagem, desinfecção, esterilização, acondicionamento, transporte e entrega nos serviços) deve ser centralizado no Serviço de Esterilização, ou seja, que este serviço deve servir todas as áreas da unidade de saúde e outras unidades de saúde da área de referência, mediante protocolo próprio (DGS, 2001). O Serviço de Esterilização deve ser gerido por um profissional com formação específica, experiência e domínio das características e especificidades dos dispositivos médicos e equipamentos existentes na unidade de saúde (Rutala e Weber, 2008). O Serviço de Esterilização desempenha um papel crucial no controlo de infecção, por assegurar a adequada desinfecção e esterilização de materiais críticos e semi-críticos.

O serviço pode ser dividido em três grandes sectores: a sala A, de materiais contaminados; a sala B, de materiais limpos e de empacotamento; e a sala C, de materiais esterilizados.

O material chegado dos serviços e dos CS, em caixas, é previamente descontaminado; de seguida, sujeito a alta desinfecção ou esterilização (consoante o tipo de material). No fim do processo, é reenviado aos serviços, de acordo com a guia de recepção e envio. Os pacotes indicam a data de processamento, de validade e uma tira cuja cor confirma o seu adequado estado de esterilização.

De realçar que também no Serviço de Esterilização se encontram definidos os circuitos de limpos e sujos, e de tal forma que não é possível a sua transgressão; além disso, os colaboradores, a cada turno, distribuem-se por cada um dos três sectores, não sendo permitido que passem para outro.

2.3. Conhecer os parceiros do HPH no controlo de infecção

Como já referido anteriormente, a adequada higienização do ambiente constitui um parâmetro fundamental para prevenir e controlar as IACS. A higienização do meio hospitalar

compreende um conjunto de actividades rotineiras, entre outras: limpeza e descontaminação do meio (unidade do cliente e todas as áreas); lavandaria (triagem, transporte e acondicionamento de roupa limpa e usada); e triagem, recolha, transporte seguro dos resíduos (gerais e clínicos) (INSA, 2007d). As actividades mencionadas, no HPH, são asseguradas pelo Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH).

Efectuar visita ao Serviço de Lavandaria

Os têxteis podem-se encontrar contaminados com microrganismos patogénicos. Contudo, o risco de transmissão da infecção pode ser negligenciável se forem recolhidos, transportados e lavados de maneira apropriada (Siegel et al, 2007).

A lavandaria funciona num edifício anexo ao Hospital de Magalhães Lemos. Siegel et al (2007) alertam que nos casos em que a lavandaria se encontra fora das instalações da unidade de saúde, a roupa tem de ser embalada ou completamente tapada e transportada num espaço fechado, de forma a evitar que a roupa suja propague microrganismos e a prevenir a contaminação da roupa limpa.

Na lavandaria, o circuito da roupa está desenhado de maneira a que a roupa suja e limpa nunca contactem, nem directa em indirectamente, em nenhum momento. Também os colaboradores se encontram adstritos unicamente a uma das secções. Isto respeita as orientações do INSA (2002).

Ao receber a roupa, esta é separada de acordo com a instituição de origem e o grau de contaminação, que será o factor de decisão para o tipo de lavagem a que será sujeita. De seguida, a roupa sofre o processo de secagem e é engomada. Após o embalamento em sacos plásticos, é colocada em contentores que serão enviados às instituições, com o guia de recepção e envio.

Conhecer o mecanismo de triagem e eliminação dos resíduos hospitalares

Os resíduos dos cuidados de saúde incluem todos os resíduos produzidos nas instituições de saúde, de investigação e nos laboratórios (INSA, 2002). Constituem um reservatório potencial de microrganismos patogénicos e, por isso, requerem um manuseamento adequado.

Entre 75% e 90% dos resíduos são “sem-risco” ou “comuns”, comparáveis aos resíduos domésticos e correspondem às funções administrativas e hoteleiras. Os restantes 10 a 25% são considerados de risco e podem criar problemas de saúde (INSA, 2002). Entende-se por resíduos infecciosos aqueles de que se suspeita conterem agentes patogénicos (bactérias, virus, parasitas ou fungos) em concentrações ou quantidades suficientes para causar doença no hospedeiro susceptível (INSA, 2002). A triagem e acondicionamento dos resíduos hospitalares são, portanto, uma preocupação para a CCI pelos riscos humanos, ambientais e impacto económico. O INSA (2002) enuncia os cuidados a observar no manuseamento, armazenamento e transporte de resíduos hospitalares.

Em todos os serviços da ULSM, encontram-se distribuídos contentores e sacos específicos para a triagem dos resíduos e materiais para reciclagem, identificados por um código de cor (de acordo com a legislação em vigor) e com a identificação externa do contentor do que deve ser colocado nesse contentor. Complementa-se com um cartaz informativo.

O tema dos resíduos hospitalares instigou a competência “reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica”, dadas as indicações da legislação serem, em alguns casos, dúbias e noutros casos não se encontrar explicação para os artigos. Por exemplo, de acordo com a lei vigente, todos os frascos provenientes da administração de terapêutica têm de ser triados como resíduos destinados à incineração. Contudo, sabendo que os frascos são lavados no processo de reciclagem de vidro, não faz sentido que frascos como os que contiveram bicarbonato de sódio ou manitol sejam incinerados em vez de reciclados. Quando debati esta situação com a enfermeira orientadora, ela informou-se que, por este e outros desajustes existentes na legislação, se aguarda, há já alguns anos, a revisão e reformulação da lei referente aos resíduos hospitalares.

Para diagnosticar erros e falhas, quer de formação quer do sistema, realizam-se regularmente auditorias à triagem dos resíduos. Assim, pode-se estudar estratégias para otimizar a triagem dos resíduos. De facto, a realização sistemática de auditorias internas aos procedimentos e às estruturas da prevenção e controlo da IACS é assumida pela DGS (2007b) como uma das estratégias de desenvolvimento individual e organizacional.

Acompanhei duas auditorias externas à triagem dos resíduos hospitalares: uma no BO e outra no CS de São Mamede Infesta. Detectou-se a necessidade de proceder a algumas alterações estruturais no CS, nomeadamente, de aumentar o contentor do grupo III e de em alguns gabinetes serem colocados em local mais estratégico. Também se sugeriu uma sessão de formação e sensibilização acerca desta temática, que ficou a aguardar calendarização.

2.4. Colaborar no programa de VE instituído na ULSM

A VE é considerada uma ferramenta fundamental na prevenção e controlo da IACS, pois permite a detecção de casos isolados ou de grupos de clientes (clusters) colonizados ou infectados por microrganismos epidemiologicamente importantes⁹ (Siegel et al, 2007). Assim, é possível controlar directamente a doença; detectar alterações de padrões, permitindo a investigação precoce e medidas de prevenção; identificar práticas que possam originar IACS; avaliar medidas de controlo; e definir prioridades do PNCI (DGS, 2008).

À semelhança do que ocorre a nível internacional (Department of Health, United Kingdom, 2003), uma das principais linhas estratégicas adoptadas pela DGS para a redução da IACS consiste no desenvolvimento de sistemas de VE que integrem os principais indicadores

⁹ Microrganismos epidemiologicamente importantes refere-se a microrganismos multirresistentes e outros que pelas suas características específicas possam ser relevantes na transmissão cruzada da infecção, justificando o seu estudo nas unidades de saúde (DGS, 2008). Exemplos de microrganismos epidemiologicamente importantes: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Enterobacter*, *Klebsiella pneumoniae*, MRSA, Enterococos resistentes à vancomicina (VRE), *Clostridium difficile*, Vírus sincicial respiratório (RSV), *Influenza* (Siegel, 2007), *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* (Siegel et al, 2006).

de qualidade de estrutura, de processo e de resultado (DGS, 2007b). Através da sistematização do registo contínuo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infecção nas unidades de saúde, pretende-se conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, se implementem medidas apropriadas de prevenção e controlo de infecção (DGS, 2008). Consequentemente, promove-se a diminuição da incidência da IACS a longo prazo, contribui-se para a segurança do cliente (DGS, 2007b) e a qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2008).

De facto, já em 2002, o INSA reconhecia a taxa de infecções nosocomiais como um indicador da qualidade e segurança dos cuidados prestados, afirmando que o desenvolvimento de um programa de VE que monitorizasse as taxas de infecção constituía o primeiro passo essencial para identificar problemas e prioridades locais e avaliar a eficácia da actividade de controlo de infecção. Concluía, assim, que a VE em si é um processo eficaz para diminuir a frequência de IACS.

Com estas premissas, entusiasmei-me na colaboração no programa de VE instituído na ULSM. Esta foi uma área de intervenção inteiramente nova para mim, o que me motivou a uma ampla pesquisa bibliográfica e à participação activa no programa.

Na Europa, há mais de uma década que a VE total das infecções foi abandonada, por constrangimentos de diversa ordem. Actualmente, está comprovado que a metodologia de maior eficácia consiste na pesquisa activa de casos e implementação de uma VE selectiva, orientada para os clientes de maior risco para adquirir as IACS e para as infecções mais frequentes, com maior morbidade e mortalidade, com custos mais elevados ou nas infecções onde a prevenção é mais fácil (DGS, 2008).

Diariamente, em parceria com o Laboratório de Microbiologia, acompanhei a enfermeira orientadora na detecção de novos casos de colonização e/ou infecção. Identificados os clientes e os microrganismos em causa, dirigimo-nos ao serviço para indicar e sensibilizar para as precauções de isolamento adequadas ao caso: contacto, via aérea ou gotícula.

Além disso, inseríamos os dados na Rede Nacional de Registo, o que permite comparar resultados e factores de risco para as IACS, avaliando a dimensão do problema da infecção e as falhas dos sistemas de controlo (DGS, 2008).

Tal como indicado no PNCI (DGS, 2007b), a ULSM tem definido e implementado um sistema de detecção da IACS no ambulatório, incluindo a infecção adquirida no hospital, mas diagnosticada após a alta ou a resultante da prestação de cuidados de saúde. Neste processo, a extensão da rede de elos dinamizadores da CCI aos centros de saúde revela-se de grande importância, pois permite aproximar os profissionais e as práticas de prevenção e controlo de infecção, mesmo quando a distância física não permite deslocações diárias a esses locais. Sempre que a IACS é diagnosticada após a alta, a CCI alerta o centro de saúde respectivo, por via telefónica, e indica as precauções necessárias para os profissionais e cliente, de forma a evitar a propagação da infecção na comunidade.

O registo da infecção pode ser contínuo, activo, sistemático e/ou periódico (DGS, 2008). A vigilância passiva, em que as infecções são notificadas por indivíduos que não

integram a equipa técnica de controlo de infecção, tem uma baixa sensibilidade. Por isso, recomenda-se uma forma de vigilância activa das infecções, através de estudos de incidência ou de prevalência (INSA, 2002). Pela pesquisa bibliográfica e conversas com os elementos da CCI acerca das possíveis metodologias de VE, conseguiu-se *“avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada”*.

Durante o estágio tive a oportunidade de participar no Questionário de Prevalência da Infecção 2009, aplicado no dia 25 de Março, na fase de introdução de dados no sistema informático, tanto pela sua execução como pelo esclarecimento de dúvidas à administrativa das CH que auxiliou nesta actividade. Também nesta actividade, assim como em todas as actividades diárias partilhadas ao longo do estágio, pensa-se ter *“demonstrado capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*.

Existem outros programas de VE: HELICS-UCI, HELICS-CIRURGIA, Infecções adquiridas nas UCI Neo-Natais, Infecções nosocomiais da corrente sanguínea, Infecções adquiridas nas unidades de diálise, Microrganismos epidemiologicamente importantes.

Tendo sido eleita a segurança do cliente cirúrgico (*Safe Surgery Saves Lives*) para o segundo Global Patient Safety Challenge da World Alliance for Patient Safety (2008), interessei-me particularmente por colaborar no programa da VE da ferida cirúrgica. Adquiri novos conhecimentos, de que destaco que as taxas de infecção devem ser estratificadas por extensão da contaminação bacteriana endógena, à data da cirurgia (limpa, limpa-contaminada, suja), por duração da cirurgia, pela condição subjacente do cliente e pelo risco anestésico da American Society of Anesthesiologists.

Privilegiando a VE como uma das áreas-chave a investir neste estágio, foi realizada muita pesquisa bibliográfica e colaboração activa diária, o que permitiu atingir a competência *“demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EMC”*.

2.5. Observar e instituir a operacionalização das precauções de isolamento nos serviços

Referem-se dois tipos de medidas para prevenir a transmissão de agentes infecciosos: as precauções padrão e as precauções dependentes das vias de transmissão (Siegel et al, 2007). As precauções padrão constituem a estratégia de primeira linha para o controlo das IACS. São um conjunto de medidas que devem ser cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os clientes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso (INSA, 2007d).

As precauções dependentes das vias de transmissão têm por objectivo orientar os profissionais na prestação segura dos cuidados de acordo com a cadeia epidemiológica da infecção, as vias de transmissão e as patologias (INSA, 2007d). Classificam-se em: via aérea, gotículas e contacto (directo e indirecto). De realçar que as precauções dependentes das vias de transmissão complementam as precauções padrão, mas não as substituem.

Integrado na VE, após a detecção de clientes colonizados ou infectados, íamos ao serviço onde o cliente estava internado para conversar com o enfermeiro-membro dinamizador da CCI e o enfermeiro do cliente sobre as precauções necessárias.

Existem umas placas para colocar à entrada do quarto ou aos pés da cama do cliente, que alertam profissionais e visitas (Anexo IV: Fotografia 7 – Placa de precauções de gotícula).

À entrada do quarto, é colocada uma cesta com material de protecção individual, como mostra a Fotografia 8 (Anexo IV). Por intermédio do enfermeiro do serviço, os familiares e visitas do cliente, são instruídos e sensibilizados sobre as precauções dependentes da via de transmissão específicas para aquele cliente.

Quando um cliente colonizado ou infectado com um microorganismo epidemiologicamente importante ou que ainda requer precauções dependentes da via de transmissão, tem alta, a CCI contacta telefonicamente o CS do cliente, informando o enfermeiro-membro dinamizador do CS da situação e de quais os cuidados necessários. Colaborei nesta actividade por duas vezes, uma relativa a um cliente a quem foi isolado MRSA na ferida cirúrgica e outra acerca de um cliente colonizado com MRSA nas fossas nasais.

Ao orientar e promover as precauções dependentes das vias de transmissão, através da informação e sensibilização de enfermeiros nos serviços, foram desenvolvidas as competências *“liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EMC”, “zelar pelos cuidados prestados na área de EM” e “realizar a gestão dos cuidados na área da EMC”*.

As precauções dependentes da via de transmissão devem ser instituídas de imediato perante a suspeita fundamentada de infecção e não esperar a confirmação diagnóstica (Hospital Universitario Carlos Haya de Malaga, 2005), compatibilizando os direitos individuais e colectivos. Do ponto de vista individual, os isolamentos podem motivar uma série de problemas para os clientes que é necessário evitar: problemas de auto-estima, sensação de ser um perigo para os outros, marginalização, sensação de carência dos cuidados necessários (Hospital Universitario Carlos Haya de Malaga, 2005).

A melhor forma de evitar estes problemas será através da informação ao cliente e seus familiares, que deve ser compreensível e completa, evitando o alarmismo e as precauções desnecessárias, mas sensibilizando para a importância de se cumprirem as precauções instituídas.

Em nenhum caso é aceitável que um exame diagnóstico ou um procedimento terapêutico se atrase por o cliente estar em isolamento; apenas há que realizá-los tendo as precauções necessárias. É razoável organizar as rotinas de maneira a que se facilite o cumprimento das medidas como, por exemplo, realizar os tratamentos destes clientes em último lugar ou programar uma intervenção cirúrgica no fim dos tempos operatórios (Siegel et al, 2007).

Assim, pela confrontação entre as evidências científicas e a reflexão entre os direitos individuais e colectivos, também a competência *“tomar decisões fundamentadas,*

atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas” foi desenvolvida.

2.6. Participar na formação em serviço, de acordo com as necessidades detectadas

O PNCI (DGS, 2008) enfatiza a importância da formação e informação dos profissionais, indicando como medidas de intervenção, entre outras, o planeamento, implementação e monitorização de um programa anual de formação/informação que abranja todos os grupos de profissionais da saúde, incluindo a formação dos profissionais em fase de integração e os clientes e visitantes; e a divulgação de normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS e promoção da segurança clínica, através da elaboração de um manual de procedimentos.

Assim, este campo de estágio foi especialmente indicado para o desenvolvimento das competências *“identificar as necessidades formativas na área da EMC”* e *“promover a formação em serviço na área de EMC”*, o que se crê ter sido concretizado. Além destas, também se fomentou a competência *“gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”*, especificamente a partir do Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores, por ter constituído uma ferramenta importante no planeamento, execução e avaliação de acções formativas.

Na ULSM, em entrevista à enfermeira orientadora, detectou-se a necessidade de elaborar um guia prático sobre a utilização dos equipamentos de protecção individual (EPI), sendo este tema extremamente importante na transmissão de infecção, para proteger profissionais, clientes e visitas. De facto, Siegel et al (2007) apontam os EPI como um dos elementos fundamentais para a prevenção e controlo da transmissão cruzada da infecção.

A norma de orientação clínica «Recomendações para as precauções de isolamento – Precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão» (INSA, 2007d), acrescenta que, para quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infecção, é necessário adequar as barreiras protectoras aos procedimentos, cumprir as regras de colocação e remoção das mesmas, formar e treinar profissionais e educar os clientes e visitas para a selecção das barreiras, sua colocação e remoção.

Desta forma, propus-me desenvolver este trabalho, em parceria com o colega de estágio, nomeadamente, quanto aos critérios de selecção de EPI, sua colocação e remoção. Não se contemplou a protecção facial (máscaras e respiradores), uma vez que este trabalho já havia sido realizado.

Recorreu-se a pesquisa bibliográfica e a reuniões com delegados de informação médica para se elaborar a fundamentação teórica, paralelamente, visitou-se o Serviço de Aprovisionamento do HPH para identificar quais os EPI disponíveis na instituição.

Siegel et al (2007) afirmam que a educação e o treino dos profissionais de saúde constituem um pré-requisito para assegurar que as políticas e procedimentos de prevenção e

controlo de infecção são compreendidas e praticadas. Acrescentam que os programas de formação se têm reflectido num desenvolvimento sustentado da adesão a boas práticas e a um decréscimo das IACS.

Desta forma, para a divulgação deste trabalho, elegeram-se duas estratégias: póster e sessão formativa. Seleccionou-se como população-alvo da sessão formativa os membros dinamizadores da CCI e enfermeiros-chefes, uma vez que os primeiros constituem os elos de articulação entre a CCI e os serviços, com a função de facilitar a aplicação sectorial do PNCI (DGS, 2007a) e os segundos são os responsáveis por manter provisões adequadas e seguras de equipamento, fármacos e material para os cuidados dos clientes (INSA, 2002). Na sessão de formação procedeu-se à revisão dos conhecimentos relativos aos EPI, demonstração da sua correcta colocação e remoção, e apresentação do póster. Tendo em consideração os critérios de selecção de métodos pedagógicos enunciados por Silva (1992), o tempo e os recursos materiais disponíveis para a sessão, optou-se por uma metodologia expositiva (Anexo VI – Plano de sessão).

Comparando os resultados obtidos no instrumento de avaliação da sessão formativa com os do pré-teste, concluiu-se que a formação foi proveitosa, pois houve uma subida generalizada nas percentagens finais dos testes, assim como o número de pessoas que responderam acertadamente a cada questão. Pode-se então afirmar que esta estratégia formativa *“promoveu o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”*.

A apresentação escrita e oral, assim como os instrumentos de avaliação da sessão formativa deste trabalho encontram-se em anexo (Anexos V, VI e VII).

2.7. Outras actividades desenvolvidas

Com a perspectiva de aprofundar e actualizar conhecimentos relativos ao Controlo de Infecção, participei em eventos científicos relativos a esta área.

Na minha instituição, a CCI desenvolveu, desde Outubro de 2008 até Junho de 2009, um Ciclo de Conferências. Uma vez que sempre relevei esta área, assisti a todas as conferências, que listo: «Equipamentos de protecção respiratória», «Riscos biológicos: exposição a fluidos orgânicos», «Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde: pneumonia associada ao ventilador», «Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde: dispositivos intravasculares», «O papel do enfermeiro na supervisão da higienização dos serviços de saúde», «Precauções de isolamento: barreiras contra a infecção cruzada» e «A cadeia epidemiológica e o papel do Laboratório de Microbiologia no controlo de infecção».

Ao deparar-me com a divulgação da Reunião Científica “Prevenção da infecção associada à prestação de cuidados de saúde”, organizada em parceria pela UCP e pelo Hospital da Prelada, nos dias 29 e 30 de Maio de 2009, mostrei o programa à enfermeira orientadora, que me incentivou a participar.

Sem dúvida que estes eventos científicos se revestiram de extrema importância para aprofundar e actualizar conhecimentos, pois foram apresentados de forma resumida, organizada e esclarecedora os temas-chave relativos ao controlo de infecção por especialistas desta área. Além disso, tive oportunidade de colocar questões aos oradores e de acrescentar recursos bibliográficos às minhas fontes.

Assim, a par da pesquisa bibliográfica e das *newsletters* frequentes que recebo do INSA, concretizei uma das estratégias para atingir a competência de *“manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”*.

Além disso, ao motivar os meus colegas de serviço a participar no Ciclo de Conferências da CCI e ao divulgar a Reunião Científica pela CCI do HPH, pelo meu colega de estágio e outros alunos que estiveram comigo, esforcei-me por *“promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”*. Contudo, reconheço que esta é uma competência que exige uma integração consolidada no serviço e bastante mais tempo de contacto e partilha profissional do que os dois meses que o estágio contempla.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além da importante formação teórica em enfermagem, é imprescindível a prática clínica dirigida, em contexto de estágio, pois possibilita a transcrição dos conhecimentos teóricos para os cuidados ao cliente, consolidando-os, aprofundando-os e revestindo-os de sentido.

Assim, a realização do Estágio permitiu a integração global dos conhecimentos e competências desenvolvidas no âmbito da especialização em EMC. De facto, o Estágio contribuiu grandemente para o meu enriquecimento profissional e pessoal, permitindo-me adquirir novas competências e aperfeiçoar outras na prestação de cuidados de enfermagem avançada ao cliente em estado crítico. As muitas e variadas experiências que vivenciei durante o Estágio estimularam muita reflexão e análise crítica relativa à EMC, não apenas nos campos específicos de SU e CCI, mas transversalmente a todos os cenários de prestação de cuidados ao cliente em situação crítica. Apoiei a reflexão e análise numa extensa pesquisa bibliográfica.

A elaboração deste relatório possibilitou, fundamentalmente, dar visibilidade à aquisição de competências de enfermeiro especialista em EMC.

A passagem pelo SU do CHP revelou-se um local privilegiado para incrementar as competências num local caracterizado pela imprevisibilidade, que exige uma gestão constante dos clientes, dos acompanhantes, dos profissionais e do fluxo irregular, mas marcadamente elevado, de clientes em variadíssimos graus de gravidade e dependência. É também um local, que por ser aberto e em permanente dinâmica de profissionais, clientes e situações, excelente para se promover o desenvolvimento de flexibilidade e rapidez na integração dos imensos dados das situações. Caracteriza-se também por ser um local onde é fundamental uma gestão de risco muito atenta e contínua, pois a probabilidade de erros, afectando a segurança e bem-estar dos clientes é patente.

O estágio na CCI foi extremamente enriquecedor, porque além dos imensos conhecimentos teóricos que proporcionou, também permitiu compreender, participadamente, como funcionam os programas de prevenção e controlo da infecção. Correspondeu, na totalidade, às expectativas, aliás, até ultrapassou, pois apercebi-me da real importância das CCI e deste tipo de programas para a promoção da segurança do cliente. De facto, todas estas aprendizagens reflectiram-se na minha prática diária e motivaram o interesse e colaboração em todas as actividades protagonizadas pela CCI da minha instituição.

Em suma, considero que, globalmente, as competências de enfermeiro especialista em EMC foram adquiridas. Não se pode esquecer, contudo, que o desenvolvimento de competências se prolonga por toda a vida profissional, actualizando, aprofundando e alargando os conhecimentos. Esta é, portanto, apenas uma etapa, que não terminou, mas sim que se inicia.

Finalmente, gostaria de partilhar o que perspectivo e almejo para o meu futuro como enfermeira especialista em EMC. Pretendo dedicar-me à causa da segurança do cliente, nas

suas múltiplas vertentes, assim como à segurança dos enfermeiros durante o exercício das suas funções, abraçando e implementando projectos inovadores nestas áreas e onde possa realçar a importância dos enfermeiros, em geral, e dos enfermeiros especialistas em EMC, em particular.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J. (2006). *Medidas e orientações a seguir em catástrofes, desastres naturais e acidentes industriais e/ou tecnológicos a nível de saúde ambiental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- ALVES, Ângela (1999). *Plano de emergência hospitalar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ALVES, Débora; MARTINEZ, Yolanda (2002). *Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controlo de infecção hospitalar*. In Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002, Maio-Junho, 10 (3): 265-75.
- ALVES, Eduardo [et al.] (1997). *O enfermeiro perante o doente crítico*. Porto: 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto.
- AMORIM, António (1999). *Manual de higienização hospitalar*. Comissão de Controlo de Infecção/Comissão de Higiene e Segurança do CHVNG/E.
- AMORIM, António (2007). *Guia sobre controlo do ambiente: Princípios básicos*. Vila Nova de Gaia: Comissão de Controlo de Infecção do CHVNG/E.
- BANDEIRA, Romero (2008). *Medicina de catástrofe: Da exemplificação histórica à iatroética*. Porto: Editora da Universidade do Porto.
- CARTER, C.; BARR, B. (1997). *Issues in construction and renovation*. In Infection Control and Hospital Epidemiology, 1997, Agosto; 18(8):587-96.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2002). *Guideline for hand hygiene in health-care settings*. In Morbidity and Mortality Weekly Report. Vol. 51, N.º RR-16. Atlanta.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2008). *Proposta de recomendação do Conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde*. Bruxelas.
- COSTA, Ana Cristina (2009). *Patient safety*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde – Divisão de Segurança Clínica.
- DEPARTMENT OF HEALTH, UNITED KINGDOM (2003). *Working together to reduce healthcare associated infection in England*. Report from the Chief Medical Officer. London.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2001). *Manual de normas e procedimentos para um serviço central de esterilização em estabelecimentos de saúde*. Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2007a). Circular Normativa N.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007: *Comissões de controlo de infecção*. Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2007b). *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização*. Lisboa.

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010a). Circular Normativa N.º 13/DQS/DSD de 14/06/2010: *Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde*. Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010b). *Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde: Documento de apoio*. Lisboa.
- DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary Frances (1992). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: Um texto interactivo*. Lisboa: Lusodidacta.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência.
- GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER (1997). *Triagem no serviço de urgência*. Manchester: British Medical Journal Publishing Group.
- HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA DE MALAGA (2005). *Guia de precauciones de aislamiento en el Hospital Universitario Carlos Haya de Malaga*. Málaga: Comision de Infecciones del Hospital Universitario Carlos Haya de Malaga.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2002). *Prevenção de infecções adquiridas no hospital: Um guia prático*. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007a). *Higienização do ambiente nas unidades de saúde: Recomendações de boa prática*. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007b). *Recomendações para controlo do ambiente: Princípios básicos*. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007c). *Recomendações para a higienização das mãos nas unidades de saúde*. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007d). *Recomendações para as precauções de isolamento: Precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão*. Lisboa.
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2005). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem: Versão beta 2*. 3ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- LANDEIRO, M. José (2005). *Erros de medicação: O problema da transcrição das prescrições médicas num sistema de informação em suporte papel*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- LEIVA, Carlos; SEDA, Juana (2005). *Gestión de catástrofes: Respuesta hospitalaria a las catástrofes*. Madrid: Arán.
- MADEIRA, Jorge (2006). *Minutos de ouro... O enfermeiro nas três fases da abordagem à catástrofe*. In *Enfermagem*, N.º 41, Janeiro-Março 2006. 23-28.
- MARQUES, Rita (2007). *Readmissões dos doentes dependentes no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, sob orientação de Maria dos Anjos Dixe, apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). *Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. In Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PENEFF, Jean (2003). *Os doentes das urgências: Uma forma de consumo clínico*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.
- PEREIRA, Filipe (2001). *Teor e valor da informação para a continuidade dos cuidados*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- PEREIRA, Filipe (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- PITTET, Didier; DONALDSON, Liam (2005). *Clean care is safer care: The first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety*. In *Infection control and hospital epidemiology*. Vol. 26 No. 11. Novembro 2005. 891-894.
- PORTUGAL. Despacho 641 – Diário da República N.º 14 de 17/01/1995, II Série.
- PORTUGAL. Lei N.º 111/2009 de 16 de Setembro *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril*. Diário da República N.º 180 de 16/09/2009, I Série.
- REBELO, Fernando (2003). *Riscos naturais e acção antrópica: Estudos e reflexões*. 2ª ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- ROBALO, J.; ROSÁRIO, P. (2007). *Gestão do risco e emergência em saúde pública*. In *Riscos públicos e industriais*. Volume 1. Lisboa: Edições Salamandra.
- RUTALA, W.; WEBER, D. (2008). *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- SARMENTO, M. Emília (2004). *O idoso: Reflexão sanitária e ética*. Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica, sob orientação do Dr. Manuel Linda, apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- SIEGEL, Jane [et al.] (2006). *Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- SIEGEL, Jane [et al.] (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

- SILVA, Maria Gabriela (1992). *Manual de métodos e técnicas pedagógicas*. Lisboa: Companhia Nacional de Serviços.
- STANHOP, Márcia; LACASTER, Jeanette (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- SWEARINGEN, Pamela (2005). *Manual de enfermagem no cuidado crítico*. 4ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY (2008). *Safe surgery saves lives: Second global patient safety challenge*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY (2009). *Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge: Clean care is safer care*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

ANEXOS

ANEXO I

*Panfleto «Informação para o utente e
acompanhante» – SU, CHP*

INFORMAÇÃO AO ACOMPANHANTE

O Serviço de Urgência, todos os dias, recebe muitos doentes, num espaço relativamente pequeno.

Por isso, só se permite acompanhamento para doentes muito idosos, dependentes ou com dificuldades de comunicação.

Existe um Serviço Informativo (ver imagem no interior do panfleto), onde pode obter informações sobre o seu familiar.

No Hall de entrada do Serviço de Urgência dispõe de uma cabine telefónica, de Multibanco e de um Bar.



Serviço de Urgência

Telefone geral: 222 077 500

Ajude-nos a melhorar: utilize o livro de reclamações e sugestões existente no secretariado administrativo de admissão de doentes.

Serviço de Urgência



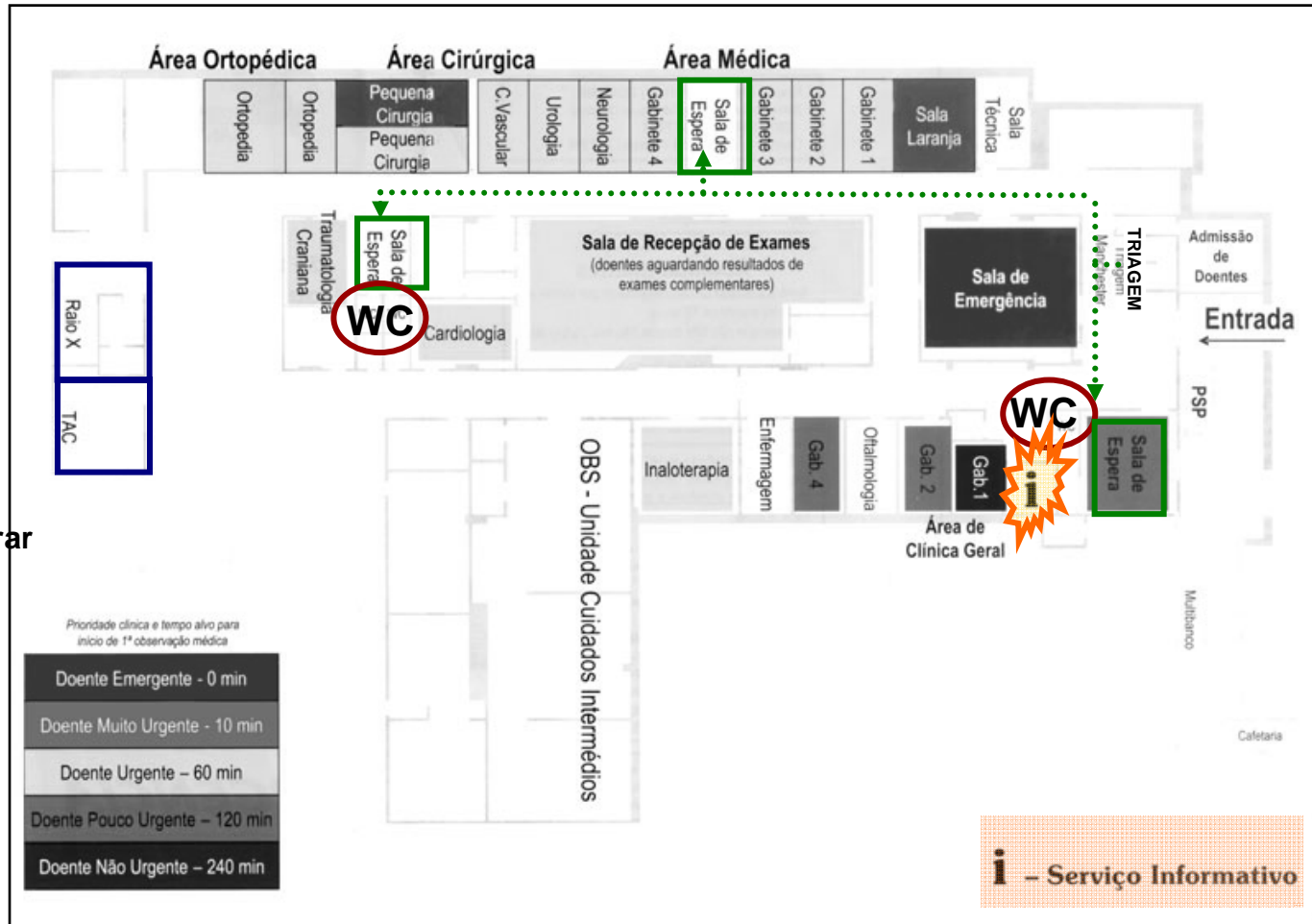
Informação para o utente e acompanhante

INFORMAÇÃO AO UTENTE

Depois da Triagem, um Auxiliar de Acção Médica vai acompanhá-lo até à sala de espera da Área onde vai ser atendido. Aguarde até que o médico o chame.

Quanto tempo vou esperar para ser atendido?

As pessoas são atendidas por grau de gravidade e não por ordem de chegada. Ou seja, você vai ser atendido depois das pessoas que estão em situação mais grave que a sua e primeiro do que quem está numa situação menos grave.



E depois de ser observado pelo médico? Quanto tempo mais tenho de esperar?

Depois de ser observado pelo médico, poderá ser necessário colher sangue, receber medicação ou fazer algum exame. Um enfermeiro irá chamar por si para efectuar estes procedimentos. Depois terá de aguardar pelo resultado das análises (cerca de 2 horas) e dos exames, aguardar que a medicação surta efeito e nova reavaliação médica.

Posso comer ou beber?

Até ser observado pelo médico, não coma nem beba, pois pode ser necessário fazer algum exame.

Se for fazer algum exame, um Auxiliar de Acção Médica irá acompanhá-lo até à sala de Raio-X ou TAC.

Onde posso ir ao quarto-de-banho?

No Serviço de Urgência existem dois quartos-de-banho, assinalados na figura.

A quem posso pedir informações?

Ao médico que o observou ou aos enfermeiros da sala da Área onde está.

ANEXO II

Questionário

Bom dia! Sou a enfermeira Fátima Vitorino; inserido no curso da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvi um estágio convosco, no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

Com vista a atingir objectivos a que me propus no início do estágio, pretendo obter dados sobre o parecer dos enfermeiros acerca do impacto da formação específica, em contexto de urgência, na prestação de cuidados de enfermagem e na integração na dinâmica da equipa multidisciplinar e sobre os planos de emergência interno e externo. Agradecia que respondessem com sinceridade a este pequeno questionário, anónimo e confidencial. Os resultados obtidos serão utilizados na elaboração do Portfólio de Estágio e, posteriormente, no Relatório de Mestrado; serão também comunicados à equipa de Enfermagem, por intermédio do Enfermeiro-chefe Joaquim Nunes.

Caracterização sócio-profissional

Preencha os seguintes dados com uma cruz (x) ou um número.

1. Género: ___ Masculino ___ Feminino
2. Idade: ____ (anos)
3. Tempo de exercício profissional total: _____ (anos)
4. Tempo de exercício profissional no SU do CHP: _____ (anos)
5. Habilitações académicas:
 - ___ Licenciatura em Enfermagem
 - ___ Pós-graduação(ões) em Enfermagem
 - Área _____
 - Área _____
 - ___ Pós-licenciatura em Enfermagem
 - Área _____
 - ___ Mestrado em Enfermagem
 - ___ Doutoramento em Enfermagem

6. Número de acções de formação interna (formação em serviço e acções de formação promovidas pelo Departamento de Formação do CHP) nos últimos 4 anos:

___ nenhuma

___ entre seis e dez

___ entre uma e cinco

___ mais de dez

7. Número de acções de formação frequentadas por iniciativa própria, fora da instituição, nos últimos 4 anos:

___ nenhuma

___ entre seis e dez

___ entre uma e cinco

___ mais de dez

Impacto de formação específica em Serviço de Urgência

8. Classifique de 1 (muito importante) a 4 (não é importante), o grau de importância de cada uma das formações abaixo listadas, na prestação de cuidados de enfermagem e na integração na dinâmica da equipa multidisciplinar, assinalando a sua resposta com uma cruz (x) na coluna seleccionada.

	Na prestação de cuidados de enfermagem				Na integração na dinâmica da equipa multidisciplinar			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Suporte Básico de Vida								
Suporte Imediato de Vida								
Suporte Avançado de Vida								
Formação avançada específica em trauma (p.ex. TNCC)								
Outra: _____ _____								

9. Durante a sua prática de enfermagem no SU, já sentiu necessidade de formação teórica, teórico-prática e/ou prática nestas áreas? Assinale a sua resposta com uma cruz (x) na coluna seleccionada.

	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
Suporte Básico de Vida				
Suporte Imediato de Vida				
Suporte Avançado de Vida				
Formação avançada específica em trauma (p.ex. TNCC)				
Outra: _____ _____				

10. Durante a sua prática de enfermagem no SU, já sentiu dificuldades na integração na dinâmica da equipa multidisciplinar devido a falta de formação específica nestas áreas?

	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
Suporte Básico de Vida				
Suporte Imediato de Vida				
Suporte Avançado de Vida				
Formação avançada específica em trauma (p.ex. TNCC)				
Outra: _____ _____				

Planos de emergência interno e externo

11. Relativamente ao Plano de Emergência Interno, informaram-no sobre:

	Sim	Não
Existência de um Plano de Emergência Interno.		
Local onde se encontra o Manual do Plano de Emergência Interno.		
Critérios de activação do Plano de Emergência Interno.		
O papel que deve desempenhar caso o Plano de Emergência Interno seja activado.		
Critérios e prioridades na evacuação dos doentes.		

12. Relativamente à resposta por parte do SU a uma catástrofe externa, informaram-no sobre:

	Sim	Não
Existência de um Plano de Emergência Externo.		
Local onde se encontra o Manual do Plano de Emergência Externo.		
Critérios de activação do Plano de Emergência Externo.		
O papel que deve desempenhar caso o Plano de Emergência Externo seja activado.		
Qual a reestruturação/readaptação física do SU.		

13. Considera que os Manuais dos Planos de Emergência Interno e Externo se encontram num local facilmente acessível e a qualquer hora?

	Sim	Não
Manual do Plano de Emergência Interno		
Manual do Plano de Emergência Externo		

14. Sabe quem é o profissional de saúde do SU do CHP, que é o elo de ligação ao Gabinete de Risco do CHP?

_____ Sim _____ Não

15. Sabe utilizar um extintor?

_____ Sim _____ Não

Muito Obrigada pela colaboração.

ANEXO III

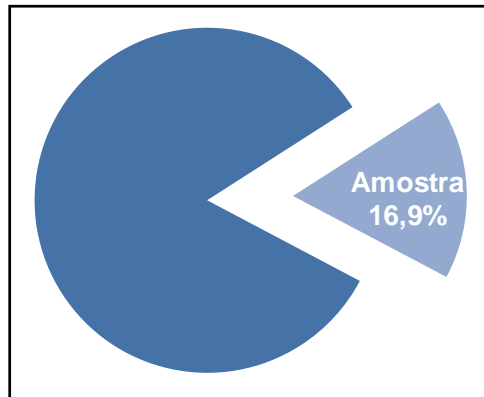
*Questionário: Apresentação dos
dados obtidos*

1. POPULAÇÃO vs AMOSTRA

Tabela 1 – População e Amostra

População		Amostra	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
65	100	11	16,9

Gráfico 1 – Relação entre população e amostra



2. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL

Gráfico 2 – Género

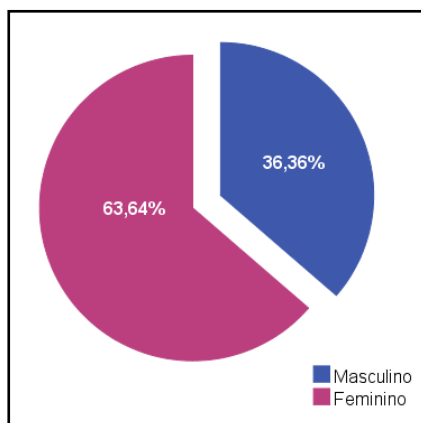


Tabela 2 – Idade

Idade	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25-30	7	63,6	63,6	63,6
30-40	1	9,1	9,1	72,7
>=40	3	27,3	27,3	100,0
Total	11	100,0	100,0	

Gráfico 3 – Idade

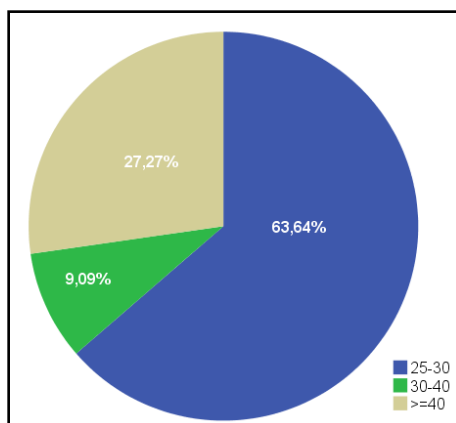


Tabela 3 – Género*Idade

		Idade			Total
		25-30	30-40	>=40	
Género	Masculino	3	0	1	4
	Feminino	4	1	2	7
Total		7	1	3	11

Tabela 4 – Tempo Exercício Profissional Total

Anos	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <= 5	7	63,6	63,6	63,6
6-10	1	9,1	9,1	72,7
>= 20	3	27,3	27,3	100,0
Total	11	100,0	100,0	

Tabela 5 – Tempo Exercício Profissional SU/CHP

Anos	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <= 5	8	72,7	72,7	72,7
6-10	1	9,1	9,1	81,8
> 20	2	18,2	18,2	100,0
Total	11	100,0	100,0	

Gráfico 4 – Tempo Exercício Profissional SU/CHP

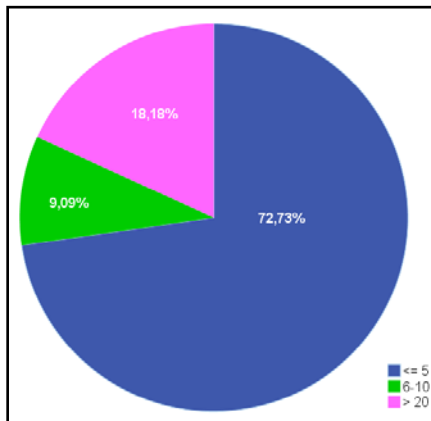


Tabela 6 – Tempo Exercício Profissional * Tempo Exercício Profissional SU

		Tempo Exercício Profissional SU			Total	
		Anos	<= 5	6-10		> 20
Tempo Exercício Profissional	<= 5		7	0	0	7
	6-10		0	1	0	1
	>= 20		1	0	2	3
Total			8	1	2	11

Gráfico 5 – Tempo Exercício Profissional * Tempo Exercício Profissional SU

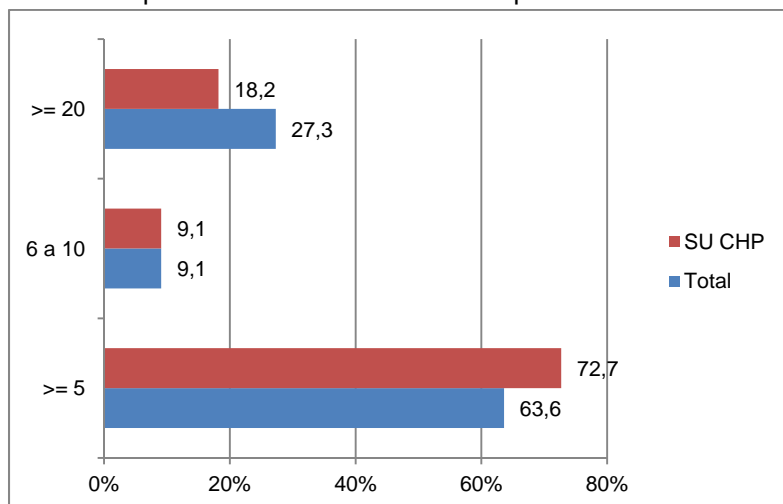


Tabela 7 – Habilitações Acadêmicas

	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	
Licenciatura	11	100		Cuidados Continuados Integrado	1	9,09
Pós-Graduação	3	27,27	→	Emergência Catástrofe	1	9,09
Pós-Licenciatura	1	9,09	→	Supervisão Clínica	1	9,09
Mestrado	0	0		Saúde Materna e Obstétrica	1	9,09
Doutoramento	0	0				

Tabela 8 – Acções de Formação Interna

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Entre 1 e 5	3	27,3	27,3	27,3
	Entre 6 e 10	8	72,7	72,7	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Tabela 9 – Outras Acções de Formação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhuma	1	9,1	9,1	9,1
	Entre 1 e 5	10	90,9	90,9	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

3. IMPACTO DA FORMAÇÃO

Tabela 10 – Importância de formação específica em Serviço de Urgência

	Na prestação de cuidados de enfermagem						Na integração na dinâmica da equipa multidisciplinar									
	muito importante		importante		pouco importante		não é importante		muito importante		importante		pouco importante		não é importante	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SBV	7	63,6	0	0	0	0	4	36,4	6	72,7	0	0	1	9,1	2	18,2
SIW	7	63,6	1	9,1	0	0	3	27,3	6	72,7	0	0	0	0	3	27,3
SAV	5	45,5	0	0	3	27,3	3	27,3	6	54,5	0	0	2	18,2	3	27,3
Formação Trauma	5	45,5	2	18,2	1	9,1	3	27,3	6	54,5	2	18,2	1	9,1	2	18,2

Tabela 11 – Import SBV * Integ Equi SBV Crosstabulation

		Integ Equi SBV			Total
		muito importante	pouco importante	não é importante	
Import SBV	muito importante	7	0	0	7
	não é importante	1	1	2	4
Total		8	1	2	11

Tabela 12 – Import SIV * Integ Equi SIV Crosstabulation

		Integ Equi SIV		Total
		muito importante	não é importante	
Import SIV	muito importante	7	0	7
	importante	1	0	1
	não é importante	0	3	3
Total		8	3	11

Tabela 13 – Import SAV * Integ Equi SAV Crosstabulation

		Integ Equi SAV			Total
		muito importante	pouco importante	não é importante	
Import SAV	muito importante	5	0	0	5
	pouco importante	1	2	0	3
	não é importante	0	0	3	3
Total		6	2	3	11

Tabela 14 – Import TNCC * Integ Equi TNCC

		Integ Equi TNCC				Total
		muito importante	importante	pouco importante	não é importante	
Import TNCC	muito importante	5	0	0	0	5
	importante	0	2	0	0	2
	pouco importante	1	0	0	0	1
	não é importante	0	0	1	2	3
Total		6	2	1	2	11

Tabela 15 – Necessidade de formação específica

	<i>muitas vezes</i>		<i>algumas vezes</i>		<i>raras vezes</i>		<i>nunca</i>		Total	% acumulada
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
SBV	0	0	6	54,5	5	45,5	0	0	11	100
SIV	10	90,9	1	9,1	0	0	0	0	11	100
SAV	9	81,8	2	18,2	0	0	0	0	11	100
Formação Trauma	6	54,5	5	45,5	0	0	0	0	11	100

Tabela 16 – Dificuldades na integração na dinâmica da equipa multidisciplinar

	<i>muitas vezes</i>		<i>algumas vezes</i>		<i>raras vezes</i>		<i>nunca</i>		Total	% acumulada
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
SBV	0	0	4	36,4	3	27,3	4	36,4	11	100
SIV	3	27,3	4	36,4	4	36,4	0	0	11	100
SAV	3	27,3	5	45,5	3	27,3	0	0	11	100
Formação Trauma	3	27,3	6	54,5	2	18,2	0	0	11	100

4. PLANOS DE EMERGÊNCIA INTERNO E EXTERNO

Tabela 17 – Plano de Emergência Interno (PEI)

	Sim			Não			Missing		n Total	% acumul.
	n	%	% Válida	n	%	% Válida	n	%		
Existência	10	90,9	90,9	1	9,1	9,1	0	0	11	100
Local do manual	7	63,6	63,6	4	36,4	36,4	0	0	11	100
Critérios de activação	6	54,5	60	4	36,4	40	1	9,1	11	100
Papel desempenhado	8	72,7	88,9	1	9,1	11,1	2	18,2	11	100
Evacuação de doentes	10	90,9	90,9	1	9,1	9,1	0	0	11	100

Gráfico 6 – Plano de Emergência Interno (PEI)

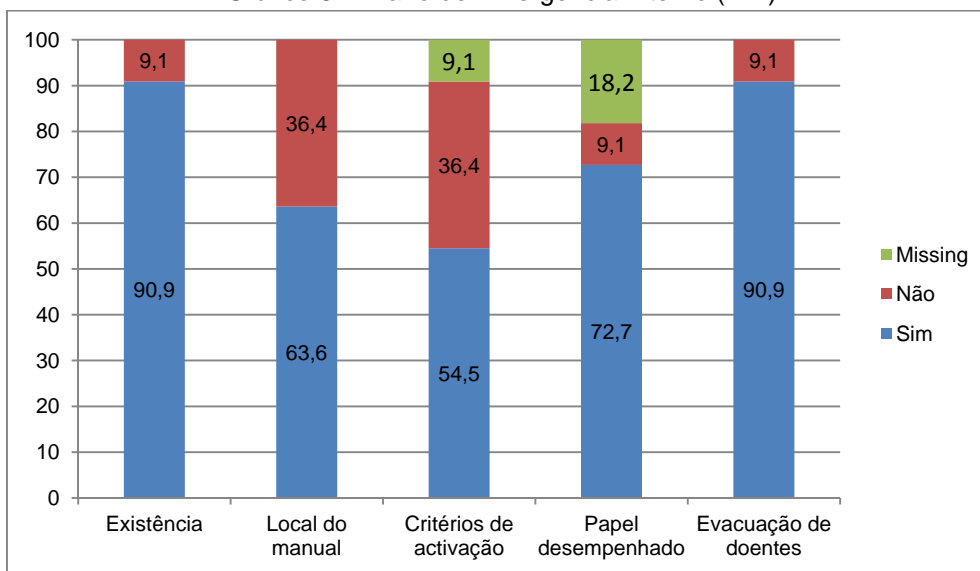


Tabela 18 – Plano de Emergência Externo (PEE)

	Sim			Não			n Total	% acumul.
	n	%	% Válida	n	%	% Válida		
Existência	7	63,6	63,6	4	36,4	36,4	11	100
Local do manual	7	63,6	63,6	4	36,4	36,4	11	100
Critérios de activação	7	63,6	63,6	4	36,4	36,4	11	100
Papel desempenhado	7	63,6	63,6	1	36,4	36,4	11	100
Reestruturação SU	8	72,7	72,7	3	27,3	27,3	11	100

Gráfico 7 – Plano de Emergência Externo (PEE)

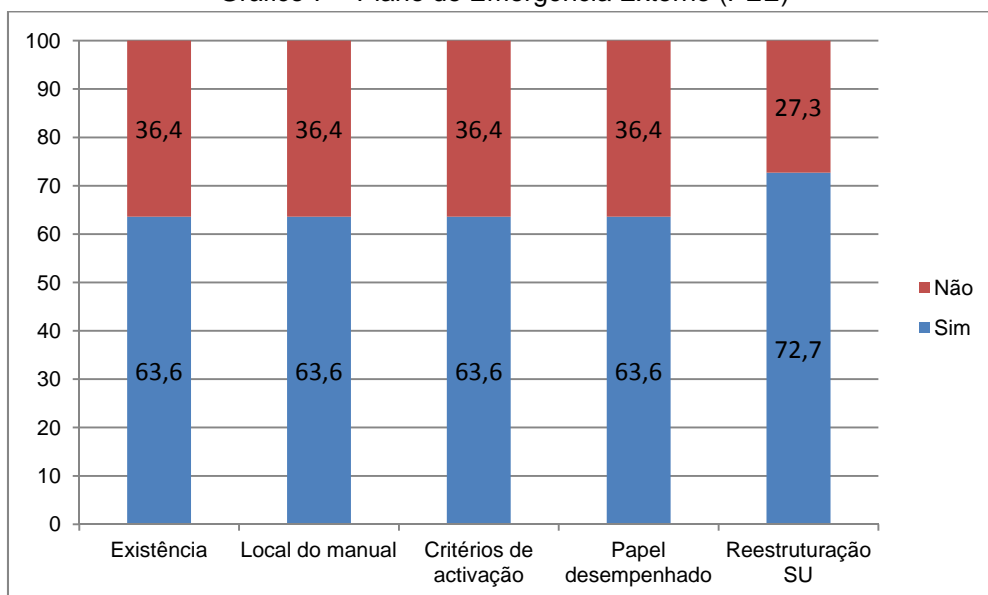


Tabela 19 – Gestor de Risco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	81,8	90,0	90,0
	Não	1	9,1	10,0	100,0
	Total	10	90,9	100,0	
Missing	sem resposta	1	9,1		
Total		11	100,0		

Gráfico 8 – Gestor de Risco

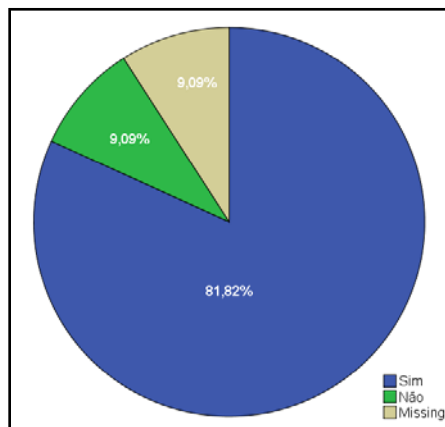
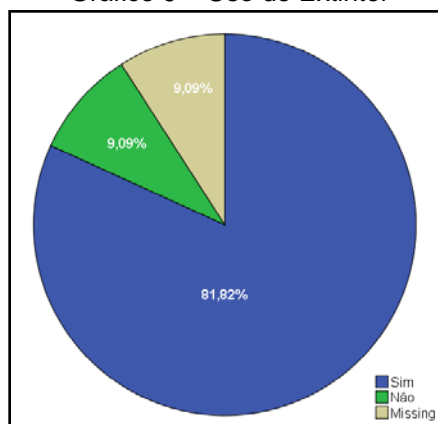


Tabela 20 – Uso de Extintor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	81,8	90,0	90,0
	Não	1	9,1	10,0	100,0
	Total	10	90,9	100,0	
Missing	sem resposta	1	9,1		
Total		11	100,0		

Gráfico 9 – Uso de Extintor



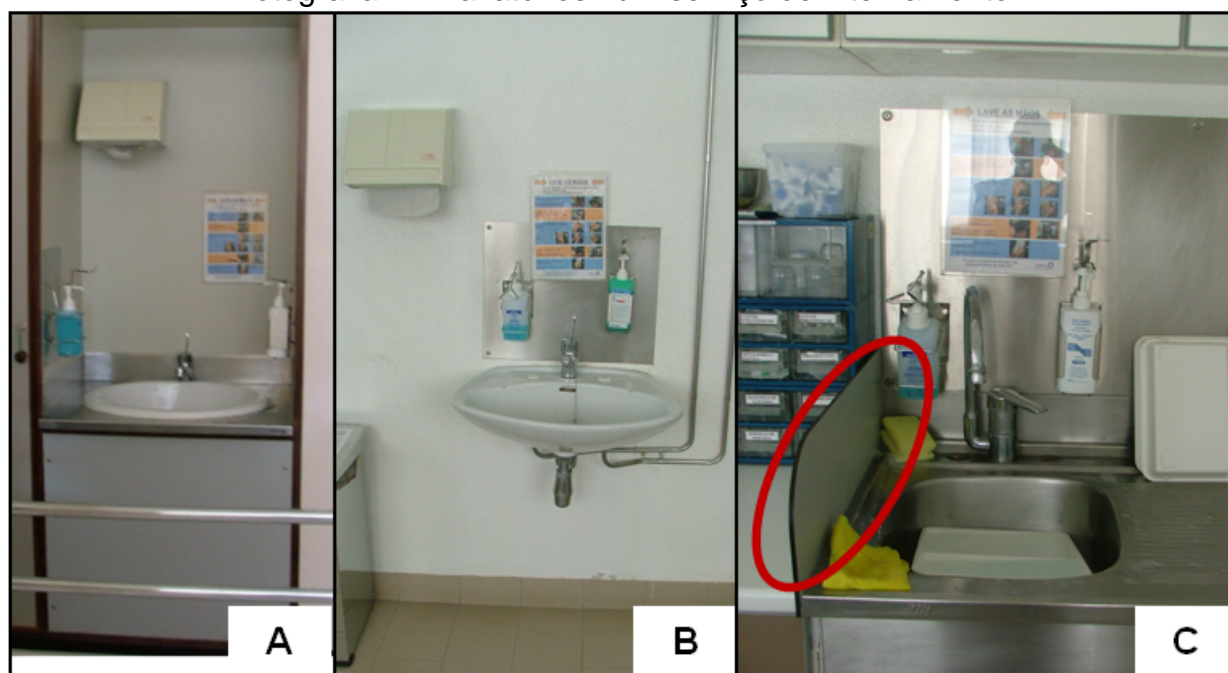
ANEXO IV

*Fotografias de um serviço de
enfermaria do HPH*

Fotografia 1 – Entrada dos quartos de enfermaria



Fotografia 2 – Lavatórios num serviço de internamento



A – Lavatório de quarto de doentes. B – Lavatório da sala de tratamentos.

C – Lavatório de sala de trabalho de enfermagem.

Fotografia 3 – Contentor da roupa suja



Fotografia 4 – Triagem de resíduos recicláveis



Fotografia 5 – Informação sobre precauções de isolamento



Fotografia 6 – Plantas e flores



Fotografia 7 – Placa de precauções de gotícula



Fotografia 8 – Cesta de material de protecção individual



ANEXO V

Seleccção de EPI: Apresentação oral

PLANO DE SESSÃO



IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema da sessão: *Seleção de equipamentos de protecção individual*

Objectivos:

- Rever conhecimentos-chave sobre Equipamentos de Protecção Individual (EPI's);
- Apresentar critérios de selecção dos EPI: toucas e barretes cirúrgicos, aventais e batas, luvas, coberturas de sapatos;
- Divulgar poster de selecção de EPI.

Data: 5 de Junho de 2009.

Local: Sala de reuniões da Anatomia Patológica da ULSM.

Prelectores: Fátima Vitorino;
Ricardo Conceição.

Duração: 50 minutos.



ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS

	ACTIVIDADES REALIZADAS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁCTICOS	PRELECTOR	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none">◆ Apresentação do tema;◆ Objectivos do trabalho;◆ Pré-teste.	Expositiva	Datashow; Pré-teste.	Fátima Vitorino	10 min.
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none">◆ Definição de EPI's;◆ Critérios de utilização e selecção de EPI: toucas e barretes, aventais e batas, luvas, coberturas de sapatos;◆ Colocação e remoção de EPI.	Expositiva	Datashow; EPI: touca, barrete, máscara, avental, bata, luvas e coberturas de sapatos.	Fátima Vitorino Ricardo Conceição	30 min.
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none">◆ Resumo de ideias;◆ Clarificação de dúvidas;◆ Avaliação da sessão formativa;◆ Correção do teste.	Expositiva	Datashow; Teste.	Ricardo Conceição	10 min.



Pré-teste

Seleção de Equipamentos de Protecção Individual

I. Assinale as seguintes afirmações como Verdadeiras (V) ou Falsas (F):

1. As precauções padrão aplicam-se quando há infecção suspeita ou declarada.	
2. Equipamento de protecção individual é todo o equipamento utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde.	
3. As toucas são usadas para protecção contra aerossóis que doutro modo se poderiam alojar no cabelo e posteriormente transferirem-se para outras zonas, como a face ou a roupa.	
4. Deve-se utilizar batas por rotina para entrar em unidades de risco elevado (UCI, UCIN, etc.).	
5. As luvas devem ser sempre utilizadas, mesmo quando se prevê o contacto com pele íntegra ou roupa limpa.	
6. Na limpeza de equipamento médico ou ambiente as luvas indicadas são as domésticas reutilizáveis, tipo <i>ménage</i> .	
7. As luvas de palhaço utilizam-se na preparação, manuseamento e distribuição de alimentação.	
8. As luvas de vinil são uma referência em termos de protecção de barreira, pois permitem grande maleabilidade, sensibilidade táctil, flexibilidade e durabilidade.	
9. Para mudar roupa de cama não contaminada visivelmente, estão indicadas as luvas de vinil.	

2. Das seguintes questões assinale com **X** a alínea correcta:

Os EPI são colocados pela seguinte ordem...

... Bata, máscara, luvas e protecção ocular.	
... Máscara, protecção ocular, bata e luvas.	
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.	

A ordem de remoção dos EPI é...

... Luvas, protecção ocular, bata e máscara.	
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.	
... Protecção ocular, máscara, luvas e bata.	

Obrigada

Fátima Vitorino
Ricardo Conceição

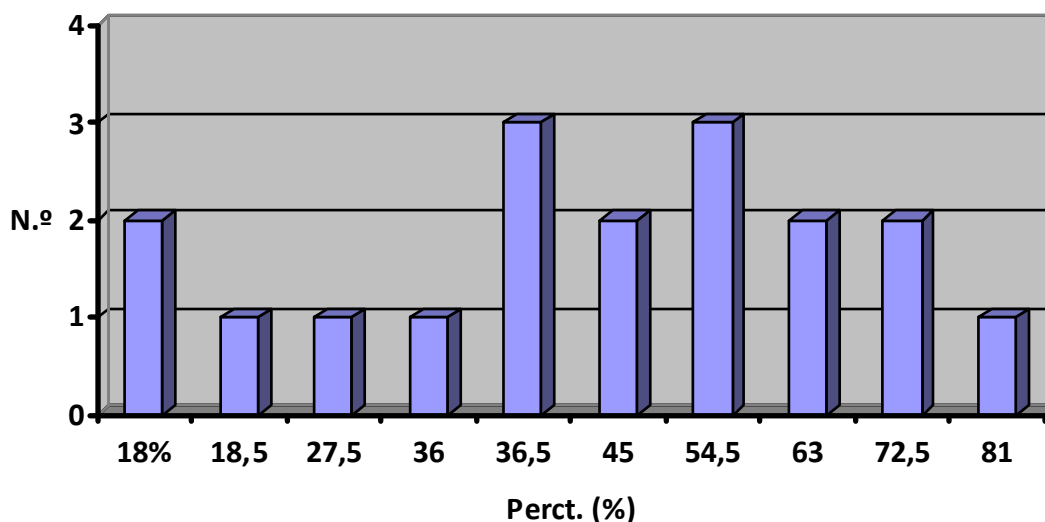


Seleção de Equipamentos de Protecção Individual

Pré-teste – Estatística de Respostas Correctas

Foram distribuídos 18 pré-testes, tendo-se obtido a classificação final como o gráfico a seguir ilustra:

Gráfico I – N.º de pré-testes por percentagem total de respostas correctas obtidas



De seguida, apresenta-se o número de pessoas que responderam acertadamente a cada questão e a respectiva percentagem.

	N.º	Perct. (%)
1. As precauções padrão aplicam-se quando há infecção suspeita ou declarada.	6	33,3%
2. Equipamento de protecção individual é todo o equipamento utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde.	18	100%
3. As toucas são usadas para protecção contra aerossóis que doutro modo se poderiam alojar no cabelo e posteriormente transferirem-se para outras zonas, como a face ou a roupa.	8	44,4%
4. Deve-se utilizar batas por rotina para entrar em unidades de risco elevado (UCI, UCIN, etc.).	5	27,8%
5. As luvas devem ser sempre utilizadas, mesmo quando se prevê o contacto com pele íntegra ou roupa limpa.	12	66,7%
6. Na limpeza de equipamento médico ou ambiente as luvas indicadas são as domésticas reutilizáveis, tipo <i>ménage</i> .	9	50%
7. As luvas de palhaço utilizam-se na preparação, manuseamento e distribuição de alimentação.	9	50%
8. As luvas de vinil são uma referência em termos de protecção de barreira, pois permitem grande maleabilidade, sensibilidade táctil, flexibilidade e durabilidade.	4	22,2%
9. Para mudar roupa de cama não contaminada visivelmente, estão indicadas as luvas de vinil.	5	27,8%

Os EPI são colocados pela seguinte ordem...	N.º	Perct. (%)
... Bata, máscara, luvas e protecção ocular.		
... Máscara, protecção ocular, bata e luvas.		
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.	10	55,6%

A ordem de remoção dos EPI é...	N.º	Perct. (%)
... Luvas, protecção ocular, bata e máscara.	6	33,3%
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.		
... Protecção ocular, máscara, luvas e bata.		

Analisando estes resultados, face a um pré-teste pequeno e com questões consideradas simples, conclui-se que a sessão formativa em questão foi pertinente, com o objectivo de transmitir conhecimentos que proporcionem melhorias na prática no que concerne à utilização de EPI's, prevenindo a transmissão de infecção e protegendo profissionais de saúde, doentes e visitas.

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

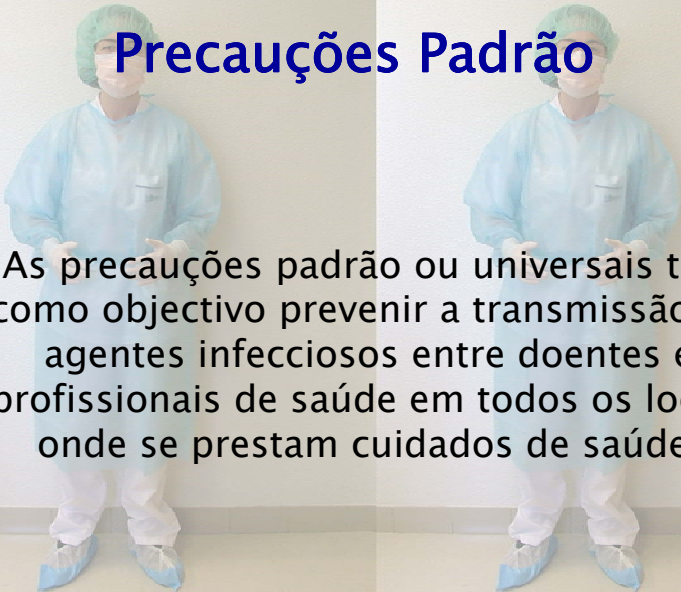
Unidade Local Saúde Matosinhos
Comissão de Controlo de Infecção



Seleccção de Equipamento de Protecção Individual

Fátima Vitorino
Ricardo Conceição
Mestrandos em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Precauções Padrão



As precauções padrão ou universais têm como objectivo prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde.

Equipamento de Protecção Individual – EPI

“todo o equipamento, bem como qualquer complemento ou acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde”

Decreto-Lei N.º 384/93, de 1 de Outubro, art. 3º

Tipos de EPI



Toucas e barretes cirúrgicos



Óculos



Máscaras de protecção facial



Batas e aventais



Luvas



Coberturas de sapatos



Critérios de selecção dos EPI

Mínimo

- **Tipo de doente**
 - Sem imunodeficiência; sem doença subjacente significativa.
- **Tipo de procedimento**
 - Não-invasivo. Sem exposição a fluidos biológicos (sangue, urina, fezes, LCR, fluidos de outras cavidades)

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge -
Prevenção de infecções adquiridas no hospital: um guia prático. Lisboa, 2002. P. 47.

Critérios de selecção dos EPI

Mínimo

- **Tipo de doente**
 - Sem imunodeficiência; sem doença subjacente significativa.
- **Tipo de procedimento**
 - Não-invasivo. Sem exposição a fluidos biológicos (sangue, urina, fezes, LCR, fluidos de outras cavidades)

Médio

- **Tipo de doente**
 - Doentes infectados ou com alguns factores de risco (idade, neoplasia).
- **Tipo de procedimento**
 - Exposição a fluidos biológicos Ou procedimento invasivo não-cirúrgico (p.ex., cateterização de veia periférica, introdução de algália).

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge -
Prevenção de infecções adquiridas no hospital: um guia prático. Lisboa, 2002. P. 47.

Critérios de selecção dos EPI

Mínimo

- **Tipo de doente**
 - Sem imunodeficiência; sem doença subjacente significativa.
- **Tipo de procedimento**
 - Não-invasivo. Sem exposição a fluidos biológicos (sangue, urina, fezes, LCR, fluidos de outras cavidades)

Médio

- **Tipo de doente**
 - Doentes infectados ou com alguns factores de risco (idade, neoplasia).
- **Tipo de procedimento**
 - Exposição a fluidos biológicos Ou procedimento invasivo não-cirúrgico (p.ex., cateterização de veia periférica, introdução de algália).

Elevado

- **Tipo de doente**
 - Doentes com imunodeficiência grave, (<500 leucócitos/ml); múltiplos traumatismos, queimaduras graves, transplante de órgãos.
- **Tipo de procedimento**
 - Cirurgia ou procedimentos invasivos de alto risco (p. ex., cateterização venosa central, entubação endo-traqueal).

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge -
Prevenção de infecções adquiridas no hospital: um guia prático. Lisboa, 2002. P. 47.

Critérios de selecção dos EPI

Risco de infecção	Assépsia	Anti-sépticos	Mãos	Roupa	Dispositivos*
Mínimo	Limpeza	Nenhum	Lavagem simples ou desinfecção por fricção	Roupa de rua	Limpos ou desinfectados a nível baixo ou intermédio
Médio	Assépsia	Anti-sépticos comuns	Lavagem higiénica ou desinfecção por fricção	Protecção adequada contra sangue e fluidos biológicos	Desinfectados a nível elevado ou estéril
Elevado	Assepsia cirúrgica	Anti-sépticos específicos	Lavagem cirúrgica ou desinfecção cirúrgica por fricção	Roupa cirúrgica: bata, máscara, barrete e luvas esterilizadas	Desinfectados a nível elevado ou estéril

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge -
Prevenção de infecções adquiridas no hospital: um guia prático. Lisboa, 2002. P. 48.

Toucas e Barretes de Cirurgião



São usadas para protecção contra aerossóis que doutro modo se poderiam alojar no cabelo e posteriormente transferirem-se para outras zonas, como a face ou a roupa.



Batas e aventais



Aventais



- ▶ Usados para impedir a conspurcação de roupa durante procedimentos com capacidade potencial de produção de salpicos ou de aerossóis de sangue, de fluidos corporais, de secreções ou excreções aquando dos cuidados de higiene dos doentes, lavagem de material, limpezas.

Impermeáveis

Batas não esterilizadas



- ▶ Isolamentos.
- ▶ Protege os profissionais minimizando a contaminação da pele ou do fardamento durante procedimentos com capacidade potencial de produção de salpicos ou aerossóis de sangue, fluidos corporais de secreções ou de excreções, aquando dos cuidados de higiene aos doentes.

Não impermeáveis

Batas esterilizadas



- ▶ Actos cirúrgicos ou procedimentos invasivos que envolvam assépsia.
- ▶ Em cirurgias com grande projecção de líquidos, sangue, etc. (Ex. Cirurgia Urológica), devem ser **batas impermeáveis**.

Batas de visitas



- ▶ Visitas de doentes em isolamento.

Não impermeáveis

Luvas

Protege as mãos de:

- contaminação com matéria orgânica e microrganismos;
- químicos.

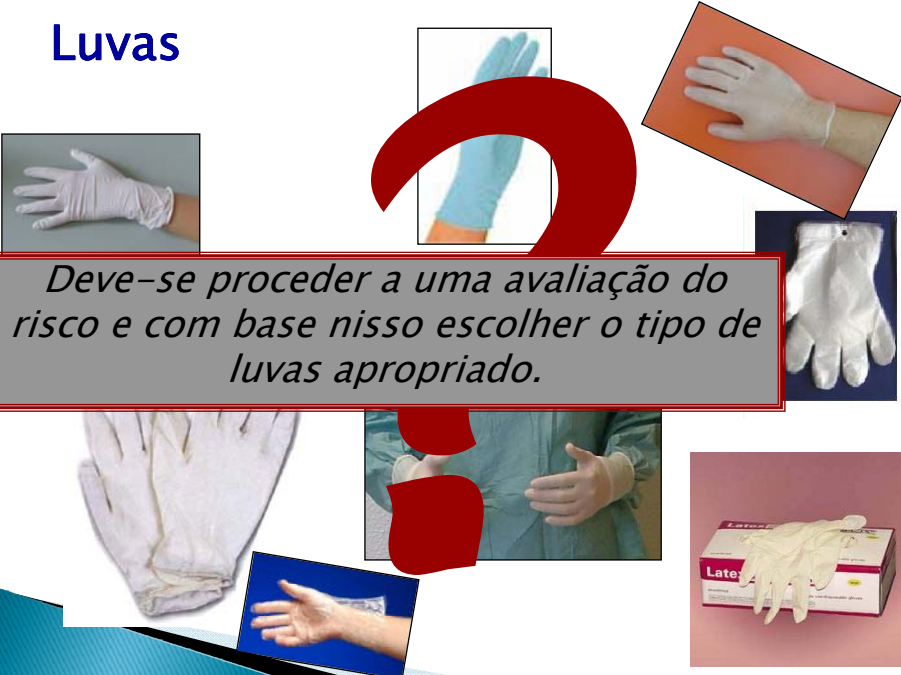
Minimiza a transmissão cruzada.

(ULSM, 2006)

Luvas – Recomendações Gerais

- Cobrir cortes e outros ferimentos da pele com adesivos impermeáveis antes de calçar as luvas.
- Unhas curtas e retirar jóias e acessórios.
- Higienizar as mãos imediatamente antes e imediatamente depois de usar luvas, entre doentes e procedimentos.
- Trocar de luvas entre doentes e entre procedimentos.
- Qualquer reacção adversa da pele às luvas (quer do profissional quer do doente) reportar ao Serviço de Segurança, Higiene e Saúde Ocupacional.

Luvas




Deve-se proceder a uma avaliação do risco e com base nisso escolher o tipo de luvas apropriado.

Luvas

Não esterilizadas

Esterilizadas



PROTEGER OS PROFISSIONAIS

doentes com infecção confirmada ou suspeita

Luvas

***Não
esterilizadas***



**PROTEGER OS
PROFISSIONAIS**

doentes com infecção
confirmada ou suspeita

Esterilizadas



PROTEGER OS DOENTES

cirurgias

doentes
imunocomprometidos

procedimentos invasivos

Luvas – Palhaço

Serviços de limpeza geral.

Preparação, manuseamento e
distribuição de alimentação.



***Não
esterilizadas***

Luvras - Vinil

Tarefas relativamente rápidas que não sejam muito exigentes em termos de manobras para a luva e em que existe **baixo risco** de contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos



*Não
esterilizadas*

troca de roupa de cama

aspiração de secreções

descontinuar uma linha endovenosa

Luvras - Látex

Risco moderado a alto com contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos



*Não
esterilizadas*

procedimentos directos ao doente que envolvam contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos ou material contaminado com estes

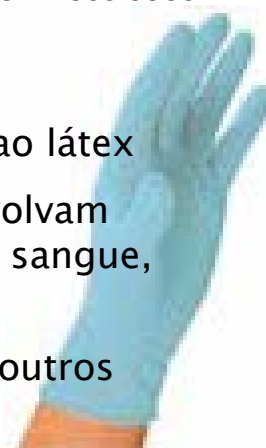


Luvas - Nitrilo

Moderado a alto risco de contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos



alergia ou sensibilidade ao látex
procedimentos que envolvam
contacto prolongado com sangue,
fluidos corporais
produtos citostáticos e outros
químicos



Coberturas de sapatos



Protecção dos sapatos e pés dos profissionais de saúde, contra salpicos de sangue, outros fluidos corporais e aerossóis.








(Siegel, 2007)



Colocação e Remoção dos EPI em Segurança

Colocação











Como colocar o Equipamento de proteção individual

<p>1</p>   <p>Bata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecionar a bata apropriada • Abra pela parte posterior • Vista apertando os atilhos atrás • Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas: <ul style="list-style-type: none"> ○ a 1ª bata ata à frente ○ a 2ª bata ata atrás 	<p>2</p>   <p>Máscara</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo • Ajuste a parte superior ao nariz • Segure à cabeça com os atilhos ou elásticos • Ajuste-a <p>Respirador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecionar o respirador • Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo • Ajuste a parte superior ao nariz • Segure à cabeça com os elásticos • Verifique se está bem colocado : <ul style="list-style-type: none"> - Inalar – o respirador deve colapsar - Exalar – verificar se existem fugas de ar em redor da face
<p>3</p>   <p>Proteção ocular/facial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos • Posicione a proteção facial sobre a face e segura-a com os atilhos • Ajuste até que se sinta confortável 	<p>4</p>  <p>Luvas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calçar as luvas no final • Seleccione o tipo e tamanho de luvas adequando • Insira as mãos nas luvas • Puxe as luvas até prender o punho da bata

Colocação e Remoção dos EPI em Segurança

Remoção

Como remover o Equipamento de proteção individual

<p>1</p>    <p>Luvas:</p> <p>Primeira etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegue no bordo da luva, junto ao punho • Retire da mão, virando de dentro para fora • Segure com a mão oposta <p>Segunda etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a • Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas • Descarte as luvas para contentor apropriado 	<p>2</p>   <p>Proteção de olhos/facial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retire os óculos e proteção facial sem luvas • Afaste da face • Coloque em local apropriado para reprocessar ou eliminar
<p>3</p>    <p>Bata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desaperte atilhos • Puxe a bata pelos ombros • Vira-a do avesso • Enrola-a • Descarte 	<p>4</p>   <p>Máscara</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desaperte atilho de baixo, depois o de cima • Retire da face • Descarte <p>Respirador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levante o elástico do fundo sobre o de cima • Levante o de cima • Retire da face • Descarte

Conclusão

- ▶ É cada vez mais importante a prevenção da transmissão de agentes infecciosos entre os profissionais de saúde e doentes assim como entre doentes.
- ▶ Para que o controle de infecção seja efectivo, toda a equipa deve estar integrada, devidamente informada, para que a cadeia epidemiológica da infecção cruzada não seja interrompida em nenhum momento.

Bibliografia

- ▶ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN - “*Guantes médicos para un solo uso - Parte 1: Requisitos y ensayos para determinar la ausencia de agujeros*”. Versão espanhola da Norma Europeia 455-1: 1999. Maio de 2001.
- ▶ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN - “*Guantes médicos para un solo uso - Parte 2: Requisitos y ensayos para determinar las propiedades físicas*”. Versão espanhola da Norma Europeia 455-2: 1999. Maio de 2001.
- ▶ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN - “*Guantes médicos para un solo uso - Parte 3: Requisitos y ensayos para la evaluación biológica*”. Versão espanhola da Norma Europeia 455-3: 1999. Junho de 2000.
- ▶ Decreto-Lei N.º 384/93, de 1 de Outubro.
- ▶ FACTOR PLUS - *Equipamentos de protecção individual*. Outubro 2008.
- ▶ HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA DE MÁLAGA, Comisión de Infecciones - *Guía de precauciones de aislamiento en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga*. Novembro 2005.
- ▶ INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE - *Prevenção de infeções adquiridas no hospital: um guia prático*. Lisboa, 2002.
- ▶ INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE - “*Luvas de protecção contra produtos químicos e microrganismos - Parte 1: Terminologia e requisitos de desempenho*”. Versão Portuguesa da Norma Europeia 374-1: 2003. 2ª Ed. Dezembro de 2005.
- ▶ INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE - “*Luvas de protecção contra produtos químicos e microrganismos - Parte 2: Determinação da resistência a penetração*”. Versão Portuguesa da Norma Europeia 374-2: 2003. 2ª Ed. Dezembro de 2005.
- ▶ INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE - “*Luvas de protecção contra produtos químicos e microrganismos - Parte 3: Determinação da resistência a permeação por produtos químicos*”. Versão Portuguesa da Norma Europeia 374-3: 2003. 2ª Ed. Dezembro de 2005.
- ▶ LORENTE, L.; BLOT, S.; RELLO, J. - *Evidence on measures for the prevention of ventilator-associated pneumonia*. European Respiratory Journal. N.º 30. 2007. P. 1193-1207.
- ▶ NIOSH - *Equipo de protección individual para trabajadores del sector de la salud que manipulan medicamentos peligrosos*. Publicación de NIOSH. N.º 2009-106. Outubro de 2008.
- ▶ SIEGEL, JD; Rhinehart, E.; Jackson, M.; Chiarello, L. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee of Centre for Disease Control and Prevention - *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Junho de 2007.
- ▶ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - *Utilização de luvas: informação para profissionais de saúde*. Comissão de Controlo de Infecção. Abril de 2006.

Questões...

...

...

Obrigada pela atenção.



Seleção de Equipamentos de Protecção Individual

Avaliação da sessão formativa

I. Assinale as seguintes afirmações como Verdadeiras (V) ou Falsas (F):

1. As precauções padrão aplicam-se quando há infecção suspeita ou declarada.	
2. Equipamento de protecção individual é todo o equipamento utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde.	
3. As toucas são usadas para protecção contra aerossóis que doutro modo se poderiam alojar no cabelo e posteriormente transferirem-se para outras zonas, como a face ou a roupa.	
4. Deve-se utilizar batas por rotina para entrar em unidades de risco elevado (UCI, UCIN, etc.).	
5. As luvas devem ser sempre utilizadas, mesmo quando se prevê o contacto com pele íntegra ou roupa limpa.	
6. Na limpeza de equipamento médico ou ambiente as luvas indicadas são as domésticas reutilizáveis, tipo <i>ménage</i> .	
7. As luvas de palhaço utilizam-se na preparação, manuseamento e distribuição de alimentação.	
8. As luvas de vinil são uma referência em termos de protecção de barreira, pois permitem grande maleabilidade, sensibilidade táctil, flexibilidade e durabilidade.	
9. Para mudar roupa de cama não contaminada visivelmente, estão indicadas as luvas de vinil.	

2. Das seguintes questões assinale com **X** a alínea correcta:

Os EPI são colocados pela seguinte ordem...

... Bata, máscara, luvas e protecção ocular.	
... Máscara, protecção ocular, bata e luvas.	
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.	

A ordem de remoção dos EPI é...

... Luvas, protecção ocular, bata e máscara.	
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.	
... Protecção ocular, máscara, luvas e bata.	

Obrigada

Fátima Vitorino
Ricardo Conceição



Seleção de Equipamentos de Protecção Individual

Corregenda do instrumento de avaliação da sessão formativa

I. Assinale as seguintes afirmações como Verdadeiras (V) ou Falsas (F):

1. As precauções padrão aplicam-se quando há infecção suspeita ou declarada.	F
<i>As precauções padrão devem ser aplicadas nos cuidados prestados a todos os doentes em todas as unidades de saúde, independentemente se há suspeita ou a confirmação da presença de um agente infeccioso.</i>	
2. Equipamento de protecção individual é todo o equipamento utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde.	V
3. As toucas são usadas para protecção contra aerossóis que doutro modo se poderiam alojar no cabelo e posteriormente transferirem-se para outras zonas, como a face ou a roupa.	V
4. Deve-se utilizar batas por rotina para entrar em unidades de risco elevado (UCI, UCIN, etc.).	F
<i>Não se deve utilizar batas por rotina para entrar em unidades de risco elevado (UCI, UCIN, etc.).</i>	
5. As luvas devem ser sempre utilizadas, mesmo quando se prevê o contacto com pele íntegra ou roupa limpa.	F
<i>Quando se prevê o contacto com pele íntegra ou roupa limpa, não é necessário utilizar luvas; aliás, para evitar esquecimentos relativos à troca de luvas e higienização das mãos entre doentes e procedimentos, recomenda-se que não se utilizem luvas nestas circunstâncias.</i>	
6. Na limpeza de equipamento médico ou ambiente as luvas indicadas são as domésticas reutilizáveis, tipo ménage.	V

7. As luvas de palhaço utilizam-se na preparação, manuseamento e distribuição de alimentação.	V
8. As luvas de vinil são uma referência em termos de protecção de barreira, pois permitem grande maleabilidade, sensibilidade táctil, flexibilidade e durabilidade.	F
<i>Apesar do risco substancial da alergia ao látex, as <u>luvas de látex</u> continuam a ser uma referência em termos de protecção de barreira, pois permitem grande maleabilidade, sensibilidade táctil, flexibilidade e durabilidade.</i>	
9. Para mudar roupa de cama não contaminada visivelmente, estão indicadas as luvas de vinil.	V

2. Das seguintes questões assinale com **X** a alínea correcta:

Os EPI são colocados pela seguinte ordem...

... Bata, máscara, luvas e protecção ocular.	
... Máscara, protecção ocular, bata e luvas.	
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.	X

A ordem de remoção dos EPI é...

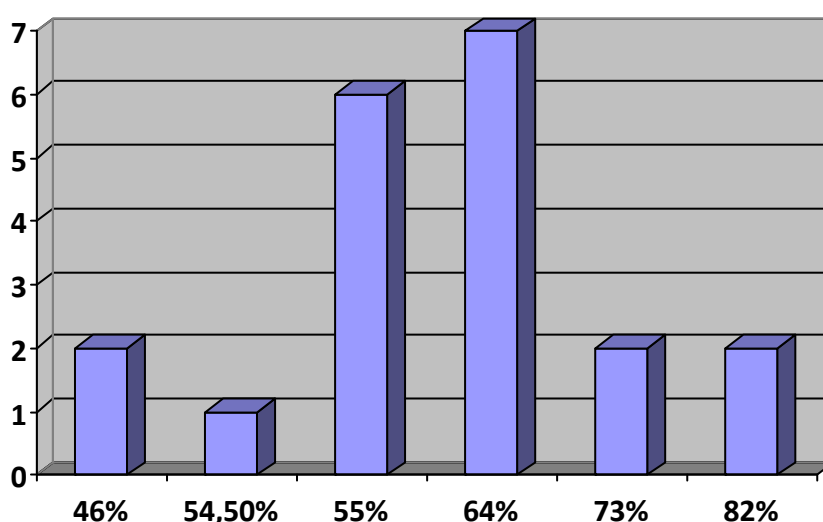
... Luvas, protecção ocular, bata e máscara.	X
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.	
... Protecção ocular, máscara, luvas e bata.	

Seleção de Equipamentos de Protecção Individual

Testes – Estatística de Respostas Correctas

Foram distribuídos 20 testes, tendo-se obtido a classificação final como o gráfico a seguir ilustra:

Gráfico I – N.º de testes por percentagem total de respostas correctas obtidas



De seguida, apresenta-se o número de pessoas que responderam acertadamente a cada questão e a respectiva percentagem.

	N.º	Perct. (%)
1. As precauções padrão aplicam-se quando há infecção suspeita ou declarada.	7	35%
2. Equipamento de protecção individual é todo o equipamento utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde.	20	100%
3. As toucas são usadas para protecção contra aerossóis que doutro modo se poderiam alojar no cabelo e posteriormente transferirem-se para outras zonas, como a face ou a roupa.	19	95%
4. Deve-se utilizar batas por rotina para entrar em unidades de risco elevado (UCI, UCIN, etc.).	4	20%

5. As luvas devem ser sempre utilizadas, mesmo quando se prevê o contacto com pele íntegra ou roupa limpa.	12	60%
6. Na limpeza de equipamento médico ou ambiente as luvas indicadas são as domésticas reutilizáveis, tipo <i>ménage</i> .	5	25%
7. As luvas de palhaço utilizam-se na preparação, manuseamento e distribuição de alimentação.	18	90%
8. As luvas de vinil são uma referência em termos de protecção de barreira, pois permitem grande maleabilidade, sensibilidade táctil, flexibilidade e durabilidade.	2	10%
9. Para mudar roupa de cama não contaminada visivelmente, estão indicadas as luvas de vinil.	8	12%

Os EPI são colocados pela seguinte ordem...	N.º	Perct. (%)
... Bata, máscara, luvas e protecção ocular.		
... Máscara, protecção ocular, bata e luvas.		
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.	20	100%

A ordem de remoção dos EPI é...	N.º	Perct. (%)
... Luvas, protecção ocular, bata e máscara.	19	95%
... Bata, máscara, protecção ocular e luvas.		
... Protecção ocular, máscara, luvas e bata.		

Analisando estes resultados, face aos resultados do anterior pré-teste conclui-se que esta formação foi proveitosa pois houve uma subida generalizada nas percentagens finais dos testes assim como o número de pessoas que responderam acertadamente a cada questão.

Atinge-se assim o objectivo de transmitir conhecimentos que proporcionem melhorias na prática no que concerne à utilização de EPI's, prevenindo a transmissão de infecção e protegendo profissionais de saúde, doentes e visitas.

ANEXO VI

*Seleccção de EPI: Apresentação
escrita*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

UNIDADE SAÚDE LOCAL MATOSINHOS

INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE

COMISSÃO CONTROLO INFECCÃO



Seleccção dos Equipamentos de Protecção Individual

Fátima Vitorino

Ricardo Conceição

Matosinhos

Junho de 2009



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

UNIDADE SAÚDE LOCAL MATOSINHOS

INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE

COMISSÃO CONTROLO INFECÇÃO



Seleção dos Equipamentos de Protecção Individual

Toucas, batas, aventais, luvas, manguitos e coberturas de sapatos

Fátima Vitorino

Ricardo Conceição

Matosinhos

Junho de 2009



SIGLAS

CCI – *Comissão de Controlo de Infecção*

CDC – *Centre for Disease Control and Prevention*

DGS – *Direcção Geral de Saúde*

EPI – *Equipamento de Protecção Individual*

IACS – *Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*

INSA – *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*

ICS – *Instituto de Ciências da Saúde*

HPH – *Hospital Pedro Hispano*

NIOSH – *National Institute for Occupational Safety and Health*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PB – *Precauções Básicas*

UE – *União Europeia*

UCP – *Universidade Católica Portuguesa*

ULSM – *Unidade Local de Saúde de Matosinhos*



ÍNDICE

Introdução.....	5
1. Equipamentos de protecção individual.....	6
2. Critérios de selecção dos equipamentos de protecção individual.....	8
2.1. Toucas.....	9
2.2. Batas e aventais.....	10
2.3. Luvas.....	11
2.4. Coberturas de sapatos.....	14
3. Colocação e remoção dos EPI em segurança.....	16
4. Conclusão.....	18
5. Referências bibliográficas.....	19



ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Touca.....	9
Fotografia 2 – Barrete de cirurgião.....	9
Fotografia 3 – Avental.....	10
Fotografia 4 – Bata não esterilizada para profissionais.....	10
Fotografia 5 – Bata cirúrgica.....	10
Fotografia 6 – Bata não esterilizada para visitas.....	10
Fotografia 7 – Luva de palhaço.....	12
Fotografia 8 – Luva de exame de vinil.....	12
Fotografia 9 – Luva de exame de látex.....	12
Fotografia 10 – Luvas cirúrgicas.....	12
Fotografia 11 – Luva de nitrilo.....	12
Fotografia 12 – Coberturas de sapatos.....	15



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Risco diferencial de infeção nosocomial por doente e por intervenção.....	8
Tabela 2 – Medidas de assépsia apropriadas para diferentes níveis de risco de infeção.....	9

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Como colocar o EPI.....	16
Quadro 2 – Como remover o EPI.....	17



INTRODUÇÃO

Enquadrada na promoção da segurança do cliente, a prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) assume-se actualmente como uma das prioridades de intervenção da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da União Europeia (UE).

Efectivamente, as IACS encontram-se entre as causas mais frequentes e potencialmente mais nocivas dos danos não intencionais que afectam, em média, um em cada vinte doentes internados, o que corresponde, anualmente, a 4,1 milhões de doentes na EU (UNIÃO EUROPEIA, 2008). Constitui, assim, um importante factor de mortalidade e morbilidade, com consequências económicas e sociais de grande impacto.

Um aspecto fundamental a considerar é que se estima que um terço das IACS são preveníveis, um terço não são preveníveis e um terço talvez sejam (SENIC, 2005); e é nisto que se justifica a existência de Comissões de Controlo de Infecção (CCI) nas instituições de saúde, cujo grande objectivo geral é prevenir as IACS.

Uma das estratégias utilizadas pelas CCI é a formação aos profissionais de saúde acerca das medidas preventivas de transmissão de infecção. Na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) detectou-se a necessidade de formação relativa aos equipamentos de protecção individual (EPI), sendo este tema extremamente importante na transmissão de infecção, para proteger profissionais e clientes.

No contexto do Módulo III da Unidade Curricular *Estágio*, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), propôs-se desenvolver este trabalho, nomeadamente quanto aos critérios de selecção de EPI, sua colocação e remoção. Não se contemplou a protecção facial (máscaras), uma vez que este trabalho já havia sido realizado.

Recorreu-se a pesquisa bibliográfica e a reuniões com delegados de informação médica para se elaborar a fundamentação teórica; paralelamente, visitou-se o Serviço de Aprovisionamento do Hospital Pedro Hispano (HPH) para identificar quais os EPI disponíveis na instituição. De seguida, elaborou-se o poster respectivo. Finalmente, efectuou-se uma sessão formativa aos elos dinamizadores da CCI e enfermeiros-chefes, como estratégia de uma primeira fase de divulgação do poster; nesta sessão formativa, também se reviu conhecimentos relativos aos EPI e demonstrou-se a correcta colocação e remoção de EPI.



I. EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

As precauções padrão ou universais têm como objectivo prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde. Incluem três níveis de intervenção: as precauções básicas (PB), as precauções baseadas nas vias de transmissão e o ambiente protector. Estas medidas devem ser aplicadas nos cuidados prestados a todos os doentes em todas as unidades de saúde, independentemente se há suspeita ou a confirmação da presença de um agente infeccioso.

De facto, a implementação das PB constitui a estratégia de primeira linha para o controlo das IACS entre doentes e profissionais e aplicam-se quando se prevê o contacto com sangue e fluídos orgânicos, secreções e excreções (excepto suor), soluções de continuidade da pele e membranas mucosas. Incluem um conjunto de práticas de prevenção de infecção aplicadas a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso e do local onde os cuidados são prestados.

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

A higienização das mãos e os EPI constituem um aspecto central na aplicação das PB. Efectivamente, para quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infecção é necessário adequar as barreiras protectoras aos procedimentos e cumprir as regras de colocação e remoção das mesmas.

O Decreto-Lei N.º 384/93, de 1 de Outubro, no seu artigo 3º, define EPI como *“todo o equipamento, bem como qualquer complemento ou acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde”*.

Os EPI devem, de acordo com o artigo 4º daquele diploma, ser utilizados quando os riscos existentes não puderem ser evitados ou suficientemente limitados por meios técnicos de protecção colectiva ou por medidas, métodos ou processos de organização do trabalho.

Os requisitos de qualquer EPI incluem a capacidade de proporcionar uma protecção eficaz, não ocasionar riscos adicionais nem danos desnecessários e serem compatíveis entre si no caso de uma utilização simultânea de vários equipamentos.



Um EPI deve ser sempre parte de um programa geral de saúde e segurança no trabalho, assim como ser submetido a avaliações periódicas sobre o conhecimento dos trabalhadores acerca do uso adequado do equipamento (NIOSH, 2004).

Cada instituição é responsável por fornecer equipamentos de protecção individual em qualidade e quantidade suficientes e adequados aos procedimentos. É responsabilidade de cada profissional de saúde seleccionar as barreiras protectoras mais apropriadas em função do contacto previsto.

Os vários tipos de EPI destinados ao ambiente de cuidados de saúde são as toucas e barretes cirúrgicos, máscara e protecção dos olhos e face, bata e aventais de plástico, manguitos, luvas e coberturas de sapatos.

Os EPI devem-se utilizar sempre que na natureza e tipo de intervenção com o doente for previsível o contacto com sangue e fluídos orgânicos e para prevenir a contaminação da roupa e pele durante o processo de remoção do EPI. Devem ser removido antes de sair do quarto ou unidade do doente.



2. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

Os EPI's para serem eficazes e bem tolerados pelos profissionais devem ser criteriosamente seleccionados em função da actividade ou procedimento a realizar e dos riscos que se antevêm. Daqui se deduz que só devem ser utilizados quando necessários, evitando quer a sub quer a sobre-utilização dos equipamentos.

Na decisão de utilizar EPI's na prestação de cuidados de saúde, há que considerar o risco diferencial de infecção por doente e por intervenção (Tabela 1) e as medidas de assépsia apropriadas para os diferentes níveis de risco de infecção (Tabela 2).

Um aspecto fundamental na utilização de qualquer EPI é respeitar as indicações do fabricante acerca das suas indicações, limitações e horas de trabalho.

Tabela 1 – Risco diferencial de infecção nosocomial por doente e por intervenção

Risco de infecção	Tipo de doente	Tipo de procedimento
1 Mínimo	Sem imunodeficiência; sem doença subjacente significativa.	Não-invasivo. Sem exposição a fluidos biológicos (sangue, urina, fezes, LCR, fluidos de outras cavidades)
2 Médio	Doentes infectados ou com alguns factores de risco (idade, neoplasia).	Exposição a fluidos biológicos Ou procedimento invasivo não-cirúrgico (p.ex., cateterização de veia periférica, introdução de algália).
3 Elevado	Doentes com imunodeficiência grave, (<500 leucócitos/ml); múltiplos traumatismos, queimaduras graves, transplante de órgãos.	Cirurgia ou procedimentos invasivos de alto risco (p. ex., cateterização venosa central, entubação endo-traqueal).

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – *Prevenção de infecções adquiridas no hospital: um guia prático*. Lisboa, 2002. P. 47.

Tabela 2 – Medidas de assépsia apropriadas para diferentes níveis de risco de infecção

Risco de infecção	Assépsia	Anti-sépticos	Mãos	Roupa	Dispositivos*
1 Mínimo	Limpeza	Nenhum	Lavagem simples ou desinfecção por fricção	Roupa de rua	Limpos ou desinfectados a nível baixo ou intermédio
2 Médio	Assépsia	Anti-sépticos comuns	Lavagem higiénica ou desinfecção por fricção	Protecção adequada contra sangue e fluidos biológicos	Desinfectados a nível elevado ou estérei
3 Elevado	Assepsia cirúrgica	Anti-sépticos específicos	Lavagem cirúrgica ou desinfecção cirúrgica por fricção	Roupa cirúrgica: bata, máscara, barrete e luvas esterilizadas	Desinfectados a nível elevado ou estéreis

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – *Prevenção de infecções adquiridas no hospital: um guia prático*. Lisboa, 2002. P. 48.

2.1. Toucas

São usadas para protecção contra aerossóis que doutro modo se poderiam alojar no cabelo e posteriormente transferirem-se para outras zonas, como a face ou a roupa.

Fotografia 1 – Touca



Fotografia 2 – Barrete de cirurgião



Deve ser utilizada em blocos operatórios ou enquanto se executam procedimentos invasivos seleccionados, os profissionais devem usar toucas ou barretes que cubram completamente o cabelo.

2.2. Batas e aventais

O uso de batas e aventais deve ser apropriado a cada tarefa, com o objectivo de prevenir a contaminação da roupa durante actividades no doente em que se prevê contacto com roupa / pele exposta com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções. Devem ser usadas no contacto directo em doentes que não contêm as secreções ou excreções.

Fotografia 3 – Avental



Fotografia 4 – Bata não esterilizada para profissionais



Fotografia 5 – Bata cirúrgica



Fotografia 6 – Bata não esterilizada para visitas





Deve-se retirar a bata ou avental e lavar as mãos antes sair da unidade do doente.

Não se deve reutilizar a bata, mesmo em contactos frequentes no mesmo doente.

Utilizar batas por rotina para entrar em unidades de risco elevado (UCI, UCIN...) não está indicado (Siegel 2007).

Existem três factores que influenciam a selecção de uma bata ou avental como EPI. O primeiro é a finalidade do uso. No isolamento são geralmente usadas batas como EPI de vestuário. Os aventais são ocasionalmente utilizados quando a contaminação é limitada é antecipadamente.

Em segundo lugar estão as propriedades do material da bata. No isolamento as batas são feitas, quer em algodão ou em material sintético, que ditam, se podem ser lavados ou reutilizados ou devem ser eliminados. O algodão e o material sintético de isolamento variam o seu grau de resistência ao líquido, e este é outro factor que deve ser considerado na selecção de esta farda. Se existir a probabilidade da penetração de fluidos, devem ser usadas batas fluido resistente.

Em último lugar diz respeito ao risco para os pacientes. Em ambiente limpo pode ser utilizada bata limpa não esterilizada. No isolamento são utilizadas geralmente batas limpas. As batas esterilizadas são apenas necessárias para a realização de procedimentos invasivos, tais como a inserção de um cateter central. Neste caso, a bata estéril poderá servir de protecção para o paciente e simultaneamente para Profissional de saúde.

2.3. Luvas

As luvas constituem o EPI mais utilizado e permitem proteger profissionais e clientes. A sua utilização protege as mãos de se contaminarem com matéria orgânica e microrganismos, protege as mãos de certos químicos que afectam negativamente as mãos dos potenciais utilizadores e minimiza a transmissão cruzada, prevenindo a transferência de microrganismos dos profissionais para os doentes e vice-versa (ULSM, 2006).

Quando se prevê o contacto com pele íntegra ou roupa limpa, não é necessário utilizar luvas; aliás, para evitar esquecimentos relativos à troca de luvas e higienização das mãos entre doentes e procedimentos, recomenda-se que não se utilizem luvas nestas circunstâncias. Acresce a recomendação de não se circular com luvas. (Hospital Universitário Carlos Haya de Málaga, 2005).

A decisão de usar luvas e qual o tipo depende da avaliação do risco do procedimento a efectuar. Devem-se utilizar quando é possível antecipar o contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções e materiais contaminados, com membranas mucosas e pele não intacta ou pele intacta potencialmente contaminada, por exemplo com urina ou fezes (Siegel, 2007).

As luvas de palhaço estão indicadas para os serviços de limpeza geral e para a preparação, manuseamento e distribuição de alimentação.

As luvas de vinil são luvas isentas de látex, destinadas para tarefas relativamente rápidas que não sejam muito exigentes em termos de manobras para a luva e em que existe baixo risco de contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos. Exemplos das suas indicações são a mudança de roupa de cama, aspiração de secreções ou para descontinuar uma linha endovenosa.

Fotografia 7 – Luva de palhaço



Fotografia 8 – Luva de exame de vinil



Fotografia 9 – Luva de exame de látex



Fotografia 10 – Luvas cirúrgicas



Fotografia 11 – Luva de nitrilo





Apesar do risco substancial da alergia ao látex, as luvas de látex continuam a constituir uma luva de referência: melhor elasticidade (que qualquer outra), muito boa sensibilidade táctil, maleabilidade, sensibilidade táctil, flexibilidade e durabilidade muito bons resultados em caso de alta exposição patogénica, eventuais pequenos poros voltam-se a fechar (se produzidos com instrumentos pontiagudos) e muito boa relação preço-rendimento. Indicam-se para tarefas em que existe risco moderado a alto com contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos. Devem ser mudadas todos os 15 a 30 minutos, dependendo do procedimento, quantidade de exposição a sangue ou eventual contacto com cortoperfurantes. Recomenda-se a sua utilização para procedimentos directos ao doente que envolvam contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos ou material contaminado com estes.

As luvas de nitrilo são isentas de látex e constituem uma barreira de longa duração, pelo que se aconselham para indivíduos com sensibilidade ou reactividade clínica ao látex e em situações em que existe moderado a alto risco de contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos. A sua resistência aos químicos é superior às de látex. Assim, exemplos das suas indicações incluem profissionais com alergia ou sensibilidade ao látex e procedimentos que envolvam contacto prolongado com sangue, fluidos corporais, produtos citostáticos e outros químicos, e lavagem de material contaminado. Estas luvas apresentam excelente conforto, adaptabilidade e sensibilidade táctil, apesar das pontas dos dedos serem rugosas, o que permite melhor segurança tanto em procedimentos em seco como em húmido. Outra característica importante é a sua elevada força de tensão, o que proporciona que se forem picadas por um corto-perfurante, imediatamente rompem, avisando assim o profissional do ocorrido, para que possa trocar de luvas.

Aquando de precauções adicionais de isolamento, as luvas devem-se usar sempre, devem ser calçadas antes de entrar no quarto de isolamento e removidas antes de sair do quarto luvas (Hospital Universitário Carlos Haya de Málaga, 2005).

Quando o objectivo é proteger os doentes, os profissionais devem usar luvas estéreis: nas cirurgias, nos cuidados a doentes imunocomprometidos e em procedimentos invasivos. Se o que se pretende é a protecção dos profissionais, ou seja, quando se prestam cuidados a doentes com infecção confirmada ou suspeita, as luvas de exame não-estéreis são o suficiente (INSA, 2002). Estas podem ser de vinil ou de látex.

As características das luvas, nomeadamente quanto ao tamanho e durabilidade, devem ser apropriadas à tarefa: luvas de exame de uso único nos cuidados directos ao doente; luvas de exame de uso único ou luvas domésticas reutilizáveis (tipo *ménage*) na limpeza de equipamento médico ou ambiente; luvas cirúrgicas para procedimentos invasivos e assépticos, como ilustram



os procedimentos cirúrgicos e a inserção de um catéter urinário. Para a preparação de citostáticos, as luvas de nitrilo são as recomendadas.

A utilização de dois pares de luvas está contra-indicada; esta situação aplica-se apenas à utilização de luvas de vinil ou látex por cima de luvas de palhaço, para salvaguardar a pele sensível ao pó ou ao látex. De qualquer das formas, é fundamental cobrir cortes e outros ferimentos da pele com adesivos impermeáveis antes de calçar as luvas (Hospital Universitário Carlos Haya de Málaga, 2005).

Com o objectivo de evitar a transmissão cruzada da infecção, é imperioso trocar de luvas entre doentes, assim como entre procedimentos no mesmo doente e quando mover as mãos de locais contaminados para um local limpo, como por exemplo da área perineal para a face.

Remover as luvas após contacto com o doente ou o ambiente próximo do doente, incluindo o equipamento médico, utilizando técnica apropriada para prevenir a contaminação das mãos, ou seja, remover a luva enrolando a parte interna sobre a parte externa e de seguida descartá-la para o saco do lixo.

Contudo, o uso de luvas nunca substitui a higienização das mãos; assim, há que lavar as mãos imediatamente antes e imediatamente depois de usar luvas, sendo esta uma recomendação fortemente apoiada por estudos de investigação devidamente controlados (recomendação IA). O procedimento a adoptar na higienização das mãos depende das intervenções que se vão realizar e do objectivo da lavagem. A lavagem social das mãos é suficiente quando o objectivo é manter as mãos socialmente limpas e remover os microrganismos transitórios. Realiza-se a lavagem higiénica ou asséptica das mãos, se o que se pretende é eliminar os microrganismos transitórios e reduzir os microrganismos residentes. A desinfecção cirúrgica das mãos está indicada quando é necessário eliminar os microrganismos transitórios e destruir os microrganismos residentes das camadas mais profundas da pele.

24. Coberturas de sapatos

As coberturas de sapatos são usadas para protecção dos sapatos e pés dos profissionais de saúde, contra salpicos de sangue, outros fluidos corporais e aerossóis (Siegel, 2007). Estão, assim, indicadas nas situações em que se prevê o derramamento destas substâncias, como serve de exemplo as grandes cirurgias.

Figura 12 – Coberturas de sapatos

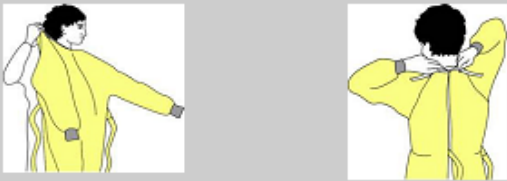





Este EPI deve ser utilizado circunscrito à área onde o procedimento se efectua, de forma a evitar a propagação da contaminação entre áreas e a possibilidade de expor outros trabalhadores não protegidos (NIOSH, 2008).

3. COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DOS EPI EM SEGURANÇA





A correcta colocação e remoção dos EPI tem um papel importante na prevenção e controlo da transmissão cruzada da infecção, pelo que deve obedecer às seguintes regras propostas nos quadros seguintes:

Quadro I – Como colocar o EPI

Como colocar o Equipamento de protecção individual	
<p style="text-align: center;">1</p>  <p>Bata</p> <ul style="list-style-type: none">• Seleccionar a bata apropriada• Abra pela parte posterior• Vista apertando os atilhos atrás• Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas:<ul style="list-style-type: none">○ a 1ª bata ata à frente○ a 2ª bata ata atrás	<p style="text-align: center;">2</p>  <p>Máscara</p> <ul style="list-style-type: none">• Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo• Ajuste a parte superior ao nariz• Segure à cabeça com os atilhos ou elásticos• Ajuste-a <p>Respirador</p> <ul style="list-style-type: none">• Seleccionar o respirador• Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo• Ajuste a parte superior ao nariz• Segure à cabeça com os elásticos• Verifique se está bem colocado :<ul style="list-style-type: none">- Inalar – o respirador deve colapsar- Exalar – verificar se existem fugas de ar em redor da face
<p style="text-align: center;">3</p>  <p>Protecção ocular/facial</p> <ul style="list-style-type: none">• Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos• Posicione a protecção facial sobre a face e segure-a com os atilhos• Ajuste até que se sinta confortável	<p style="text-align: center;">4</p>  <p>Luvas</p> <ul style="list-style-type: none">• Calçar as luvas no final• Seleccione o tipo e tamanho de luvas adequado• Insira as mãos nas luvas• Puxe as luvas até prender o punho da bata

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Interim Infection Control Guidelines for health Care Facilities*, 10 March, 2004. cit. em INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – *Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão*. Lisboa, 2005. P. 23.

Quadro 2 – Como remover o EPI

Como remover o Equipamento de protecção individual	
<p style="text-align: center;">1</p>  <p>Luvas:</p> <p>Primeira etapa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pegue no bordo da luva, junto ao punho• Retire da mão, virando de dentro para fora• Segure com a mão oposta <p>Segunda etapa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a• Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas• Descarte as luvas para contentor apropriado	<p style="text-align: center;">2</p>  <p>Protecção ocular/facial</p> <ul style="list-style-type: none">• Retirar os óculos e protecção facial sem luvas• Afastar da face• Coloque em local apropriado para reprocessar ou eliminar
<p style="text-align: center;">3</p>  <p>Bata</p> <ul style="list-style-type: none">• Desaperte atilhos• Puxe a bata pelos ombros• Vira-la do avesso• Enrola-la• Descarte	<p style="text-align: center;">4</p>  <p>Máscara</p> <ul style="list-style-type: none">• Desaperte atilho debaixo, depois o de cima• Retire da face• Descarte <p>Respirador</p> <ul style="list-style-type: none">• Levante o elástico do fundo sobre o de cima• Levante o de cima• Retirar da face• Descarte

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Interim Infection Control Guidelines for health Care Facilities*, 10 March, 2004. cit. em INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – *Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão*. Lisboa, 2005. P. 24.



4. CONCLUSÃO

É cada vez mais importante a prevenção da transmissão de agentes infecciosos entre os profissionais de saúde e doentes assim como entre doentes.

Para que o controle de infecção seja efectivo, toda a equipa deve estar integrada, devidamente informada, para que a cadeia epidemiológica da infecção cruzada não seja interrompida em nenhum momento.

É necessário esclarecer os profissionais que não acreditam na necessidade de maiores cuidados com a própria saúde, que a não utilização dos equipamentos de protecção individual, favorecem a disseminação de infecções entre os seus próprios doentes, a sua equipa e familiares.

Com este trabalho pretende-se uniformizar a selecção dos equipamentos de protecção individual de uma forma simples e ao acesso de todos os profissionais de saúde, contribuindo assim para a prevenção das IACS.



5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN – “*Guantes médicos para un solo uso – Parte 1: Requisitos y ensayos para determinar la ausencia de agujeros*”. Versão espanhola da Norma Europeia 455-1: 1999. Maio de 2001.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN – “*Guantes médicos para un solo uso – Parte 2: Requisitos y ensayos para determinar las propiedades físicas*”. Versão espanhola da Norma Europeia 455-2: 1999. Maio de 2001.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN – “*Guantes médicos para un solo uso – Parte 3: Requisitos y ensayos para la evaluación biológica*”. Versão espanhola da Norma Europeia 455-3: 1999. Junho de 2000.

Decreto-Lei N.º 384/93, de 1 de Outubro.

FACTOR PLUS – *Equipamentos de proteção individual*. Outubro 2008.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA DE MÁLAGA, Comisión de Infecciones – *Guía de precauciones de aislamiento en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga*. Novembro 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – *Prevenção de infeções adquiridas no hospital: um guia prático*. Lisboa, 2002.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – “*Luvas de proteção contra produtos químicos e microrganismos – Parte 1: Terminologia e requisitos de desempenho*”. Versão Portuguesa da Norma Europeia 374-1: 2003. 2ª Ed. Dezembro de 2005.



INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – “Luvas de proteção contra produtos químicos e microrganismos – Parte 2: Determinação da resistência a penetração”. Versão Portuguesa da Norma Europeia 374-2: 2003. 2ª Ed. Dezembro de 2005.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – “Luvas de proteção contra produtos químicos e microrganismos – Parte 3: Determinação da resistência a permeação por produtos químicos”. Versão Portuguesa da Norma Europeia 374-3: 2003. 2ª Ed. Dezembro de 2005.

LORENTE, L.; BLOT, S.; RELLO, J. – *Evidence on measures for the prevention of ventilator-associated pneumonia*. European Respiratory Journal. N.º 30. 2007. P. 1193–1207.

NIOSH – *Equipo de protección individual para trabajadores del sector de la salud que manipulan medicamentos peligrosos*. Publicación de NIOSH. N.º 2009-106. Outubro de 2008.

SIEGEL, JD; Rhinehart, E.; Jackson, M.; Chiarello, L. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee of Centre for Disease Control and Prevention – *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Junho de 2007.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS – *Utilização de luvas: informação para profissionais de saúde*. Comissão de Controlo de Infecção. Abril de 2006.

ANEXO VII

Selecco de EPI: Pster

Equipamento de Protecção Individual

Os equipamentos de protecção individual (EPI) incluem toucas, protecção ocular, máscaras, luvas, batas, aventais e coberturas de sapatos. A sua utilização serve de barreira, protegendo os profissionais e os doentes a diferentes níveis de exposição e de acordo com os cuidados a prestar.

UTILIZAÇÃO DOS EPI

- Utilizar sempre que na natureza e tipo de intervenção com o doente for previsível o contacto com sangue e fluídos orgânicos, secreções, excreções e materiais contaminados, com membranas mucosas e pele não intacta ou pele intacta potencialmente contaminada;
- Prevenir a contaminação da roupa e pele durante o processo de remoção do EPI;
- Remover o EPI antes de sair do quarto ou unidade do doente.



Toucas e Barretes

São usadas para protecção contra aerossóis que doutro modo se poderiam alojar no cabelo e posteriormente transferirem-se para outras zonas, como a face ou a roupa.

Deve ser utilizada em blocos operatórios ou enquanto se executam procedimentos invasivos seleccionados, os profissionais devem usar toucas ou barretes que cubram completamente o cabelo.



Batas e Aventais



- Usados para impedir a conspurcação de roupa durante procedimentos com capacidade potencial de produção de salpicos ou de aerossóis de sangue, de fluidos corporais, de secreções ou excreções aquando dos cuidados de higiene dos doentes, lavagem de material, limpezas.

Impermeável

- Actos cirúrgicos ou procedimentos invasivos que envolvam assepsia.
- Em cirurgias com grande projecção de líquidos, sangue, etc. (Ex. Cirurgia Urológica), devem ser **batas impermeáveis**.



- Isolamentos.
- Protege os profissionais minimizando a contaminação da pele ou do fardamento durante procedimentos com capacidade potencial de produção de salpicos ou aerossóis de sangue, fluidos corporais de secreções ou de excreções, aquando dos cuidados de higiene aos doentes.

Não impermeáveis

- Visitas de doentes em isolamento.

Não Impermeáveis



Luvas



LUVAS DE PALHAÇO – serviços de limpeza geral; na preparação, manuseamento e distribuição de alimentação.



LUVAS DE VINIL – tarefas relativamente rápidas que não sejam muito exigentes em termos de manobras para a luva e em que existe baixo risco de contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos. Ex.: troca de roupa de cama, aspiração de secreções, descontinuar uma linha endovenosa.

LUVAS DE LÁTEX – risco moderado a alto com contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos. Ex: procedimentos directos ao doente que envolvam contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos ou material contaminado com estes.



LUVAS DE NITRIL – moderado a alto risco de contacto com sangue ou outros fluidos potencialmente infecciosos. Ex: alergia ou sensibilidade ao látex, procedimentos que envolvam contacto prolongado com sangue, fluidos corporais, produtos citostáticos e outros químicos.

Luvas esterilizadas – objectivo é proteger o doente (nas cirurgias, nos cuidados a doentes imunocomprometidos e em procedimentos invasivos).

Luvas não esterilizadas – objectivo é proteger os profissionais (quando se prestam cuidados a doentes com infecção confirmada ou suspeita).

Cobre Sapatos / Botas

São usados para protecção dos sapatos e pés dos profissionais de saúde, contra salpicos de sangue, outros fluidos corporais e aerossóis.



Elaborado por
Fátima Vitorino
Ricardo Conceição

2º Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa