



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Comunicação:

Pilar Essencial para a Excelência dos Cuidados

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

Anabela de Freitas Ferreira Lage

Lisboa, Abril 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Comunicação:

Pilar Essencial para a Excelência dos Cuidados

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

Por: Anabela de Freitas Ferreira Lage

Sob orientação da Prof. Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Abril 2011

Aqueles que passam por nós não vão sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADEÇO:

À Sra Prof Patrícia Pontífice pela sua disponibilidade, incentivo e carinho ao longo deste percurso.

Às minhas orientadoras da prática clínica, Enfª Paula Baptista e Enfª Margarida Mimoso, pelo apoio e saberes partilhados, contribuindo para o meu processo de aprendizagem.

À minha filha, Sofia, pelas suas brincadeiras e alegria, que tornaram os obstáculos do percurso mais fáceis de ultrapassar.

Ao meu marido, pela compreensão e carinho, tornando este momento possível.

A todos os que ajudaram tornando este meu projecto numa realidade.

Muito obrigado a todos

SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

CCT – Cirurgia Cardiotóracica

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CDI - Cardiodisfibrilhador

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

DGS – Direcção-Geral da Saúde

Enf^a - Enfermeira

HELICS – Hospital in Europe Link for Infection Control Trought Surveillance

HEM – Hospital Egas Moniz

HSC – Hospital Santa Cruz

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

IN – Infecção Nosocomial

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

Min – minutos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Meticilina resistente

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

VAD – Via Aérea Difícil

VE- Vigilância Epidemiológica

VNCS – Vigilância Nosocomial da Infecção da Corrente Sanguínea

VRE- *Enterococcus* Vancomicina Resistente

RESUMO

O presente relatório é o culminar de um percurso efectuado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica visando a assistência ao doente/família de médio e alto risco. Foi construído com o objectivo de dar visibilidade às aprendizagens e competências adquiridas ao longo da prática clínica, através da utilização de uma metodologia descritiva com análise crítica, reflexiva e analítica de todas as actividades executadas, tendo em atenção os objectivos delineados e as competências propostas pelo plano de estudos.

A prática clínica compreendeu dois módulos. O primeiro realizado no serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier (Módulo I) onde desenvolvi competências essencialmente na área da prestação de cuidados, tendo como principal preocupação o conforto no doente cardíaco, a comunicação com o doente e família; e também na gestão e supervisão de cuidados, e na formação. O segundo na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Santa Cruz (Módulo III, área opcional) tendo tido oportunidade de desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infecção, vigilância epidemiológica, formação e comunicação. Entre eles existiu um fio condutor, a comunicação, que foi um vector de influência, junto dos doentes e da equipa multidisciplinar, na aquisição da qualidade dos cuidados.

Houve uma procura constante de conhecimento e da melhor evidência, através de pesquisa bibliográfica, obtendo assim cuidados especializados com qualidade. Várias foram as competências abordadas, aplicadas, desenvolvidas e apreendidas ao longo do percurso, alcançando assim uma prática clínica especializada e as competências pretendidas para um Enfermeiro Especialista.

ABSTRAT

The present report is the culmination of a journey made in the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical Surgical Nursing, aiming to assist the patient/family of medium and high risk. It was built with the purpose of giving visibility to the learning and skills acquired during the clinical practice, through a descriptive methodology with critical analysis, reflexive and analytics of all the activities.

The clinical practice was composed of two modules. The first, performed at the Emergency Department of the São Francisco Xavier Hospital (Module I), where I developed skills, essentially in the area of Care, with the comfort of the heart patient and the communication with the patient and family as the main concern; and also in management and oversight of care, and training. The second, in the Infection Control Committee of Santa Cruz Hospital (Module III, optional area), where I have had the opportunity to develop skills in the field of prevention and infection control, epidemiological surveillance, training and communication. Between them there was a thread, the communication, which was a vector of influence, with the sick and the multidisciplinary team, acquisition of quality of care.

Along the clinical practice, there was a constant search for excellence in specialized care based on best evidence, through a bibliographic research. Several skills were addressed, applied, developed and learned, thus reaching, in my personal development process, the competencies expected of a Specialist Nurse.

<u>INDICE</u>	Pag.
0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	9
1- <u>ANALISE CRITICA E REFLEXIVA DA PRÁTICA CLÍNICA</u>	12
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA – MODULO I	15
1.2. COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO – MODULO III	41
2 - <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	53
3 - <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	57
 ANEXOS	
ANEXO I - <u>Certificado de Curso Teórico-prático de Manuseamento da via Aérea</u>	64
ANEXO II - <u>Certificado - Acompanhante Familiar no Serviço de Urgência</u>	66
ANEXO III - <u>Trabalho escrito - Conforto no doente cardíaco</u>	68
ANEXO IV - <u>Aviso da formação Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos</u>	96
ANEXO V - <u>Plano da formação da Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos</u>	98
ANEXO VI - <u>Power Point da Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos</u>	101
ANEXO VII - <u>Trabalho escrito sobre Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos</u>	113
ANEXO VIII - <u>Norma e Procedimento sobre Drenagem Torácica</u>	147
ANEXO IX - <u>Plano de acção da Sessão de Sensibilização ao Serviço de Urgência</u>	151
ANEXO X - <u>Power Point da Sessão de Sensibilização ao Serviço de Urgência</u>	154
ANEXO XI - <u>Certificado - Jornada sobre Tratamento em instalações hidráulicas para controlo e prevenção da Legionella</u>	161
ANEXO XII - <u>Recomendações para o VRE</u>	163

ANEXO XIII - <u>Certificado - Simpósio de antibioterapia na prática clínica: ultidisciplinaridade para a excelência</u>	177
ANEXO XIV - <u>Plano de acção da Sessão da Higiene das Mãos, aos Médicos</u>	179
ANEXO XV - <u>Power Point da Sessão Higiene das Mãos, aos Médicos</u>	182
ANEXO XVI- <u>Comunicação da Sessão de formação Higiene das Mãos, aos Assistentes Operacionais</u>	189
ANEXO XVII - <u>Plano de acção da Higiene das Mãos, aos Assistentes Operacionais</u>	191
ANEXO XVIII - <u>Power Point da Sessão de Formação Higiene das Mãos, aos Assistentes Operacionais</u>	194

0 - INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem ao longo dos anos, tal como acontece em muitas outras áreas, tem enfrentado muitas mudanças e desafios, ultrapassando-os, evoluindo e adaptando-se à nova realidade. Essas mudanças constantes que surgem na saúde provocam uma desactualização de conhecimentos por parte dos profissionais, pelo que, nos seus processos de aprendizagem, devem manter uma actualização permanente e contínua, tornando-se imperativo que haja uma formação sólida que capacite cada um a tomar a melhor decisão na sua prática clínica. Em Portugal a Enfermagem tornou-se numa ciência autónoma, sendo-lhe atribuído um papel importante na sociedade que foi reconhecido pela primeira vez pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, no REPE, no ponto 1 do seu artigo nº1, referindo que:

“a enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde”.

A partir desse momento assistimos ao desenvolvimento de novas responsabilidades e de novas competências, sendo criado a Ordem Dos Enfermeiros, com os seus estatutos aprovados no Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, tornando assim os enfermeiros mais aptos para enfrentarem as dificuldades e sendo agentes activos no enriquecimento do seu caminho, baseando a prática na evidência, originando uma participação mais activa dos indivíduos no seu processo de cuidados. A Enfermagem é uma arte e uma ciência e é como tal que tem de se comportar, sendo necessário que os enfermeiros, tal como nos diz Benner, detenham o “saber” e que saibam “saber fazer”, durante a prática da disciplina, desenvolvida ao longo da sua experiência clínica (BENNER 2005, p.32). Actualmente, com a publicação da Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, foram introduzidas novas alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e como fruto surgiu a concretização do Modelo de Desenvolvimento Profissional baseado num sistema de certificação de competências e de individualização das especialidades. Este modelo emergiu da necessidade sentida em se prestar cuidados de qualidade e diferenciados por enfermeiros especialistas, centrados nas necessidades da pessoa/família, promovendo-se assim a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Por sentir esta necessidade, de prestar cuidados mais diferenciados e com uma maior qualidade, iniciei o Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, no ano lectivo de 2009-2011, tendo como objectivo pessoal o desenvolvimento e a aquisição de novas competências no âmbito da especialidade escolhida.

A atribuição do Título de Enfermeiro Especialista segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007, p.10) certifica

“um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

E ainda, segundo a mesma entidade, esse conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento do domínio de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais e materializa-se em competências comuns e competências específicas. As competências comuns são as competências que todos os enfermeiros especialistas têm de ter e que compartilham entre si independentemente da área da sua especialidade, demonstradas ao nível da concepção e gestão de cuidados, na supervisão de cuidados, no planeamento estratégico, na assessoria, na formação e na investigação. As competências específicas, por sua vez, são as que decorrem do campo de intervenção definido para cada área de especialidade sendo demonstradas pela elevada adequação dos cuidados dos enfermeiros às necessidades de saúde das pessoas por si tratadas (OE 2007, p.12).

Do plano de estudos do curso faz parte uma componente teórica e uma componente prática, Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Sendo esta última composta por três módulos de ensino clínico (Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional) tendo como finalidade o desenvolver competências especializadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na avaliação diagnóstica e de intervenção terapêutica, no atendimento do doente em estado crítico de médio e alto risco e sua família. Este relatório está inserido nesta unidade curricular, como sendo o culminar de um processo que foi iniciado pela elaboração de um projecto, onde se encontravam definidos os objectivos e as actividades a serem desenvolvidas nos campos de estágio pretendidos e pela aquisição das competências no âmbito da especialidade.

As competências específicas foram as competências que eu pretendi desenvolver, para prestar cuidados especializados na área da especialidade em causa, nos módulos escolhidos, tendo sempre presente todas as unidades curriculares leccionadas, os objectivos e as competências propostos pelo Plano de Estudos da unidade curricular e, as minhas necessidades e objectivos pessoais, bem como os objectivos de cada serviço onde foi realizada a prática clínica. Assim sendo, esta escolha foi feita após uma análise cuidadosa e ponderada, tendo em conta os ganhos adquiridos até ao momento no desenrolar do percurso profissional e as competências pretendidas pelo plano de estudos a serem desenvolvidas e adquiridas.

Dos módulos que constituem a Unidade Curricular, apenas realizei dois, pois o módulo II, correspondente à prática clínica em Cuidados Intensivos/Intermédios foi-me creditado pela Comissão Coordenadora do Mestrado, após pedido, por exercer funções e prestar cuidados há dezassete anos no Serviço de Cirurgia Cardiotóraca do Hospital de Santa Cruz. No âmbito

das minhas funções no serviço supra citado, para além de prestar cuidados ao doente de médio e alto risco, também exerço funções de supervisão e gestão de cuidados como chefe de equipa há cerca de 14 anos e realizo acções de formação em serviço sempre que é pertinente e solicitado. Assim, este relatório corresponderá apenas ao módulo I, no Serviço de Urgência e ao módulo III, opcional, na Comissão de Infecção Hospitalar. Ambos foram realizados no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, com uma duração de 180h, que foram efectuadas consoante o horário das enfermeiras orientadoras. Sendo orientada por um supervisor pedagógico na área da especialidade e por um supervisor clínico perito na área, realizando o percurso previamente programado pelo relatório de projecto de estágio com as competências pretendidas a adquirir e a desenvolver. Comecei por realizar a prática clínica

correspondente ao módulo I, no Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco Xavier, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010. A escolha desta instituição e do serviço prendeu-se pelo facto de eu exercer funções no Hospital de Santa Cruz, serviço de CCT que pertence ao mesmo grupo hospitalar, o Centro Hospital de Lisboa Ocidental, e também por existir uma grande articulação de doentes entre os dois serviços, pois recebo doentes vindos do serviço de urgência para serem submetidos a cirurgia cardíaca e também envio outros, para serem observados por especialidades médicas ou para a realização de exames específicos. Posteriormente realizei a prática clínica correspondente ao módulo III, na Comissão de Infecção Hospitalar do Hospital de Santa Cruz, no período de 19 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, a escolha deste serviço prendeu-se pelo facto de pertencer à mesma instituição onde exerço funções e deste modo alcançar mais-valias do desempenho das minhas funções e ao mesmo tempo por ser facilitador nas manobras de conjugação da prática clínica com o meu horário de trabalho.

Este relatório foi realizado utilizando uma metodologia descritiva com análise crítica, reflexiva e analítica, tendo por base o projecto da prática clínica, assente essencialmente em pesquisa bibliográfica e na reflexão contínua da prática, tendo como finalidade descrever e avaliar o trabalho desenvolvido, ao longo deste percurso, pela componente prática do curso. Pretendo:

- Caracterizar de forma sumaria os locais de estágio,
- Descrever os objectivos e as actividades desenvolvidos ao longo da prática clínica,
- Reflectir criticamente as actividades desenvolvidas em função dos objectivos definidos, tendo por base as competências do enfermeiro especialista.

O presente relatório encontra-se organizado em duas partes. Na primeira encontra-se o desenvolvido, com o início de um enquadramento teórico, seguindo-se a descrição de cada um dos módulos, efectuada pela sequência cronológica com que foram realizados, os objectivos traçados e as actividades a serem utilizadas para os alcançar em cada local, com a respectiva fundamentação relacionando as competências adquiridas. Na segunda parte é feita a conclusão do relatório, com uma análise crítica de todo o percurso realizado, realçando os

principais aspectos tratados, com as limitações e dificuldades sentidas, bem como as principais mais-valias adquiridas, terminando com algumas considerações finais e sugestões futuras.

1 – ANALISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA PRÁTICA CLÍNICA

A componente prática, unidade Curricular Estágio foi efectuada, por opção, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). Este surgiu a 31 de Dezembro de 2005, resultante de uma fusão entre três unidades hospitalares: Hospital de Santa Cruz (HSC), Hospital Egas Moniz (HEM) e Hospital São Francisco Xavier (HSFX), prestando cuidados diferenciados de saúde a uma população de cerca de 950 mil habitantes, residentes nos concelhos de Oeiras, Cascais, Amadora e Sintra e nas freguesias de S. Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável do Conselho de Lisboa. Foi criado com o objectivo de melhorar os padrões de eficiência e ao mesmo tempo de criar uma maior capacidade de resposta perante os problemas dos doentes, dispondo de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados essenciais para o diagnóstico e tratamento das diversas patologias.

A escolha recaiu sobre este centro por dois motivos. Primeiro, por a instituição para a qual eu exerço funções pertencer a este centro. Segundo, por se prestar cuidados de saúde ao mais elevado nível e ter no seu quadro profissionais que desempenham funções com elevada qualidade e competência, tendo como preocupação: a procura da excelência na prestação de cuidados, a humanização e não discriminação; o respeito pela dignidade individual de cada doente; a qualidade no atendimento e em tempo oportuno; a inovação tecnológica; a excelência técnico-profissional promovendo a formação profissional continua e a investigação clínica; a ética profissional; a promoção da multidisciplinaridade e o respeito pelo ambiente. Deste modo, quer o Serviço de Urgência quer a Comissão de Controlo de Infecção, representam locais de estágio apropriados para a minha evolução e aprendizagem permitindo o desenvolvimento das actividades planeadas de forma a atingir os objectivos pretendidos.

Antes de desenvolver este capítulo torna-se oportuno lembrar um pouco o módulo II que foi creditado, pois este foi-me creditado e as competências adquiridas reconhecidas por possuir conhecimentos teóricos e experiência profissional relevante na área de actuação, promovendo cuidados com qualidade. No serviço onde exerço funções sou considerada enfermeira perita, responsável pela prestação de cuidados ao doente em situação crítica, detentora de competências técnicas, relacionais e humanas que foram adquiridas, com a prática, ao longo dos anos de profissão.

Seguidamente passo a referir quais foram as competências adquiridas em contexto de trabalho e posteriormente quais as competências adquiridas nos estágios realizados.

Formei-me em 1993 e logo iniciei funções, inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais, no Serviço de Cirurgia Cardiotóraca no Hospital de Santa Cruz, utilizando o quadro conceptual de Enfermagem e Filosofia de Cuidados de Enfermagem adoptada pelo Hospital, centrado na filosofia de Virgínia Henderson, lidando diariamente com o doente adulto e idoso e por vezes com crianças em situação crítica. A Unidade de Cuidados Intermédios do serviço é uma unidade equipada com todo o material necessário à sua especificidade, com capacidade para receber cinco doentes: adultos com patologias do foro cardíaco e pulmonar, no pré e pós-operatório, que necessitem de vigilância e de monitorização invasiva e não invasiva dos sinais vitais, desde que não careçam de ventilação assistida; crianças submetidas a cirurgia cardíaca no pós-operatório; indivíduos que necessitem de ser submetidos a transplante cardíaco, no pré e pós-operatório e doentes cuja situação e evolução tenha de ser continuamente vigiada por descompensação hemodinâmica.

No decorrer do meu percurso profissional sempre fiz um esforço para estar a par dos avanços tecnológicos e da evolução da profissão, **incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes**(UCP-ICS/ESPS, [2007?]) actuando de acordo com os padrões instituídos pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002, p.10), não esquecendo, que ” (...) *a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*”. E que a aquisição de competências depende do saber fazer e do saber agir perante uma determinada situação, sendo necessária a mobilização de saberes e de habilidades que são apreendidas ao longo do tempo (LE BOTERF, 2003).

Adquiri e permaneço a desenvolver competências pertinentes de uma enfermeira especialista pois apesar de não o ser tornei-me perita na minha área de actuação, aplicando os saberes (saber ser, saber fazer e saber ser/estar) que foram adquiridos através da experiência, pela prática diária. Como nos diz BENNER (2005, p.58), a enfermeira perita “ (...) tem uma enorme experiência, compreende (...) de uma maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema, (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global”. Devido ao desenvolvimento tecnológico o número de dias de internamento no serviço tem diminuído, o que faz com que exista uma grande rotatividade de doentes e ao mesmo tempo doentes mais instáveis, em que a intervenção da enfermeira baseada na experiência e na evidência é cada vez mais vital para o bem do doente, intervindo a tempo e actuando antes dos acontecimentos, tal com nos diz BENNER (2005, p.22), os “ *peritos não param nas vagas intuições, mas também não ignoram esses sinais, que poderão conduzir à identificação precoce de um problema e à sua confirmação*” e que a “*aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas*” (Idem, idem, p.23).

Iniciei funções, como Chefe de Equipa de Enfermagem, em Outubro de 1996, como tal presto cuidados directos ao doente de médio e alto risco, e também exerço funções de supervisão, gestão de cuidados e de materiais, realizo acções de formação em serviço sempre que é pertinente e solicitado, colaboro na integração de novos Enfermeiros e Assistentes Operacionais do serviço e com as escolas Superiores de Enfermagem sempre que sou solicitada, na orientação e avaliação de alunos. Como Chefe de uma Equipa de Enfermagem, para poder desenvolver as actividades acima descritas, tenho a responsabilidade de ter competências técnicas, científicas e humanas actualizadas, a nível da prestação de cuidados aos doentes que se encontram na Unidade de Cuidados Intermédios, de forma a orientar e supervisionar os restantes membros da equipa, actuando espontaneamente, com rapidez e sem esforço, perante as diferentes realidades. Ao longo dos anos tenho desenvolvido competências especializadas nesta área, sendo considerada segundo os níveis de proficiência de Benner perita, tendo sempre o cuidado de desenvolver uma prática reflexiva e analítica, incorporando na prática de cuidados os resultados de investigação mais relevantes, baseados na melhor das evidências, de forma a desempenhar a prestação de cuidados, numa perspectiva holística, com a mais alta qualidade, apresentando um muito bom desempenho no serviço onde exerço funções.

A componente prática assume um papel importante na formação, sendo fundamental no enfermeiro de cuidados gerais e de suma importância no Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pois fica aliada à componente teórica, dando origem, quando aplicada, a uma relação teórico-prática adequada na prestação de cuidados ao doente. Segundo Benner o enfermeiro nunca inicia as suas funções como perito, para que tal aconteça tem de passar por cinco níveis de experiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. E ao longo deste percurso adquire o conhecimento teórico, o "saber " que irá ser aplicado no seu percurso desenvolvendo e adquirindo o conhecimento prático, o "saber fazer", com a experiência existe uma associação dos dois conhecimentos tornando-se perito na sua área de especialidade (BENNER 2005, p.32).

Assim, atendendo ao que foi referido anteriormente, a escolha dos diferentes locais da prática clínica prendeu-se com as competências que pretendia adquirir, desenvolver e aprofundar, nunca esquecendo aquelas que com a minha experiência profissional já estavam mais aprofundadas, acrescentando assim uma mais-valia à minha prática diária, contribuindo para a evolução e para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os estágios serviram para a construção, aperfeiçoamento e solidificação de conhecimentos adquiridos, após a reflexão da prática do dia-a-dia. Passo de seguida à sua caracterização, descrevendo e analisando criticamente cada uma das actividades desenvolvidas com vista a obter todas as competências pretendidas no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista.

1.1- SERVIÇO DE URGÊNCIA - MODULO I

Este módulo realizou-se, tal como já foi referenciado anteriormente, no serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010 sendo esta a escolha de eleição por ser uma urgência central do Centro Hospitalar para o qual trabalho, proporcionando-me assim mais-valias e enriquecendo o meu percurso profissional, perante a falta de prática nesta área onde nunca exerci funções sendo por isso a minha experiência limitada e por ser uma área que sempre despertou em mim uma grande curiosidade e interesse, daí ser este o local mais apropriado para desenvolver as competências pretendidas no âmbito da especialidade. Como é um serviço central, o contacto com o doente crítico é constante sendo possível desempenhar as competências inerentes ao enfermeiro especialista conforme se encontra na Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, no artigo 7º, no ponto 3 que nos diz que “o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem” (DR 2009, p.6528).

O Hospital de São Francisco Xavier, S.A. presta cuidados de saúde diferenciados tendo como objectivo prestar assistência médico-hospitalar à área ocidental de Lisboa, sendo esta uma área de abrangência muito alargada, com cerca de 1 milhão de utentes, apresentando por isso uma afluência muito grande de doentes, tendo também um papel importante no ensino de médicos, enfermeiros e técnicos, por se tratar de um hospital universitário. O serviço de urgência é referência directa em situações de trauma complicado do Centro Hospitalar Conde Castro Guimarães (Cascais) e do Hospital Dr. Fernando da Fonseca (Amadora Sintra). Em 2009 deram entrada neste serviço cerca de 104.193 doentes, tendo tido a frequência diária de 285 doentes (Relatório de Contas do CHLO de 2009).

O serviço de urgência é uma urgência polivalente do HSFX que possui várias valências de atendimento tais como: triagem, atendimento geral, balcão geral, sala de inaloterapia, balcão de trauma, sala de pequena cirurgia, sala de abscessos, sala de reanimação, gabinete de psiquiatria, gabinete de apoio social, sala de comunicação de más notícia, salas para realização de exames complementares (Rx), salas de decisão clínica, quarto de isolamento e serviço de observação, e tem especialidades médicas e cirúrgicas (medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, psiquiatria, entre outras). Os doentes que têm de ficar no serviço por instabilidade ou por terem uma patologia mais específica, com necessidade de internamento vão para o SO e posteriormente são encaminhados para os diversos serviços do centro hospitalar. Os doentes que ficam a aguardar uma decisão clínica (alta ou transferência) ficam

nas salas de decisão clínica. Os doentes com patologia grave do foro cardíaco ou renal são reencaminhados para o HSC e os com patologia do foro da cirurgia plástica e neurológico para o HEM.

A equipa de enfermagem apresenta uma média de idade por volta dos trinta anos, sendo por isso considerada jovem. Desta equipa fazem parte: a Enfermeira Chefe, quatro enfermeiras coordenadoras e cinco equipas de enfermagem, constituídas por cerca de quinze elementos que são chefiados por um chefe de equipa que os distribui pelas várias valências consoante as necessidades. Estas necessidades dependem do dia, hora ou mesmo da época do ano, pois existem alturas em que afluência é maior num ou noutro sector, o que contribui para que o método de trabalho instituído seja por vezes uma mistura de todos de forma a se poder dar uma melhor resposta às necessidades sentidas nos vários sectores do serviço. Por vezes é necessário mobilizar enfermeiros dos sectores mais leves para a realização do transporte de doentes, intra ou inter-hospitalar, para outros serviços. Na maior parte das valências o método de trabalho usado é o método individual, em que cada enfermeiro é responsável pelos seus doentes e noutras é usado o método misto, em que existe uma conjugação do método individual com o funcional.

A primeira visita a este campo da prática clínica deu-se no dia 8 de Março, sendo recebida pela Enfermeira S P, que é responsável pela coordenação dos estágios de especialidade no serviço. Inicialmente falou um pouco sobre as necessidades e sobre os objectivos de formação do serviço, e em quais eu poderia entrevir. Posteriormente fiz uma visita guiada pelas instalações, conhecendo as diferentes áreas do serviço de urgência, ficando com uma primeira ideia de quais seriam os meus objectivos de estágio para elaborar o projecto. Após cuidadosa reflexão e em conjunto com a minha orientadora ficou decidido que a maior parte do estágio seria realizado na sala de reanimação, onde poderia ter contacto com uma enorme diversidade de situações, enriquecendo assim as minhas competências e poder aí desenvolver os meus objectivos e as actividades pretendidas. O projecto a ser desenvolvido foi direccionado para os doentes do foro cardíaco admitidos na sala de reanimação do serviço de urgência realizando actividades de forma a possibilitar um maior conforto ao doente. Foram também desenvolvidas actividades no âmbito da formação, gestão, relação e comunicação com o doente /família e equipa multidisciplinar. Deste modo, propus desenvolver conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica, tendo especial atenção os problemas da prática profissional, relacionados com o cliente ou família. De igual modo pretendi demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de conforto, de comunicação no relacionamento com o cliente e família tendo como objectivo primordial o respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Propus ainda, realizar a prestação e gestão dos cuidados e, promover formação em serviço.

Perante a enorme diversidade de experiências que poderia obter, foram elaborados dois objectivos que serão expostos individualmente, com uma análise crítica e reflexiva das

actividades desenvolvidas e das competências adquiridas no âmbito das funções do Enfermeiro Especialista, para este módulo.

Objectivo 1: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, ao doente do foro cardíaco em estado crítico de médio e alto risco e sua família, na sala de reanimação do Serviço de Urgência do HSFJ.

Para a sua concretização dei o meu máximo, sendo enorme o meu investimento na realização de todas as actividades planeadas, tendo contribuído também a boa recepção e integração no serviço por toda a equipa multidisciplinar. Conheci e trabalhei com todas as equipas de enfermagem, não ficando integrada numa só equipa pois a enfermeira orientadora tem horário fixo, realizando só manhãs.

A abordagem e o tratamento do doente urgente e emergente constituem um desafio significativo e complexo, implicando, para quem cuida, a mobilização de um rol de conhecimentos que se encontram todos interligados de forma a poder actuar para o bem do doente, em tempo útil e com eficácia. É fundamental que os profissionais saibam exactamente o que fazer perante cada uma das situações com que são deparados, pois centenas de pessoas recorrem diariamente ao serviço de urgência em situações por vezes de grande instabilidade e de sofrimento, que pode ser físico ou mental, tornando-as, a elas e aos seus familiares, frágeis, impotentes perante a situação que estão a vivenciar, esperando que a equipa de saúde olhe para elas e que estabeleça uma relação de cuidado. Este cuidado, citando VIEIRA (2009, p.115) "(...) baseia-se na convicção de que é possível ir para além do respeito pelo outro, é partilhar a sua dor, aliviar o seu sofrimento (...) não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos (...) exige tempo (...) não é passividade ou indiferença, é a participação no seu caminho". A implementação dos cuidados num serviço de urgência exige perícia, dado que é necessário interpretar situações clínicas em tempo útil e fazer os respectivos diagnósticos sobre os mais adequados cuidados a prestar ao utente, implicando da parte de quem actua ter conhecimentos, experiências, atitudes e a correcta utilização dos padrões de cuidados, na procura permanente de atingir a excelência dos cuidados e assim obter satisfação de quem recorre ao serviço.

Nos primeiros turnos integrei-me no serviço, conheci o espaço físico e o seu funcionamento, percorrendo as várias valências ficando a par das suas dinâmicas, tomando conhecimento com as suas rotinas, protocolos e normas de actuação. Ao mesmo tempo integrei-me na equipa, ganhando mais-valias e maior competência, de forma a poder ter um bom desempenho, pois o trabalho de equipa e o respeito mútuo, num serviço de urgência, são muito importantes para a qualidade dos cuidados. A integração na equipa multidisciplinar é uma das características inerentes aos cuidados de urgência, pois, os enfermeiros, médicos, assistentes operacionais,

técnicos (Rx, ECG, TAC), todos têm de agir como parceiros prestando, desta forma, os melhores cuidados ao doente ou sinistrado e sua família, trabalhando para um só fim, com vista a obter o melhor para o utente (MACPHAIL 2001, p.5). O período de integração foi importante para conhecer a dinâmica do serviço e também para conhecer o circuito do utente, desde a sua entrada até à sua saída, com alta ou com transferência para outro serviço do hospital ou para outra unidade hospitalar. Deste modo fiquei com uma visão geral dos recursos existentes e da sua capacidade de mobilização dos doentes. Em cada sector observei a actuação dos enfermeiros na prestação de cuidados e sempre que foi possível participei nos mesmos, procurando estar atenta a tudo o que se passava e a todas as situações de aprendizagem, demonstrando as competências de um enfermeiro especialista. Depois, permaneci quase sempre na sala de reanimação, indo de encontro ao objectivo proposto, como já foi anteriormente referenciado, direccionando os meus cuidados para a prestação directa ao doente do foro cardíaco em estado crítico e sua família, desenvolvendo assim as actividades previamente estabelecidas.

Nos primeiros dias, por desconhecimento do espaço físico, das rotinas, normas e protocolos, senti-me como uma enfermeira principiante no início do seu exercício profissional, com receios, medos e ansiedade perante o funcionamento do serviço. Tendo presente os níveis de proficiência de Benner encontrava-me no estadio 1, de iniciada, apesar de já exercer a profissão há muitos anos e de ser considerada perita na minha área de actuação. Segundo esta teórica quando uma enfermeira com experiência é colocada num ambiente com actividades desconhecidas torna-se principiante mas consegue rapidamente ultrapassar as dificuldades e adaptar-se à nova realidade demonstrando as suas competências (BENNER 2005, p.50).

O doente quando entra no serviço de urgência tem de efectuar a sua admissão na secretária de unidade sendo posteriormente chamado pelo enfermeiro da triagem. O gabinete de triagem encontra-se na entrada do serviço, estando sempre destacados dois elementos. A triagem é efectuada de acordo com o sistema de Triagem de Manchester, que segundo BRACKEN (2001, p.117) "é um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os utentes que dão entrada no serviço de urgência". O sistema de Triagem de Manchester, teve origem na cidade de Manchester, estando testado internacionalmente, foi implementado em Portugal no ano 2000, sendo o Hospital Geral de Santo António e o Hospital Fernando Fonseca os pioneiros neste processo, encontrando-se actualmente em funcionamento em muitos outros hospitais espalhados pelo país. Este permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do Serviço de Urgência quer em situações de catástrofe. Não se trata de estabelecer diagnósticos, primeiro há que identificar a queixa (de apresentação) e depois seguir os fluxogramas de decisão (existem ao todo 52 que abrangem todas as situações previsíveis) que contem várias questões determinando a prioridade clínica

(com a respectiva cor de identificação). Este sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial: emergente com cor vermelho, 0 minutos; muito urgente com cor laranja, 10 min; urgente com cor amarelo, 60 min; pouco urgente com cor verde, 120 min e não urgente com cor azul, 240 min. Em Portugal, com conhecimento e autorização do Grupo de Triagem de Manchester, foi introduzida a categoria de urgência “Branca”, para designar as situações que surgem no serviço que não estão relacionadas com uma queixa clínica mas com outro tipo de situação, por exemplo um utente que recorre para ser observado pelo médico X por indicação de um determinado médico ou do próprio (GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER, 2002). A utilização de qualquer processo de triagem que seja eficaz facilita a afectação dos recursos adequados, colocando o utente no local certo e no momento certo, de forma a receber os cuidados mais adequados à sua situação, provocando desta forma uma maior satisfação das suas necessidades. Esta ideia é reforçada por TEIXEIRA (2006, p. 327) ao referir que “um sistema de triagem eficiente melhora a qualidade de cuidados prestados, diminui o tempo para a primeira observação e tratamento do doente”. O mesmo autor refere, ainda, que a triagem sendo efectuada por enfermeiros, tal como acontece no serviço de urgência, contribui para: aumentar a humanização do acolhimento do utente e família; estabelecer uma boa relação entre o enfermeiro e o utente/família; atenuar sentimentos de ansiedade, de agressividade ou de impaciência por parte do utente/família por estarem em contacto com um profissional diferenciado, dignificar e melhorar a imagem da instituição e da enfermagem (Idem.ibidem). No sector da triagem o enfermeiro tem um papel muito importante e preponderante pois tem de: possuir conhecimentos teórico-práticos que possibilitam desenvolvimento de uma avaliação eficaz quando se encontra perante o utente; ter capacidade de organização, de tomar decisões rápidas e de realizar uma correcta colheita de dados através de entrevista e também de uma correcta observação ao utente que deve de ser minuciosa; ter destreza, dinamismo, agilidade mental, capacidade de liderança e experiência, que lhe permita detectar sinais subtis quanto às dificuldades do utente para que o seguimento de cada doente seja feito de forma correcta e ter desenvolvido competências e habilidades relacionais a nível do atendimento, de comportamento e atitudes que exterioriza perante o utente.

Diariamente recorre à urgência um número muito elevado de utentes, com uma ampla gama de problemas, provocando uma sobrecarga de trabalho, que varia constantemente dependendo do número de afluência que recorre ao serviço, bem como do estado de saúde que apresentam. Esta sobrelotação por vezes vai interferir de forma negativa na eficácia do serviço, pois quanto maior o movimento maior é o tempo de espera, provocando nos utentes situações de revolta e de conflitos. Para evitar estas situações é importante que na triagem haja uma combinação de destreza e competência em realizar observações rápidas, mantendo uma recolha pertinente de toda a informação, acerca do motivo da ida ao serviço e acerca do estado de saúde do utente. O atendimento deve de ser tranquilizador, personalizado e discreto, de forma a diminuir a ansiedade e manter o doente confortável perante um ambiente

desconhecido. O enfermeiro da triagem tal como no diz BRACKEN (2001, p.124) “é o primeiro contacto que o utente e a sua família têm na urgência possuindo assim um papel fulcral no acolhimento destes”. Saber observar e avaliar correctamente as situações é importante mas também o é saber comunicar de forma assertiva perante cada situação. Um dia, numa manhã caótica, em que a afluência às urgências estava a ser muito grande, sentia-se um ar pesado e carregado na entrada do serviço e na sala de espera pela demora no atendimento. As pessoas começavam a ficar aborrecidas e zangadas pelo tempo de espera, para serem atendidas nos diferentes sectores, qualquer mal-estar provocava uma discussão. Encontrava-me na triagem, juntamente com a minha orientadora, a atender uma utente, quando fomos interrompidas por uma senhora que apresentava uma postura ameaçadora, um olhar agressivo e um tom de voz ligeiramente aumentado. Foi-lhe comunicado, em tom de voz neutro para aguardar um pouco, assim que se terminasse o acolhimento da outra doente iriam ser esclarecidas as suas dúvidas. A senhora encontrava-se extremamente zangada, demonstrando através da linguagem corporal que estava disposta a discutir, concordou com alguma relutância esperar e assim que foi possível ouviu-se as suas queixas, tendo sempre o cuidado de não entrar em conflito para não agravar a situação. Estas foram esclarecidas mas não resolvidas porque o sector para onde o seu familiar estava a ser encaminhado apresentava uma lista de espera elevada. Nesta relação não entrei em conflito perante as agressões verbais, recorri à minha experiencia e olhei a senhora nos olhos utilizando sempre um tom de voz baixo e neutro enquanto respondia às suas perguntas. A senhora voltou para a sala de espera um pouco mais calma mas mantendo uma postura de agressividade. Neste relato a comunicação foi uma componente essencial no relacionamento entre o enfermeiro e o utente/família. Em todo o processo de cuidar, a comunicação verbal e não verbal é de extrema importância, tal como no diz CERQUEIRA (2005, p.55) “comunicar é relacionar-se. É comunicando que transmitimos os nossos sentimentos, ideias e atitudes”. **Demonstrei capacidade de reagir perante uma situação imprevista e que poderia ser complexa, actuando no âmbito da especialidade (UCP-ICS/ESPS, [2007?]).**

A triagem é feita pelos enfermeiros com maior experiência do serviço, pois tal como já foi dito, esta trata-se de um processo dotado de grande responsabilidade, em que o enfermeiro tem de ser assertivo; saber intervir da forma mais adequada, fazendo uma boa gestão dos conflitos perante o aparecimento de situações de grande tensão, provocadas pela ansiedade dos familiares e dos próprios doentes. Ser assertivo é algo de importante a aprender e a desenvolver de forma a obter uma boa satisfação nos cuidados por parte do utente. Um enfermeiro assertivo é aquele que parece ser auto-confiante e contido; encara a outra pessoa, olhando-a nos olhos; utiliza um discurso claro e conciso; fala com firmeza e de forma positiva; fala honesta e respeitosamente; não é defensivo; toma iniciativa na resolução de situações e é congruente na mensagem verbal e não verbal (RILEY 2004, p.10). A assertividade não é uma característica inata, são as aprendizagens que uma pessoa faz ao longo da vida que conduzem a que, no momento actual, ela tenha ou não a capacidade de se comportar de forma assertiva.

É um comportamento que habilita o indivíduo a agir no seu interesse, defender-se sem ansiedade excessiva, expressar os seus sentimentos, desejos, pensamentos de forma honesta e adequada a cada situação, local ou momento, fazendo valer os seus direitos sem negar os dos outros. Ao longo do desenvolvimento da prática clínica fui aplicando estas técnicas de forma a garantir a satisfação do utente/família e também da equipa multidisciplinar de atendimento, podendo deste modo desenvolver relações interpessoais mais satisfatórias e proveitosas. Os **conhecimentos que adquiridos na minha formação inicial, no desenrolar do percurso profissional e de vida, e na formação pós-graduada**, foram mobilizados e adequados à realidade em que estava inserida obtendo assim melhores cuidados (UCP-ICS/ESPS, [2007?]).

Apesar de exercer a profissão há muitos anos e de ter uma vasta experiência em realizar avaliações iniciais, a minha contribuição neste sector foi pouca pois quem fica neste sector é um enfermeiro com experiência e detentor de um curso sobre a triagem de Manchester. Nas poucas vezes em que estive neste sector consegui interiorizar como se procede e se fosse necessário conseguiria executa-la, demorando mais tempo por falta de treino mas, identificando os problemas do utente, agindo como uma especialista conseguindo adaptar-me rapidamente às situações e resolve-las. Ao realizar uma reflexão critica deste meu percurso reconheço que adquiri as competências essenciais deste sector, tendo desenvolvido outras que já tinha, como é o caso das competências relacionais e de comunicação.

No serviço de urgência existem normas pré-estabelecidas, essenciais para que haja uma boa operacionalidade, que abrangem uma série de protocolos de actuação, nos quais se dá ênfase à interacção/coordenação de todos os profissionais de saúde. As probabilidades de fazer a coisa certa no momento certo para o doente certo aumentam quando existe uma avaliação baseada na evidência de forma sistemática e completa. A evidência é algo flexível e variável, que deriva da vertente dinâmica do Serviço, toda a decisão acarreta incerteza, no entanto, isto não justifica actuações guiadas pela intuição, pressentimento ou tradição. Ao tomar as decisões, o enfermeiro é influenciado (consciente ou inconscientemente) por vários factores, tais como, a evidência de investigação actualizada, competência clínica (educação formal; conhecimento acumulado; experiência passada, construída na base de caso a caso; experiência mais recente e nível de competência que possui), crenças, atitudes, valores, tradição, rotina, factores relacionados com o doente e com a sua família e factores organizacionais (políticas nacionais e locais, serviços/recursos disponíveis, financiamento, equipamento e tempo). Todos estes factores têm um papel importante na tomada de decisão, mas quando são considerados isoladamente podem induzir a erro, daí ser importante o trabalho em equipa em que todos os elementos são importantes, para que haja um bom funcionamento do serviço.

Para garantir um bom funcionamento da equipa de enfermagem existe o chefe de equipa que é o líder da equipa e que não presta cuidados directos ao utente. No serviço de urgência, ele é o

líder da equipa que tem competências nas áreas do: saber-saber (capacidades cognitivas), saber-fazer (competência técnica ou instrumental) e saber-ser/estar (competência relacional), sendo um animador de processos de mudança, coordenador da equipa assegurando o bom funcionamento de todas as valências distribuindo os enfermeiros consoante o seu nível de experiência e de conhecimentos, gestor dos recursos humanos e materiais, com a finalidade de manter uma dinamização interna do serviço de forma a obter uma boa qualidade de cuidados em prol do doente. Deve-se ter em conta que liderar implica por parte do chefe um trabalho conjunto com o grupo e não apenas uma predominância de características próprias de personalidade. Acompanhei a minha orientadora nesta função, podendo deste modo transpor para o serviço de urgência, como chefe de uma equipa há mais de 14 anos, as competências adquiridas através da prática, no âmbito da coordenação, orientação e supervisão de novos enfermeiros, alunos e restante equipa multidisciplinar e interdisciplinar, utilizando e implementando a prática baseada na evidência. Consigo que os elementos da equipa trabalhem para um objectivo comum sem ser necessário exercer domínio ou pressão pois ao longo do meu percurso tenho trabalhado o desenvolvimento de competências emocionais básicas, conseguindo no meu dia-a-dia, reconhecer os sentimentos mais profundos, avaliar o que sinto em relação ao que faço e assim entrar em sintonia com os sentimentos da restante equipa, sendo capaz desta forma de resolver os conflitos emergentes de uma forma mais eficaz e adequada (GOLEMAN 2003, p.171).

A sala de reanimação situa-se no início do serviço, com capacidade para receber quatro doentes urgentes e emergentes, sendo necessária a prestação de cuidados de enfermagem com eficácia e qualidade de forma a salvar vidas. Aqui desenvolvi as competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados ao doente em estado crítico de médio e alto risco, que eram pretendidas, alcançando assim o objectivo previamente traçado através de um bom desenvolvimento das actividades planeadas. Na permanência na sala de reanimação deparei-me com algumas situações simples e outras complicadas, que contribuíram para o enriquecimento do meu saber. As actividades realizadas foram vastas, e algumas delas muito ricas para o desenvolvimento das competências pretendidas, como por exemplo, o desenvolvimento de algumas técnicas, que foram realizadas com alguma frequência, sendo por isso benéfico por não as realizar no serviço onde presto cuidados, como é o caso da manutenção da via aérea do doente crítico conectado a um ventilador, transferência de doentes politraumatizados, transporte de doentes críticos. Neste sector adquiri as competências pretendidas no âmbito da especialidade e desenvolvi outras que são pouco usadas no meu quotidiano como é o caso **de demonstrar capacidade de reagir perante a nova realidade, que é tão repleta de situações imprevistas e complexas; de comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aos elementos da sala de reanimação** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]). Reaprendi a utilizar o pensamento crítico e reflexivo de forma a estabelecer prioridades dentro das necessidades afectadas do doente crítico. Inicialmente observei o método de trabalho, quais as normas, protocolos, procedimentos e rotinas da sala

para o seu bom funcionamento pois existem procedimentos e protocolos próprios, em que, cada elemento da equipa sabe o que fazer na abordagem ao doente politraumatizado ou doente com patologias graves, para minorar o sofrimento ou mesmo para salvar vidas. Fiz pesquisa bibliográfica pertinente nas áreas em que sentia mais dificuldade, solicitei sempre que senti necessidade esclarecimentos à orientadora e também aos elementos que se encontravam comigo. Procurei no decorrer do estágio passar de mera observadora a elemento activo e participativo, sempre dentro dos meus limites procurando não comprometer o desempenho da equipa, actuando em conjunto com todos os presentes. Em algumas situações, recorrendo à minha experiencia, fiquei como líder, como por exemplo assumindo a responsabilidade pela transferênciaintra ou inter-hospitalar do doente da sala de reanimação, na confirmação da operacionalidade e do material existente na sala de urgência. Na sala de reanimação, perante a diversidade de situações imprevistas e complexas urgentes/emergentes que dão entrada, é necessário que a capacidade de resposta (reacção e actuação) por parte da equipa seja rápida e imediata por isso sempre que possível **demonstrei capacidade de reagir perante as situações imprevistas e complexas, tomei iniciativa e fui criativa na resolução de problemas que foram surgindo, desde os mais simples até alguns mais complexos**(UCP-ICS/ESPS, [2007?]) pois a sua realização é importante para a doente. Numa manhã calma, encontrava-me com a minha orientadora no balcão do trauma, quando fomos avisadas que se iria receber duas vítimas de acidente de automóvel. Quando chegaram, um homem e uma mulher, procedeu-se à troca de maca, utilizando a técnica de mobilização de doente politraumatizado, ambos ficaram imobilizados sem terem autorização para se moverem enquanto não fossem observados pelo médico e fossem efectuados todos os exames de despiste de traumatismo. Ao fim de uma hora a senhora começou a ficar agitada, por permanecer na mesma posição referindo querer levantar-se, tentei que ficasse calma conversando com ela, fazendo uma escuta activa, ouvindo as suas queixas e percebendo o porquê da sua agitação. Ao fim de uns minutos descobri a causa, a senhora antes do acidente tinha ingerido um comprimido de lasix e por isso necessitava de urinar mas estava com vergonha de o dizer. Averiguei junto do médico se já tinha observado os exames, ao qual me respondeu que não, por isso a doente continuaria imobilizada. A senhora continuou agitada, então lembrei-me que seria possível colocar uma fralda sem a levantar. A senhora estava muito aflita e apesar de ser desagradável urinar na fralda, concordou logo, ficando extremamente agradecida, mais calma e colaborante. Deste relato é importante realçar que o enfermeiro tem de seguir os algoritmos protocolados mas também tem de se basear na sua experiencia e na sua sensibilidade, assumindo uma posição segura na interpretação de sinais e sintomas manifestados pelo doente, ao realizar a tomada de decisão face aos cuidados prestados, promovendo uma qualidade e evitando complicações, **desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência do doente** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]). Aqui os enfermeiros, na sua prática diária, estão frequentemente a tomar decisões. Tomar decisões segundo MARQUIS [et al] (1999) é algo que fazemos constantemente na nossa vida, pessoal e profissional, muitas vezes sem termos plena consciência da forma como alcançamos os

objectivos pretendidos com a nossa tomada de decisão. Ou seja a tomada de decisão é um processo que começa antes do momento da escolha e que termina depois desta, sendo por isso dinâmico, flexível e contínuo, que envolve fenómenos individuais e sociais, que é indissociável da resolução de problemas. A tomada de decisão em enfermagem é considerada como uma forma de caminhar para a profissionalização e para a autonomia da profissão. Segundo MARQUIS [et al] (1999, p.50) esta “é um processo cognitivo complexo, frequentemente definido como a escolha de uma determinada linha de acção (...)”, a qual nos permite resolver problemas com a máxima eficiência possível. Só com uma abordagem estruturada da resolução de problemas é que melhoramos o nosso raciocínio crítico, eliminando assim a tomada de decisão por tentativa e erro, sendo esta a melhor maneira de aprender a tomar decisões de qualidade possibilitando melhores cuidados de saúde. O pensamento crítico no processo de tomada de decisão é uma habilidade intelectual e disciplinada, de aplicação da razão na verificação do pensamento, permitindo julgar sobre o que se vai decidir, tendo por finalidade assegurar uma prática de cuidados de enfermagem segura e com qualidade baseada na evidência. Nesta actuação e noutras que foram vivenciadas por mim, desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e sua família, **tomando iniciativa e sendo criativa na interpretação e resolução de problemas** que foram surgindo(UCP-ICS/ESPS, [2007?]).

No desenrolar desta prática clínica recebi doentes com patologias diversas, sendo mais frequentes as do foro cardíaco e do foro respiratório e, os doentes politraumatizados. Inicialmente apresentei algumas dificuldades na abordagem ao doente politraumatizado e ao doente ventilado, mas com a ajuda de pesquisa bibliográfica pertinente e com ajuda da orientadora consegui atenuar e elimina-las. Para facilitar e aumentar os meus conhecimentos frequentei um “Curso Teórico-prático de Manuseamento da Via Aérea Difícil”, adquirindo competências sobre: Anatomia fundamental da via aérea; Ventilação e controlo da via aérea; Abordagem da via aérea; Compreensão de conceitos relacionados com a via aérea difícil; Reconhecimento de uma via aérea difícil; Dispositivos de ventilação; Entubação com os diferentes dispositivos (Anexo I). Com este curso adquiri competências na abordagem ao doente crítico na identificação de uma via aérea difícil, conseguindo permeabilizar a sua via aérea e a sua adequada manutenção de forma a estabilizá-lo e a preservar a sua vida. Devemos de ter em atenção que a segurança do doente nesta situação tem de ser sempre preservada, para que tal aconteça é necessário: identificar situações de risco, conhecer o algoritmo de VAD, conhecer os dispositivos disponíveis e modos de utilização. Este curso deu-me mais segurança e autonomia para poder ajudar, caso seja necessário, numa situação de urgência. Hoje em dia, posso dizer que adquiri as competências necessárias na abordagem do doente politraumatizado; conseguindo desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz, estabelecer as prioridades de actuação conforme a sua situação, fazer uma avaliação do doente identificando todas as lesões existentes através de um exame sistematizado da cabeça aos pés, sendo esta realizada sempre em equipa (PEREIRA [et al] 2006, p.211).

A minha experiência de prestar cuidados ao doente ventilado era escassa até chegar ao serviço de urgências. Esta sempre foi uma temática do meu interesse e sempre que houve oportunidade fiz pesquisa bibliográfica pertinente e formação na área. Durante a prática clínica as oportunidades foram em número suficiente para poder colocar em prática tudo o que foi apreendido com a pesquisa bibliográfica, que foi exaustiva e pertinente, baseada nas últimas evidências, permitindo-me prestar cuidados de enfermagem especializados com a máxima qualidade. A minha actuação foi em tempo útil, procurando sempre conhecer o doente, actuar de acordo com as necessidades sentidas e identificadas no doente, estabelecer relações interpessoais e intervir o mais rápido possível, permitindo deste modo uma recuperação rápida e eficaz. O doente ventilado tem a capacidade de comunicar afectada, numa fase inicial porque está sedado e posteriormente, quando acordado, por estar com entubação endotraqueal e conectado ao ventilador. Nestes últimos casos é muito importante ter-se em consideração toda a comunicação não verbal emitida pelo doente, o olhar, as expressões, o toque, a agitação, pois no doente vão surgir sentimentos de medo, sofrimento e insegurança, agravando-se por vezes o seu estado clínico. A comunicação não verbal é um instrumento que é muito valioso possibilitando ao doente transmitir as suas necessidades e sentimentos à equipa que o rodeia, sendo dever do enfermeiro conseguir entender o que ele transmite possibilitando os cuidados com qualidade. Para minimizar os danos devem de ser usadas outras formas de comunicação, como seja o uso da escrita, de cartões com figuras, o estabelecimento de códigos permitindo deste modo uma relação de ajuda mais eficaz (SÁ, 2006).

Neste sector tive a oportunidade de exercer funções de supervisão clínica a uma aluna da licenciatura de enfermagem que se encontrava também em estágio. Um dia deu entrada na sala de reanimação o Sr. P, de 43 anos de idade, com antecedentes de implantação de um Cardiodisfibrilhador interno (CDI) em 2008 por Síndrome de Brugada com QT longo, com queixas de disparos deste, sem motivo aparente, apresentando dor no tórax, foi monitorizado e foi observado. O síndrome de Brugada pode provocar morte súbita em indivíduos em repouso ou durante o sono sem alterações cardíacas estruturais, por apresentarem traçado cardíaco em fibrilhação ventricular. Esta é uma arritmia hereditária com maior incidência em indivíduos adultos do sexo masculino, sendo que os casos de morte súbita aparecem por volta dos 40 anos de idade. O tratamento é a implantação de um Cardiodisfibrilhador. Ao questionar a aluna consegui descobrir o que ela sabia sobre esta patologia, desenvolvendo o espírito crítico da mesma, depois forneci-lhe informação complementar promovendo assim a sua mudança de forma positiva para que no futuro a sua prestação de cuidados seja de maior qualidade ao doente. Esta supervisão não foi complicada nem difícil pois ao longo destes anos sempre exerci esta actividade com alunos, colegas ou outros elementos com competência. A supervisão clínica na enfermagem surge da racionalidade crítica, que se baseia na prática profissional e nas competências subjacentes a esta, para num exercício prático reflexivo dar lugar á construção de um saber. Esta tem um papel crucial no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer em formação quer em processos de integração num primeiro

contacto com a vida profissional, pois através da reflexão crítica consegue-se uma melhor qualidade dos cuidados. ALARCÃO [et al] (1997, p197) define supervisão clínica como o "Processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação". Esta é uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional competente (ABREU 2002, p.54), sendo que o supervisor acompanha a prática profissional do supervisionado, promove a tomada de decisão e a gradual autonomia no exercício, valorizando sempre a protecção da pessoa e a sua segurança.

No serviço de urgências não existe internamento por isso sempre que existe necessidade de ficar com o doente internado é necessário transferi-lo para serviços do próprio hospital ou para outras unidades hospitalares. A ORDEM DOS MÉDICOS E A SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2009, p.9) diz que estamos perante um doente crítico quando num doente "por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica". A mesma entidade continua a referir que o transporte desses doentes envolve alguns riscos, mas apesar de tudo justifica-se a sua realização entre hospitais ou entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível de assistência superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não realizáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado. Antes do transporte é fundamental reflectir em equipa sobre o risco / benefício que um exame adicional ou o transporte possa ter no tratamento e no resultado do internamento do doente, em caso de dúvidas este deve de ser cancelado em prol do doente.

No serviço de urgência, nomeadamente na sala de reanimação quando se verifica que o doente se encontra estável faz-se com frequência o transporte intra-hospitalar, para outros serviços do hospital e para realização de exames (TAC, Rx), e o inter-hospitalar, transporte para outros hospitais. Ao longo do período em que me encontrei neste sector realizei dois transportes entre hospitais e alguns intra-hospitalares. O primeiro foi com um doente que se encontrava estável, apesar de ter algumas alterações no traçado do electrocardiograma, com necessidade de monitorização cardíaca e com aporte de oxigénio. O segundo foi com uma doente instável, com alterações graves do traçado cardíaco, com períodos de taquicardia supraventricular, conectada a um ventilador que estava sempre a alarmar por apresentar pressões altas, apresentando muitas secreções com necessidade de ser aspirada com frequência. Destas duas situações a mais complicada foi a segunda devido à minha pouco experiência com ventiladores e por o período de transporte poder ser um período de grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações. Se antevir que a realização do transporte constitui um risco para o doente, a sua realização deve de ser reavaliada e adiada (ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE

CUIDADOS INTENSIVOS, 2009). Como enfermeira responsável pelo doente tive a obrigação de minimizar os riscos, estabilizar o doente, efectuar as intervenções diagnosticas e terapêuticas necessárias para o transporte e de ser capaz de antecipar e prevenir as complicações. Antes da realização do transporte houve uma preocupação da minha parte e da equipa de saúde de envolver a família em todo este processo, sendo feita uma comunicação à família inicialmente pelo médico responsável sobre a situação do doente e do porquê do transporte, ficando assim esta implicada no processo, posteriormente o enfermeiro esclarece todas as dúvidas. Ao cuidar de um doente crítico tenho de saber relacionar todas as vertentes, as técnicas, humanas e relacionais;prevendo possíveis complicações, intervindo de forma precoce nos possíveis riscos e complicações. Desenvolvi deste modo competências no transporte do doente em estado crítico, intra-hospital e entre hospitais, tendo sempre em atenção o seu estado crítico.

O meu Cuidar no serviço de urgência foi muito mais do que saber relacionar conhecimentos técnico-científicos foi, sobretudo saber respeitar a individualidade do utente enquanto pessoa. Ao prestarmos cuidados ao doente temos de executar todas as técnicas,que não variam de doente para doente com rigor científico, mas a nossa abordagem variade doente para doente, pois felizmente nós não somos todos iguais. Cuidar num serviço de urgência de uma instituição hospitalar implica que o enfermeiro seja capaz de criar uma atmosfera de confiança, que utilize a comunicação, a verbal e não verbal, de forma adequada, que escute o utente em vez de discursar e que compreenda e reformule, nos momentos adequados, o que o utente verbaliza ou transmite, de modo, a que este perceba o que foi transmitido. Cuidar implica que o enfermeiro esteja desperto para a relação de ajuda e, que a azáfama do dia-a-dia não o impeça de exercer tal relação. Foi neste contexto, na área da comunicação e conforto, que eu entrevi, de modo, a proporcionar uma prestação de cuidados com qualidade crescente ao utente e sua família. Certo dia deu entrada na sala de reanimação a Sra. M que tinha sido vítima de um assalto, apresentando uma ferida a nível do flanco esquerdo provocado por uma arma branca. Estava muito nervosa e preocupada, um pouco agitada perante a situação. Foi observada pela equipa multiprofissional, prestados os primeiros cuidados e foi-lhe comunicado que teria de ir ao bloco operatório para despiste de possíveis complicações. Estando atenta à comunicação não verbal da doente verifiquei que a doente apresentava um facies apreensivo quase de pânico perante as explicações dadas, mas à medida que ficava esclarecida ficava aparentemente menos apreensiva, mas mantendo um olhar de aflição. Conversando com a Sra, apresentando uma escuta activa, fiquei a saber que tinha sido roubado as chaves de casa, o que lhe estava a provocar muita preocupação. Quando veio a policia para ouvir as declarações, a Sra foi incentivada a participar tal facto, ficando menos preocupada quando o policia disse que alguém iria a sua casa e que tinham entrado em contacto com o seu sobrinho e que este estava quase a chegar. Neste caso e em outras situações, houve da minha parte um atendimento humanizado, personalizado, preocupando-me com a vertente tecnica, fazendo uma correcta abordagem ao doente critico, e mas ao mesmo tempo preocupando-me com a

vertente relacional, interagindo com a doente de maneira a tranquiliza-la, minorando a sua preocupação; demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e no relacionamento terapêutico, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Um atendimento humanizado, com qualidade passa por ter uma relação de ajuda eficaz em que se dirige palavras de conforto, segurança e carinho; dando atenção total à pessoa que temos à nossa frente, conversando com ela; fazendo uma escuta activa, ouvindo-a e deixando que se manifeste e até, que reclame (RILEY, 2004).

Ao longo do estágio consegui estabelecer uma boa relação de ajuda com os doentes e também com a sua família; diminuir a ansiedade da família e do doente; informar a família sobre a evolução, tratamento e prognóstico do seu familiar, dentro do que é possível, tendo um discurso simples, claro e honesto; interagir com a família sempre que possível; facilitar a comunicação, com o doente e família; encaminhar a família, sempre que necessário, para a restante equipa multiprofissional. Pois como no diz HESBEN (2000, p.76) “ocupar-se do sofrimento daquele que não é o doente propriamente dito, é essencial a cuidados com qualidade”. Esta também é uma preocupação que está a acompanhar toda a equipa multiprofissional, com a introdução no serviço da lei do acompanhante. Houve uma acção de formação para todos os elementos do serviço, na qual eu pude estar presente, sobre “Acompanhante Familiar no Serviço de Urgência” (Anexo II). Achei este tema muito pertinente e actual, ficando mais esclarecida sobre os procedimentos que iriam ser introduzidos no serviço quando esta entrasse em vigor. Este é um tema que pode gerar conflitos entre os profissionais e entre as famílias, principalmente quando for pedido aos acompanhantes para saírem de junto dos seus familiares, devido a algum tipo de procedimento a ter com o doente. A Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho entrou em vigor em 2009 reconhecendo e garantindo a todo o cidadão que seja admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde o direito de ser acompanhado. O acompanhante é uma pessoa indicada pelo doente, que não poderá permanecer quando for necessária a realização de exames ou tratamentos e intervenções cirúrgicas, a não ser que o profissional de saúde, responsável pelo doente, o permita. A necessidade de informação ao doente e sua família, segundo MOREIRA (2001, p.55), actualmente “é reconhecida no campo conceptual como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde no contexto da prática de cuidados”. O acompanhante tem direito a ter informação adequada e em tempo razoável sobre o doente, nas diferentes fases do atendimento, excepto se o doente verbalizar o contrário ou se houver necessidade de segredo clínico.

O ambiente físico, tecnológico e um pouco sofisticado da sala de reanimação do serviço de urgência frequentemente, intimida doentes e familiares, a intensa actividade dos profissionais associada ao estado crítico dos doentes que entram torna-a hostil. É um ambiente por vezes “agitado”, repleto de ruídos, luzes, equipamentos; com entrada e saída de várias pessoas, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos; onde a privacidade por vezes é difícil

de manter, o que faz com nesta sala a prestação de cuidados de enfermagem seja um grande desafio a enfrentar, pois é necessário cuidar do doente em todas as suas dimensões, com grande competência. Segundo COLLIÉRE (1989, p.235) cuidar é um "(...) acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se". E para VIEIRA (2009, p.115) "(...) baseia-se na convicção de que é possível ir para além do respeito pelo outro e partilhar a sua dor, aliviar o seu sofrimento (...) não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos (...) exige tempo (...) não é passividade ou indiferença, é a participação no seu caminho". Todas as admissões na sala de reanimação não são planeadas e, como tal, não há possibilidade de haver uma preparação do doente e dos familiares para toda o aparato que é estar na sala tornando-se assim esta entrada uma situação altamente geradora de stress e de desconforto no doente e também no seu sistema familiar (LIBERADO 2004, p.19).

O enfermeiro tem de estar atento ao físico, psico-espiritual, ambiental e social, olhando para o doente como um todo, tratando-o e minimizando ao máximo, o desconforto deste perante a urgência da situação, não podendo esquecer que, umas horas antes, se encontrava bem, sem sintomatologia, no conforto da sua casa ou do seu emprego, e que de um momento para outro ficou num ambiente desconhecido, rodeado por máquinas e por pessoas (KOLCABA 2003). Esta temática tem-me causado um sentimento de inquietação e preocupação que transpus para o serviço de urgência, de forma a possibilitar ao doente cardíaco cuidados especializados proporcionando um maior conforto e minimizando ao máximo o seu desconforto. Foi realizada, sobre esta temática, pesquisa bibliográfica pertinente baseada nas últimasevidências; feita partilha de informação, em reuniões informais, aos colegas da sala de reanimação possibilitando uma excelência dos cuidados prestados.

Conforto significa etimologicamente, consolo, ânimo, coragem, comodidade (OLIVEIRA 2006, p. 2). Este é inerente à enfermagem surgindo como conceito relevante em várias teorias de enfermagem (Paterson e Zderad, Roy, Orlando, Watson, Leininger) e como objecto de estudo em vários trabalhos de autores conhecidos, como por exemplo Morse, Meleis, Kolcaba, Benner, entre outros (OLIVEIRA 2006, p.3), sendo a minha prestação de cuidados ao doente cardíaco baseada essencialmente na teoria de KATHERINE KOLCABA. A teoria do conforto de Kolcaba foi inicialmente desenvolvida na década de 90, no séc.XX, em que descreveu o conforto em três dimensões: alívio, ter um desconforto específico; tranquilidade, estado de calmo ou satisfação, e transcendência, estado no qual alguém esta acima dos problemas ou dor. Podendo este ocorrer em quatro contextos – físico, psico-espiritual, ambiental e sócio-cultural; sendo cada contexto fundamental para o pleno conforto do doente. Os enfermeiros devem intervir em cada um deles, indo de encontro às necessidades dos doentes, por exemplo, mobilizando o doente na cama, aliviando a componente física; ouvindo o doente, estando atento as suas necessidades religiosas; diminuindo a intensidade da luz ou do barulho, componente ambiental e estar atento à cultura do doente para não o colocar numa posição desconfortável (PINTO, 2008, p.6 e 7).

Na sala de reanimação, perante a nova situação, surge no doente o sentimento de medo quando confrontado com o diagnóstico de patologia cardíaca e ao mesmo tempo vários outros sentimentos surgem que não são manifestados ou transmitidos, sendo da função do enfermeiro estar atento e atenuá-los, de forma a tornar o momento o mais confortável e menos doloroso. Esses sentimentos são:

- Medo do Desconhecido: medo do local desconhecido e da sua nova situação de doente. A sala de reanimação é um ambiente desconhecido, encontrando-se equipada com o equipamento e com pessoal especializado para satisfazer as necessidades que se prevê serem as do doente em situação de risco de vida (CARPENTER [et al] 2003, p. 637).

- Medo da Morte: a morte é um dos maiores mistérios da vida, sendo, simultaneamente, uma fonte de curiosidade e de preocupação. A sociedade através dos tempos na busca da imortalidade, tem-se preocupado com o viver e o morrer (LONEY 2003, p. 185). Todos sabem que um dia vão morrer, mas esse momento é sempre encarado como longínquo, quando são confrontados com ele têm medo, sentindo que o seu mundo está a ser abalado ao ser confrontado com fim.

- Medo da dor e desconforto: a dor é um fenómeno complexo que aparece através de ameaça ou pela presença real de uma lesão tecidual, constituindo-se como uma ameaça à integridade das pessoas provocando-lhes uma sensação desagradável e penosa. Não podemos interpretar a dor de um doente de acordo com as nossas experiências pessoais e profissionais derivadas do contacto com muitos doentes (BLACK [et al] 1996, p. 297). Em casos de dor física, devido à patologia subjacente, há que realizar uma avaliação correcta, com base em dados como: localização, extensão ou irradiação, início e padrão, factores que aliviam/precipitam, duração, carácter ou qualidade, intensidade, sintomas associados, efeitos sobre as actividades de vida diárias, respostas comportamentais, etc. A DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE emitiu a circular Normativa nº 09/DGCG a 14/06/2003 referindo que “a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” e que o controlo eficaz desta “é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das unidades de Saúde”. O alívio da dor contempla intervenções a nível de terapêutica específica, manutenção de um ambiente sereno, preocupação pelo conforto do doente e indução de algumas técnicas de relaxamento, como sejam a massagem.

- Medo de Alterações no Estilo de Vida ou mesmo Incapacidade Permanente: a admissão na sala de reanimação provoca confusão e cansaço no doente, por causa da nova situação vivenciada e por toda a quantidade de informação e todos os detalhes que lhe são transmitidos (SHEEHY'S 2001, p.51). Nestas condições, o doente receia não conseguir reter tudo aquilo que é necessário e teme não ser capaz de se adaptar à sua nova realidade, teme perder o seu papel social em casa e no trabalho.

Por tudo o que foi dito, o enfermeiro deverá ter uma postura adequada enquanto prestador de cuidados, sendo atencioso, fornecendo o apoio, o suporte e a ajuda necessária, sendo claro e

explícito aquando da realização de procedimentos. Atender com cortesia e benevolência, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda são expressões que derivam da responsabilidade do enfermeiro pela humanização dos cuidados (NUNES 2005, p.107). Cabe ao enfermeiro perito, especialista minimizar o impacto da hospitalização causado pelo ambiente hostil da sala de reanimação no doente e na sua família, controlando o meio que circunda o doente, o barulho, as luzes, a falta de privacidade e o vai e vem de pessoas a entrarem e a saírem, sem sequer prestarem atenção ao doente. No atendimento ao doente deve de ser assertivo de forma a estabelecermos uma relação terapêutica eficaz. Segundo RILEY (2004, p. 9), “a assertividade é a chave para uma relação bem sucedida entre o utente, família, enfermeiro e outros membros da equipa. Consiste na capacidade de exprimir pensamentos, ideias e sentimentos sem ansiedade, sem ser à custa de outros.” A autora refere ainda que ao falarmos acerca do que pensamos e sentimos torna a nossa mensagem mais clara e mais directa, mais fácil de receber, do que quando comunicamos passiva ou agressivamente com o outro. Ao ser assertiva ao longo do estágio com o doente/família e com a equipa multidisciplinar, promovi a confiança entre o doente/ família e a equipa multidisciplinar, alcançando cuidados de enfermagem especializados. **Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e sua família, relacionando-me de forma terapêutica, respeitando as suas crenças e a sua cultura** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]).

A relação interpessoal enfermeiro-utente-família é, para COLLIÈRE (1989, p.152) “ uma fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui também para revitalizar os cuidados técnicos e para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação.” De acordo com GAMEIRO citado por JORGE (2004, p.17), família é “uma rede complexa de relações e emoções” impondo-se como referência fundamental quando se pensa em cuidados de saúde mais eficazes e humanizados. O sistema de cuidados de enfermagem é constituído pelos enfermeiros e os que são cuidados, incluindo as pessoas de relação mais próxima, formando elos de ajuda mútua. São pessoas interdependentes que agem, reagem, interagem, partilham, ajudam-se, trocam experiências, diferenciam-se e integram-se, aproximam-se e distanciam-se, articulam-se, envolvem-se e negociam, convivendo com a harmonia conflitual, constituindo o elo entre o indivíduo doente e o seu referencial familiar (NASCIMENTO [et al] 2009). Os doentes e familiares necessitam de uma atenção integrada que promova a assistência humana, a saúde e a qualidade de vida (SOUZA [et al], 2006). Para que a família se adapte à hospitalização é necessário que se promova um acolhimento eficaz, que lhes traduza confiança e os faça sentir parte integrante do processo. Acolhimento é, para JORGE (2004, p.73) “uma atitude que promove a confiança na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua”. Raramente existe uma segunda oportunidade para criar boa impressão do local e das pessoas que lá trabalham (PESCE, 1994, p.64). É no momento do primeiro encontro que se opera a garantia da confidencialidade. É após este contacto, da vivência da primeira interacção, que a

relação de ajuda se estabelecerá ou não. Esta relação é evolutiva, estabelece-se pela comunicação terapêutica em que se subentende disponibilidade, escuta, aceitação, respeito, tudo ações decorrentes do desenvolvimento da empatia, da confiança e da segurança (JORGE 2004, p.87). Como Enfermeira Especialista atuei perante a família, através do fornecimento de informação, esclarecimento e actualização do estado de saúde do doente, incentivando à expressão de sentimentos e medos, procurando reduzir as barreiras de comunicação e fazendo uso de terminologia clara e compreensível, reservando tempo para escuta-activa e relação de ajuda, deixando-a verbalizar os seus medos perante o momento que estava a ser vivenciado. Nunca esquecendo que, o atender o doente com cortesia e benevolência, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda, são expressões que derivam da responsabilidade do enfermeiro pela humanização dos cuidados (CDE 2005, p.107).

No contacto que eu tive com o doente e sua família houve sempre da minha parte uma preocupação com o cuidado espiritual, ajudando-as a encontrarem um significado para a situação vivenciada. As pessoas procuram significado e orientação em situações críticas e inesperadas, a espiritualidade torna-se mais importante. A espiritualidade tem sido parte integrante do modo como se percepçiona a enfermagem, desde o tempo de Florence Nightingale. A religião mostra-se simultaneamente como uma outra fonte de apoio familiar para a compreensão do evento. Para todo ser humano, a esperança, é essencial à vida, sendo uma experiência complexa e universal que em períodos de *stress* e de adaptação às mudanças consegue mobilizar forças interiores para superar os obstáculos da vida. Pois segundo RIBEIRO (2008, p.30) a “força da espiritualidade influencia a capacidade que a pessoa tem para lidar e se adaptar à sua condição de (...) [doença] e que (...) ela expressa-se ou revela-se de forma diferente para cada pessoa”. A promoção da esperança acontece perante o encontro do enfermeiro/família em que um conhece a intencionalidade do cuidado e o outro sente em si o cuidado e seu efeito. Neste processo de promoção de esperança as enfermeiras devem ser subtis na forma de abordar o outro, de modo que seja um processo pouco visível e discreto (PIRES, 2006), comunicando e relacionando-se com o outro numa atitude terapêutica.

Em Enfermagem, a comunicação terapêutica é a que resulta do intercâmbio de experiências permitindo criar um clima de confiança, de respeito e de amor essencial, para que o doente satisfaça as suas necessidades fundamentais, de modo a alcançar um melhor contacto com a sua realidade, as suas emoções, os seus conflitos, os seus valores, os seus limites e as suas aspirações. Segundo BERGER (1995, p. 475) “a comunicação é um processo dinâmico verbal e não verbal que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações”. Comunicar é um acto intrínseco ao existir humano, visando o relacionamento humano. A comunicação em Enfermagem para ser eficaz passa pelo saber ouvir, reconhecer e identificar os sentimentos e as emoções próprias de quem comunica, utilizar técnicas de comunicação assertiva como o

silêncio, a reflexão, a receptividade, o esclarecimento e a coerência e honestidade nas suas mensagens. O enfermeiro especialista deve de ter em conta que a família tem o direito a ser informada e a saber toda a verdade, para que tal aconteça é importante, segundo JORGE (2004, p.93) "(...) saber escolher as palavras e insistir nos aspectos positivos, de modo a não produzir um estado de ansiedade infundado e desnecessário (...) deve ter em conta o seu estado emocional, o seu nível cultural e social e o desejo de receber informações."

As enfermeiras peritas dão grande importância às relações pessoais entre enfermeira-doente e doente-família e por isso mesmo insistem na importância do toque, tal como eu, que sempre dei grande importância a esta temática, transpondo das pesquisas efectuadas e incorporando na prática os resultados válidos e relevantes. O toque é encarado como um meio terapêutico que veicula mensagens de apoio, reconforto e facilita a estimulação física (BENNER, 2005, p. 81). Este é utilizado como um veículo de comunicação, servindo de suporte à relação nas suas intervenções, sejam elas benéficas como é o caso das massagens de conforto ou nos posicionamentos, ou quer sejam em procedimentos agressivos como é o caso de uma colheita de sangue ou aspiração brônquica. O toque ajuda o doente a atenuar os momentos dolorosos, a transmitir calma e segurança, a diminuir a ansiedade, a dar apoio, encorajamento, estando isto comprovado por vários estudos, em que reconhecem que este é facilitador da relação entre o profissional e o doente. Para ROXO (2008, p.88) "os enfermeiros, como profissionais do humano, são aqueles que mais recorrem ao contacto físico com o doente na sua prática clínica (...) advindo daí, cuidados humanizados e de elevada qualidade". Sempre que foi possível promovi o encontro da família com o seu família doente, facilitando a relação entre eles e assim demonstrarem o seu amor e apoio, proporcionando deste modo um maior conforto ao doente.

Pelo que acabei de referir, e particularmente em contexto da sala de reanimação, cabe ao enfermeiro "cuidar" do doente com patologia cardíaca, tendo em consideração, não só, toda a sua globalidade, mas também os principais fenómenos relativos ao seu bem-estar psicológico. É incontestável que o doente que deu entrada em urgência experimentou uma panóplia de sentimentos; sofreu o stress de uma nova situação; teve medo e sentiu-se angustiado, ansioso e triste; ficou afastado da família, do trabalho e de hábitos que o acompanhavam; teve a sua qualidade de vida afectada. Deve-se pois, encorajar a verbalização dos seus receios, ouvir, ser compreensivo e proporcionar informações pertinentes que ajudem a aliviar todas estas preocupações, estabelecendo uma boa relação terapêutica. Se o enfermeiro não conseguir ajudar o doente e sua família a gerirem as suas emoções, estas terão uma influência negativa na sua resposta à situação e respectiva recuperação, dificultando o encarar desta experiência como sendo uma "mais-valia" para a sua qualidade de vida. O enfermeiro é um elemento primordial, dentro da equipa multidisciplinar, no sentido de que proporciona ao doente, que está numa situação de urgência, um cuidar individualizado, no qual se inclui a expressão de sentimentos, dúvidas e receios e até mesmo de novas ideias. É através desta actuação que adequa, cada vez mais, a prestação de cuidados, atingindo a visão holística de que tanto se

ouve falar, proporcionando e promovendo o conforto. Comprova-se que se o doente se sentir seguro e depositar confiança nos enfermeiros, expressando o que sente, poderá recuperar de uma forma natural e menos “stressante” de toda esta experiência aterradora e única.

Na sala, o enfermeiro tem de saber em primeiro lugar, que o trabalho de equipa é extremamente importante, que um elemento não deve trabalhar sozinho mas sim prestar cuidados em colaboração com a restante equipa multidisciplinar de forma a obter uma maior qualidade de cuidados; dominar todo o material e equipamento; reconhecer as situações de emergência; estabelecer prioridades; planear, executar e avaliar todos os cuidados com rapidez, uniformidade e eficácia; acompanhar o doente nas suas deslocações ou transferências, fornecendo toda a informação necessária para assegurar uma continuidade dos cuidados. Para um enfermeiro perito é crucial saber-estar, entender o outro na sua totalidade, ou seja, compreender e interpretar as suas necessidades, potencialidades e limitações. Acredito ainda que perceber o outro na sua individualidade é possibilitar e proporcionar um cuidar baseado numa visão holística.

Ao desenvolver as actividades programadas demonstrei as **competências adquiridas no campo das relações interpessoais utilizando processos de comunicação eficazes** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]) de forma a influenciar as actividades da equipa para a consecução dos objectivos pretendidos na área do conforto ao doente cardíaco. Procurando alertar a equipa de enfermagem para a importância da temática acima referenciada, e para que houvesse mudança de alguns comportamentos na prestação de cuidados, elaborei um trabalho escrito sobre o conforto no doente cardíaco (Anexo III) e foi deixado um dossier na sala de reanimação com vários documentos, separados por temas, tais como a dor, o sono e o repouso, o conforto, a espiritualidade, a massagem de conforto, o cuidar, entre outros, recolhidos após revisão bibliográfica pertinente, de apoio sobre esta temática para a equipa poder consultar e trocar ideias. Estes trabalhos não foram elaborados com o objectivo de ensinar, mas sim de elucidar, sensibilizar e relembrar conhecimentos e conceitos promovendo uma melhoria e qualidade nos cuidados, contribuindo assim para uma actualização/sedimentação dos conhecimentos dos enfermeiros que se encontram a prestar cuidados aos doentes na sala de reanimação. Tenho uma franca esperança que o dossier não se limite aos assuntos pesquisados e abordados por mim mas que haja uma actualização permanente por parte dos enfermeiros do serviço, contribuindo para o enriquecimento do mesmo e também para o enriquecimento de quem o consultar.

Em todos os sectores de atendimento do serviço de urgência integrei-me sem apresentar grandes dificuldades, conhecendo o local do material, as normas e as rotinas de funcionamento, conseguindo desenvolver prestação de cuidados especializados sem grandes dificuldades, dentro dos limites que são impostos como aluna. Acompanhei sempre a orientadora em todos os sectores, observando a sua acuação e a da restante equipa, na prestação de cuidados e participei nos mesmos sempre que possível, aproveitando todas as

situações pertinentes de aprendizagem, estando atenta ao que me rodeava, para aumentar as minhas competências. Em todos eles consegui desenvolver as competências pretendidas, numa fase inicial mais devagar mas mais tarde, com um à vontade maior e com uma maior destreza. As competências técnicas foram desenvolvidas sem sentir grandes dificuldades já que em contexto de trabalho tenho oportunidade de realizar variadíssimas técnicas, já referidas anteriormente, tendo em atenção que estas em contexto de urgência são muito valorizadas pois tem de ser efectuadas com rapidez, destreza e eficiência para se poder implementar as intervenções de tratamento o mais precoce possível, minimizando o sofrimento do doente e por vezes salvando uma vida. Estas têm de estar sempre interligadas com o conhecimento científico e com as evidências científicas mais actuais. Em todos estes sectores são valorizadas as competências relacionais, e foi importante como futura enfermeira especialista **desenvolver e aprofundar técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família, relacionando de forma terapêutica o respeito pelas suas crenças e pela sua cultura** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]), nunca esquecendo que para que se desenvolva um processo terapêutico baseado no cuidar, é necessário que se estabeleça um relacionamento interpessoal eficaz, dando grande ênfase ao elevado valor do relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo (WATSON 2002, p.117) e assim tornar o doente mais confortável.

Procurei desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao doente, procurando sempre que os meus cuidados fossem de qualidade, abordando questões relacionadas com o doente e sua família. Sempre que foi possível acompanhei e estive junto dos elementos mais novos na prestação de cuidados, debatendo algumas situações e esclarecendo dúvidas da prática clínica, no âmbito da especialidade, contribuindo com a minha experiência e com bibliografia pertinente para a introdução de algumas melhorias no serviço e mudanças de atitudes e comportamentos. Várias foram as dúvidas que foram surgindo e que foram esclarecidas no momento com a orientadora ou com os colegas ou outros profissionais que se mostraram disponíveis. Por vezes também fui um elemento de recurso para os outros, no esclarecimento de dúvidas e de ajuda/colaboração.

Ao longo da prática clínica desenvolvi competências, **promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional e também o dos colegas, ao zelar e promover a qualidade dos cuidados no serviço, e assim demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]), por tudo isto que acabou de ser referenciado, penso que atingi o objectivo na totalidade.

Seguidamente passo para o segundo objectivo, que surgiu com o intuito de identificar as necessidades formativas e em desenvolver competências nesta vertente.

Objectivo 2: Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de forma a contribuir, através da formação, para o desenvolvimento profissional e pessoal da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência.

Os serviços de urgência exigem dos enfermeiros a actualização permanente dos seus conhecimentos teórico-práticos havendo uma constante procura pela excelência, em todas as intervenções realizadas, para obter cuidados com qualidade. A intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação constante com os diferentes problemas, são características intrínsecas que fomentam nos enfermeiros a necessidade de adoptar variadíssimos papéis, nomeadamente, na prestação de cuidados ao utente, na gestão, na investigação, na consultoria e no apoio jurídico (MACPHAIL 2001, p.3). Para que tal aconteça têm o dever de realizar uma procura permanente pelo desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas, científicas e relacionais de forma a se manterem actualizados, respeitando assim o direito do doente a ter cuidados com qualidade. Os enfermeiros têm a obrigação tal como se encontra consagrado no Artigo 76.º, alínea (a) do CDE referenciado por NUNES (2005, p.35) de “exercer a profissão com os mais adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. Sendo necessário ter uma prática reflexiva, analisando e reflectindo, diariamente perante o trabalho realizado e as situações vivenciadas, reconhecendo as falhas cometidas para que possa haver mudança de atitude e de comportamento. Neste âmbito, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional dos seus pares de forma a aumentar a qualidade e a excelência dos cuidados através da supervisão, da formação contínua e da integração de novos profissionais apresentando-se estas como competências essenciais a atingir.

A supervisão clínica é um processo que apoia e encoraja a melhoria da prática profissional. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010, pag.5) esta é “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” [na excelência dos cuidados de enfermagem prestados]. Continuando dizendo que este processo tem como finalidade a independência do supervisionado, em contexto profissional, na prestação de cuidados e nos processos de tomada de decisão. O modelo de supervisão adoptado pela OE assenta na perspectiva construtivismo-reflexiva, sendo que a acção, reflexão e colaboração são eixos centrais, agindo o supervisor como modelo e como referencia para a consolidação da identidade profissional do supervisionado, tendo por objectivo o seu desenvolvimento profissional.

Ao longo da prática clínica, sempre que possível, foi feita por mim, como anteriormente referenciado, uma supervisão directa ou indirecta dos cuidados, principalmente nos enfermeiros mais novos, ajudando-os a adquirir competências através da reflexão da prática.

Esta competência ao longo do estágio não foi muito desenvolvida mas no meu dia-a-dia como perita no meu local de trabalho desempenho-a frequentemente, com rigor e competência, **supervisionado e liderando a equipa de prestação de cuidados** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]), com grande à-vontade.

A formação é essencial para que os enfermeiros se mantenham actualizados, obtendo através desta uma maior competência para a prestação de cuidados com qualidade. Segundo HESBEEN (2000, p.119) “o objectivo da formação tanto inicial como continua consiste em contribuir para o desenvolvimento de uma «pessoa enfermeira» cujo perfil é determinado tanto por conhecimentos como por aptidões e qualidades humanas”. Esta implica por parte de cada profissional um investimento profissional e pessoal, tornando-se por vezes difícil de realizar, sendo necessária vontade e gosto de aprender. Mas ao longo da nossa vida profissional, é importante que exista, através da aprendizagem, um desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos permitindo assim uma melhoria dos cuidados prestados. A formação actual tem como finalidade tornar os enfermeiros cada vez mais experientes e informados conseguindo assim dar resposta às exigências, cada vez maiores da nossa sociedade. Ao enfermeiro especialista compete, tal como nos diz Vieira “colaborar na formação realizada na unidade de cuidados” (VIEIRA 2009, p.36). Como aluna da especialidade pretendi trazer algo da minha realidade profissional para o serviço de urgência de forma a **contribuir para uma actualização de conhecimentos dos enfermeiros, zelar para que haja uma correcta prestação de cuidados** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]) ao doente, ao aumentar as competências da equipa de enfermagem e ao mesmo tempo demonstrar, aplicar e aprofundar as minhas competências.

As necessidades formativas foram identificadas através da observação da equipa e do próprio serviço, e em conversas informais com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável pela formação no serviço, surgindo assim as temáticas a serem realizadas, uma no âmbito das drenagens torácicas e outra na área da higiene das mãos. A primeira foi apresentada durante a prática clínica e a segunda só foi possível depois de esta ter terminado, em Setembro, por ter de ser realizada em conjunto com duas enfermeiras do serviço e por motivos de férias só foi possível esta data.

Os enfermeiros do serviço de urgência lidam frequentemente com doentes politraumatizados com necessidade, por vezes, de ser colocado um dreno torácico em drenagem subaquática, proporcionando-lhes assim uma melhor qualidade de vida. Em conversas informais apercebi-me que alguns enfermeiros, principalmente os mais novos, tinham dificuldades em prestarem cuidados a estes doentes, por terem poucos conhecimentos acerca desta temática. Por trabalhar numa cirurgia Cardiotóraca lido diariamente com este procedimento, parecendo-me assim oportuno transmitir a minha experiência e os meus conhecimentos, tornando a actuação dos enfermeiros junto do doente a melhor possível, e também porque no serviço estava a ser introduzido pelos médicos um novo dreno torácico, desconhecido da maioria dos enfermeiros,

sendo assim, quando propus a realização da acção à minha orientadora e à enfermeira responsável pela formação no serviço, esta foi imediatamente aceite. Foi escolhida a data e a hora das sessões, que foram três, no mesmo dia, em horas diferentes, dando possibilidade de escolha a todas as equipas. Foi afixado pelos vários expositores do serviço o dia da formação, dia 14 de Junho de 2010, com início às 8h30, depois às 15h e às 16h30 (Anexo IV). Foi elaborado o plano da formação (Anexo V), que foi cumprido na íntegra, com os destinatários, tema, duração da sessão, objectivo geral e específicos, discriminação do conteúdo, métodos utilizados, avaliação, matérias e meios a serem utilizados. A acção de formação teve como objectivos: relembrar cuidados e procedimentos relacionados com as drenagens torácicas, uniformizar os cuidados de enfermagem aos doentes com drenagens torácicas e dar a conhecer aos enfermeiros do serviço a actualização da norma sobre drenagem torácica. A sua apresentação foi feita em Power Point (Anexo VI), utilizando o método expositivo e interrogativo. Esta temática teve grande adesão por parte da equipa e revelou-se importante visto que grande parte dos enfermeiros que assistiram à formação manifestaram ter poucos conhecimentos, por ser um procedimento que não se realiza com frequência no serviço. Foi efectuada uma revisão teórica sobre o tema e posteriormente elaborado um trabalho escrito, que foi deixado no serviço, servindo como fonte de informação e de consulta (Anexo VII). No serviço existia a norma sobre os cuidados e procedimentos a ter com a Drenagem torácica mas por se encontrar desactualizada fiz a sua revisão e deixei com a enfermeira responsável para a sua respectiva aprovação (Anexo VIII).

A necessidade de prevenir e controlar as infecções adquiridas em ambiente hospitalar vem sendo cada vez mais discutida e estudada, destacando-se que a medida mais simples e eficaz na prevenção e controlo deste tipo de infecções é a higienização das mãos. No serviço houve a necessidade de realizarem um levantamento de dados para verificarem se esta medida estava a ser utilizada, como tal, foi feita uma auditoria no início do ano de 2010, sendo este procedimento desconhecido da equipa multidisciplinar. A enfermeira orientadora fez parte deste pequeno estudo, e propôs que a apresentação da sessão de sensibilização fosse para mim, e ela e outra colega apresentassem os resultados da auditoria. No decorrer do estágio fui identificado algumas causas para a baixa aderência à lavagem das mãos, tais como a falta de suportes para a solução alcoólica antiseptica de lavagem das mãos em pontos críticos, lavatórios pouco acessíveis, o ritmo acelerado do serviço fazendo com que as pessoas verbalizem estar a gastar tempo em algo que acham ser desnecessário e o próprio desconhecimento ou falta de interesse por parte dos profissionais.

A sessão foi realizada dia 2 de Setembro às 9 horas com uma duração de 30 minutos à equipa multidisciplinar do serviço, foi elaborado o plano de acção (Anexo IX) incidindo a temática sobre a importância de se efectuar uma correcta higiene das mãos, nos cinco momentos de higiene e na importância de se usar a solução alcoólica, e foi elaborando o Power Point para a apresentação (Anexo X). Esta decorreu sem intercorrências, tendo tido um bom desempenho na apresentação. A aceitação por parte da equipa foi muito boa, tendo tido grande aderência. No

serviço foram introduzidas mudanças, que foram de acordo com as sugestões por mim deixadas, contrariando assim a baixa adesão actualmente no serviço já se encontra distribuído mais soluções alcoólicas antisépticas, existe uma mudança de atitude por parte da equipa, que realizou um esforço para aderir aos cinco momentos da higienização das mãos.

Colaborar na formação da equipa de enfermagem foi uma experiência muito positiva para o meu processo de aprendizagem, pois **tive de incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialidade** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]) após ter identificado as necessidades formativas e assim **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço através da promoção da formação em serviço na área da especialização** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]). Estas formações foram momentos enriquecedores de partilha, conseguindo transpor a minha experiência profissional para outra realidade, com demonstração das competências adquiridas na área da formação e da prestação de cuidados e também, dos conhecimentos adquiridos da formação inicial e da pós graduada na área da especialização. Enquanto futura enfermeira especialista procurei ter um papel de orientação da equipa no sentido **de uniformizar os procedimentos aumentando a qualidade dos cuidados** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]). De salientar a facilidade que foi integrar-me na equipa, sendo bem aceite pela mesma, o que possibilitou momentos de formação na prestação de cuidados de carácter mais informal. Estes momentos foram de grande aprendizagem e de extrema importância, para o meu crescimento pessoal e profissional e também como contribuição para o crescimento da própria equipa, resultantes da reflexão de acontecimentos da prestação diária de cuidados após a troca de experiências partilhadas. Ao estar integrada na equipa geri bem os cuidados prestados e indirectamente os cuidados da equipa. Através da revisão bibliográfica foi **incorporado na prática as melhores evidências e os melhores e mais relevantes resultados de investigação** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]) no âmbito da especialidade, **promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço de urgência** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]), através de intervenções actuais e pertinentes, zelando assim pela qualidade dos cuidados.

Ao longo de dois meses adaptei-me às exigências do serviço, enriquecendo os conhecimentos e as competências que foram adquiridas ao longo do percurso profissional, atrás referido, adquirindo ao mesmo tempo outras que possibilitaram: o lidar com uma realidade que se encontra em constante mutação; a resolução de problemas de carácter imprevisível ao tomar decisões acertadas em tempo útil perante a confrontação de situações novas e diversificadas; o manuseamento de tecnologias por mim nunca usadas (ventiladores); a intervenção com eficácia, com ajuda da minha orientadora, em situações de médio e alto risco. Verifiquei que o enfermeiro da urgência deve de possuir aquando da sua actuação responsabilidade, autonomia, competência, eficiência, segurança e conhecimentos teórico-práticos perspicazes e actualizados.

Houve sempre, da minha parte, uma constante procura pela excelência em todo o acto profissional, tal como é reconhecido pela CDE (2005), no seu artigo 88, alínea (a), (b) e (c), procurando analisar diariamente o trabalho executado, reflectindo, detectando e reconhecendo, desta forma, eventuais falhas merecedoras de mudança de atitude; procurando adaptar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas dos indivíduos, mantendo uma actualização contínua, assegurando por todos os meios ao alcance uma qualidade dos cuidados no serviço de urgência ao utilizar de forma competente as tecnologias e as evidências científicas mais actuais, através da discussão, em conversas informais com a equipa, da pesquisa bibliográfica que foi realizada.

1.2.- COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO - MODULO III, OPCIONAL

O Módulo III é o módulo Opcional, tendo recaído a minha escolha na área do Controle de Infecção Hospitalar por esta ser uma área de intervenção muito importante no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, adquirindo assim competências específicas importantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Esta prática clínica realizou-se na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Santa Cruz. O estágio realizou-se no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, tal como já foi referenciado, com a carga horária de 180h, efectuadas consoante o horário da enfermeira orientadora, em conciliação com o meu horário de trabalho. A escolha foi realizada após uma análise cuidadosa e ponderada, tendo em consideração os ganhos adquiridos no processo de aprendizagem. Recaindo sobre este local por esta ser a instituição onde eu exerço funções, trazendo-me como mais-valias o ficar a conhecer melhor o serviço e toda a sua dinâmica, podendo assim melhorar o meu desempenho no dia-a-dia como prestadora de cuidados adquirindo competências específicas na prevenção e controle da infecção hospitalar, promovendo assim as boas práticas.

Na minha realidade profissional, onde tenho doentes submetidos a cirurgia cardíaca e doentes imunodeprimidos por terem sido submetidos a transplante cardíaco, com internamentos por vezes prolongados, submetidos diariamente a procedimentos e técnicas invasivas, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são uma realidade perigosa, sendo da responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar combatê-las e evita-las. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde segundo a DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007, p. 7) constituem, actualmente, “um problema nacional de grande acuidade, afectando não só a qualidade da prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos directos e indirectos do sistema de saúde”.

O Hospital de Santa Cruz é uma instituição pública de saúde, de elevado grau de diferenciação, que iniciou a sua actividade a 23 de Abril de 1980, nas instalações de uma

clínica privada que se encontrava desactivada desde o 25 de Abril de 1974. Este é especialmente vocacionado para o tratamento de doentes com patologias graves do foro cardíaco e renal, tendo sido pioneiro na realização da primeira angioplastia coronária em 1984 e no primeiro transplante cardíaco em Portugal em 1986. O HSC tem vindo a desempenhar um dos papéis mais importantes em Portugal na área da transplantação renal, desde a realização do primeiro transplante em 1985 e mais recentemente, no transplante renal com dador vivo. A filosofia orientadora, desde a sua fundação, foi a de criar um espírito novo e um sentimento de envolvimento laboral, que conjugasse a excelência e o rigor profissional e científico com o respeito pela dignidade dos doentes. Em 10 de Dezembro de 2002, o hospital transformou-se numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, o Hospital de Santa Cruz, S.A e em 29 de Dezembro de 2005, foi integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., juntamente com os Hospitais de Egas Moniz e de S. Francisco Xavier.

Devido ao meu desconhecimento da organização e funcionamento do serviço, apesar de esta ser a instituição, como já foi referido, para a qual trabalho, antes de iniciar a prática clínica realizei uma visita à Comissão de Controlo de Infecção do HSC de forma a poder traçar, com mais facilidade, os objectivos pessoais, indo de encontro ao que é pretendido de um enfermeiro especialista. Fui recebida pela Enfermeira M, Enfermeira responsável pela CCI do HSC, que deu a conhecer algumas actividades que estavam a ser desenvolvidas e ajudou a nortear os meus objectivos. Tal como já foi dito, para este módulo pretendi desenvolver competências na prevenção e controlo de infecção, realizando as actividades programadas e outras, por mim pensadas e discutidas com a enfermeira orientadora, de forma a haver uma melhoria dos cuidados prestados e ao mesmo tempo contribuir para a diminuição da incidência das IACS no Hospital de Santa Cruz. A grande actividade por mim desenvolvida ao longo do estágio foi a de colaborar com a Enf^a orientadora em todas as actividades desenvolvidas na CCI, intervindo de forma pertinente e precisa, sendo formadora sobre uma das temáticas que está a ser desenvolvida no HSC, que é a Higienização das mãos e de elaborar juntamente com a Enf^a Orientadora as recomendações para a prevenção de infecções por *Enterococcus* Vancomicina Resistentes (VRE), integradas no programa de actividades da CCI.

O HSC é altamente diferenciado, de carácter intervencionista, sobretudo nas áreas da Cardiologia, Cirurgia Cardiotóracica, Nefrologia, com uma complexidade suportada por um Índice de Case Mix elevado, apresentando os doentes um elevado potencial risco para o desenvolvimento de infecções associadas aos cuidados de saúde. As IACS segundo COSTA [et al] (2008, p.5) são um “conceito alargado de infecção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)”, continuando dizendo que estão também incluídas no conceito de infecção hospitalar, as infecções adquiridas no hospital mas só manifestadas após a alta do paciente e as infecções adquiridas pelos funcionários da unidade de saúde. Estas provocam custos económicos

elevados devido ao prolongamento do internamento e são uma das principais causas de morte. Em consonância com outras entidades internacionais (OMS e Conselho da Europa) a Direcção-Geral da Saúde têm intervindo nesta área, por ter consciência do esforço concertado que é necessário desenvolver em Portugal para minimizar e controlar o risco da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, emitindo circulares normativas de forma a alcançar os objectivos pretendidos. A circular Normativa Nº 18/DSQC/DSC de 15/10/07 refere que todas as unidades de saúde têm de ter uma CCI dotada de recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento de um Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção, em vertentes essenciais, tais como na: vigilância epidemiológica (de processo, de estrutura e de resultado); elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas; formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes e consultadoria e apoio. Esta circular foi revigorada com a emissão de uma nova circular, a Nº:27/DSQC/DSC de 03/01/08, que vem dar a conhecer o plano nacional de prevenção e controlo das infecções (PNCI) associadas aos cuidados de saúde, as linhas estratégicas de actuação e as funções dos membros. Todas as actividades da Comissão de Controlo de Infecção do HSC estão de acordo com o PNCI e são direccionadas para haver uma redução das IACS, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente no ambiente hospitalar e para a promoção da segurança do doente.

A CCIH fica localizada num gabinete no piso seis do HSC, junto da biblioteca. Esta é gerida por uma enfermeira a tempo inteiro e conta com a colaboração de elementos dinamizadores médicos, enfermeiros, técnicos e assistentes operativos em todos os serviços e de membros consultivos nos Serviços Farmacêuticos, de Gestão de Compras, Hoteleiros, de Instalações e Equipamentos, de Esterilização e do Serviço de Saúde Ocupacional, e de uma administrativa a tempo parcial. As suas actividades são desenvolvidas de modo a satisfazer as necessidades dos profissionais e particularmente dos doentes, para a prevenção das infecções adquiridas no Hospital, tendo como objectivo geral o prevenir e controlar a infecção hospitalar, e como objectivos específicos o promover um ambiente hospitalar saudável, efectuar formação e educação nos serviços e contribuir para a prevenção da disseminação de microrganismos no HSC. No decorrer desta prática clínica as actividades desenvolvidas foram todas de encontro a estes objectivos.

Foi neste âmbito que eu trabalhei, formulando objectivos bem direccionados, traçando actividades pertinentes de forma a poder alcança-los, adquirindo as competências pretendidas, inerentes ao enfermeiro especialista, que vou passar em seguida a descrever.

Objectivo 1: Contribuir para melhoria contínua da qualidade de cuidados colaborando com a Enfermeira responsável pela Comissão de Infecção Hospital na gestão das suas actividades.

Antes de iniciar o estágio, foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre as temáticas relacionadas com a área a desenvolver de forma a poder actuar com segurança e adquirir e desenvolver as competências pretendidas com este objectivo e ao mesmo tempo continuar com a formação que foi iniciada no estágio anterior, modulo I, urgência sobre higienização das mãos. A pesquisa foi feita, numa fase inicial, segundo o plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção e mais tarde, os conhecimentos foram aprofundados de acordo com as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas. É importante não esquecer que as actividades desenvolvidas na CCI são diversas e variadas, todas elas importantes para se obter a excelência dos cuidados, contribuindo para um bem comum, que é, o bem do doente.

Nos primeiros dias de estágio fiquei a conhecer a estrutura organizacional e funcional da CCI, sendo esta dotada de autoridade institucional e com autonomia técnica para implementar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção. Composta por um núcleo executivo, um núcleo de apoio técnico e um consultivo e um núcleo de membros dinamizadores. Posteriormente inteirei-me dos projectos e das actividades e comecei a colaborar com a Enf^a M na dinâmica da CCI, desenvolvendo diferentes actividades, que passo a citar:

◆ Colaboração nos programas de vigilância epidemiológica e nas visitas diárias aos serviços. Regularmente é efectuada uma visita aos serviços para uma avaliação do cumprimento das regras de boas práticas preconizadas para o controlo da infecção em cuidados de saúde e uma Vigilância nosocomial das Infecções da Corrente Sanguínea (VINCS) e dos microrganismos alerta multirresistente (IACS). Isto de acordo com programa do PNCI, na detecção e vigilância epidemiológica de microrganismos sentinela, em que é dado o alerta dos doentes contaminados através do laboratório de Microbiologia do CHLO. Os alertas incidem em: Estirpes multirresistentes (ex: *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*); *Enterococcus* vancomicina resistente; MRSA; Estirpes produtoras de BLSE; *Clostridium difficile* produtor de toxina A e B; *Mycobacterium tuberculosis*; *Legionella spp*; Vírus Influenza H1N1v, entre outros. Os alertas do laboratório de microbiologia dos INCS e das IACS chegam à CCI através do programa de vigilância Vigiguar, sendo da responsabilidade da Enf^a M imprimi-los, avalia-los e confirma-los junto dos serviços. Se for necessário, aos profissionais implicados no processo de cuidados, é feita uma orientação e supervisão na implementação de medidas de isolamento e respectivo ensino sobre como aplica-las. Em relação aos alertas dos microrganismos relacionados com as IACS é preenchido um inquérito de forma a podermos determinar de onde provem a infecção, conhecer a situação clínica, quais os factores de risco e se na altura da alta a infecção se encontra presente ou ausente. Os dados são introduzidos no programa e sendo posteriormente tratados a nível nacional. O Vigiguard é um programa informático que entrou em pleno funcionamento no início do mês de Novembro, tendo eu participado em pleno nesta fase inicial, deparando-me com algumas dúvidas e dificuldades, normais para o início de uma mudança.

A vigilância epidemiológica das infecções associadas aos cuidados de saúde segundo GEADA [et al] (2010, p.2)“ é a recolha, o registo, análise, interpretação e divulgação de dados relativos

a doentes e infecções, processos ou eventos adversos não infecciosos, a fim de se implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo”. Sendo esta uma componente essencial para a prevenção e controlo das IACS, é desenvolvida diariamente pela enfermeira responsável pela CCI, tendo sido a minha participação activa em todo este processo de vigilância epidemiológica. Realizei a recolha dos dados necessários, junto dos enfermeiros e médicos, nos serviços, para um correcto preenchimento dos inquéritos que se encontram associados a cada alerta emitido, através do programa vigiguard. Sempre que foi necessário foram alertados os serviços para a contaminação do doente e para a necessidade de se iniciarem as medidas de precaução necessárias. Trata-se de uma vigilância contínua, activa e prospectiva, sendo esta, um indicador de segurança e qualidade dos cuidados prestados e uma das estratégias de organização a nível do PNCI (DGS, 2007).

Com este Programa informático, passou a existir uma maior articulação entre a CCI e o Laboratório de Microbiologia e ao mesmo tempo com os próprios Serviços de internamento, dando uma maior visibilidade à Comissão de Controlo de Infecção, conhecendo-se mais frequentemente os microrganismos implicados nas INCS da instituição, as resistências destes aos antibióticos, os principais factores de risco que contribuem para a infecção, a identificação de áreas específicas de intervenção para a prevenção destas infecções. Permite ainda comparar dados, com outras unidades de saúde, a nível nacional e europeu.

◆Supervisar o programa de Vigilância de *Legionellaspp* nas águas do HSC

A doença dos Legionários é uma doença da civilização que ocorre em todo o mundo, encontrando-se associada ao viajante e à prestação de cuidados de saúde (infecção nosocomial), sendo de declaração obrigatória à DGS por parte da equipa médica. Esta é provocada pela *Legionella*, que é um bacilo Gram negativo, ubíquo na água doce ambiente, associado a biofilmes, é um parasita intracelular de protozoários (amiba), que se desenvolve em meios com temperatura entre 25 a 45°C. Nas unidades de saúde encontra-se na rede de água por isso existe em cada unidade de saúde um programa de Vigilância da *Legionella*. No HSC os Serviços de Instalação e Equipamento cumprem um calendário de tarefas enviando para a CCI os relatórios com a informação respeitante a limpeza das cisternas, avaliação das temperaturas, níveis de cloro e pH em pontos sentinela e o relatório da limpeza periódica dos crivos. Cabe à Enf^a da CCI a supervisão deste protocolo de controlo de *Legionella spp* nas águas do HSC. Logo no início do estágio deparei-me com esta realidade e como os meus conhecimentos sobre o assunto eram escassos foi efectuada uma pesquisa bibliográfica e participei, a 29 de Setembro juntamente com a enfermeira orientadora numa jornada de esclarecimento sobre “ Tratamento em instalações hidráulicas para controlo e prevenção da *Legionella*” (Anexo XI), tendo aumentado os conhecimentos e adquirido competências, ficando a conhecer melhor a realidade do hospital sobre esta temática.

◆Implementar Programas do PNCI da Direcção Geral de Saúde.

Anualmente é realizado cursos de formação para médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos sobre as temáticas abordadas pela CCI, contribuindo assim para a diminuição da incidência das infecções. Durante o período de estágio iria ser realizado um curso sobre controlo de infecção direccionado aos médicos, enfermeiros e técnicos mas teve de ser cancelado por falta de participantes. Mais tarde, no mês de Novembro, foi realizado outro com a mesma temática, mas direccionado exclusivamente para os assistentes operacionais do CHLO. Colaborei com a enfermeira orientadora na elaboração do seu Power Point, ajudando a elabora-los para a sua formação e, quando foi a sua intervenção, na sala de formação, participei apesar de não estar preparada na exposição teórica e na parte prática, sobre os dispositivos de protecção individual, respondendo às questões e às dúvidas referentes à prática do dia-a-dia, mobilizando os meus conhecimentos e os adquiridos na teoria, tendo desempenhado um bom trabalho, **permitindo comunicar deste modo aspectos complexos de âmbito profissional e académico e ao mesmo tempo demonstrar capacidades de reagir perante situações imprevistas e complexas** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]).

◆ Implementar boas práticas de Prevenção e Controlo das Infecções Nosocomiais.

A implementação das boas práticas consegue-se através de visitas aos serviços para orientação e supervisão das recomendações de prevenção da IN; da realização de Auditorias e através da Campanha de Higiene das Mãos.

◆ Realizar Auditorias internas periódicas à higienização e limpeza do ambiente hospitalar melhorando a qualidade da limpeza/higienização no Hospital.

Ao longo do ano é efectuado uma orientação e monitorização regular dos diversos serviços, realizando-se auditorias internas periódicas à higienização e limpeza do ambiente hospitalar dos serviços, que são escolhidos aleatoriamente, em colaboração com Gestão Hoteleira (trimestrais). O ambiente seguro é o espaço que nos rodeia e no, qual as pessoas (doentes, visitas e profissionais) não correm o risco de infecção, sendo que nas unidades de saúde refere-se às práticas de eliminação, remoção e destruição de contaminação existente no ambiente e que pode atingir o hospedeiro susceptível. Cabe a todos os profissionais a tarefa de o manter seguro e para averiguar se a tarefa é cumprida é necessário efectuar auditorias. Auditoria é uma metodologia que consiste na análise crítica e sistemática da qualidade, que implica a identificação de problemas, a definição de medidas de melhoria, implementação destas medidas e avaliação. A 14 de Outubro foi efectuada uma auditoria a um serviço do HSC, que foi escolhido aleatoriamente, com a finalidade de averiguar se a higiene e limpeza do ambiente do serviço estava a ser realizada conforme as normas estabelecidas, na qual eu participei, na observação directa e nas respostas ao inquérito pré definido e posteriormente na introdução dos dados no sistema informático para elaboração do relatório. A auditoria foi feita por um grupo de auditores, que tiveram de ter capacidade de análise da informação recolhida e conhecimento da área auditada, actuando com descrição, sendo precisos e objectivos

mantendo a confidencialidade e segurança da informação recolhida. Esta auditoria foi efectuada para identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados; detectar deficiências e problemas no âmbito dos cuidados que requerem acções de melhoria, de incentivo ao trabalho em equipa e em favorecer a aquisição e actualização de conhecimentos, através da revisão sistemática e crítica dos cuidados.

◆Optimizar a Triagem e Acondicionamento de Resíduos.

Na CCI fazem supervisão e formação na área da triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares; análise das necessidades de contentores de resíduos nos serviços e orientação no estabelecimento de prioridades, na escolha e proposta de aquisição dos artigos.

◆Planear e coordenar a Campanha Nacional de Higiene das Mãos (PNCI-DGS).

Esta temática faz parte de todos manuais de procedimentos, de boas práticas de controlo de infecção de qualquer unidade de saúde e a sua abordagem é sempre realizada nos cursos de controlo e prevenção de infecção. A campanha foi iniciada a nível nacional, tendo começado no CHLO em 2008, no HSC foi iniciada em dois serviços pilotos. Inicialmente foi efectuada uma auditoria à equipa multidisciplinar dos pisos pilotos, sem esta estar informada, e um inquérito a cada membro da equipa, depois com base em alguns dados foi feita a formação onde foi explicado todos os procedimentos correctos e dado a conhecer os resultados da auditoria nos serviços nomeados. Actualmente, ainda se continua a dar formação à equipa multidisciplinar do HSC, tendo-se alargado a campanha a outros serviços, na luta contra a infecção utilizando esta campanha como uma medida simples mas facilmente esquecida por todos os profissionais.

◆Elaborar normas e recomendações de Controlo de Infecção para o CHLO.

Actualmente no CHLO encontra-se a ser elaborado as normas e recomendações de vários procedimentos: recomendações VRE; recomendações para a prevenção e controlo da infecção de microrganismos gram negativo multirresistentes produtores de: β -lactamases de espectro estendido (ESBL), metalo β -lactamases, carbapenemases; recomendações para a prevenção e controlo da infecção *staphylococcus aureus* meticilina resistente(MRSA); norma de utilização de dicloroisocianurato de sódio, norma de Desinfecção de superfícies – derrames ou salpicos de sangue ou outra matéria orgânica contendo sangue. Depois da sua aprovação pelo Concelho de administração são introduzidas no site da CCI, na Intranet, para que todos tenham um acesso rápido melhorando assim os seus procedimentos e a qualidade dos cuidados.

Colaborei com a Enf.^a orientadora na elaboração de recomendações para a prevenção de infecções por *enterococcus* vancomicina resistentes, integrado no programa de actividades da CCI, elaborando a fundamentação teórica e dando alguns contributos na elaboração do restante trabalho (Anexo XII). Deste modo **participei e promovi a investigação no serviço, procurando a melhor evidencia para a sua elaboração** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]). Esta temática foi muito importante para mim pois adquirir competências necessárias para lidar com este problema cada vez maior na nossa sociedade. Nos últimos dez anos, os enterococos

tornaram-se uma das principais causas de infecções hospitalares, porque têm apresentado resistência intrínseca a vários antibióticos e também progressiva resistência adquirida a antimicrobianos utilizados para tratar infecções enterocócicas (ex: ampicilina, aminoglicosídeos). O National Nosocomial Infections Surveillance System do Centers for Disease Control and Prevention relatou uma taxa de resistência à vancomicina de 28,5% entre os enterococos que causou infecções hospitalares em pacientes de terapia intensiva em 2004, representando um aumento de 12% desde 1991. A sua presença é notável em infecções urinárias, infecções do local cirúrgico (cirurgias abdominais, cirurgias cardíacas) e bacteriémias. Estes são habitantes normais do tracto gastrointestinal, havendo 16 espécies de enterococos descritas que causam infecções no homem, as que se encontram em maior predominância, são o *Enterococcus faecalis* (80 a 90%) e o *Enterococcus faecium* (5 a 15%). A resistência à vancomicina é mais frequentemente descrita no *Enterococcus faecium*.

Para poder elaborar estas recomendações tive de realizar uma profunda pesquisa bibliográfica, incorporando na sua elaboração os resultados da investigação válidos e relevantes. Para consolidar os meus conhecimentos acerca desta matéria e ainda para adquirir outros, assisti no dia 18 de Novembro ao 3º Simposio de antibioterapia na prática clínica: multidisciplinaridade para a excelência (Anexo XIII). Os antibióticos constituem armas poderosas no combate às infecções mas o seu uso indiscriminado, em doses indevidas e em tratamentos prolongados, tem provocado a emergência de estirpes bacterianas multi-resistentes provocando consequências graves para os doentes e consequentemente para a Sociedade em geral. Este simpósio foi uma chamada de atenção muito importante para esta temática, pois a antibioterapia é condicionada não só pelo acto médico de prescrição mas também por um conjunto de factores inerentes aos cuidados e por todos os profissionais implicados no processo de saúde.

Ao longo do estágio **realizei reflexão critica na e sobre a prática decorrente das actividades desenvolvidas, e de situações complexas** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]) que por vezes surgiam no dia-a-dia, de forma crítica, demonstrando iniciativa e criatividade, assim como interpretação e resolução de problemas. Atingi em pleno o objectivo, adquirindo e desenvolvendo sem grande dificuldade as competências pretendidas, na melhoria contínua da qualidade de cuidados, na prevenção e controlo de infecção e no controlo de infecção, actuação de acordo com as normas de prevenção contra as IACS, obtendo a melhoria contínua da qualidade de cuidados, na prevenção e controlo de infecção, actuando sempre de acordo com as normas estipuladas de prevenção das IACS. Para os conseguir, desenvolvi todas as actividades por mim propostas adquirindo as competências necessárias de forma rigorosa e com êxito, apesar de não estar a cuidar directamente do doente, nunca esqueci que ele é o objecto do meu cuidar, que se encontra fora da sua realidade, num meio frio e desconhecido, por vezes rodeado de estranhos e de tecnologias. Cuidar segundo COLLIÉRE (1989, p.235) é um "(...) acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se".

No futuro e na tecnologia cada vez mais avançada, a pertinência do Enfermeiro Especialista insere-se na ministração da advocacia nos cuidados, isto é no desenvolvimento e participação de práticas colaborativas. Para VIEIRA (2009, p.123) o “aumento da complexidade dos cuidados de saúde aumentará também as práticas colaborativas (...)”, por isso revela-se essencial actualizar a interdependência na interdisciplinaridade. Será através deste esforço colaborativo e do intercâmbio de conhecimentos que se evidenciará a qualidade dos resultados para o doente/família. Para um enfermeiro perito é crucial saber-estar e saber reflectir perante situações complexas, entender o outro na sua totalidade, ou seja, compreender e interpretar as suas necessidades, potencialidades e limitações. Acredito ainda que perceber o outro na sua individualidade é possibilitar e proporcionar um cuidar baseado numa visão holística. Sendo assim, é função do enfermeiro da CCI o estimular e incentivar a equipa multidisciplinar a para prestar cuidados adequados, que incluem uma atitude reflexiva, o cuidado integral ao doente e também à sua família, de forma colaborativa. Há que perceber que cada doente reagirá de forma diferente, pelo que cada situação exige uma preocupação e especial atenção. É nesta prática que assentam os padrões éticos profissionais, na existência de um compromisso com o bem-estar do outro. Não basta a qualidade científica e técnica, pois “somos gente que cuida de gente”, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora que se traduzirá na confiança que o doente deposita nos enfermeiros (NUNES, 2005, p.17).

O enfermeiro da CCI não cuida directamente do doente mas através das suas acções e sensibilizações, presta cuidados indirectos, necessitando de possuir um conjunto de competências, em todos os níveis, de modo a conseguir dar resposta a todas as solicitações dos vários serviços do hospital. Mas existe uma que é sempre utilizada por ele, sendo a sua ferramenta de trabalho mais utilizada, que é a capacidade de se relacionar, de estabelecer ajuda, de cuidar, através da comunicação. Através desta consegue mobilizar as equipas e assim atingir os objectivos proposto para a obtenção da qualidade dos cuidados.

Ao longo desta prática clínica fui aprofundando as minhas competências, desenvolvendo o que eu adquiri no serviço de urgência do HSFIX após a sua aplicação no relacionamento com a equipa multidisciplinar e através de momentos formativos (formais e não formais).

A formação realizada nas instituições contribui para a divulgação da mudança e para a sensibilização da equipa, desde que esteja motivada, com a finalidade de obter melhores cuidados para o bem doente. Segundo Vieira compete ao enfermeiro “ responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados” (VIEIRA 2009, p.37). Como tal, eu elaborarei o segundo objectivo para este módulo de forma a adquirir competências nesta área, obtendo assim mais-valias para ajudar nas mudanças de comportamentos.

Objectivo 2: Promover a qualidade dos cuidados na área da formação, na Prevenção e Controle de Infecção, tendo por base a formação planeada pela CCI, à equipa multidisciplinar.

Numa fase inicial foi feita pesquisa bibliográfica e posteriormente foram identificadas as necessidades formativas na área da prevenção e controle de Infecção. Depois de uma cuidadosa reflexão, o tema escolhido para a formação foi a “Higiene das mãos”, por este ter sido o tema que foi desenvolvido no serviço de urgência e também por ser ainda uma preocupação actual no HSC e também a nível da DGS, através da campanha da higienização das mãos. Deste modo o tema foi transversal aos dois módulos, dando assim uma continuidade do trabalho efectuado mas aplicado, em realidades diferentes. Mobilizei os conhecimentos anteriores e aprofundei novas vertentes numa área mais específica, e foi realizada nova revisão bibliográfica para adaptar a formação aos novos participantes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), criou em 2004, a World Alliance for Patient Safety com tem lançado anualmente vários programas que visam uma melhoria contínua da segurança do doente, sendo um deles, o “Clean care is Safer Care” que é o título do 1º Desafio Global para a Segurança do doente (Global Patient Safety Challenge). Este tem como objectivo a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e pretende essencialmente transmitir uma mensagem, “medidas simples salvam vidas”, tendo como medida a higiene das mãos. Na comunidade científica há a evidência que as mãos são o principal veículo na transmissão da infecção. Assim, a OMS desenvolveu várias iniciativas com o objectivo de prevenir as IACS, recomendando a higiene das mãos como uma das medidas que mais impacto tem nesta redução, na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na redução dos custos associados, introduzindo um novo modelo que se centra em cinco momentos de higienização das mãos. A higiene das mãos permanece como uma das práticas mais simples e mais efectiva na redução de contaminação por microrganismos responsáveis pela infecção hospitalar, sendo desse modo uma das principais medidas a ser utilizada de prevenção e controlo de infecção hospitalar contribuindo para uma redução da morbilidade e mortalidade dos doentes (DGS 2010, p.2).

A Campanha de Higiene das Mãos foi implementada no Hospital de Santa Cruz em Outubro de 2008 através de uma estratégia multimodal, seguindo as directrizes fornecidas pela Direcção Geral de Saúde com o objectivo de promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada e alargada, contribuindo para a diminuição das infecções associadas aos cuidados de saúde e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos. Após a implementação desta campanha verificou-se, na generalidade, um aumento da adesão a esta prática, de 22,6% para 55,1% nos serviços piloto onde tinha sido desenvolvida. Esta iniciativa permitiu uma avaliação não só local (da instituição onde ocorreu) mas também nacional, da adesão dos profissionais à prática da higiene das mãos. Incrementou a proactividade nas equipas de saúde, envolvendo os elementos dinamizadores dos serviços, dando maior visibilidade ao papel da CCI.

A DGS propõe, como objectivo para 2010 uma taxa de adesão à prática de higiene das mãos de 75%. e a OMS propõe para 2012 atingir e manter 90% de adesão dos profissionais à Higiene das Mãos. Mas para que o HSC consiga atingir estes objectivos é necessário que a campanha seja mantida e alargada a todos os serviços. A CCI não pode permitir que a estratégia de melhoria da higiene das mãos permaneça estática, sendo por isso necessário relançá-la periodicamente, para que a equipa de saúde se mantenha em alerta e desperta para esta problemática. Para que tal aconteça é necessária a realização de formação com alguma periodicidade, depois de uma reflexão ponderada sugeri à Enfª M realizar uma sessão de formação aos médicos do serviço de CCT e duas sessões aos assistentes operacionais dos serviços do HSC sobre a temática “ A Higiene das Mãos”, tendo ela concordado. Escolhi estes dois grupos profissionais, que são distintos, com características muito próprias e diferentes um do outro, com o propósito de retirar destas formações mais-valias para o meu desempenho como formadora em serviço. A temática central foi a mesma para ambos os grupos profissionais mas com objectivos diferentes, direccionados respectivamente a cada grupo. Para a realização das sessões foi necessário conjugar a realização de pesquisa bibliográfica pertinente, a mobilização dos conhecimentos teóricos, o relacionamento das orientações internacionais com a nossa realidade e as competências como formador.

A formação dos médicos foi a primeira a ser realizada, no dia 14 de Outubro às 8h30 tendo sido previamente acordada a data com o director do serviço. Foi elaborado o plano da sessão (Anexo XIV) e a apresentação em Power Point (Anexo XV), tendo em consideração os objectivos formados, que foram o sensibilizar a equipa para a Boa Prática da Higiene das Mãos na prevenção das IACS, o relembrar as Recomendações Nacionais para a Higiene das Mãos para 2010 e o de dar a conhecer os resultados da Campanha de Higiene das Mãos nos serviços pilotos no período de 2008-2010. Este grupo já tinha sido abordado com esta temática, por apresentarem tendência para fraca adesão às boas práticas, lavando as mãos com menos frequência, foi acordado que na formação iria ser dado mais relevo aos cinco momentos e à apresentação dos resultados da campanha, pretendendo com isso confronta-los e leva-los a reflectir sobre esta temática de forma consciente para assim alterarem os comportamentos.

A formação dos auxiliares foi efectuada uma no dia 22 e outra no dia 27 de Outubro das 14 as 15 horas As formações foram realizadas nas datas estipuladas, tendo sido afixado a informação previamente. (Anexo XVI) tendo decorrido com óptima aceitabilidade por parte de todos os intervenientes. Foi feito o plano de acção (Anexo XVII) e foi adaptado o Power Point (Anexo XVIII) da formação anterior para este grupo profissional, com objectivos mais práticos em que foi feita uma exposição teórica sobre os momentos de higiene das mãos e sobre os procedimentos a ter com as luvas e uma parte prática com a demonstração de como retirar as luvas sem se contaminar.

A infecção associada aos cuidados de saúde tem um grande impacto no doente e no hospital, pois implica uma maior morbilidade e mortalidade; custos económicos consideráveis, devido ao uso de antibióticos e a um aumento do internamento; danos psicológicos para o doente e família, devido à necessidade de isolamento; aumento do número dos exames de diagnóstico e aumento de terapêuticas. Para um controlo eficaz do problema é necessário que os intervenientes nos cuidados se sintam e sejam responsáveis pelos actos que prestam, que cumpram uma correcta execução das normas de controlo de infecção.

A comissão de controlo de infecção tem de ter participação activa na “vida hospitalar”, mas também necessita que todos os profissionais trabalhem para o mesmo fim, que é o de minimizar ou evitar as IACS. Cabe à CCI informar, normalizar, controlar e formar os profissionais e aos profissionais cabe o papel de interiorizar e assumir as normas de controlo de infecção, que fazem parte integrante da responsabilidade e da ética profissional, para que em cada momento, em cada acto, os comportamentos manifestem e reflectam sempre as boas práticas. Ao longo da minha permanência na CCI fui adquirindo competências inerentes da especialidade e aperfeiçoando outras, que adquiri ao longo da minha vida profissional, que foram úteis para conseguir realizar um bom estágio, obtendo um muito bom desempenho.

Ao longo desta prática clínica adquiri novas competências na área da especialização, **mobilizei os conhecimentos adquiridos na escola e os da minha prática profissional** (UCP-ICS/ESPS, [2007?]), tornando-os em algo mais, prestando cuidados especializados, alargando assim o meu campo de visão, prevendo consequências e antecipando-me com as conclusões. Fiquei com uma visão mais alargada de todo o trabalho que se faz na retaguarda, de forma a minimizar os danos do internamento. Não nos podemos esquecer que o objecto dos nossos cuidados é o doente e eu como enfermeira especialista tenho o “dever de prever” os perigos desse internamento e lembrar e tornar conscientes os profissionais implicados no processo de que a responsabilidade sendo de todos é de cada um e que é a mudança que, no conjunto, leva a um controlo eficaz das IACS.

A escolha da melhor evidencia no exercício da nossa profissão contribui para o desenvolvimento de uma **atitude reflexiva** por parte dos enfermeiros, de modo a que a enfermagem seja reconhecida como uma profissão autónoma. A liderança assume aqui um papel fundamental no decorrer de todo este processo, pelo que as CCI devem, cada vez mais, assumir uma cultura profissional que, por via da implementação deste tipo de processos, assegure a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, com benefícios para todos os envolvidos. Este módulo permitiu-me reflectir sobre a importância do processo de tomada de decisão no meu dia-a-dia, como enfermeira empenhada em prestar cuidados de alta qualidade, e de que forma a influência da evidência durante este processo pode contribuir para uma prestação de cuidados de alto nível. Enquanto futura enfermeira especialista, o desafio coloca-se em identificar e reconhecer os que constituem cuidados de alta qualidade.

Vieira (2009, p.125) diz que *“uma das características da profissão é o aumento do seu corpo de conhecimentos próprio, resultante da investigação, (...) que lhe permitirá fundamentar cada vez mais as suas práticas, (...) obter melhores resultados para os clientes (...). E isto vai exigir aos enfermeiros (...) uma actualização permanente, o que (...) exigirá um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a sua vida profissional.*

Pretendo por isso continuar apostar mais na minha formação, desenvolvendo e alargando as competências na área da investigação, na área de enfermagem, de forma a manter presentes todos os factores que possam influenciarem as decisões que tomamos diariamente, tomando como base a evidência. Isto porque o caminho pretendido a seguir é a excelência dos cuidados!

2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A componente prática assume um papel fundamental na globalidade da formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo de suma importância a adequada relação teórico-prática e a sua consequente aplicabilidade na prestação de cuidados ao doente crítico de médio e alto risco/família. O estágio foi o desenvolvimento e o consolidar de competências específicas inerentes à especialidade que foram umas adquiridas ao longo do meu percurso profissional e outras adquiridas e desenvolvidas no local de estágio.

Segundo o Regulamento Geral da UPC do Mestrado de Enfermagem de natureza profissional a Especialização na área Médico-Cirúrgica habilita os profissionais a desenvolverem competências específicas na *“assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico”* (2007, p.8).

Assim, como futura enfermeira especialista, para esta componente prática, tinha como objectivo pessoal a aquisição de novas competências e o renovar das competências específicas de comunicação, gestão de cuidados, liderança e de prestação de cuidados, num serviço completamente diferente da realidade a que eu estava habituada. Neste momento ao realizar uma reflexão cuidada e ponderada verifico que desenvolvi conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área de especialização, tendo especial atenção para os problemas da prática profissional relacionados com o doente ou família. De igual modo demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de conforto, de comunicação no relacionamento com o doente e família tendo como objectivo primordial o respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Não esquecendo que os cuidados de enfermagem entrelaçam-se à volta da relação de ajuda, da comunicação, tendo por base de sustentação a escuta, empatia, congruência e confrontação, e que giram entre si nas suas diversas vertentes e competências. Realizei a gestão dos meus cuidados e indirectamente dos outros elementos e, promovi formação em serviço. Tendo consciência, que estive condicionada pelo tempo de permanência nos locais de estágio, e por isso mesmo não ter conseguido obter todas as competências com a mesma intensidade e profundidade.

A realização deste relatório envolveu grande pesquisa e investimento de tempo, contribuindo, sem dúvida, para o enriquecimento do meu quadro de saberes e para o meu crescimento pessoal e profissional, ganhando e desenvolvendo mais competências como futura enfermeira especialista. Ao longo das práticas clínicas não esqueci que é uma competência do enfermeiro

informar o doente e família acerca dos cuidados de enfermagem a serem realizados assim como respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado. O enfermeiro tem, também, o dever de manter em sigilo profissional toda a informação inerente ao doente) e, apenas divulgá-la aos implicados no plano terapêutico. Aquando da realização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade da pessoa, protegê-la da intromissão e salvaguardar, sempre, a privacidade e a intimidade da pessoa cuidada. Para mim, é fundamental actuar segundo estes padrões, com vista a melhorar as experiências de cuidados de saúde (OE, 2002).

O desenvolvimento das competências comunicacionais surge como um importante pilar terapêutico que favorece relações interpessoais de excelência, o cuidado holístico e serve de terreno próspero à prática da enfermagem avançada e à construção de possíveis plataformas de mudança. É nesta prática que assentam os padrões éticos profissionais, na existência de um compromisso com o bem-estar do outro. Não basta a qualidade científica e técnica, pois “somos gente que cuida de gente”, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora (CDE, 2005, p.15) que se traduzirá na confiança que a família deposita nos enfermeiros.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal e na relação terapêutica, assente num processo de tomada de decisão, em que o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática diária, procurando prevenir a doença e promover os processos de adaptação, satisfazendo as necessidades humanas fundamentais e a independência nas actividades de vida diária. (OE 2002, p.8). Através da aquisição de conhecimentos e da mobilização dos mesmos contribui para a alteração de comportamentos e para uma melhoria dos cuidados através da formação realizada em ambos os módulos. A temática foi transversal a ambos apesar de os objectivos a atingir serem diferentes, no HSFIX iniciou-se a sensibilização da equipa para o uso de medidas simples na prevenção da infecção e no HSC foi o manter e o reavivar dos procedimentos no controle da infecção. Os alicerces da formação realizada foram feitos a partir das evidências científicas.

A prática baseada na evidência tem sido descrita como “fazer bem, as coisas certas”. A probabilidade de fazer a coisa certa, no momento certo, para o doente certo aumenta quando existe uma avaliação baseada na evidência de forma sistemática e completa mas para que tal aconteça é necessário haver uma prática reflexiva, que eu fui desenvolvendo ao longo das práticas clínicas, tanto no módulo I como no modulo II. Para CRAIG [et al] (2002, p.7) “a prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é reflectir sobre pressupostos considerados como certos e que orientam a prática do dia-a-dia”, com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes. Para SILVA [et al] (2008, p. 37) esta “ prática baseada na evidência é tida como exemplar e sugere uma relação entre a teoria e a prática, encarando a pesquisa como geradora de conhecimento que constrói, suporta e determina o desempenho profissional”. Isto implicou da minha parte uma utilização contínua

dos meus conhecimentos e uma actualização e avaliação sistemática de estudos realizados sobre as práticas diárias, recorrendo para tal, a revistas científicas ou publicações periódicas, bases de dados, livros de texto, Internet, entre outros, de forma a basear as minhas decisões da prática na melhor evidência obtendo os melhores cuidados. A aplicação da tomada de decisão com base na evidência, é muito importante para a prática da Enfermagem pois através dela podemos otimizar a gestão de recursos humanos, materiais e financeiros; fomentar a formação contínua nos profissionais de Saúde; promover as relações interdisciplinares e a troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais. Segundo alguns autores, deste modo podemos favorecer a fusão dos resultados na prática profissional, aumentar o rigor científico e a actualização dos conhecimentos. Os enfermeiros, principalmente os especialistas, estão cada vez mais despertados para a aplicação da evidência no exercício da sua profissão, mas no seu dia-a-dia são confrontados frequentemente com diversos obstáculos tais como: a cultura profissional (em que existe falta de tempo disponível e falta de treino para a pesquisa); a incorrecta utilização da informação (por vezes está desactualizada, não sendo baseada na evidência, existência de suporte escrito em grande quantidade o que não implica maior qualidade); a cultura ambiental (a falta de incentivo e de suporte por parte da administração para a investigação, inadequado acesso à tomada de decisão, falta de tecnologia, de pessoal e de documentação); a tomada de decisão individual (habilitações literárias e valor que cada um dá à mudança e à investigação). Perante estas barreiras, é necessário ultrapassá-las e adquirir competências para manipular eficazmente a informação, de modo a discernir qual a publicação que tem base sólida na evidência, de entre o grande volume de publicações.

Ao longo do desenvolvimento das práticas clínicas fui mobilizando, gerindo e interpretando, de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada e adaptando a experiência, como enfermeira perita na minha área de actuação, para a nova realidade, conseguindo assim ultrapassar algumas das dificuldades sentidas. No serviço de urgência foram de nível técnico, mais precisamente a nível dos ventiladores e a nível dos cuidados ao doente em situação de trauma. Na CCI do HSC foi a nível relacional, nas visitas realizadas aos serviços por não sentir confiança suficiente em inquirir a equipa de enfermagem e médica sobre a situação clínica dos doentes assinalados como colonizados por um determinado microorganismo. Fiz muita pesquisa bibliográfica para aprender, aprofundar e rever conhecimentos de forma a contribuir para o meu processo de auto-desenvolvimento, conseguindo demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos e ultrapassar as dificuldades. Consegui alcançar o objectivo pretendido ao reflectir na e sobre a minha prática, de forma crítica; cumprindo o meu dever ao exercer a profissão tal com se encontra estipulado no CDE (2005), no artigo 76º, alínea a) do ponto 1 “(...) com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” Ao longo do estágio fui realizando análise crítica e reflexiva sobre os meus cuidados para assim obter cuidados de enfermagem de alta qualidade.

Outra dificuldade sentida foi a duração de cada módulo, em que o tempo foi escasso para tudo o que eu pretendia realizar, deveria de ser um pouco maior para poder realizar trabalhos de maior dimensão por exemplo na área da investigação. Deixo assim a sugestão de, se for possível, alargarem um pouco mais o tempo de estágio possibilitando assim a investigação e a obtenção de uma maior visibilidade pelo trabalho efectuado, pois em alguns módulos quando se está minimamente integrado é quando este terminou.

Termino este relatório referindo que consegui adquirir as competências específicas pretendidas tendo tido como fio condutor, entre as práticas clínicas, a comunicação, sendo esta, um pilar importante na construção de relações e na mudança de comportamentos para esta componente prática tendo atingido todos os objectivos por mim planeados no desenvolvimento dessas mesmas competências. Como futura enfermeira especialista pretendo continuar a alargar os meus conhecimentos na área da formação, na área da investigação e principalmente na área da prestação de cuidados utilizando sempre a base científica e as melhores evidências, prestando assim cuidados de excelência.

3 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

📖 ABREU, W. – supervisão clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 45, Novembro 2002, nº 45 A (Janeiro 2002), p.53-57.

📖 ALARCÃO, I. - TAVARES, J. - **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ªed. Coimbra: Almedina. 2003.

📖 BRACKEN, Julie E. – Triagem. In SHEEHY, Susan - **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática** . 4.ª edição. Loures: Lusociência. 2001. 877 p. ISBN: 972-8383-16-9.

📖 BENNER, Patricia - **De Iniciado a Perito**. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2005. 262 p. ISBN: 989-558-052-5.

📖 BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – **Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global**. Lisboa:Lusodidacta, 1995. 610 p.ISBN 972-95399-8-7.

📖 BLACK, Joyce M.; MATASSARIN-JACOBS, Esther (1996) – **Luckmann & Sorensen - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma Abordagem Psicofisiológica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Vol. 1.1050 p.

📖 CARPENTER, Richard; CARPENTER, Alice H. (2003) – **O Ambiente dos Cuidados Críticos**. In: PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I. ISBN: 972-8383-65-7. p. 637-653.

📖 CERQUEIRA, Maria Manuela; GOMES, Jacinta – Comunicar em Enfermagem (Algumas Reflexões). **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. N°62 (Setembro 2005), p. 55-57.

📖 CIRCULAR NORMATIVA da Direcção Geral de Saúde N°09/ DGCG de 14/06/2003. [Em linha]. Lisboa: Janeiro de 2010 – 75 p. [consult. 4 de Fevereiro 2011]. Disponível em :<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

📖 CIRCULAR NORMATIVA da Direcção Geral de saúde Nº 27/DSQC/DSC. [Em linha] Lisboa: Janeiro de 2008 – 7 p. [consult. 4 de Fevereiro 2011]. Disponível em :http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_CircNormativa27.pdf

📖 COLLIÉRE, M. Françoise - **Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Damaia: Printipo- Industrias Gráficas, Lda,1989. 385 p.ISBN: 97295420-0-7.

📖 COSTA, Ana Cristina; SILVA, Maria Goreti; NORIEGA, Elena- DGS - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde** - Manual de operacionalização.[Em linha]. Lisboa: Fevereiro de 2008- 49 p. [consult. 4 de Fevereiro 2011]. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

📖 CRAIG, J.V., SMITH, R.L. - **Prática baseada na Evidência**.1ª Edição. Loures: Lusociência. 2004. ISBN: 972-8383-61-4.

📖 Decreto- Lei nº 161/96, de 4 Setembro de 1996. [Em linha]. Lisboa: Agosto de 1996. [consult. 4 de Fevereiro 2011]. Disponível em :<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

📖 Decreto- Lei nº 104/98, de 21 de Abril de 1998. [Em linha]. Lisboa: Abril de 1998 - 19p. [consult. 14 de janeiro 2011].Disponível em :http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_104_98.pdf

📖 DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE – **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**. [Em linha]. Lisboa: 2010 – 37 p. [consult. 10 de Novembro 2010]. Disponível em:<http://www.dgs.pt>

📖 DIRECÇÃO GERAL de SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. [Em linha]. Lisboa: Março de 2007 – 20 p. [consult. 1 de Fevereiro 2011]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>

📖 GAMEIRO, Manuel H. – **Sufrimento na Doença**. Coimbra: Quarteto Editora, 1999. 194 p. ISBN: 972-8535-06-6.

📖 GEADA, Ana Cristina; PEDRO, Ana Luísa - Planear a vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 22, nº 255 (suplemento) (Março 2010), p. 2-9.

📖 GOLEMAN, Daniel – **Inteligência Emocional**. 12ª Edição. Lisboa: Temas e Debates-Actividades editoriais Lda. ,2003. 375 p. ISBN 972-759-063-2.

📖 GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **Triagem de Prioridades na Urgência. Sistema de Manchester**. [Em linha]. Lisboa: 2002 – 6 p. [consult. 8 de Fevereiro 2011]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>

📖 HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital**. Loures: Lusociência, 2000. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.

📖 JORGE, Ana Maria – **Família e Hospitalização da Criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem**. Loures:Lusociência, 2004. 192 p. ISBN: 972-8383-7.

📖 KOLCABA, Katharine Y. – Holism Comfort: operationalizing the construct as a nersesensitive outcome. **Advance Nursing Science**[Em linha].1992, vol. 15, nº1, p.1-10. [Consult. 1 de Novembro 2010]. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/references.html>

📖 KOLCABA, Katharine Y. – A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advance Nursing** [Em linha]. 1994, nº19, p.1178-1184. [Consult. 1 de Novembro 2010]. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/references.html>

📖 KOLCABA, Katharine Y. [et al.] – Comfort Theory: A Unifying Framework to Enhance the practice Environment. **Jona** [Em linha].2006, vol.36, nº11, p.538-544. [Consult. 1 de Novembro 2010]. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/references.html>

📖 LEÇA, Ana [et al.] –**Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: manual de operacionalização**. [Lisboa]: DGS, 2008. 81p.

📖 LE BOTERF, Guy – **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais**. Porto Alegre: Artmed editora, 3ª edição revista e aumentada, 2003, 278 p. ISBN: 85-363-0129-5.

📖 LEI, de 16 de Setembro Nº 11/2009.[Em linha]. Lisboa: Setembro 2009 – 23 p. [consult. 10 de Novembro 2010]. Disponível em:<http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf>

📖 LEI nº 33/2009 de 14 de Julho.[Em linha]. Lisboa: Julho 2009 – 28 p. [consult. 10 de Novembro 2010]. Disponível em:<http://dre.pt/pdfgratis/2009/07/13400.pdf>

📖 LIBERADO, João – A Informação aos Familiares e Acompanhantes- Avaliação do Grau de Satisfação. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 52 (Janeiro 2004), p.19-24.

📖 LONEY, Molly , Richard – **Perda, Luto e morte**. In: PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I. ISBN: 972-8383-65-7. p. 185-218.

📖 MARQUIS, Bessie L., Huston, Carol J. – **Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e Aplicação**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artemed. 1999. 557 p. ISBN 85-7307-496-95.

📖 MACPHAIL, Estelle – **Panorama da Enfermagem de Urgência**. In SHEEHY, Susan - enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática. 4.ª edição. Loures: Lusociência. 2001. 877 p. ISBN 972-8383-16-9.

📖 MOREIRA, Isabel – **O doente terminal e o contexto Familiar**. Formasau, 2001.

📖 MUTO, Jernigan [et al.] -**SHEA Guideline for Preventing Nosocomial Transmission of Multidrug- Resistant Strains of *Saphylococcus aureus* and *Enterococcus***. Infection Control and Hospital Epidemiology 2003; 24, 5: 362- 386.

📖 NASCIMENTO, Keyla; ERDMANN, Alacoque – Compreendendo as Dimensões dos Cuidados Intensivos: a Teoria do Cuidado Transpessoal e Complexo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Em linha]. Março/Abril 2000, p.17 [Consultado a 19 Dez. 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200012&script=sci_abstract&lng=pt

📖 NUNES, Lucília; VIEIRA, Margarida; [et al] – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2005, 454 p. ISBN 972-99646-0-2.

📖 OLIVEIRA, Célia - O cuidado confortado a pessoa idosa hospitalizada: contributos para uma revisão sistemática da literatura. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN: 073-8904 Vol. 10, nº 1 (1º Semestre de 2006), p. 2-12.

📖 ORDEM dos ENFERMEIROS – Divulgar- **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem** [Em linha].Lisboa: Setembro de 2002 – 16 p. [consult. 1 de Fevereiro 2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

📖 ORDEM dos ENFERMEIROS – **Investigação em Enfermagem -Tomada de Posição** [Em linha]. Lisboa: 26 de Abril de 2006 – 4 p. [consult. 1 de Fevereiro 2011]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

📖 ORDEM dos ENFERMEIROS – **Proposta de modelo de Desenvolvimento profissional especialização em enfermagem**. [Em linha]. Lisboa: Março de 2007 – 17 p. [consult. 1 de Fevereiro 2011]. Disponível em: http://life-passenger.tripod.com/blog/o_especialidades.pdf

📖 ORDEM dos ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem** [Em linha]. Lisboa: Dezembro de 2009 – 45 p. [consult. 4 de Fevereiro 2011]. Disponível em: http://www.cogitare.forumenfermagem.org/wp-content/uploads/2010/02/Caderno_Tem%C3%A1tico_MDP_SIEC_VF_08_02_2010.pdf

📖 ORDEM dos ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento profissional- Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema da Certificação de Competências** [Em linha]. Lisboa: Janeiro de 2010 – 75 p. [consult. 4 de Fevereiro 2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/DesenvolvimentoProfissional.aspx>

📖 ORDEM DOS MÉDICOS e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos – **Transportes de Doentes Críticos, Recomendações 2008** [Em linha]. Lisboa: 2009 – 45 p. [consult. 1 de Fevereiro 2011]. Disponível em: <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1>

📖 PESCE, Cristina – O acolhimento positivo. **Dirigir**. Lisboa: IEFP. ISSN. 0871-7354. Nº. 31 (Maio/Junho 1996) p. 63-64.

📖 PEREIRA, Pedro; MELO, Renato – **Abordagem do Politraumatizado**. In PONCE, Pedro; TEIXEIRA, Jorge – Manual de Urgências e Emergências. Lisboa: Lidel. 2006. 343 p. ISBN 978-972-757-365-3.

📖 PINTO, Vanda; CONCEIÇÃO, Ana Paula– Os enfermeiros na espiral do conforto. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 80 (Setembro 2008), p.5-12.

📖 PIRES, Ana Paula Mègre – **O Lugar da Esperança – na aprendizagem do cuidado de enfermagem**. Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN: 9789728930103.

- 📖 RIBEIRO, Patricia - A Espiritualidade do Doente Crónico como uma Estratégia de Coping. Narrativa de uma história de Vida. **Revista referencia**. IIª Série. Nº7(Outubro 2008), ISSN:0874.0283.p.21-31.
- 📖 RILEY, Julia Balzer – **Comunicação em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 4ª Ed. 454 p. ISBN: 972-8383-81-9.
- 📖 ROXO, José Reis – O Toque na prática clínica. **Revista referencia**. IIª Série. ISSN:0874.0283. Nº6 (Junho 2008), p.77-89.
- 📖 SÁ, Tiago Gomes; MACHADO,Liliana – Comunicar com Doentes Ventilados, uma função da Enfermagem.**Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 67 (Julho 2006), p.29-34.
- 📖 SILVA, Alzira Amélia Marques Moreira da; [et al] – Prática Baseada na Evidência: Investindo na Qualidade em Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 79 (Julho 2008), p.37-43.
- 📖 SHEEHY'S, Susan – **Enfermagem de urgência da prática à teoria**. 4ª Edição. Loures: Lusociência. 2001. 887 p. ISBN 972-8383-16-9.
- 📖 SOUZA, Sônia Regina de Oliveira e Silva; CHAVES, Sandra Regina Ferreira; SILVA, Cláudia Aparecida - Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro. ISSN: 0034-7167. 59:5 (Setembro/Outubro 2006) p. 609-613.
- 📖 TEIXEIRA, J; PONCE, Pedro - **Manual de urgência e emergências**. Lousã: Lidel, 2006. 343 p. ISBN: 978- 972-757-365.
- 📖 UCP-ICS/ESPS – Enfermagem – **Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional** – Regulamento Geral, 2007?.14 p.
- 📖 WATSON, Jean – **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. 182 p. ISBN: 972-8383-33-9.
- 📖 VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência**. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009 (Campos do saber;16), 158 p. ISBN 978-972-54-0195-8.

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Curso Teórico-prático de Manuseamento da via Aérea para Enfermeiros

Certificado

AEVAS

Associação para o Estudo da
Via Aérea de Santarém

Certifica-se que a

Enf.ª Anabela de Freitas Ferreira Lage

participou no "4º Curso Teórico-Prático de Manuseamento da Via

Aérea para Enfermeiros", de 9 horas lectivas, no qual teve

aproveitamento na avaliação final.



SANTARÉM

Santarém, 27 de Maio de 2010

Os directores do curso:

Dr. Reinaldo Cabanita

Dr. Pedro Charco



ANEXO II – Certificado - Acompanhante Familiar no Serviço de Urgência



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Declaração

Anabela de Freitas Ferreira, esteve presente na Sessão de Formação em Serviço sobre "Acompanhamento Familiar no Serviço de Urgência", promovida pelo Serviço de Urgência Geral, no dia 26 de Abril de 2010, com duração de 2 horas e 30 minutos.

Lisboa, 26 de Abril de 2010

A Direcção de Enfermagem

Maria João Marques
Enfermeira Chefe
Adjunta do Director de Enfermagem

ANEXO III – Trabalho escrito - Conforto no doente cardíaco

MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL
P' ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



CONFORTO no DOENTE
CARDÍACO

Aluna:Anabela Lage

Sob orientação de : Prof.^a Paula Batista

Sintra

Abril, 2010

SUMÁRIO

0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	3
1 – <u>DESENVOLVIMENTO</u>	6
1.1 – CONCEITO DE SAÚDE – DOENÇA	8
1.2 – CUIDAR	10
1.3 – RELAÇÃO DE AJUDA	11
1.4 – O CONFORTO NO DOENTE CARDIACO	14
2 – <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	22
3 – <u>BIBLIOGRAFIA</u>	14



0- INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem ao longo dos anos, tal como acontece em outras áreas, tem vindo a evoluir, conseguido adaptar-se às mudanças constantes que surgem e que provocam uma desactualização de conhecimentos por parte dos profissionais, pelo que, nos processos de aprendizagem, deve existir uma actualização contínua, tornando-se imperativo uma formação sólida que capacite cada um dos enfermeiros a tomar decisões na sua prática clínica. Inicialmente, em Portugal, assistimos ao desenvolvimento de novas responsabilidades e de novas competências da profissão, indo de encontro com o que se encontrava definido no Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, nº1, referindo que:

“a enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde”.

Actualmente, o grande desenvolvimento tecnológico, faz com que o acesso à informação seja mais fácil e rápido, originando uma participação mais activa de cada um no seu processo de cuidados. A Enfermagem é uma ciência e uma arte e é como tal que tem de se comportar, sendo necessário que os enfermeiros saibam “fazer” mas também que saibam “saber fazer” (BENNER 2001, p.32). Devem de realizar uma observação atenta ao doente o mais precoce possível, de uma forma organizada e metodológica, actuando assim com uma maior eficácia e eficiência, atingindo o objectivo que é o de ter os melhores cuidados possíveis, para o bem do doente. Para que tal aconteça, é necessário conhecer a situação real, encarando-o sempre como um ser humano que se encontra à sua frente, com todos os seus problemas, as



suas patologias, os seus medos; tratando-o como sendo único, de forma a conseguir que ele reencontre o seu equilíbrio e o seu bem-estar.

A abordagem e o tratamento do doente urgente e emergente constituem um desafio significativo e complexo, implicando, para quem cuida, a mobilização de um rol de conhecimentos que se encontram todos interligados de forma a poder actuar para o bem do doente, em tempo útil e com eficácia. É fundamental que os profissionais saibam, exactamente, o que fazer perante cada uma das situações com que são deparados, pois centenas de pessoas recorrem diariamente ao serviço de urgência em situações por vezes de grande instabilidade e de sofrimento, que pode ser físico ou mental, tornando-as, a elas e aos seus familiares, frágeis, impotentes perante a situação que estão a vivenciar, esperando que a equipa de saúde olhe para elas e que estabeleça uma relação de cuidado. Este cuidado, citando VIEIRA (2009, p.115) "(...) baseia-se na convicção de que é possível ir para além do respeito pelo outro, é partilhar a sua dor, aliviar o seu sofrimento (...) não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos (...) exige tempo (...) não é passividade ou indiferença, é a participação no seu caminho". A implementação dos cuidados num serviço de urgência exige perícia, dado que é necessário interpretar situações clínicas em tempo útil e fazer os respectivos diagnósticos sobre os mais adequados cuidados a prestar ao utente, implicando da parte de quem actua ter conhecimentos, experiências, atitudes e a correcta utilização dos padrões de cuidados, na procura permanente de atingir a excelência dos cuidados e assim obter satisfação de quem recorre ao serviço.

Na sala de reanimação, o enfermeiro tem de estar bem seguro perante as intervenções que realiza, pois ao abordar o doente tem, por vezes, de tomar decisões, que podem ser de vida ou morte, em questão de minutos ou mesmo segundos. Segundo SHEEHY'S (2001, p.9) " para executar devidamente estas decisões, o enfermeiro tem de possuir conhecimentos clínicos, técnicas psicomotoras, conhecimentos científicos, criatividade e flexibilidade". O processo de enfermagem é dinâmico exigindo que o enfermeiro esteja continuamente a par das alterações do estado do doente, bem como atento a todos os indícios que possam surgir no decurso da prestação de cuidados. Sendo necessário que esteja atento ao doente como um



todo, não olhando só para a doença e seus sintomas, mas minimizando ao máximo o desconforto deste perante a urgência da situação, não esquecendo que, umas horas antes, este se encontrava bem, sem sintomatologia, no conforto da sua casa ou do seu emprego, e que de um momento para outro ficou num ambiente estranho, rodeado por equipamentos e por pessoas.

Este trabalho foi elaborado com o objectivo de sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do conforto no doente cardíaco, procurando assim contribuir para uma actualização/sedimentação dos conhecimentos dos enfermeiros que se encontram a prestar cuidados aos doentes na sala de reanimação. Não foi elaborado com o objectivo de ensinar, mas sim de elucidar, sensibilizar e relembrar conhecimentos e conceitos promovendo uma melhoria nos cuidados.



1 - DESENVOLVIMENTO

O ambiente físico, tecnológico e um pouco sofisticado da sala de reanimação do serviço de urgência frequentemente, intimida doentes e familiares, devido à intensa actividade dos profissionais associada ao estado crítico dos doentes. É um ambiente por vezes “agitado”, repleto de ruídos, luzes, equipamentos desconhecidos, de pessoas (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de Rx e ECG), onde a privacidade é por vezes difícil de manter. Manter o cuidar nesta sala é um grande desafio a enfrentar, por parte da equipa multidisciplinar, pois é necessário cuidar do doente em todas as suas dimensões, com perícia e competência técnica. O sistema de cuidados é constituído pela equipa multidisciplinar e os que são cuidados, incluindo as pessoas de relação mais próxima, formando elos de ajuda mútua. São pessoas interdependentes que agem, reagem, interagem, partilham, ajudam-se, trocam experiências, diferenciam-se e integram-se, aproximam-se e distanciam-se, articulam-se, envolvem-se e negociam, convivendo com a harmonia conflitual, constituindo assim o elo entre o indivíduo doente e o seu referencial familiar (NASCIMENTO E ERDMANN, 2009). Cuidar segundo COLLIÉRE (1999, p.235) é um“(…) acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se”. Sendo que o cuidado para Vieira (2009, p.115) “(…) baseia-se na convicção de que é possível ir para além do respeito pelo outro e partilhar a sua dor, aliviar o seu sofrimento (...) não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos (...) exige tempo (...) não é passividade ou indiferença, é a participação no seu caminho”.

Todas as admissões na sala de reanimação são urgentes, não sendo planeadas e, como tal, não há possibilidade de haver uma preparação do doente e dos familiares para toda o aparato que é estar na sala, tornando-se a entrada uma situação altamente geradora de stress e de desconforto no doente e também no seu sistema familiar (LIBERADO 2004, p.19). Por isso o enfermeiro ao receber o doente tem de



estar atento ao físico, psico-espiritual, ambiental e social, olhando para este como um todo, tratando-o e minimizando ao máximo o desconforto deste perante a urgência da situação, não podendo esquecer que, umas horas antes, se encontrava bem, sem sintomatologia, no conforto da sua casa ou do seu emprego, e que de um momento para outro ficou num ambiente desconhecido, rodeado por máquinas e por pessoas (KOLCABA 2003). A enfermagem numa perspectiva holística da saúde encara a pessoa na sua condição de doente como um todo, nas suas dimensões biológica, psicológica e social. E tem como princípio major o cuidar de pessoas, ajudando-as na satisfação das suas necessidades básicas, intervindo com acções que visem a autonomia e independência do doente com vista a melhorar a qualidade da sua vida, não esquecendo o contexto que o rodeia, o espaço físico e a sua família, apresentando uma atitude de empatia (ARAÚJO, 2002). Segundo a mesma autora existe ausência do cuidar quando o enfermeiro se preocupa mais com os cuidados físicos, faz procedimentos rotineiros, interessando-lhe mais ter o seu trabalho todo feito, olhando para o doente como uma máquina em que se repara a parte estragada e deixando as outras para os outros técnicos, em que o doente não conta, interessa é curar e tratar a doença. Cuidar é dar resposta às necessidades do indivíduo, dando-lhe possibilidade de participar activamente no processo, reconhecendo-lhe a liberdade para poder dirigir a sua vida e fazer as suas escolhas. Pois ele é uma pessoa. Segundo CHALIFOUR (1989, p.32) a pessoa é “(...) um organismo biológico capaz de perceber, pensar, viver as emoções, de fazer escolhas e agir”. No entanto só existe percepção de que o doente é uma pessoa quando existe relacionamento com ele, quando existe uma relação de ajuda. A relação de ajuda segundo ARAÚJO (2002, p.57) “visa dar ao doente a possibilidade de identificar, de sentir, de saber, de escolher e de decidir se quer mudar (...), de facilitar o crescimento pessoal e descobrir recursos ocultos da pessoa em conflito. O objectivo da relação de ajuda é sempre a mudança”. Sendo que o enfermeiro é o elemento importante no estabelecimento desta relação, pois é ele que controla o processo. Para isso acontecer é necessário que ele mantenha todas as suas necessidades básicas satisfeitas, assim como a sua saúde física, emocional e intelectual. Deve também possuir um bom conhecimento de si e conhecimentos específicos ao desenvolvimento da profissão, habilidades relacionais e



comunicacionais (GOLEMAN, 2003). A comunicação é a habilidade básica da relação de ajuda, pois é através desta que estabelecemos uma relação.

1.1 - CONCEITO DE SAÚDE – DOENÇA

Os conceitos de saúde e doença têm evoluído ao longo dos tempos, reflectindo mudança no contexto histórico, filosófico, cultural, social e científico. Assim, dentro de cada sociedade e cultura existem diferentes formas de definir estes conceitos. Quando se fala em saúde, associa-se imediatamente a ideia de ausência de doença. Saúde e doença são duas palavras que se encadeiam. Em 1984, a OMS definiu a saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social, total e não apenas a ausência de doença e incapacidade”. Mas em 1986, com o evoluir dos meios voltou a redigir outro conceito, que nos diz que “saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de lidar com o meio que o envolve”. A saúde manifesta-se nos domínios mental, social e físico e resulta de uma interacção complexa entre o que constituem aspectos pessoais e aspectos do meio ambiente, tanto físicos como sociais. Para WATSON (2002) o conceito de saúde refere-se à unidade e harmonia dentro da mente, corpo e alma, que só é possível quando existe congruência entre o Eu vivenciado e o Eu percebido. E ainda, para a mesma autora o conceito de doença será a falta de harmonia entre as esferas da pessoa – Mente, corpo, espírito (alma ou eu interior) que irá reflectir-se exteriormente com as coisas, as pessoas, o ambiente, a natureza e o universo. As definições alteram-se ao longo do tempo e variam de acordo com o grupo social e a experiência individual, sendo igualmente interessante notar que os conceitos de saúde e doença também variam ao longo do ciclo de vida. Segundo PHIPPS (2003) não devemos entender a doença como ausência de saúde e esta como a ausência de doença, mas sim como componentes da experiência humana, sujeitas a vários factores intrínsecos e extrínsecos ao Homem. Tais como: nossa cultura, valores, experiências de vida, atitudes perante situações/pessoas, envolvimento familiar e social, hábitos / estilo de vida, ambiente.



Saúde é entendida como atributo da dinâmica vital que permite ao ser vivo enfrentar os factos que o agridem ou que o desequilibram, adaptando a eles o seu organismo. A saúde é o modo de estar na vida. A questão da saúde exige uma caminhada permanente. Nunca se esgota e não pode ser contida numa definição que se imponha a toda agente. O auto conceito e a filosofia de vida influênciam a reacção do indivíduo à doença, sendo esta uma perturbação importante na vida de cada um e requer, tanta adaptação física como psicossocial. COLLIÈRE citando Herzlich (1989, p.245) diz-nos que "doença é tudo o que incapacita o indivíduo para realizar normalmente a sua vida... quem se constipa, normalmente continúa a sua vida...mas se for um cantor já não pode trabalhar e então, sim, está doente". A doença pode ser caracterizada como aguda ou crónica. A doença aguda é a que tem uma causa que provoca sintomas e sinais logo após uma exposição a essa causa, que tem um curso curto e da qual, em regra, há recuperação total ou um término abrupto em morte. Uma doença aguda pode tornar-se crónica. A doença crónica é a que tem uma causa que produz sintomas e sinais num período de tempo variável, de curso longo, e da qual só há recuperação parcial (PHIPPS, 2003).

Segundo PHIPPS (2003, p.145), "Cada doença crónica é única e tem um impacto diferente sobre o indivíduo, a família e a comunidade.". Importa aqui salientar que mais do que a individualidade de cada doença, está presente a individualidade de cada pessoa. Isto porque, para além da comum descrição estereotipada de um conjunto de problemas com os quais as pessoas são confrontadas, importa conhecer a experiência vivida de cada como doente cardíaco. Só assim, dando a palavra a quem melhor conhece a experiência, podemos ter a noção de quão particular é cada indivíduo, e de que modo essa singularidade interfere com as suas vivências. A singularidade de cada Homem torna-o diferente de todos os outros Homens na medida em que sente, aprende, interpreta e reage dum modo que lhe é particular. O doente cardíaco é visto como detentor de uma doença crónica, o que provoca várias implicações às pessoas que dela padecem. Estas pessoas, ficam condicionadas pela doença crónica e pelas exigências do tratamento, surgindo interferências a nível físico, psicológico, conjugal, familiar, profissional, entre outras. Porém, cada pessoa vive estas implicações de



forma muito pessoal e subjectiva. O doente quando confrontado com o diagnóstico e doença cardíaca irá ser condicionado por vários mecanismos stressores significativos, que provocam confrontos, condicionando-os e provocando-lhes alterações no seu dia-a-dia.

1.2 - CUIDAR

A essência da Enfermagem é o cuidar. Como cuidar é um acto de vida, que tem como finalidade permitir que a vida continue e se desenvolva, prestar cuidados é também um acto de vida que tem como finalidade manter, sustentar e continuar a vida. Ao longo da história este é, e continuará a ser, o fundamento de todos os cuidados. Cuidar, sendo inato do ser humano, permite dar e receber ajuda, criando expectativas mútuas, como refere COLLIÈRE (1989, p.235), “cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa (...)”. Os cuidados de enfermagem têm como objectivo promover a saúde e a independência, prevenir a doença e/ou assegurar uma morte digna e em paz. A acção dos cuidados de enfermagem baseia-se na mobilização das forças vivas da pessoa e dos que o cercam, para compensar as capacidades alteradas pela doença, tendo ao mesmo tempo em conta as limitações que ela impõe. Segundo COLLIÈRE (1989, p.234) “o esforço de encontrar uma identidade para os cuidados de enfermagem para os tornar identificáveis, e não idênticos, consiste em aceitar reconhecer-lhes características permanentes que terão que se ajustar a situações mutantes”. Cuidar pode ser entendido como um processo de reacções que envolve vários factores: cognitivos, morais e emocionais. Mobiliza vários saberes: saber ser (valores, atitudes, convicções), saber fazer (técnicas) e saber estar (conhecimentos, análise crítica). Estes saberes, têm que ser transformados em competências para se poder CUIDAR DO OUTRO. A enfermagem só utiliza todo o seu potencial quando cuida. Cuidar pode implicar tratar, mas tratar nunca implica cuidar. O enfermeiro deve ter sempre presente que mesmo quando o doente necessita de tratamentos e prescrições médicas, a sua acção deve centrar-se no cuidar:



- ▶ Considerar o utente como um todo (ser bio-psico-socio-cultural e religioso)
- ▶ Actuar de forma personalizada, valorizando o seu bem-estar e conforto
- ▶ Valorizar os sentimentos do utente sobre a sua situação de saúde
- ▶ Realizar as actividades com o utente, sempre que seja possível

Devemos ter sempre em conta, tal como diz HESBEEN (2000, p.47), que “os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém (...) porque os cuidados de enfermagem são assim (...) uma imensidão de «pequenas coisas, que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário dos cuidados”.

1.2 - A RELAÇÃO DE AJUDA

A capacidade de adaptação do doente à sua situação de doença e ao ambiente que o rodeia, depende da sua própria capacidade intelectual e emocional, da sua capacidade de enfrentar os problemas, das suas vivências anteriores e, também do conhecimento directo e indirecto de pessoas que passaram por situações semelhantes. O comportamento dos profissionais de saúde, especialmente o dos enfermeiros, aquando da admissão do doente ao Hospital, é decisivo para a segurança do indivíduo, para o grau de confiança que ele irá ter em relação aos profissionais e à instituição. A actuação deve ser no estabelecimento de uma relação que atenua os efeitos geradores de stress e possibilite a mobilização dos seus mecanismos de adaptação de uma forma positiva. Por isso, o acolhimento que lhe é feito marcará positiva ou negativamente, a relação doente/profissional e doente/instituição. Deste modo, surge como um elemento facilitador, de adaptação a essa hospitalização, tendo por finalidade, ajudar o doente e família a eliminar sentimentos negativos.

A relação de ajuda é a essência dos cuidados de enfermagem, a base, o pilar, o atributo dos cuidados prestados, fundamental para o cuidar. Sem relação não existem cuidados de enfermagem, não existe o cuidado do outro. Esta não pode ser vista como



uma característica dos cuidados, mas como algo intrínseco a estes. Esta relação é profissional, passa pela razão, sendo iniciada pelo técnico de saúde com o objectivo de ajudar o outro. Esta impõe-se ao enfermeiro como uma obrigação do cuidar, não podendo ser descartada a não ser no momento em que deixa de ser enfermeiro. Deve-se considerar o outro como uma pessoa autónoma e com direitos, para assim se poder estabelecer progressivamente uma relação que ajuda. Segundo CHALIFOUR (1989) para haver o estabelecimento de uma relação de ajuda eficaz, deve-se ter presente que:

- o doente é um ser biológico, intelectual, afectivo e espiritual com necessidades traduzidas em problemas;
- o enfermeiro tem de ter conhecimentos de si, conhecimentos inerentes ao desenvolvimento da profissão, com habilidades e atitudes (saber, saber estar e saber ser) que favoreçam a relação;
- os processos que integram a relação de ajuda ou seja processos associados à consciência de si, processos de enfermagem, entrevista e fases da relação de ajuda;
- o ambiente físico e social onde a relação se desenrola deve constituir um sistema aberto que permita a interacção dos dois intervenientes de forma a que essa relação se estabeleça, se desenrole e termine.

Na relação é necessário haver uma tomada de consciência, um despertar para nós próprios. Cada um deverá conhecer-se, compreender-se e aceitar-se tal como é, a fim de poder agir com eficácia. O enfermeiro precisa de desenvolver a capacidade de escuta, empatia, respeito, sensibilidade e congruência para que assim possa criar um clima de confiança e respeito mútuos. Para estabelecer-se uma relação de confiança na abordagem ao doente é necessário estar atento ao tom de voz, à linguagem corporal, à disponibilidade do enfermeiro, ao contacto visual, a partir da qual se cria um clima de empatia (AZEVEDO 1998, p.14). O enfermeiro deve dar relevo aos sentimentos, pensamentos e valores do doente com doença cardíaca de forma a identificar as suas necessidades individuais, demonstrar disponibilidade para escutar, deixando-o expor as suas dúvidas e receios. O enfermeiro através de uma escuta atenta demonstra que o doente é importante; identifica as suas emoções, as suas necessidades e problemas, conseguindo deste modo elaborar um plano de acção eficaz e realista para a obtenção



dos melhores cuidados(LAZURE, 1994). Escutar não é de maneira alguma, sinónimo de ouvir. Escutar é constatar e aceitar as percepções, tanto exteriores como interiores de cada um de nós.

O enfermeiro que possui a qualidade de escuta torna-se disponível para a totalidade da comunicação com o doente e não só para as palavras que ele pronuncia. Ouvir o doente de forma adequada é bastante complicado mas é essencial para a relação enfermeiro/ doente. Como diz CASTRO (2002, p.21), “ o acto voluntário de escutar não é fácil de realizar. É um acto exigente que necessita do envolvimento integral do enfermeiro, necessita de uma vigilância sensorial, intelectual e emotiva constantes; pelo que consome muita energia e muito do nosso tempo.” Mas todo o tempo que se investe na escuta não é perdido, tal como afirma a autora, citando SAINT-EXUPERY (1991, p.74), em que diz “foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante”. Os enfermeiros que sabem escutar, sabem que o tempo não é contabilizado, é neutro. Ao escutarem o doente estão a contribuir para uma melhoria dos cuidados, pois conseguem saber o que aflige o doente, quais as suas necessidades face ao novo papel que vão ter de desempenhar e como o podem ajudar enquanto se encontra na sala de reanimação,tornando o seuinternamento mais confortável, menos doloroso.

O doente que entra na sala de reanimação sofre várias alterações psicológicas e físicas ao longo do tempo de permanência, por isso é necessário um ensino adequado por parte dos enfermeiros adoptando ao mesmo tempo uma atitude de disponibilidade e apoio, transmitindo ao doente informação precisa sobre a sua situação tendo sempre em conta o que o doente quer saber e como se sente. Sendo necessário também informar a família. O contacto regular e personalizado com os familiares deve permitir que estes exponham todas as suas dúvidas que vão surgindo de forma a se adaptarem às novas necessidades dos doentes, pois as alterações ao estilo de vida provocados pelo surgimento da doença, são na maior parte dos casos difíceis de aceitar. Os hábitos alimentares, vida social, cuidados com a saúde, a obrigatoriedade de exames regulares, efeitos secundários da medicação, os quais deixam marcas visíveis, tornam a vida difícil numa primeira fase de adaptação.



1.4 –O CONFORTO NO DOENTE

Conforto significa etimologicamente, consolo, ânimo, coragem, comodidade. Este é inerente à enfermagem surgindo como conceito relevante em várias teorias de enfermagem (Paterson e Zderad, Roy, Orlando, Watson, Leininger) e como objecto de estudo em vários trabalhos de autores conhecidos, como por exemplo Morse, Meleis, Kolcaba, Benner, entre outros (OLIVEIRA 2006, p.3). A teoria do conforto de Kolcaba foi inicialmente desenvolvida na década de 90, em que descreveu o conforto em três dimensões: alívio, ter um desconforto específico; tranquilidade, estado de calmo ou satisfação, e transcendência, estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor. Podendo este ocorrer em quatro contextos – físico, psico-espiritual, ambiental e sócio-cultural; sendo cada contexto fundamental para o pleno conforto do doente. Os enfermeiros devem intervir em cada um deles, indo assim de encontro às necessidades dos doentes, por exemplo, mobilizando o doente na cama, aliviando a componente física; ouvindo o doente, estando atento às suas necessidades religiosas; diminuindo a intensidade da luz ou do barulho, componente ambiental e estar atento à cultura do doente para não o colocar numa posição desconfortável (LOPES, 2008, p.6 e 7).

Segundo ROCHA (2006, p. 35) “As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte na população adulta, na maioria dos países”, acrescenta LIMA (2006, p.32) que “são também, causa frequente de incapacidade precoce.” E, segundo ROACH (2003, p. 192), “com uma maior parcela da população a alcançar uma idade avançada, a doença cardiovascular continuará a ser uma ameaça significativa à saúde e bem-estar desta faixa etária.”. A doença Cardiovascular, tal como outras doenças crónicas, determina alterações mais ou menos importantes na condição/situação de vida destes doentes, já que limita o doente, prolongando a sua recuperação ou aumentando o risco de mortalidade, quotidianamente, as pessoas afectadas pela doença cardíaca crónica vivem os seus problemas e desafios de uma forma instável, isto é, alternam períodos de melhoria ou pioria, nem sempre previsíveis. As autoras, acima citadas, destacam especialmente as repercussões dos sintomas físicos da doença, como a dor, o cansaço, a falta de ar, a indisposição, os distúrbios do sono e a locomoção... que se reflectem fortemente em “ameaças e limitações nas suas rotinas diárias, no trabalho,



nos relacionamentos, etc.". É o conjunto de todos estes factos, que levam a compreender o grande impacto que a descoberta e o viver com uma doença cardíaca crónica traz para as pessoas que a enfrentam.

Dado que a prevalência das Doenças Cardiovasculares é maior na população idosa, PAUL e ROBICHAUD-EKSTRAND (2002, p. 39), referem que este facto "exige (...) uma maior consideração e compreensão do seu processo e daquilo que ele implica. Também a Direcção Geral de Saúde, no Despacho n.º 16415/2003, referente à "Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares" (2006, p. 2), considera que "as doenças cardiovasculares (...), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas, para o cidadão, para a Sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante que urge minorar."

Na sala de reanimação, perante a nova situação, surge no doente o sentimento de medo quando confrontado com o diagnóstico de patologia cardíaca e ao mesmo tempo vários outros sentimentos surgem que não são manifestados ou transmitidos, sendo da função do enfermeiro estar atento e atenuá-los, de forma a tornar o momento mais confortável e menos doloroso. Esses sentimentos são:

- Medo do Desconhecido: medo do local desconhecido e da sua nova situação de doente. A sala de reanimação é um ambiente desconhecido, encontrando-se equipada com o equipamento e com pessoal especializado para satisfazer as necessidades que se prevê serem as do doente em situação de risco de vida (CARPENTER [et al] 2003, p. 637).

- Medo da Morte: a morte é um dos maiores mistérios da vida, sendo, simultaneamente, uma fonte de curiosidade e de preocupação. A sociedade através dos tempos na busca da imortalidade, tem-se preocupado com o viver e o morrer (LONEY 2003, p. 185). Todos sabem que um dia vão morrer, mas esse momento é sempre encarado como longínquo, quando são confrontados com ele têm medo, sentindo que o seu mundo está a ser abalado ao ser confrontado com fim.

- Medo da dor e desconforto: a dor é um fenómeno complexo que aparece através de ameaça ou pela presença real de uma lesão tecidual, constituindo-se como



uma ameaça à integridade das pessoas provocando-lhes uma sensação desagradável e penosa. Não podemos interpretar a dor de um doente de acordo com as nossas experiências pessoais e profissionais derivadas do contacto com muitos doentes (BLACK [et al] 1996, p. 297). Em casos de dor física, devido à patologia subjacente, há que realizar uma avaliação correcta, com base em dados como: localização, extensão ou irradiação, início e padrão, factores que aliviam/precipitam, duração, carácter ou qualidade, intensidade, sintomas associados, efeitos sobre as actividades de vida diárias, respostas comportamentais, etc. A DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE emitiu a circular Normativa nº 09/DGCG a 14/06/2003 referindo que “a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” e que o controlo eficaz desta “é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das unidades de Saúde”. O alívio da dor contempla intervenções a nível de terapêutica específica, manutenção de um ambiente sereno, preocupação pelo conforto do doente e indução de algumas técnicas de relaxamento, como sejam a massagem.

- Medo de Alterações no Estilo de Vida ou mesmo Incapacidade Permanente: a admissão na sala de reanimação provoca confusão e cansaço no doente, por causa da nova situação vivenciada e por toda a quantidade de informação e todos os detalhes que lhe são transmitidos. Nestas condições, o doente receia não conseguir reter tudo aquilo que é necessário e teme não ser capaz de se adaptar à sua nova realidade, teme perder o seu papel social em casa e no trabalho.

Por tudo o que foi dito, o enfermeiro deverá ter uma postura adequada enquanto prestador de cuidados, sendo atencioso, fornecendo o apoio, o suporte e a ajuda necessária, sendo claro e explícito aquando da realização de procedimentos. Atender com cortesia e benevolência, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda são expressões que derivam da responsabilidade do enfermeiro pela humanização dos cuidados (NUNES 2005, p.107).

Cabe ao enfermeiro minimizar o impacto da hospitalização causado pelo ambiente hostil da sala de reanimação no doente e na sua família, controlando o meio que circunda o doente, o barulho, as luzes, a falta de privacidade e o vai e vem de



peças a entrarem e a saírem, sem sequer prestarem atenção ao doente. Prestando assim cuidados com qualidade, direccionados para a pessoa que temos ao nosso cuidado, no âmbito do conforto.

No atendimento ao doente deve de ser assertivo de forma a estabelecermos uma relação terapêutica eficaz. Segundo RILEY (2004, p. 9), “a assertividade é a chave para uma relação bem sucedida entre o utente, família, enfermeiro e outros membros da equipa. Consiste na capacidade de exprimir pensamentos, ideias e sentimentos sem ansiedade, sem ser à custa de outros.” A autora refere ainda que ao falarmos acerca do que pensamos e sentimos torna a nossa mensagem mais clara e mais directa, mais fácil de receber, do que quando comunicamos passiva ou agressivamente com o outro.

A relação interpessoal enfermeiro-utente-família é, para COLLIÈRE (1999, p.152) “ uma fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui também para revitalizar os cuidados técnicos e para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação.” De acordo com GAMEIRO citado por JORGE (2004, p.17), família é “uma rede complexa de relações e emoções” impondo-se como referência fundamental quando se pensa em cuidados de saúde mais eficazes e humanizados. O sistema de cuidados de enfermagem é constituído pelos enfermeiros e os que são cuidados, incluindo as pessoas de relação mais próxima, formando elos de ajuda mútua. São pessoas interdependentes que agem, reagem, interagem, partilham, ajudam-se, trocam experiências, diferenciam-se e integram-se, aproximam-se e distanciam-se, articulam-se, envolvem-se e negociam, convivendo com a harmonia conflitual, constituindo o elo entre o indivíduo doente e o seu referencial familiar (NASCIMENTO E ERDMANN, 2009). Os doentes e familiares necessitam de uma atenção integrada que promova a assistência humana, a saúde e a qualidade de vida (SOUZA [et al], 2006). Para que a família se adapte à hospitalização é necessário que se promova um acolhimento eficaz, que lhes traduza confiança e os faça sentir parte integrante do processo. Acolhimento é, para JORGE (2004, p.73) “uma atitude que promove a confiança na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua”. Raramente existe uma segunda oportunidade para criar boa impressão do local e das pessoas que lá trabalham (PESCE, 1996, p.63-64). É no momento do primeiro encontro



que se opera a garantia da confidencialidade. É após este contacto, da vivência da primeira interacção, que a relação de ajuda se estabelecerá ou não. Esta relação é evolutiva, estabelece-se pela comunicação terapêutica em que se subentende disponibilidade, escuta, aceitação, respeito, tudo acções decorrentes do desenvolvimento da empatia, da confiança e da segurança (JORGE 2004, p.87). Como Enfermeira Especialista actuei perante a família, através do fornecimento de informação, esclarecimento e actualização do estado de saúde do doente, incentivando à expressão de sentimentos e medos, procurando reduzir as barreiras de comunicação e fazendo uso de terminologia clara e compreensível, reservando tempo para escuta activa e relação de ajuda, deixando-a verbalizar os seus medos perante o momento que estava a ser vivenciado. Sendo que o atender o doente com cortesia e benevolência, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda, são expressões que derivam da responsabilidade do enfermeiro pela humanização dos cuidados (CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO 2003, p.107).

Em situações críticas inesperadas, as pessoas procuram significado e orientação, torna-se a espiritualidade algo importante a atingir. A espiritualidade tem sido parte integrante do modo como se percepção a enfermagem, desde o tempo de Nightingale. A religião mostra-se como uma outra fonte de apoio familiar para a compreensão do evento. Para todo ser humano, a esperança, é essencial à vida, sendo uma experiência complexa e universal que em períodos de *stress* e de adaptação às mudanças consegue mobilizar forças interiores para superar os obstáculos da vida. Segundo PIRES (2006), a promoção da esperança acontece perante o encontro do enfermeiro/família em que um conhece a intencionalidade do cuidado e o outro sente em si o cuidado e seu efeito. Neste processo de promoção de esperança as enfermeiras devem ser subtis na forma de abordar o outro, de modo que seja um processo pouco visível e discreto.

Em Enfermagem, a comunicação terapêutica é a que resulta do intercâmbio de experiências permitindo criar um clima de confiança, de respeito e de amor essencial, para que o doente satisfaça as suas necessidades fundamentais, de modo a alcançar um melhor contacto com a sua realidade, as suas emoções, os seus conflitos, os seus



valores, os seus limites e as suas aspirações. Segundo BERGER (1995, p. 475) “a comunicação é um processo dinâmico verbal e não verbal que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações”. Comunicar é um acto intrínseco ao existir humano, visando o relacionamento humano.

A comunicação em Enfermagem para ser eficaz passa pelo saber ouvir, reconhecer e identificar os sentimentos e as emoções próprias de quem comunica, utilizar técnicas de comunicação assertiva como o silêncio, a reflexão, a receptividade, o esclarecimento e a coerência e honestidade nas suas mensagens. O enfermeiro tem em conta que a família tem o direito a ser informada com toda a verdade mas o mais importante segundo JORGE (2004, p.93) é “(...) saber escolher as palavras e insistir nos aspectos positivos, de modo a não produzir um estado de ansiedade infundado e desnecessário (...) deve ter em conta o seu estado emocional, o seu nível cultural e social e o desejo de receber informações.”

O desenvolvimento das competências comunicacionais surge como um importante pilar terapêutico que favorece relações interpessoais de excelência, o cuidado holístico e serve de terreno próspero à prática da enfermagem avançada e à construção de possíveis plataformas de mudança. É nesta prática que assentam os padrões éticos profissionais, na existência de um compromisso com o bem-estar do outro. Não basta a qualidade científica e técnica, pois “somos gente que cuida de gente”, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora (Código Deontológico do Enfermeiro, 2003, p.19) que se traduzirá na confiança que a família deposita nos enfermeiros.

As enfermeiras peritas insistem na importância do toque e das relações pessoais entre enfermeira-doente e doente-família (BENNER, 2005, p. 76). O toque é encarado como um meio terapêutico que veicula mensagens de apoio, reconforto e facilita a estimulação física (BENNER, 2005, p. 81). O enfermeiro também incita a família a falar com o doente e a demonstrar o seu amor e apoio por meio de outras expressões.



Segundo Watson (2002), deve de haver um ambiente cuidado de forma a permitir reconstituição do ser humano em todos os seus níveis de energia e de consciência para que ocorra a potencialização da totalidade, da paz, da beleza, do conforto e da dignidade. Desta forma, ao encontrarmos maneiras de satisfazer esta necessidade dos doentes e familiares, promovermos o desenvolvimento de um ambiente agradável, o que melhora os estados afectivos e facilita a interacção com o outro e a sua satisfação com a vida. Para haver um bom ambiente é necessário haver uma boa comunicação entre todos os intervenientes.

Segundo BERGER (1995, p. 475) “a comunicação é um processo dinâmico verbal e não verbal que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações”. Comunicar é um acto intrínseco ao existir humano, visando o relacionamento humano.

Em Enfermagem, a comunicação terapêutica é a que resulta do intercâmbio de experiências que permitem criar um clima de confiança, de respeito e de amor essencial, para que o doente satisfaça as suas necessidades fundamentais, de modo a alcançar um melhor contacto com a sua realidade, as suas emoções, os seus conflitos, os seus valores, os seus limites e as suas aspirações. A comunicação em Enfermagem para ser eficaz passa pelo saber ouvir, reconhecer e identificar os sentimentos e as emoções próprias de quem comunica, utilizar técnicas de comunicação assertiva como o silêncio, a reflexão, a receptividade, o esclarecimento e a coerência e honestidade nas suas mensagens. O enfermeiro tem de ter em conta que o doente e a família têm o direito a ser informadas com toda a verdade mas o mais importante será tal como nos diz Jorge (2004, p.93) deve de “(...) saber escolher as palavras e insistir nos aspectos positivos, de modo a não produzir um estado de ansiedade infundado e desnecessário (...) deve ter em conta o seu estado emocional, o seu nível cultural e social e o desejo de receber informações.”

Para Benner (2005, p. 76) as enfermeiras peritas insistem na importância do toque e das relações pessoais entre enfermeira-doente e doente-família. O toque é encarado como um meio terapêutico que veicula mensagens de apoio, reconforto e facilita a estimulação física (Benner, 2005, p. 81). O enfermeiro também incita a família



a falar com o doente e a demonstrar o seu amor e apoio por meio de outras expressões. Por vezes não são necessárias palavras para que o doente fique mais confortável, basta um simples toque para aliviar o sofrimento físico e psicológico. O bem-estar psicológico também é muito importante para a promoção do conforto do doente.



2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

É uma realidade que o coração tem uma especial conotação na Sociedade... Como “órgão afectivo”, a ele se atribuem os momentos mais importantes na vida de uma pessoa; como “órgão bomba”, a ele continua a ser conferida a responsabilidade pela origem e cessação da vida.

É inegável que o fundamento principal da profissão de Enfermagem é a “arte” de cuidar. O relacionamento interpessoal é deveras importante em todos os actos de cuidar e tem subjacente um vasto leque de conhecimentos, habilidades e atitudes. Não basta, assim, saber-fazer, é também crucial saber-estar, entender o outro na sua totalidade, ou seja, compreender e interpretar as suas necessidades, potencialidades e limitações, em todas as vertentes, desde a parte física até à parte psicológica proporcionando conforto físico e psicológico. Percepcionar o outro na sua individualidade, é possibilitar e proporcionar um cuidar baseado numa visão holística. Por tudo isto, torna-se importante que o enfermeiro detenha uma capacidade reflexiva sobre a dimensão existencial do Ser Humano na sua prática quotidiana, como forma de melhorar a qualidade dos seus serviços. Emerge, pois, a necessidade de se analisar, reflectir, questionar e desenvolver a sensibilidade humana no contexto da saúde.

Pelo que acabei de referir, e particularmente em contexto da sala de reanimação, cabe ao enfermeiro “cuidar” do doente com patologia cardíaca, tendo em consideração, não só, toda a sua globalidade, mas conhecendo os principais fenómenos relativos ao seu bem-estarp psicológico. É incontestável que o doente que deu entrada em urgência experimentou uma panóplia de sentimentos: sofreu o stress de uma nova situação; teve medo e sentiu-se angustiado, ansioso e triste; ficou afastado da família, do trabalho e de hábitos que o acompanhavam; teve a sua qualidade de vida afectada. Deve ser corajosa, a verbalização dos seus receios, ouvir, ser compreensivo e proporcionar informações pertinentes que ajudem a aliviar todas



estas preocupações, estabelecendo uma boa relação terapêutica. Se o enfermeiro não conseguir ajudar o doente e sua família a gerirem as suas emoções, estas terão uma influência negativa na sua resposta à situação e respectiva recuperação, dificultando o encarar desta experiência como sendo uma “mais-valia” para a sua qualidade de vida.

A polivalência cada vez maior da prática de Enfermagem torna a Promoção da Saúde e do conforto do doente, o instrumento básico e eficaz ao serviço dos indivíduos e da Comunidade. E porque promover/educar também é cuidar, nós enfermeiros temos o dever de Educar para a Saúde, potenciando as capacidades dos indivíduos, quer pela prevenção, quer pela promoção e adopção de condutas que o ajudem a conservar e melhorar a sua saúde. É com base nesta relação que o enfermeiro deve prestar uma notável assistência, a partir da qual dependerá o ultrapassar, com sucesso, deste momento distinto na vida do doente idoso.

O enfermeiro é um elemento primordial, dentro da equipa multidisciplinar, no sentido de que proporciona ao doente, que está numa situação de urgência, um cuidar individualizado, no qual se inclui a expressão de sentimentos, dúvidas e receios e até mesmo de novas ideias. É através desta actuação que adequa, cada vez mais, a prestação de cuidados, atingindo a visão holística de que tanto se ouve falar, proporcionando e promovendo o conforto. Comprova-se que se o doente se sentir seguro e depositar confiança em nos enfermeiros, expressando o que sente, poderá recuperar de uma forma natural e menos “stressante” de toda esta experiência aterradora e única.



3 – BIBLIOGRAFIA

✓ARAÚJO, Beatriz Rodrigues – Ralação de ajuda ao doente cardíaco. Servir. Lisboa. 50:2 (Março – Abril 2002) 56-61.

✓AZEVEDO, Anabela [et al.] – A relação enfermeiro - doente numa unidade de isolamento. Escola superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Porto. 15 (Out. / Dez. 1998) 12-17.

✓BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7. 610 p.

✓BLACK, Joyce M.; MATASSARIN-JACOBS, Esther (1996) – Luckmann & Sorensen - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma Abordagem Psicofisiológica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Vol. 1.1050 p.

✓CARPENTER, Richard; CARPENTER, Alice H. (2003) – O Ambiente dos Cuidados Críticos. In: PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I. ISBN: 972-8383-65-7. p. 637-653.

✓CASTRO, Cidália [e tal.] – Saber escutar para saber cuidar. Nursing: Revista de formação continua em enfermagem. 162 (Janeiro 02) 20-23.

✓CHALIFOUR, J. – La relation d'aide en soins infirmiers – une perspective holistique-humaniste. Paris : Éditions Lamarre, 1989.

✓CIRCULAR NORMATIVA da Direcção Geral de Saúde Nº09/ DGCG de 14/06/2003. [Em linha] Lisboa: Janeiro de 2010 - 75p. [consult. 4 de Fevereiro 2011]. Disponível em :<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

✓COLLIÈRE, M. Françoise -Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-53-3

✓COLLIÈRE cit. por MONIZ, José M. N. – A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A Prática de Cuidados como Experiência Formativa. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-49-5. p. 26.



- ✓DECRETO- LEI nº 161/96 de 4 de Setembro
- ✓DESPACHO n.º 16415/2003 – D.R. II Série. N.º 193 (22/08/2003).
[Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares]. [23 p.].
- ✓GAMEIRO, Manuel H. – Sofrimento na Doença. Coimbra: Quarteto Editora, 1999. ISBN: 972-8535-06-6. 194 p.
- ✓GOLEMAN, Daniel – Inteligência Emocional. 12ª Edição. Lisboa: Temas e Debates- Actividades editoriais Lda. ,2003. 375 p. ISBN 972-759-063-2
- ✓HESBEEN, Walter – Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8. 201 p.
- ✓JORGE, Ana Maria – Família e Hospitalização da Criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem. Loures:Lusociência, 2004, 192p. ISBN: 972-8383-7
- ✓GAMEIRO, Manuel H. – Sofrimento na Doença. Coimbra: Quarteto Editora, 1999. ISBN: 972-8535-06-6. 194 p.
- ✓LAZURE, Hélène – Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um critério de Competência da Enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-95399-5-2. 214 p.
- ✓LIBERADO, João – A Informação aos Familiares e Acompanhantes- Avaliação do Grau de Satisfação. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 52 (Janeiro 2004), p.19-24.
- ✓LIMA, Cassiano A. – O XXVII Congresso Português de Cardiologia. Revista da Qualidade. Porto: Iberbyte – Sociedade de Multimédia, Audiovisual e Publicidade, Lda. N.º II (Março/Abril, 2006). p. 32-33.
- ✓LONEY, Molly (2003) – Perda, Luto e Morte. In: PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I. ISBN: 972-8383-65-7. p. 185-218.
- ✓MORAIS, João – Angina de Peito. Revista da Qualidade. Porto: Iberbyte – Sociedade de Multimédia, Audiovisual e Publicidade, Lda. N.º II (Março/Abril, 2006). p. 42.
- ✓NASCIMENTO, Keyla; ERDMANN, Alacoque – Compreendendo as Dimensões dos Cuidados Intensivos: a Teoria do Cuidado Transpessoal e Complexo.Revista Latino-Americana de Enfermagem [online] (Março/Abril 2009). 17:2. [Consultado a 19 Dez.



2009]. Disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200012&script=sci_abstract&tlng=pt>

✓ NEVES, Ana P.; LEOMARO, Lurdes – Sentimentos vividos pelos Utentes Idosos com Condição Crónica. Servir. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. ISSN 0871-2370. Vol. 48, N.º 2 (2000). p. 76-92.

✓ NUNES, Lucília; VIEIRA, Margarida; [et al] – Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2005, 454p. ISBN 972-99646-0-2

✓ OLIVEIRA, Célia - O cuidado confortado a pessoa idosa hospitalizada: contributos para uma revisão sistemática da literatura. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN: 073-8904 Vol. 10, nº 1 (1º Semestre de 2006), p. 2-12

✓ PARKINSON cit. por GAMEIRO, Manuel H. – Sufrimento na Doença. Coimbra: Quarteto Editora, 1999. ISBN: 972-8535-06-6. p. 42-43.

✓ PESCE, Cristina – O acolhimento positivo. Dirigir. Lisboa: IEFP. ISSN. 0871-7354. Nº. 31 (Maio/Junho 1994) p. 63-64.

✓ PHIPPS, Wilma J.; LONG, Barbara C.; WOODS, Nancy F.; CASSMEYER; [et al] (1995) – Enfermagem Pré-Operatória. In: PHIPPS, Wilma J.; LONG, Barbara C.; WOODS, Nancy F.; CASSMEYER; [et al] – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. Vol. I, Tomo I. ISBN: 972-96610-0-6. p. 455-476.

✓ PIRES, Ana Paula Mègre – O Lugar da Esperança – na aprendizagem do cuidado de enfermagem. Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN: 9789728930103

✓ PINTO, Vanda; CONCEIÇÃO, Ana Paula– Os enfermeiros na espiral do conforto. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 80 (Setembro 2008), p.5-12.

✓ RILEY, Julia Balzer – Comunicação em Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. 4ª Ed. 454p. ISBN: 972-8383-81-9.

ROACH, Sally - Introdução à Enfermagem Gerontológica. Brasil: Editora Guanabara Koogan, 2003. ISBN: 85-277-0860-4. 372 p.



✓ROCHA, Evangelista – As Doenças Cardiovasculares em Portugal. Revista da Qualidade. Porto: Iberbyte – Sociedade de Multimédia, Audiovisual e Publicidade, Lda. N.º II (Março/Abril, 2006). p. 35.

✓SOUZA, Sônia Regina de Oliveira e Silva; CHAVES, Sandra Regina Ferreira; SILVA, Cláudia Aparecida - Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro. ISSN: 0034-7167. 59:5 (Setembro/Outubro 2006) p. 609-613.

✓WATSON, Jean – Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar; uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-33-9. 182 p.

✓VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009 (Campos do saber;16), 158 p. ISBN 978-972-54-0195-8.

ANEXO IV - Aviso da formação Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos

ACÇÃO DE FORMAÇÃO

DIA 14 DE JUNHO



Paciente Atmosfera

DRENAGEM TORACICA: PROCEDIMENTOS E CUIDADOS

LOCAL: Sala de “Convívio”

HORÁRIO: 8H30, 15H E 16H30

FORMADORA: Anabela Lage (Aluna da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica)

2 a 3 cm

Apareçam.... O horário é à vossa escolha, conforme as vossas necessidades. **NÃO FALTEM...**

ANEXO V - Plano da formação da Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos

PLANO DE SESSÃO

FINALIDADE: Uniformizar os cuidados de enfermagem aos doentes que tem drenagem toracica

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros do Serviço de Urgência do HSFX

TEMA DA SESSÃO: Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos

TEMPO: 30 minutos

OBJECTIVO GERAL: Que os formandos no final da sessão sejam capazes de identificar e avaliar correctamente os parâmetros vitais

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Relembrar cuidados e procedimentos relacionados com as drenagens torácicas
- Uniformizar os cuidados de Enfermagem aos doentes conectados a Drenagens Torácicas
- Dar a conhecer aos enfermeiros do serviço a actualização da norma “Drenagem Torácica”

RECURSOS DIDACTICOS:

- Videoprojector

MÉTODOS/ TÉCNICAS:



- Método afirmativo, técnica expositiva
- Método interrogativo, técnica das perguntas
- Método afirmativo, técnica demonstrativa

AValiação:



- Inicial – Formulação de perguntas abertas de forma a verificar os pré-requisitos;
- Formativa – Formulação de perguntas fechadas,
- Final – Formulação de perguntas através do teste de selecção de verdadeiro e falso de forma a verificar os conhecimentos adquiridos

	ACTIVIDADES	MEIOS	TEMPO
I N T R O D U Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação do tema ● Motivar e sensibilizar para a importância do tema da sessão e ao mesmo tempo fazer avaliação dos pré-requisitos, através da técnica das perguntas. ● Comunicação dos objectivos 	▪ Videoprojector (<p>30'' 1'10''</p> <p>20''</p>
D E S E N V O L V I M E N T O	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquadramento teórico: <ul style="list-style-type: none"> - Definição e objectivos de DT - Definição de pleura - Fisiologia do espaço pleural - Indicações para se colocar DT - Tipos de DT - Sistemas de DT - Tipos de drenos ● Demonstração do material existente no Serviço de Urgência ● Exposição dos cuidados de enfermagem aos doentes, desde a colocação até à retirada da drenagem ● Esclarecimento de dúvidas, síntese 	▪ Videoprojector	<p>9'</p> <p>5'</p> <p>9'30''</p> <p>1'30''</p>
A V L I A Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Fazer uma síntese utilizando a técnica de formulação de perguntas através do teste de selecção de verdadeiro e falso. Desta maneira consegue-se verificar os conhecimentos adquiridos, constatar os resultados obtidos e comunicá-los ao grupo. 	▪ Videoprojector (2'
C O N C L U S Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntese final ● Agradecer a participação e a colaboração ● Despedir dos formandos 	▪ Fotocópias com síntese da sessão	1'

ANEXO VI - Power Point da Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos

 <h2 style="text-align: center;"><i>DRENAGEM TORÁCICA</i></h2> <h3 style="text-align: center;">CUIDADOS E PROCEDIMENTOS</h3> <p style="text-align: right;">A.E. Anabela Lage</p>	 <h2 style="text-align: center;">OBJECTIVOS</h2> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Relembrar cuidados e procedimentos relacionados com as drenagens torácicas ✓ Uniformizar os cuidados de enfermagem aos doentes com as drenagens torácicas ✓ Dar a conhecer aos enfermeiros do serviço a actualização da norma "Drenagem Torácica" <p style="text-align: right;">A.E. Anabela Lage</p>
---	---

 <h2 style="text-align: center;">DRENAGEM TORÁCICA</h2> <p>Consiste num sistema capaz de remover material acumulado no espaço pleural através de drenos.</p> <p><u>Pode ser</u>: líquido seroso, sangue, pus, quilo ou ar</p> <p style="text-align: right;">A.E. Anabela Lage</p>	 <h2 style="text-align: center;">DRENAGEM TORÁCICA</h2> <p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a reexpansão do tecido pulmonar através do restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural; - Drenar os fluidos e/ou ar do espaço pleural, da cavidade torácica ou do mediastino; - Equilibrar as pressões dentro da cavidade torácica prevenindo o desvio do mediastino e o colapso pulmonar. <p style="text-align: right;">Costa, 2002 A.E. Anabela Lage</p>
--	---

 <h2 style="text-align: center;">DRENAGEM TORÁCICA</h2> <p>Função:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drenagem de "ar" - Pneumotórax, a nível do 2º espaço intercostal - Drenagem de líquidos – Hemotórax, a nível do 5º, 6º ou 7º espaço intercostal <p style="text-align: right;">A.E. Anabela Lage</p>	 <h2 style="text-align: center;">DRENAGEM TORÁCICA</h2> <p>Fisiologia do Espaço Pleural</p> <p>Cavidade pleural (espaço entre os dois folhetos), ocupada por uma quantidade pequena de líquido seroso que é denominado de líquido pleural.</p> <p>Função de lubrificação e de facilitação dos movimentos dos pulmões</p> <p style="text-align: right;">A.E. Anabela Lage</p>
---	--

DRENAGEM TORÁCICA

Indicações:

- ✓ Pneumotoráx
- ✓ Hemotoráx
- ✓ Derrame pleural

A.E. Anabela Lage


DRENAGEM TORÁCICA

Tipos de drenagem:

- Passiva
- Activa

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA



A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Sistemas de drenagem:

- Sistema Subaquático de um frasco;

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Sistema Subaquático de um frasco



A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Sistemas de drenagem:

- Sistema Subaquático de um frasco;
- Sistema descartável:
 - Thora- Seal II;

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Thora- Seal II



Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Thora- Seal II



Thora-Seal II - Product Specification

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Sistemas de drenagem:

- Sistema Subaquático de um frasco;
- Sistema descartável:
 - Thora- Seal II;
 - Atrium;

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Atrium



A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Sistemas de drenagem:

- Sistema Subaquático de um frasco;
- Sistema descartável:
 - Thora- Seal II;
 - Atrium;
 - Pleurevac;

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Pleurevac



A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Sistemas de drenagem:

- Sistema Subaquático de um frasco;
- Sistema descartável:
 - Thora- Seal II;
 - Atrium;
 - Pleurevac;
 - Válvula de Heimlich.

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Válvula de Heimlich



Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Tipos de drenos

- Mallecot
- Pezze
- Jolly
- Kendall- Argyle- Safety Thoracostesis System (Kits usados pelos pneumologistas)
- Easydrain, Vygon

Material

- Polivinil ou siliconizado, multifenestrados

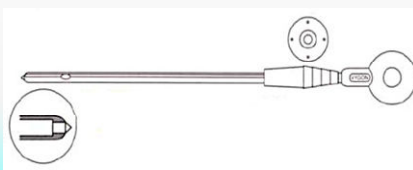
Diâmetro

- De acordo com indicação (20 Fr - 36 Fr)

Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Tipos de drenos




Drenaggio pleurico di Joly (635)

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

MALECOT CATHETER



- ▶ Malecot Catheter 10 Fr. - 30 cm
- ▶ Malecot Catheter 12 Fr. - 30 cm
- ▶ Malecot Catheter 14 Fr. - 30 cm
- ▶ Malecot Catheter 16 Fr. - 30 cm
- ▶ Malecot Catheter 18 Fr. - 30 cm

(BE ENTRY MALECOT CATHETER)
 Made of Ethyl Vinyl Acetate. This is used as a Nephrostomy Drainage Catheter and Ureteral Stent. Supplied sterile in peel-open packages. Intended for one-time use.
 Note: This Stents can be supplied in smaller length also.

FEATURE : Single Use Only STERILE BY : ETO MINIMUM ORDER : 25 PCS.
 REF. ORDER NO. : NTM 0211

Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Pezzer




A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Safety Thoracentesis System 8 Fr.



A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Safety Thoracentesis System 8 Fr.- Kit



Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA


Easydrain, vygon



A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Pleuracan® – Set descartável para drenagem pleural. Para aplicação a longo prazo. Segurança através da dupla válvula anti-refluxo.



A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

COLOCAÇÃO DE DRENO

Inserções mais comuns.

- Face anterior do tórax, ao nível do segundo ou terceiro espaço intercostal - para drenar ar
- Face lateral, ligeiramente anterior, do tórax, ao nível do quarto ao sexto espaço intercostal, ao nível da linha média axilar - para drenar líquidos.

A.E. Anabela Lage

COLOCAÇÃO DE DRENO

Material:

- Material para tricotomia, se for necessário;
- Mascara, touca ou barrete
- Bata esterilizada
- Luvas esterilizadas
- Campos esterilizados (com e sem buraco)
- Compressas esterilizadas
- Anestésico (Lidocaina 1%/ 2%) excepto se houver indicação médica contrária

A.E. Anabela Lage

COLOCAÇÃO DE DRENO

Material (cont):

- Desinfectante
- Caixa de ferros de drenagem torácica
- Seringas 5ml/ 10ml/ 20ml
- Agulhas e.v/ i.m/ s.c
- Laminas nº15/ 24
- Linha de sutura 2/0 e 1/0 com agulha lanceolada
- Dois clamps
- Dreno torácico (Mallecot/ Pezzer/ Jolly)

A.E. Anabela Lage

COLOCAÇÃO DE DRENO

Material (cont):

- Sistema de drenagem torácica (descartável), previamente preparado com 120 c.c de água destilada
- Pensos e adesivos
- Adesivo castanho ou cintas
- Mungidor
- Válvula de transporte/ unidireccional (se necessário)

A.E. Anabela Lage

COLOCAÇÃO DO DRENO

Cuidados de Enfermagem:

- Se possível, explicar ao doente o procedimento
- Proporcionar privacidade
- Lavagem das mãos
- Preparação do material necessário
- Preparação do sistema de drenagem escolhida,
- Avaliar sinais vitais

A.E. Anabela Lage

COLOCAÇÃO DO DRENO

Cuidados de Enfermagem (cont):

- Administrar terapêutica
- Posicionar o doente na posição semi-fowler
- Preparar o local de inserção
- Colaborar com o médico
- Adaptar o dreno à tubuladura do sistema de drenagem e fixa-lo adequadamente
- Colocar o sistema de drenagem a um nível inferior ao toráx

A.E. Anabela Lage

COLOCAÇÃO DE DRENO

Cuidados de Enfermagem (cont):

- Verificar a existência de oscilção do líquido dentro do tubo
- Desinfectar e aplicar penso em redor do tubo
- Avaliar características do conteúdo drenado
- Avaliar sinais vitais e coloração da pele

A.E. Anabela Lage

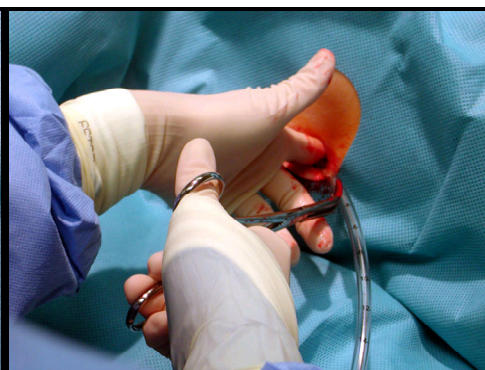
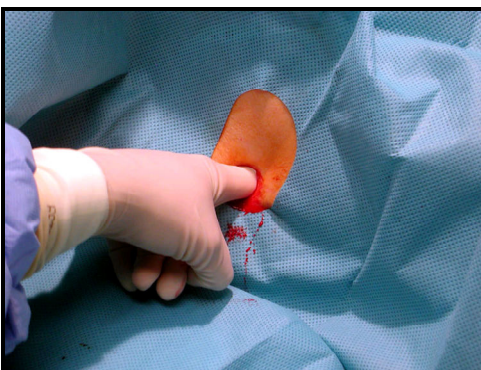
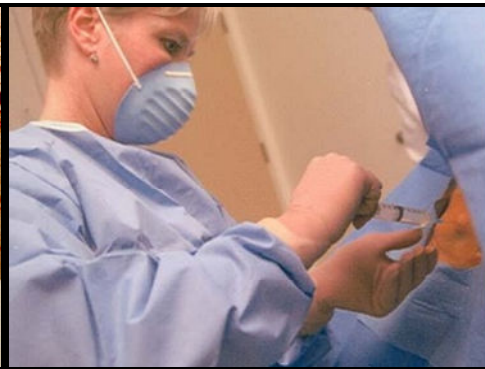
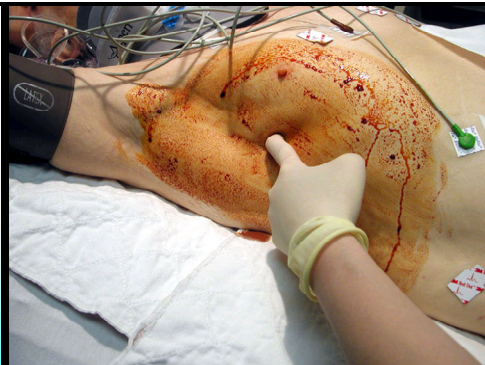


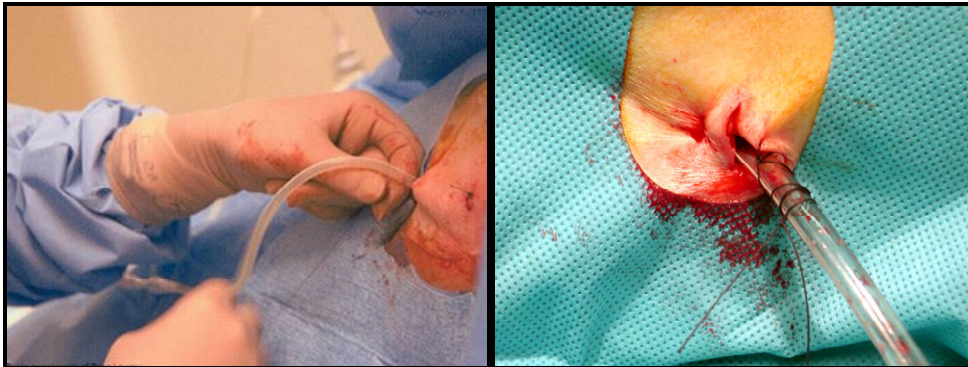
COLOCAÇÃO DE DRENO


Cuidados de Enfermagem (cont):

- > Proceder à lavagem das mãos
- > Se indicação médica, conectar o sistema de drenagem a aspiração activa
- > Manter sempre à mão duas pinças de Kocher com as pontas protegidas
- > Fazer registos de Enfermagem
- > Realização de Rx

A.E. Anabela Lage






 **COLOCAÇÃO DE DRENO**

Registos de Enfermagem:

- ✓ Data e hora da execução do procedimento
- ✓ Tipo de dreno colocado
- ✓ Local de inserção
- ✓ Tipo de drenagem colocada
- ✓ Características do líquido drenado
- ✓ Reacção do doente
- ✓ Incidentes ocorridos
- ✓ Se realizou Rx toráx


A.E. Anabela Lage

 **MANUTENÇÃO DAS DRENAGENS TORÁCICAS**

Intervenções dirigidas para a:

- Manutenção da permeabilidade do circuito,
- Prevenção da infecção no local de inserção do dreno,
- Prevenção de complicações.


A.E. Anabela Lage

 **MANUTENÇÃO DAS DRENAGENS TORÁCICAS**

CUIDADOS (cont):

- ✓ Verificar a existência de oscilação do líquido;
- ✓ Estar atentos ao borbulhar da água;
- ✓ Vigiar o aparecimento e a extensão de enfisema subcutâneo;
- ✓ Manter o sistema de drenagem abaixo do local de inserção;
- ✓ Administração de terapêutica analgésica;
- ✓ Desinfectar e colocar penso.


A. E. Anabela Lage

 **MANUTENÇÃO DAS DRENAGENS TORÁCICAS**

CUIDADOS:

- ✓ Verificar e manter a permeabilidade dos drenos e do sistema;
- ✓ "Mungir" os drenos com frequência para desobstruir;
- ✓ Verificar se não existe angulação dos tubos;
- ✓ Alternar decúbitos;
- ✓ Incentivar o doente a tossir, a fazer inspirações profundas e a realizar exercícios respiratórios;
- ✓ Se necessário alertar o médico;


A. E. Anabela Lage

 **MANUTENÇÃO DAS DRENAGENS TORÁCICAS**

CUIDADOS (cont):

- ✓ Ensino ao doente sobre a importância:
 - Manutenção de uma boa postura;
 - Manutenção do sistema de drenagem livre, evitando permanecer sobre o tubo;
 - Permanecer em posição de Fowler ou semi-Fowler;
 - Alternância de decúbitos;
 - Efectuar inspirações profundas e tossir;
 - Não elevar o frasco de drenagem acima do nível do coração.


A. E. Anabela Lage

 **CLAMPAR DRENO TORÁCICO**

Clampar quando?

- Desconexão acidental dos tubos ou quebra dos frascos;
- Nas operações de mudança de frasco ou de abertura dos mesmos;
- No transporte do doente;
- Em doentes que são submetidos a pneumectomias, estando o sistema clampado, sendo desclampado durante 5' de 2 em 2h.

A. E. Anabela Lage

 **DRENAGEM TORÁCICA**

Desadaptação do dreno

- Clampar e cortar as extremidades contaminadas com lâmina estéril;
- Desinfectar, colocar uma conexão recta estéril e reconectar ao sistema de drenagem;
- Pedir ao doente para tossir;
- Comunicar ao médico;
- Vigiar o doente para detectar sinais de dificuldade respiratória;
- Providenciar uma radiografia ao tórax.

A. E. Anabela Lage

 **DRENAGEM TORÁCICA**

Transporte do doente com DT

- Conectar o doente a uma válvula de Heimlich;
- Cuidado na passagem dos pacientes de uma maca para outra;
- Fixar frasco à cama evitando que caia, tombe e se parta;
- Cuidar para que a extremidade do sistema de drenagem não fique fora d'água;
- Evitar dobrar o dreno;
- A clampagem, se for necessária, deverá ser utilizada no menor tempo possível.

A. E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Quando retirar DT?

- O líquido drenado é inferior a 100ml nas 24 horas;
- O doente recupera a sua função respiratória normal;
- Não existe oscilação na coluna de líquido ou borbulhar, isto após excluída a hipótese de obstrução ou deslocamento do dreno;
- Após reavaliação por radiografia do tórax em que se verifica a total reexpansão do pulmão.

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Cuidados de Enfermagem no Retirar da DT:

- Explicar ao doente a técnica que vai acontecer;
- Ensinar a manobra de Valsalva, permitindo o seu treino;
- Proceder à lavagem das mãos;
- Preparar o material;
- Avaliar sinais vitais;
- Administração de terapêutica analgésica;
- Colocar o material ao pé do doente;
- Retirar o penso que se encontra no local de inserção do dreno e realizar a desinfecção do local;

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Cuidados de Enfermagem no Retirar da DT (cont):

- Colaborar com o médico na remoção do dreno:
- ✓ clampar todos os drenos excepto o que se vai retirar;
- ✓ solicitar que o doente realize a manobra de Valsalva;
- ✓ enquanto o doente sustem a respiração, o dreno é retirado com um movimento contínuo e rápido, e o médico aperta a seda fechando o local de inserção.
- ✓ quando existe mais do que um tubo para retirar, o que é retirado deverá ser clampado antes de se desclampar o próximo;

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Cuidados de Enfermagem no Retirar da DT (cont):

- Fazer penso;
- Providenciar Rx tórax;
- Registos de Enfermagem:
- ✓ Reacção do doente;
- ✓ Características do líquido drenado;
- ✓ Quantidade do líquido drenado;
- ✓ Incidentes ocorridos;
- ✓ Se realizou Rx tórax e se este foi observado pelo médico.

A.E. Anabela Lage

DRENAGEM TORÁCICA

Riscos e Complicações:

- Hemorragia por lesão de um vaso (artéria intercostal, subclávia, mamária, etc.) ou por oclusão do tubo (hemotórax);
- Infecção;
- Enfizema subcutâneo, por deficiente posicionamento do cateter;
- Abscesso da parede, resultado sobretudo de deficiente técnica ou a quebra do frasco colectador;
- Pneumotórax extenso;
- Obstrução do tubo de drenagem;
- Fistula brônquio-pleural

A.E. Anabela Lage

OBRIGADA

A.E. Anabela Lage

Bibliografia:

BRACKEN, J. (2001). Triagem. In S. Sheehy (Eds.), **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4.ª ed. Loures: Lusociência. 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9

BRAGUEZ, Liliana (compiladora) – **Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos**. Sintra: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2009.

CATELA, Alda – Cuidados de Enfermagem aos Doentes com Drenagens Torácicas Decorrentes da Cirurgia Cardiorrástica. **Servir**. Lisboa. ISSN:0871-2370. Fev 2005, nº53- N.1, p.17-25

A.E. Anabela Lage

Bibliografia (Cont.):

COSTA, Aldina. *et al.* Norma de Procedimentos de Enfermagem no Doente com drenagem torácica. **Nursing**. Lisboa. Ed. Portuguesa. ISSN:0871-6196. Julho/Agosto 2000, nº168, p.25-30

SHEEHY, Susan - **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática** - 4.ª edição. Loures: Lusociência. 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9

TEIXEIRA, J; PONCE, Pedro - **Manual de urgência e emergências**. Lousã: Lidel, 2006. 343 p. ISBN: 978- 972-757-365-3.

A.E. Anabela Lage

Bibliografia (Cont.):

URDEN, Linda; STACY, Katheleen; LOUGH, Mary – **Enfermagem em Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção**. 5ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 2006

VAZ, C. *et al.* Cuidar no Serviço de Urgência. **Nursing**. Lisboa. Ed. Portuguesa. ISSN:0871-6196. (2000), nº147

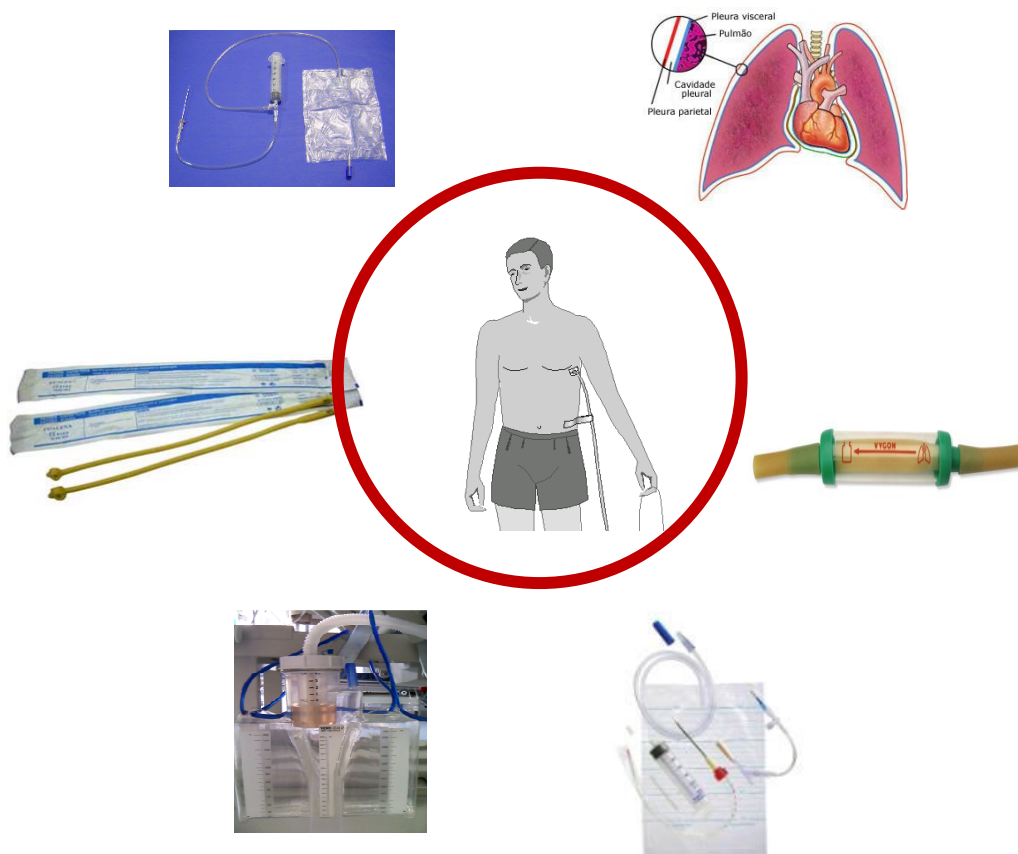
WILSON, E. - Preparações de Operações de Emergência. In S. Sheehy (Eds.), **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4.ª Ed., Loures: Lusociência.2001.877p. ISBN: 972-8383-16-9

A.E. Anabela Lage

ANEXO VII - Trabalho escrito sobre Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos

**MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL
P' ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

DRENAGEM TORACICA CUIDADOS E PROCEDIMENTOS



Aluna: Anabela Lage
Anabela.lage@hotmail.com

Sob orientação de : Prof.^a Paula Batista

**Sintra,
Junho, 2010**

SUMÁRIO

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	2
1. <u>DESENVOLVIMENTO</u>	3
1.1. INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE DRENAGEM TORACICA.....	6
1.2. TIPOS DE DRENAGEM TORACICA.....	6
1.3. SISTEMAS DE DRENAGEM.....	8
1.4. TIPOS DE DRENOS.....	13
1.5. COLOCAÇÃO DA DRENAGEM TORACICA...	16
1.6. MANUTENÇÃO DA DRENAGEM TORACICA...	19
1.7. REMOÇÃO DA DRENAGEM TORACICA...	22
1.8. RISCOS E COMPLICAÇÕES	24
1.9. DRENAGEM TORACICA E ACTIVIDADE FISICA	25
2. <u>AUTO-IMAGE E AUTO-CONCEITO</u>	25
3. <u>TORACENTESE...</u>	25
4. <u>NOTAS FINAIS</u>	30
5. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	31



0 - INTRODUÇÃO

Cuidar de doentes com drenagem torácica é uma prática comum em todos os serviços de urgência, mas esta técnica não aparece com muita frequência, por isso no dia-a-dia surge a quem cuida várias dúvidas e questões perante este cuidar.

Este trabalho foi elaborado com o objectivo de lembrar e esclarecer os Enfermeiros do SU, que lidam com esta técnica, conhecimentos sobre os componentes de uma drenagem torácica, as possíveis formas como esta é realizável e as complicações a ela associadas. Tem como finalidade servir de apoio, contribuindo para a clarificação e uniformização das boas práticas.

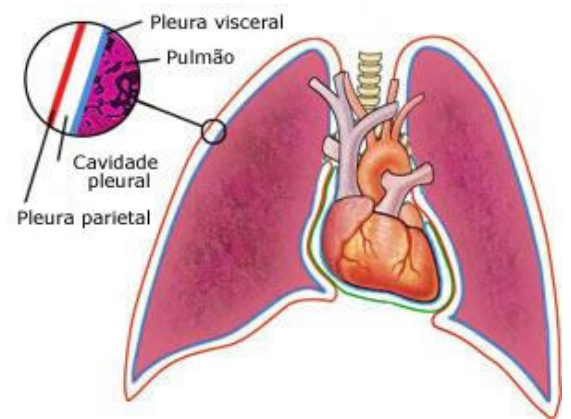
A realização deste trabalho foi possível com base na pesquisa bibliográfica pertinente e actual. Foi elaborado para servir como instrumento de apoio, que se revele útil para a prática diária, não pretendendo fazer uma abordagem exaustiva sobre o tema em questão, mas, salientar os aspectos que se afiguram mais importantes. Os conteúdos estão organizados, para que numa primeira abordagem sejam apresentadas as indicações, as finalidades, as vias de acesso para uma drenagem torácica e sejam enumerados e descritos alguns tipos de sistema de drenagem. Numa segunda abordagem sejam sistematizados os cuidados de enfermagem, aos doentes com drenagem torácica.



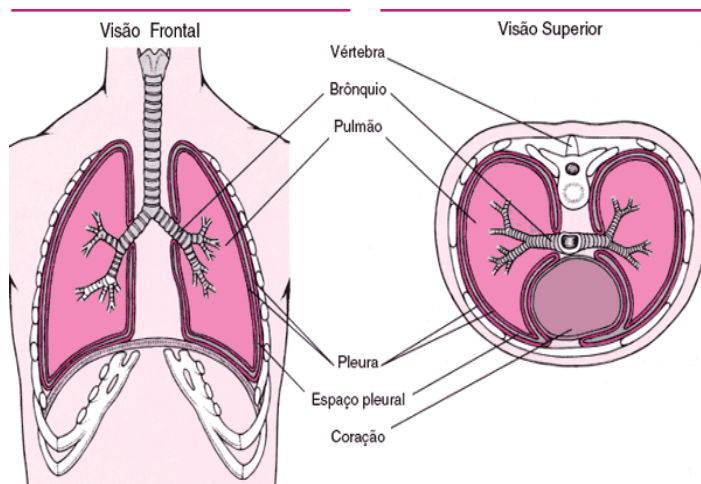
1- DESENVOLVIMENTO

Antes de iniciar o tema irá ser feita uma pequena abordagem de alguns conceitos sobre anatomia e fisiologia, importantes para se dominar melhor esta temática, das drenagens torácicas

A **pleura** é uma fina capa membranosa formada por dois folhetos: um visceral, aderente ao tecido pulmonar e um parietal, aderente às estruturas da parede torácica. Esta dupla aderência é a responsável pela manutenção da expansão torácica, ao longo do ciclo respiratório. Sem essa força de tração o tecido pulmonar estaria permanentemente colapsado em torno dos ramos brônquicos.



No seu interior, entre os dois folhetos, existe um espaço laminar, praticamente virtual, denominado espaço intrapleural ou cavidade pleural. Esse espaço é ocupado por uma pequena quantidade de líquido seroso lubrificante (pleural), que é constantemente renovado num contínuo equilíbrio produção/absorção, que em condições normais somente existe alguns milímetros, mas em situações adversas tem capacidade para muito mais.



O líquido pleural tem como função reduzir o atrito entre os folhetos pleurais (parietal e visceral), durante o movimento respiratório utilizando a lubrificação, facilitando assim os movimentos dos pulmões durante a mecânica da ventilação pulmonar.



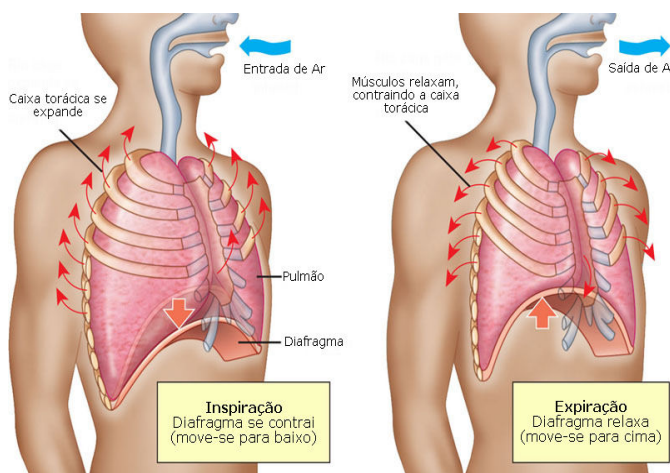
Este espaço, em situações patológicas (situações de trauma, doenças) poderá ser ocupado com a formação de uma colecção de:

- Ar ou gases (pneumotórax)
- Líquido (derrame pleural, empiema pleural, hemotórax, quilotórax)

Apesar de estas colecções constituírem sempre uma condição anormal provocando alterações que dificultam a ventilação pulmonar, a conduta do tratamento numa fase inicial poderá ser conservadora nos pequenos pneumotórax espontâneos, nos pacientes sem respiração mecânica e nas pequenas colecções líquidas não sépticas e cujo diagnóstico seja conhecido. Nas demais situações a emergência e o tipo de tratamento dependem de vários factores, como é o caso do tipo de derrame e do seu volume, impondo-se o tratamento através do uso da:

- Drenagem pleural/ torácica
- Toracentese ou punção pleural

O mecanismo fisiológico da respiração actua com base no principio da pressão negativa. Um aumento patológico do volume do liquido (por sangue, exsudados, etc.) ou a existência de ar vai afectar a força aspirativa do espaço pleural.



A pressão negativa pré-existente, resultante do campo de forças exercido pelo tecido pulmonar e pela pressão intrapleural colóido-osmótica, irá então diminuir (ou mesmo ser anulada), com consequente colapso pulmonar, que pode ser parcial ou total.

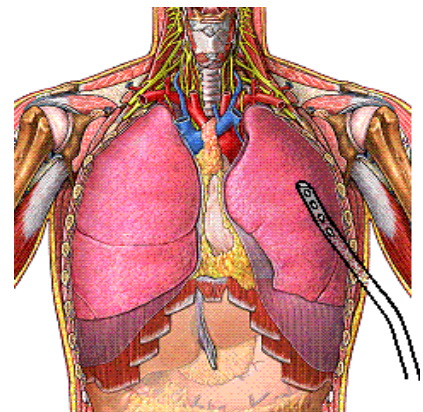
A boa funcionalidade das trocas gasosas a nível alvéolo-capilar depende de diversos factores, de entre os quais se salienta: o volume circulante de sangue



saturado de dióxido de carbono, nos capilares pulmonares; a quantidade de oxigênio que atinge os alvéolos e a boa permeabilidade da membrana alvéolo- capilar. Sempre que existe um derrame, independentemente da sua etiologia ou do seu conteúdo (líquido ou ar), vai haver uma diminuição da superfície total disponível para a efectivação das trocas gasosas, isto é, vai ocorrer uma diminuição da capacidade vital e da compliance pulmonar provocando a dificuldade respiratória ou quando atinge proporções elevadas vai colocar a vida do doente em risco. Para que tal não aconteça é necessário actuar, procedendo à sua remoção com o tratamento específico, conforme a situação em que o doente se encontra.

A **drenagem torácica** é um sistema que consegue remover as substâncias que se acumulam no espaço pleural tendo por objetivo a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural, promovendo a reexpansão pulmonar. Desta forma, quando usada adequadamente, contribui para melhorar as trocas gasosas e a respiração do doente (Catela, 2005).

As substâncias que se encontram no espaço pleural ou mediastínico são: ar, líquidos (sangue, pus, quilo e líquido pleural) e sólidos (fibrina), que podem ser resultantes de processos infecciosos, trauma, procedimentos cirúrgicos entre outros.



A técnica da drenagem torácica consiste na colocação de um dreno torácico no espaço pleural e posteriormente na ligação da sua conexão a um sistema de drenagem. Este sistema é composto por uma série de tubos e por um recipiente colector do produto drenado, colocados de modo a funcionar num único sentido (o do pulmão para o recipiente).



1.1. INDICAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DE UMA DRENAGEM TORÁCICA

A decisão de colocar uma drenagem torácica é sempre uma decisão médica.

Segundo vários autores, entre os quais se encontra CATELA (2005, p.18) as indicações para a colocação de uma drenagem torácica são:

- Pneumotorax: traumático, espontâneo, hipertensivo
- Hemotorax;
- Derrame pleural: quilotorax, empiema, etc;
- Hemopneumotorax: traumático, induzido cirurgicamente,
- Cirurgia cardiotorácica, como profilaxia de complicações.



Na colocação de uma drenagem torácica as contra-indicações absolutas não existem pois em situação de urgência nem sempre é possível pensar-se nos riscos e nas alterações presentes, porque o que se pretende, é actuar rapidamente quando a vítima se encontra em perigo de morte eminente. Mais tarde poderá haver uma correção das alterações presentes. (CATELA, 2005)

1.2. TIPOS DE DRENAGEM TORÁCICA

A funcionalidade da drenagem torácica depende da gravidade da lesão, da dinâmica da respiração, do selo de água e também dos meios mecânicos existentes no local para a expiração. Para se poder actuar em todas as situações pode se escolher entre a drenagem passiva ou a drenagem activa. Ambas são drenagens com um sistema fechado.

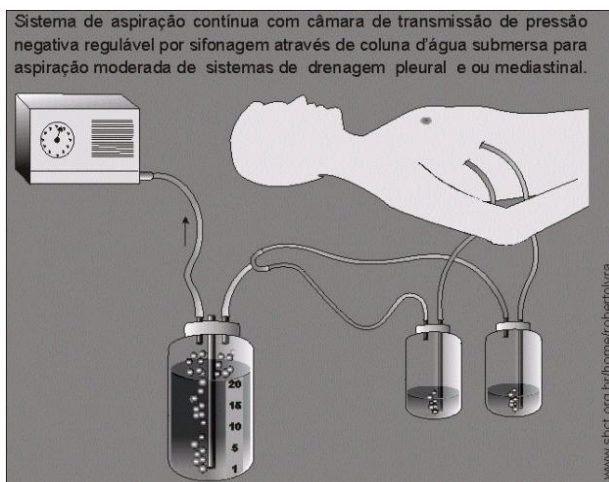
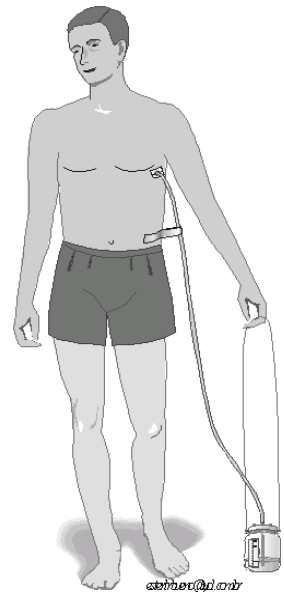


Drenagem passiva

Este tipo de drenagem não se encontra ligado a nenhuma fonte de aspiração sendo efectuada por meio da acção da gravidade e da pressão positiva. Esta é um tipo de drenagem que faz apelo à força gravitacional e à existência de uma pressão positiva intrapulmonar, para a concretização da drenagem pleural. O ar e/ou os fluidos deslocam-se de um nível mais alto para um nível mais baixo, isto é, deslocam-se dos valores de maior pressão para os de menor pressão.

Ao serem colocados os frascos colectores a um nível inferior ao do tórax estamos a estabelecer um circuito cujo sentido é do tórax para os frascos. A inversão desse sentido leva a que seja reintroduzido o produto drenado na cavidade pleural, com consequente aumento do derrame e um agravamento do potencial para a infecção. Devido a este processo, a drenagem é efectuada lentamente e depende de factores individuais.

A fisioterapia respiratória tem um papel preponderante neste tipo de drenagem. É muito utilizada nas cirurgias pulmonares: pneumectomias e no tratamento das fistulas broncopleurais.



Drenagem activa

Drenagem que se encontra ligada a uma fonte de aspiração, a baixa pressão. A pressão aplicada não pode ser muito elevada (o máximo oscila entre -20 e -30 cmH₂O), pelo risco de se efectuar uma aspiração de tecido pulmonar, e tal acontecimento de modo algum se pretende, pois iríamos agravar ainda mais a situação do doente.



Este processo é o oposto do anterior. Ao ser aplicado, no sistema de drenagem, uma pressão inferior à existente na cavidade torácica está a forçar o movimento do líquido e do ar, contidos na cavidade pleural, em direcção ao frasco colector. É um procedimento muito comum, quando se pretende acelerar a reexpansão pulmonar, drenar uma grande quantidade de líquido ou de ar ou, se pretende corrigir uma fuga de ar, como por exemplo, após se ter quebrado o selo de água numa drenagem simples, há que aplicar uma força aspirativa contínua no sistema de drenagem. Esta aspiração contínua é mantida constante e dentro dos níveis de segurança.

1.3. SISTEMAS DE DRENAGEM

O sistema de drenagem sub-aquática tem evoluído muito ao longo dos anos. Inicialmente era constituído por frascos de vidro com um, dois ou três recipientes posteriormente passou a ser constituída por uma unidade de utilização única, em plástico que pode ser utilizada de acordo com as várias modalidades de drenagem.

Nas instituições de saúde existem vários sistemas de drenagem, que são usados conforme o critério de cada instituição, tais como:

- Sistema Subaquático de um frasco;
- Atrium;
- Pleurevac;
- Thora- Seal II
- Válvula de Heimlich.

Estes para serem conectados a um dreno é necessária a utilização da técnica asséptica, utilizando o seguinte material:

- Luvas esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- Desinfectante
- 2 clamp's
- Cintas de aperto ou adesivo



Sistema Subaquático de um frasco



Este sistema é composto por uma tubuladura e por um frasco que pode ser de plástico ou de vidro. A parte proximal da tubuladura é conectada ao doente e a parte distal é inserida no frasco, havendo uma rosca a prendê-la ao frasco, da qual sai outro tubo para permitir a livre saída do ar drenado do pulmão ou para ser conectado a um aspirador.

O frasco deve ser preparado com água destilada estéril até ao nível zero que se encontra marcado no mesmo. Posteriormente é mergulhada a tubuladura na mesma, cerca de dois cm, permitindo que o líquido e/ou ar drenem do espaço pleural para dentro do frasco e que os mesmos não refluem para o tórax do doente.

Na drenagem passiva, durante a respiração existe uma oscilação no nível de água ou do líquido drenado que é o chamado sistema de sifão. Durante a inspiração sobe e durante a expiração desce. Este movimento interrompe-se quando se atinge a reexpansão do pulmão ou quando existe uma obstrução do sistema de drenagem ou uma deslocação dos drenos.





Na drenagem activa, o tubo que sai da tampa do frasco é ligado a um aspirador de baixa pressão, permitindo criar uma pressão negativa através da força de aspiração. Nesta, a oscilação do líquido na tubuladura mergulhada é mínima ou nula. A força da aspiração é mínima, o suficiente para vencer as diferenças de pressão existentes nos movimentos respiratórios, sendo controlada pelo manómetro existente no aspirador.

Atenção que poderá ocorrer o colapso do pulmão quando existe oclusão da saída. Esta oclusão pode ser provocada: por mau funcionamento do aspirador, por se encontrar o aspirador desligado ou porque os drenos estão clampados.

Os **sistemas descartáveis** surgem para dar resposta a um dos principais problemas dos clássicos frascos - a quebra do selo de água. Porque por um lado os frascos, por serem de vidro ou de plástico e de grandes dimensões, podem quebrar e cair com facilidade, desenvolvendo-se um pneumotórax hipertensivo. Por outro lado são mais difíceis de deslocar pela complexidade e peso do sistema. Por todos estes motivos, actualmente os novos sistemas descartáveis são os mais escolhidos.

Thora- Seal II

Sistema de material plástico transparente, leve, fácil de transportar e de uso único. Constituído por uma câmara de vedação subaquática e por uma câmara de recolha.

Deverá ser colocado cerca de 120 cc de água destilada na câmara subaquática.

A câmara de recolha tem uma capacidade guardar cerca de 2600 cc de líquido.

Este pode ficar no chão, pois tem uns pés próprios ou presos na cama.





Este sistema pode ser utilizado tanto para:

- drenagem por gravidade, em que se coloca o frasco num nível mais baixo do que o doente, posteriormente retira-se a tampa protectora da extremidade da tubuladura e liga-se ao dreno torácico, certificando-se de que não há qualquer secção apertada no tubo conector e observando se existe oscilação no selo de água;
- drenagem sob aspiração activa, em que se liga o frasco a uma fonte de aspiração (baixa pressão). Deve ser aumentada a aspiração gradualmente de forma a atingir o nível de vácuo pedido pelo médico.



O **Atrium** consiste num sistema que funciona por vácuo, sem necessitar de ter selo de água, com um regulador de aspiração a seco não ajustável regulado para -20cm H₂O e uma válvula unidireccional a seco como selo de protecção. Tem a desvantagem de só ter uma capacidade de volume de colheita de 500 ml.

Do sistema sai uma extremidade que pode ser ligada a um aspirador de baixa pressão, mantendo assim sempre o vácuo e, sai também uma tubuladura que é ligada ao dreno para fazer a recolha do material drenado.

Este sistema deve de ser mantido em posição vertical e abaixo do nível do tórax do paciente.



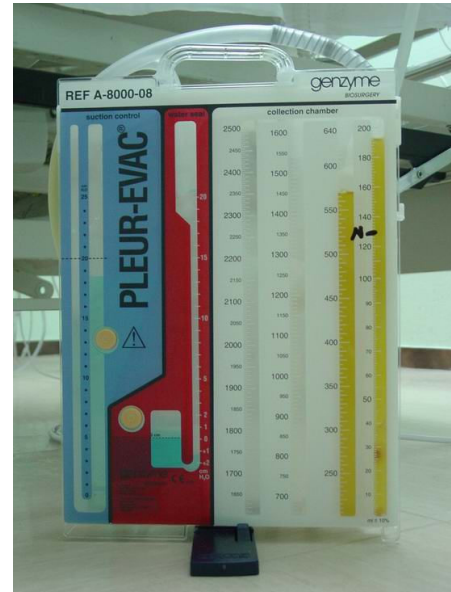
Pleurevac

Estes sistemas são feitos de um material plástico transparente e leve, fáceis de transportar e de uso único.

Funcionam de modo similar ao sistema de triplo frasco. Têm três câmaras: uma para recolha do produto drenado, com capacidade para 2500 ml; outra para o selo de água, onde existe um reservatório para a água e que comunica com as outras duas câmaras e a terceira, a câmara de controlo da aspiração destina-se à aplicação de um sistema de vácuo. Por serem transparentes é possível observar o funcionamento de cada uma das câmaras.

No pleurevac existem duas conexões externas: uma para conectar o sistema à fonte de vácuo a partir da câmara de aspiração e outra para conectar o sistema de drenos do doente até à câmara de recolha do drenado.

Com estes sistemas é possível a recolha de produto para análise sem ter que se abrir o coletor.



Valvula de Heimlich

É uma válvula esterilizada, muito leve. É um processo relativamente recente, mas que veio aumentar o nível de segurança na manipulação dos sistemas de drenagem torácica. Num sistema de selo de água, quando um frasco se parte ou um tubo se desconecta do cateter torácico, ocorre entrada de ar através do cateter, indo provocar um pneumotórax hipertensivo, mas ao se utilizar as válvulas essa situação será minimizada.





A Válvula de Heimlich é constituída por um tubo de plástico de cerca de 15 cm de comprimento, no interior do qual estão duas lâminas de borracha em íntimo contacto entre si. Os topos deste tubo são encerrados por uma conexão ligando um dos lados ao dreno torácico e outra conexão ao sistema coletor, que é um saco de drenagem. Para ser colocada utiliza-se a técnica asséptica e tem de ser clampado o dreno com dois clampes.

A pressão exercida pelo líquido ou pelo ar nessas lâminas de borracha faz com que estas se separem ligeiramente, permitindo a drenagem dos produtos (ar ou fluido), logo após o que se encerram novamente impedindo o seu refluxo, temos então um fluxo unidireccional do espaço pleural para o saco de drenagem. A resistência que a válvula oferece à passagem destes produtos é mínima.

É um produto descartável, que funciona em qualquer posição, pelo que permite o tratamento em ambulatório de alguns pneumotórax. O doente poderá deambular facilmente sem correr qualquer risco de desadaptação do sistema e, caso seja necessário poderá adaptar-se a um aspirador de baixa pressão.

Este é um sistema muito utilizado para transporte dos doentes que têm drenos, minimizando os riscos.

1.4. TIPOS DE DRENOS

Dreno de Malecot

MALECOT CATHETER



- ▶ Malecot Catheter 10 Fr. - 30 cm
- ▶ Malecot Catheter 12 Fr. - 30 cm
- ▶ Malecot Catheter 14 Fr. - 30 cm
- ▶ Malecot Catheter 16 Fr. - 30 cm
- ▶ Malecot Catheter 18 Fr. - 30 cm

(RE-ENTRY MALECOT CATHETER)

Made of Ethyl Vinyl Acetate. This is used as a Nephrostomy Drainage Catheter and Ureteral Stent. Supplied sterile in peel-open packages. Intended for one-time use .
Note: This Stents can be supplied in smaller length also.

FEATURE : Single Use Only

STERILE BY : ETO

MINIMUM ORDER : 25 PCS.

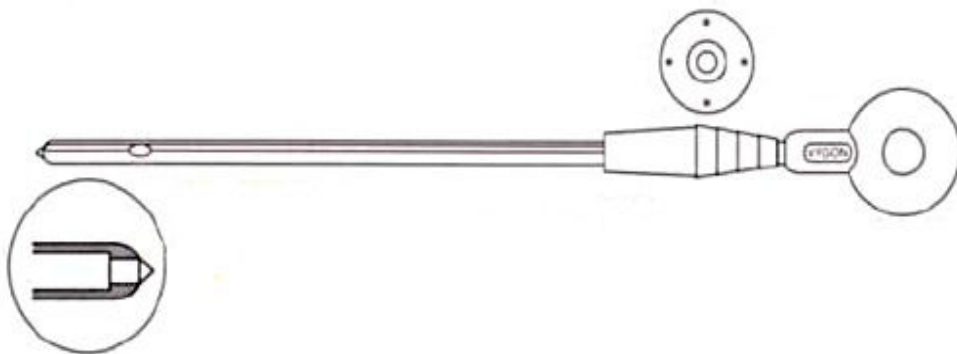
REF. ORDER NO. : NTM 0211



Dreno de Pezzer



Dreno de Joly





Dreno de Kendall- Argyle- Safety Thoracentesis System

Kit pedido pelos pneumologistas no serviço de urgência



Kit completo com saco colector e seringa para recolha do liquido





Dreno de Easydrain, Vygon



1.5. COLOCAÇÃO DA DRENAGEM TORÁCICA

A introdução do dreno torácico é realizada por punção da parede torácica, no decurso da cirurgia ou, sob anestesia local, na unidade em que está internado. Este é inserido no espaço pleural para remoção de líquido ou ar e, conseqüentemente, reinstalar a pressão negativa intrapleural e permitir a reexpansão da totalidade ou parte do pulmão colapsado

O local de inserção do dreno varia de acordo com o produto a remover e a sua localização. No entanto as inserções mais comuns são:

- Face anterior do tórax, ao nível do segundo ou terceiro espaço intercostal, na linha média clavicular (linha clavicular média ou axilar anterior) para drenar ar (pneumotórax). Esta localização permite uma melhor remoção do ar que se acumula na parte superior do espaço pleural;
- Fase lateral, ligeiramente anterior, do tórax, ao nível do quarto ao sexto espaço intercostal, a nível da linha média axilar para drenar líquidos.



A escolha destes locais tem haver não só com as características físicas do material drenado, pois o ar tende a tomar uma posição mais elevada que o meio liquido, como também com o procurar puncionar locais em que a irrigação e a enervação não estejam no trajecto do cateter. Depois de inseridos, os drenos são ligados a um sistema de drenagem subaquática.

Em alguns doentes existe a necessidade de retirar ao mesmo tempo liquido e ar, e como consequência é necessário colocar mais de que um dreno no mesmo indivíduo e em locais diferentes, dos atrás enunciados. Idealmente a introdução de um cateter torácico deveria de ser feita sob controle radiológico. No entanto, sabe-se que por condicionalismos diversos, sobretudo estruturais, físicos e organizacionais, tal não é praticável nem possível. Na sua impossibilidade impõe-se que, após a colocação da drenagem torácica, seja feito um exame radiológico para controle da localização do cateter e despiste de intercorrências.

Material necessário para a colocação do dreno:

- ✓Material para tricotomia, se necessário;
- ✓Mascara, touca ou barrete
- ✓Bata esterilizada
- ✓Luvas esterilizadas
- ✓Campos esterilizados (com e sem buraco)
- ✓Compressas esterilizadas
- ✓Anestésico (Lidocaina 1%/ 2%), excepto se houver indicação médica contraria
- ✓Desinfetante cloroehexidina, solução alcoólica a 2%
- ✓Caixa de ferros de drenagem torácica
- ✓Seringas 5 ml/ 10ml/ 20ml
- ✓Aguilhas e.v/ i.m/ s.c
- ✓Laminas nº15/ 24
- ✓Linha de sutura 2/0 e 1/0 com agulha lanceolada
- ✓Dois clamps/ 2 pinças de Kocker com dentes protegidos
- ✓Dreno torácico (Mallecot/ Pezzer/ Jolly), sendo o numero a designar pelo médico



- ✓ Frasco de drenagem torácica (descartável), previamente preparado com 120 c.c de água destilada (validar com a informação do tipo de frasco que estamos a utilizar no serviço)
- ✓ Pensos e adesivos
- ✓ Adesivo castanho ou cintas
- ✓ Mungidor
- ✓ Válvula de transporte/ unidireccional (se necessário)

Cuidados de Enfermagem:

- Se possível, explicar ao doente a necessidade da drenagem, o procedimento e como pode colaborar, de forma a diminuir a ansiedade
- Proporcionar privacidade
- Proceder à lavagem das mãos
- Preparação do material necessário
- Preparação do sistema de drenagem escolhida, preenchendo o reservatório específico com água destilada
- Avaliar sinais vitais
- Administrar terapêutica, se prescrita, analgésica, sedativa, tranquilizante
- Posicionar o doente na posição semi-fowler, o mais confortável possível
- Preparar o local de inserção: higiene e tricotomia, se necessário
- Colaborar com o médico durante o procedimento
- Avaliar durante o procedimento sinais de dificuldade respiratória, pedir ao doente para realizar inspirações profundas e tossir
- Adaptar o dreno à tubuladura do sistema de drenagem e fixa-lo adequadamente
- Colocar o sistema de drenagem a um nível inferior ao tórax e imobilizá-lo de forma a não cair
- Verificar a existência de oscilação do líquido dentro do tubo
- Desinfectar o local de inserção e aplicar penso em redor do tubo
- Avaliar características do conteúdo drenado
- Avaliar sinais vitais, dor e coloração da pele
- Proceder à lavagem das mãos
- Se indicação médica, conectar o sistema de drenagem a aspiração activa



- Manter sempre à mão duas pinças de Kocher com as pontas protegidas
- Fazer registos de Enfermagem
- Realização de Rx
- Informação à família
- Possibilitar a entrada das visitas de forma a diminuir a ansiedade

Registos de Enfermagem no final da técnica:

- ❖ Data e hora da execução do procedimento
- ❖ Tipo de dreno colocado na drenagem
- ❖ Local de inserção
- ❖ Tipo de drenagem colocada
- ❖ Características do líquido drenado, tendo em atenção que se borbulhar estamos perante um pneumotorax
- ❖ Reacção do doente
- ❖ Incidentes ocorridos
- ❖ Se realizou Rx toráx

1.6. MANUTENÇÃO DAS DRENAGENS TORÁICAS

As intervenções de manutenção das drenagens são dirigidas para a:

- Manutenção da permeabilidade do circuito,
- Prevenção da infecção no local de inserção do dreno,
- Prevenção de complicações.

Cuidados de Enfermagem na manutenção das drenagens torácicas

- Verificar e manter a permeabilidade dos drenos e do sistema;
- “Mungir” os drenos com frequência para desobstruir;
- Verificar se não existe angulação dos tubos;



- Alternar decúbitos;
- Incentivar o doente a tossir,
- Incentivar inspirações profundas e a realizar exercícios respiratórios;
- Se necessário alertar o médico;
- Verificar a existência de oscilação do liquido;
- Estar atentos ao borbulhar da água;
- Vigiar o aparecimento e a extensão de enfisema subcutâneo;
- Manter o sistema de drenagem abaixo do local de inserção;
- Administração de terapêutica analgésica;
- Desinfectar e colocar penso;
- Vigiar possíveis complicações;
- Ensino ao doente sobre a importância de:
 - Manutenção de uma boa postura;
 - Manutenção do sistema de drenagem livre, evitando permanecer sobre o tubo;
 - Permanecer em posição de Fowler ou semi-Fowler;
 - Alternância de decúbitos;
 - Efectuar inspirações profundas e tossir;
 - Não elevar o frasco de drenagem acima do nível do coração.

Registos diários de Enfermagem na manutenção das drenagens

- ❖ Quantidade e características do liquido drenado;
- ❖ Tipo de drenagem;
- ❖ Características do local de inserção;
- ❖ Existência ou não de oscilação na tubuladura
- ❖ Reacção do doente
- ❖ Incidentes ocorridos



Clampagem das drenagens torácicas

Na clampagem de uma drenagem torácica é utilizado duas pinças de Kocker, colocadas abaixo do cateter torácico. Estas devem ser colocadas em sentido oposto e afastadas entre si cerca de 5 cm. Esta dupla clampagem é feita com o objectivo de aumentar a segurança, pois se uma pinça se abrir acidentalmente, a outra evitará a entrada de ar na cavidade pleural.

As pontas das pinças devem estar protegidas por peças de borracha, evitando que sejam feitos cortes no tubo de drenagem e que entre ar no sistema.

A clampagem não é isenta de riscos. Ela funciona como oclusivo do tubo de drenagem. Por impossibilitar a drenagem ela pode conduzir a um agravamento do derrame, com os consequentes riscos para o doente: lesão pulmonar; distúrbio cardíaco; alteração da ventilação. Por isso mesmo a clampagem deve ser efectuada no final da fase expiratória.

Esta deve de ser mantida no menor tempo possível, exceptuando-se quando se está a avaliar a tolerância do doente à clampagem. Num indivíduo com um clampado colocado, a pressão intrapulmonar pode ser aumentada diversas vezes, se o indivíduo tosse ou se o derrame se agrava. Este evento pode vir a desencadear um agravamento da situação, por exemplo, pode reactivar uma fistula broncopleural.

O dreno só deve de ser clampado:

- Se houver desconexão acidental dos tubos ou quebra dos frascos;
- Nas operações de mudança de frasco/ sistema ou de abertura dos mesmos;
- No transporte do doente;
- Em doentes que são submetidos a pneumectomias, estando o sistema clampado, sendo desclampado durante 5` de 2 em 2h.

Desclampagem acidental da drenagem deve de:

- Clampar e cortar as extremidades contaminadas com lâmina estéril;
- Desinfectar, colocar uma conexão recta estéril e reconectar ao sistema de drenagem;



- Pedir ao doente para tossir;
- Comunicar ao médico;
- Vigiar o doente para detectar sinais de dificuldade respiratória,
- Providenciar uma radiografia ao tórax.

Cuidados com a drenagem no transporte do doente:

- Conectar o doente a uma valvula de Heimlich;
- Cuidado na passagem dos pacientes de uma maca para outra;
- Fixar frasco à cama evitando que caia, tombe e se parta;
- Cuidar para que a extremidade do sistema de drenagem não fique fora d'água;
- Evitar dobrar o dreno;
- A clampagem se for necessária, deverá ser utilizada no menor tempo possível.

Remoção da drenagem torácica

A drenagem é retirada quando:

- O líquido drenado é inferior a 100 ml nas últimas 24 horas;
- O doente recupera a sua função respiratória normal;
- Não existe oscilação na coluna de líquido ou borbulhar, isto após excluída a hipótese de obstrução ou deslocamento do dreno;
- Após reavaliação por radiografia do tórax em que se verifica a total reexpansão do pulmão.



Cuidados de Enfermagem:

- Explicar ao doente a técnica que vai ser submetido, ensinando-lhe a manobra de Valsalva e permitindo o seu treino;
- Proceder à lavagem das mãos;
- Preparar o material;
- Avaliar sinais vitais e dor;
- Administração de terapêutica analgésica;
- Colocar o material ao pé do doente;
- Retirar o penso que se encontra no local de inserção do dreno e realizar a desinfecção do local;
- Colaborar com o médico na remoção do dreno:
- Clampar todos os drenos excepto o que se vai retirar;
- Solicitar que o doente realize a manobra de Valsalva;
- Enquanto o doente sustem a respiração, o dreno é retirado com um movimento contínuo e rápido, e o médico aperta a seda fechando o local de inserção.
- Quando existe mais do que um tubo para retirar, o que é retirado deverá ser clampado antes de se desclampar o próximo;
- Fazer penso;
- Providenciar Rx tórax;

. Registos de Enfermagem:

- ❖ Reacção do doente;
- ❖ Características do líquido drenado;
- ❖ Quantidade do líquido drenado;
- ❖ Local de inserção do dreno;
- ❖ Incidentes ocorridos;
- ❖ Se realizou Rx tórax e se este foi observado pelo médico.



1.8. RISCOS E COMPLICAÇÕES

Sendo uma técnica invasiva, a drenagem torácica não é isenta de riscos e, por vezes, surgem complicações, algumas das quais com gravidade.

As complicações mais frequentes são:

- ✚ Hemorragia por lesão de um vaso (artéria intercostal, subclávia, mamaria, etc.); ou por oclusão do tubo, mascarando assim a evolução de um hemotórax;
- ✚ Infecção devida sobretudo a uma manipulação incorrecta do sistema;
- ✚ Enfisema subcutâneo por deficiente posicionamento do cateter torácico;
- ✚ Abscesso da parede, resultado, sobretudo de deficiente técnica ou a quebra do frasco colector
- ✚ Pneumotórax extenso, normalmente hipertensivo, em que vai haver uma entrada brusca de ar para a cavidade pleural, isto acontece porque:
 - o frasco com selo de água se parte;
 - existe uma desconexão acidental dos tubos

É necessário

- Não colocar o frasco com selo de água a um nível igual ou superior ao do doente. Este acidente leva a um refluxo do produto drenado e do líquido contido nos frascos colectores para a cavidade pleural, por um processo de sifão
- Não deixar haver que haja oclusão do tubo de drenagem, para isso é necessário evitar que:
 - O tubo fique dobrado;
 - O doente se deite sobre o tubo enquanto dorme prevenindo a formação de coágulos ou de processo fibrótico junto dos orifícios de drenagem.Esta situação conduz também ao desenvolvimento de processos hipertensivos no local afectado, devido à existência de um agravamento do derrame concomitante com a não efectivação da drenagem do ar ou líquidos acumulados.



1.9. DRENO TORÁCICO E ACTIVIDADE FISICA

A presença de um dreno torácico não é impeditiva da mobilidade geral do indivíduo. No entanto, o sistema de drenagem pode limitar a deslocação do indivíduo na unidade de internamento. Por exemplo, o indivíduo com um sistema aspirativo e em selo de água, embora se possa sentar na cama ou deslocar-se em torno dela, está sempre limitado pelo comprimento do tubo que vai do cateter torácico até ao frasco colector e deste ao sistema de aspiração. A introdução dos sistemas descartáveis e das válvulas unidireccionais, veio obviar um pouco este aspecto.

A dor provocada pela situação base, associada ao incomodo, desconforto e mesmo a alguma dor produzida pela presença do próprio dreno pode também ser um factor condicionante da mobilidade do doente. O medo sentido pelo doente, a par da (des) informação fornecida pelos profissionais de saúde pode também condicionar a actividade geral do indivíduo.

Independentemente destes aspectos, o doente deve ser sempre encorajado a tossir e a efectuar inspirações profundas periodicamente. Pois estas actividades facilitam a reexpansão pulmonar e previnem a infecção e a atelectasia.

2-AUTO-IMAGEM E AUTO-CONCEITO

A imagem corporal, em termos de estrutura e de funcionalidade é construída ao longo da vida do indivíduo, acompanhando o seu crescimento e o seu desenvolvimento. Iniciou-se com as carícias maternas e foi-se modificando e adaptando às alterações orgânicas e morfológicas do corpo. No entanto esta estruturação não é uniforme nem pacifica - ela é acompanhada por períodos de crise e de conflito intrapessoal, ao qual o indivíduo tem que dar resposta, com ou sem auxilio externo.

Toda a ameaça à estrutura aceite é elemento gerador de grande tensão e de conflito, uma vez que há uma dissociação entre o Eu físico, assumido, e o Eu real, mas desadaptado em relação ao anterior.

A presença de um dreno torácico vai gerar esse conflito intrapessoal. Embora o doente veja nele um método terapêutico eficaz, vê-o também e em simultâneo como um apêndice ao seu organismo. Esta dualidade entre a necessidade e o alheio é a verdadeira fonte de tensão, de angústia e de ansiedade.



3 - TORACENTESE

A toracentese é uma técnica que é simples e muito útil, decorrendo habitualmente sem riscos, sendo utilizada para a remoção de líquido do espaço pleural que se encontra a comprometer a parte respiratória. Esta é utilizada como forma de meio de diagnóstico, mas no caso de haver derrame é utilizada para fins terapêuticos, fazendo a sua drenagem (THELAN et AL, 1993).

A maior parte dos derrames são de pequena dimensão sendo tratados, com medicação convencional, com eficácia, mas quando aumentam e persistem recorre-se

à toracentese. Esta deve preceder qualquer forma de abordagem invasiva.

Pode ser utilizada em quase todos os doentes mesmo os que se encontram conectados a ventilação mecânica. A segurança deste método depende: da extensão do derrame, estado geral do paciente, presença de alterações do parênquima pulmonar, bem como do posicionamento do paciente para a realização do exame.

Procedimento

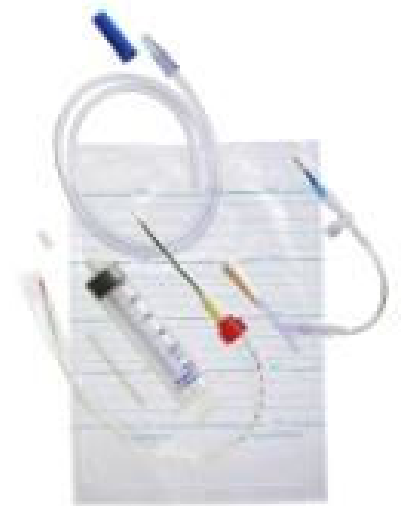
O posicionamento do paciente é importante durante o procedimento. O doente, se estiver estável e permitir, deve de estar sentado na beira da cama com os membros inferiores para fora ou sentado numa cadeira e apoiado numa mesa. Se for contra-indicado ficar sentado, deve de ser colocado em decúbito elevado (45°), e levemente lateralizado para o lado da intercorrência pleural, sempre à procura do ponto de maior declive. A auscultação e percussão da área podem ajudar na delimitação do local da punção. O doente deverá ser informado de que deverá permanecer imóvel e de que não deverá falar ou tossir durante a realização da técnica.

Devem ser respeitadas as regras de anti-sepsia sendo realizada anestesia no local desejado de forma a minimizar o desconforto do doente seguida pela punção do espaço pleural, onde se encontra o material a recolher. Após o procedimento deverá ser efectuado um Rx de controle ao tórax para verificação do estado do doente.



Material necessário

- ✓ Material para tricotomia, se necessário
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campos esterilizados (com e sem buraco)
- ✓ Compressas esterilizadas
- ✓ Anestésico (Lidocaina 1%/ 2%), excepto se houver indicação médica contrária
- ✓ Desinfetante cloroehexidina, solução alcoólica a 2%
- ✓ Tabuleiro de pensos, simples
- ✓ Seringas 5 ml/ 10ml/ 20ml/ 50ml
- ✓ Agulhas e.v/ i.m/ s.c
- ✓ Kit Pleurocan
- ✓ Pensos e adesivos



Cuidados de enfermagem

Os cuidados de enfermagem serão direccionados para a preparação psicológica e física do doente e para a vigilância durante e após a toracentese:

- Lavagem higienica das mãos;
- Preparação do material necessário;
- Explicar ao doente o que irá ser feito e qual o tipo de colaboração que se espera da sua parte permite facilitar e aumentar a segurança do procedimento, diminuindo alguns riscos tais como a dor, desconforto e pneumotórax;
- Isolar o doente;
- Expôs unicamente a região torácica;
- Posicionar o doente na posição correcta de forma a que fique o mais confortável possível;
- Avaliação dos sinais vitais e de saturação de oxigênio, antes, durante e após o procedimento. A drenagem de grandes quantidades de liquido provoca alteração da PaO₂, que pode descer até 24horas após a realização da toracentese por isso deve ser providenciado a administração de oxigênio;
- Auxiliar o médico nos procedimentos necessários;
- Proporcionar apoio psicológico ao doente;



- Ficar em alerta para o aparecimento de: tosse, dificuldade respiratória (dispnéia e diminuição das saturações) que são sintomas de edema pulmonar de reexpansão, dor, palidez, náuseas, taquicardia e diaforese;
- Executar penso;
- Proceder à lavagem das mãos;
- Providenciar Rx de controle após toracentese para fazer exclusão de pneumotórax acidental;
- Proceder aos registos de Enfermagem;
- Estimular o doente a ficar deitado para o lado do pulmão afectado, pois segundo vários estudos de investigação realizados nesta área, esta é a posição ideal para melhorar a oxigenação. (Thelan et al, 1993)

Registos de enfermagem

- Registo da data, hora e local do procedimento;
- Reacção do doente;
- Volume e características do liquido drenado;
- Registo dos sinais vitais;
- Se fez RX;
- Possíveis complicações.

Contra-indicações

Contra-indicações absolutas para o uso desta técnica não existem. Existem alguns riscos, provocados por alguns factores, que provocam o adiamento até que sejam ultrapassados. Esses factores de risco estão presentes em doentes com: instabilidade hemodinâmica, alterações na coagulação, prótese ventilatória, presença de balão intra- aórtico (BIA) ou em doentes que não estejam colaborantes.



Complicações

As complicações associadas à toracentese incluem dor, pneumotórax e edema pulmonar de reexpansão. Os dois primeiros são reduzidos quando esta técnica é feita por médicos experientes. O edema pulmonar de expansão pode surgir quando é drenado muito líquido do espaço pleural, aumentando assim a pressão negativa intrapleural não deixando que o pulmão atingido se reexpanda, provocando o edema. Os sintomas de alerta que fazem com que se interrompa a toracentese são a tosse intensa, seca e a dificuldade em respirar, a dispnéia.

Se houver agravamento da situação após o procedimento deveremos pensar que estamos perante um pneumotórax e a drenagem torácica deverá ser ponderada.



3 –NOTAS FINAIS

A enfermagem no serviço de urgência engloba uma série de intervenções e técnicas, em que os enfermeiros, perante a grande diversidade de patologias, têm de estar aptos a dar uma resposta rápida e eficiente. Algumas dessas são usadas com pouca frequência, como é o caso das drenagens torácicas. Assim, a compreensão desta técnica é fundamental, pois permite ao enfermeiro ficar desperta para os cuidados inerentes a esta, actuando de uma forma selectiva e eficaz, o mais precoce possível com vista à prevenção de complicações possíveis, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes.

Ao longo deste trabalho tentei abordar sistematicamente como cuidar de doentes com drenagem torácica, uma vez que estas são uma constante nos serviços de urgência, prevenindo complicações e levando à rápida recuperação do doente. Os cuidados de enfermagem são fundamentais para o despiste de sintomatologia apresentada pelo doente, conseqüentemente, para uma actuação eficaz. Foram abordados os diferentes tipos de drenos e sistemas de drenagem torácica, estruturando e fundamentando os cuidados de enfermagem a prestar aos doentes antes, durante e na retirada das drenagens.

Desejo que a realização deste trabalho tenha contribuído para a compreensão e sistematização dos cuidados de enfermagem, aos doentes com necessidade de drenagem torácica, por parte dos enfermeiros do serviço de urgência.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

📖 BRACKEN, J. (2001). Triagem. In S. Sheehy (Eds.), **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4.ª ed. Loures: Lusociência. 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9

📖 BRAGUEZ, Liliana (compiladora) –**Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos**. Sintra: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2009.

📖 CATELA, Alda – Cuidados de Enfermagem aos Doentes com Drenagens Torácicas Decorrentes da Cirurgia Cardiorácica. **Servir**.Lisboa.ISSN:0871-2370. Fev. 2005, nº53- N.1, p.17-25

CAMPOS, Ana [e tal] – **Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem**. Lisboa: Instituto de Gestão informática e Financeira da SDAúde, 2001. 247p. ISBN 972-97200-1-0.

📖 COSTA, Aldina. *et al.* Norma de Procedimentos de Enfermagem no Doente com drenagem torácica. **Nursing**.Lisboa. Ed. Portuguesa.ISSN:0871-6196. Julho/Agosto 2000, nº168, p.25-30

📖 SHEEHY, Susan - **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática** . 4.ª edição. Loures: Lusociência. 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9

📖 TEIXEIRA, J; PONCE, Pedro - **Manual de urgência e emergências**. Lousã: Lidel, 2006. 343 p. ISBN: 978- 972-757-365-3.

📖 URDEN, Linda; STACY, Kathleen; LOUGH, Mary – **Enfermagem em Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção**. 5ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 2006

📖 VAZ, C. *et al.* Cuidar no Serviço de Urgência. **Nursing**.Lisboa. Ed. Portuguesa.ISSN:0871-6196. (2000), nº147



📖 WILSON, E. - Preparações de Operações de Emergência. In S. Sheehy (Eds.), **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4.^a Ed,. Loures: Lusociência.2001.877p. ISBN: 972-8383-16-9

ANEXO VIII - Norma e Procedimento sobre Drenagem Torácica

<p>HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER URGÊNCIA GERAL</p>	<p>Elaborado por: Anabela Lage A.E. Em 2000 Actualizado: 2010</p>
<p><u>NORMAS E PROCEDIMENTOS SOBRE: DRENAGEM TORÁCICA</u></p>	<p>Enf^a Chefe M.^a Lurdes Almeida</p>

CONCEITO

- Técnica cirúrgica que consiste na colocação de um dreno tubular na cavidade pleural e/ou mediastínica, conectado a um sistema de drenagem fechado.

OBJECTIVOS

- Drenar de forma contínua para o exterior ar e/ou líquido acumulado
- Restaurar a pressão negativa na cavidade pleural
- Reexpandir o pulmão colapsado ou prevenir o colapso do pulmão do lado afectado
- Prevenir a infecção na cavidade pleural

MATERIAL

- Material para tricotomia, se necessário
- Campos esterilizados (com e sem buraco)
- Bata e luvas esterilizadas
- Máscara
- Compressas esterilizadas
- Desinfectante, clorhexidina a 2%
- Anestésico (Lidocaina 1%/2%) excepto se houver indicação médica contrária
- Caixa de ferros de drenagem torácica
- Agulhas e.v./i.m./s.c.
- Seringas 5ml/10ml/20ml
- Lâminas nº15/nº24
- Linha de sutura 2/0 e 1/0 com agulha lanceolada
- Dois clampes/ e pinças de Kocher com dentes protegidos por cada dreno
- Dreno torácico (Mallecot/ Pezzer/ Jolly), nº a designar pelo médico
- Sistema de drenagem torácica (descartável), previamente preparado com 120 c.c. de água destilada (validar com a informação do tipo de frasco que estamos a utilizar)
- Penso (compressas e adesivo)
- Válvula de transporte unidirecional (se necessário)

ACÇÕES DE ENFERMAGEM

ACÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
1 - Explicar ao doente a necessidade da drenagem, que é até se restaurar a função respiratória, como se vai desenrolar a técnica e como pode colaborar	1 - Compreensão da finalidade da técnica, diminuir a ansiedade, facilitar a adaptação e obter a sua colaboração
2 - Isolar o doente	2 - Respeito pela privacidade e conforto
3 - Lavar as mãos	3 - Prevenir a infecção
4 - Preparar o material necessário e colocar junto doente	4 - Ter o material à mão facilita o procedimento e economiza tempo
5 - Avaliar sinais vitais	5 - Despiste precoce de possíveis complicações, obter valores de referência
6 - Administrar analgésicos, sedativos, tranquilizantes, se prescritos	6 - Alívio da dor e da ansiedade
7 - Colocar o doente em posição de semi-fowler o mais confortável possível	7 - Facilitar a execução da técnica e promover uma melhor ventilação
8 - Desinfectar a pele com clorohexidina a 2%	8 - Procedimento cirúrgico que requer técnica asséptica
9 - Colaborar com o médico na execução da técnica	9 - Manter o posicionamento do doente e fornecer o material necessário para a execução da técnica
10 - Proporcionar apoio psicológico	10 - Diminuir a ansiedade. Obter a sua colaboração
11 - Adaptar o tubo/dreno proveniente da cavidade pleural ao tubo do frasco e fixá-lo adequadamente, permitindo uma boa drenagem	11 - Evita o refluxo e previne a desadaptação do tubo
12 - Manter sempre o frasco de drenagem a um nível inferior ao tórax	12 - Facilita o funcionamento da drenagem evitando o refluxo do líquido para o espaço pleural
13 - Verificar a existência de oscilação do líquido dentro do tubo (sobe durante a expiração e desce durante a inspiração)	13 - Permite avaliar a permeabilidade do sistema e do funcionamento da drenagem
14 - Aplicar penso em redor do tubo, após desinfeção do local de inserção do tubo e da área circundante	14 - Diminuir o risco de infecção da área de contaminação do tubo de drenagem, criando ao mesmo tempo uma barreira
15 - Observar as características do conteúdo drenado. Avaliar sinais vitais e coloração da pele	15 - Permitir despiste precoce de complicações
16 - Em caso de indicação médica, colocar a drenagem em aspiração activa	16 - Acelerar a reexpansão do pulmão
17 - Ter sempre à mão duas pinças de Kocher	17 - Clampar o dreno, quando necessário
18 - Fazer registos de enfermagem	18 - Transmitir informação a toda a equipa, para que possa ser possível fazer a avaliação da evolução da situação do doente

REGISTOS:

- Data, hora da execução da técnica
- Tipo e número do dreno colocado
- Características e quantidade do líquido drenado
- Tipo de drenagem
- Reacção do doente
- Realização de Rx

MUDANÇA DO SISTEMA DE DRENAGEM

ACÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
1 - Usar técnica asséptica	1 - Prevenir a infecção
2 - Clampar o sistema com duas pinças de Kocher protegidas, com intervalo de 5 cm	2 - Evitar a entrada de ar na cavidade pleural
3 - No hemotórax e piotórax: - Mudar o frasco e tubuladura diariamente ou sempre que tiver 2/3 da sua capacidade	3 - Se o sistema estiver cheio neutraliza a pressão negativa e impede a drenagem. (o sangue e o pus são óptimos meios de cultura)
4 - No pneumotórax: - Mudar o frasco e tubuladura semanalmente	4 - No pneumotoráx, não havendo drenagem de conteúdo líquido, não se torna necessário a mudança diária, evitando-se desnecessárias manipulações que aumentam o risco de complicações

ANEXO IX - Plano de acção da Sessão de Sensibilização ao Serviço de Urgência

PLANO DE SESSÃO

FINALIDADE: Diminuir as infecções associadas aos cuidados de saúde

POPULAÇÃO ALVO: Equipa Multidisciplinar do Serviço de Urgência do HSFX

TEMA DA SESSÃO: Drenagem Torácica, cuidados e procedimentos

TEMPO: 15 minutos

OBJECTIVO GERAL: Que os formandos no final da sessão sejam capazes de identificar os 5 momentos da Higienização das mãos

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Dar a conhecer a Circular Normativa Nº13/DQS/DSD de 14/06/2010
- Dar os cinco momentos da lavagem das mãos
- Conhecer os princípios gerais da higienização das mãos

RECURSOS DIDACTICOS:

- Videoprojector

MÉTODOS/ TÉCNICAS:


- Método afirmativo, técnica expositiva
- Método interrogativo, técnica das perguntas

AVALIAÇÃO:

- Inicial – Formulação de perguntas abertas de forma a verificar os pré-requisitos
- Formativa – Formulação de perguntas fechadas

	ACTIVIDADES	MEIOS	TEMPO
I N T R O D U Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação do tema ● Motivar e sensibilizar para a importância do tema da sessão e ao mesmo tempo fazer avaliação dos pré-requisitos, através da técnica das perguntas. ● Comunicação dos objectivos 	▪Videoprojector	30" 33" 17"
D E S E N V O L V I M E N T O	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquadramento teórico: <ul style="list-style-type: none"> - Circular Normativa - A lavagem das mãos - locais das mãos mais contaminados - Como evitar a contaminação - Os cinco momentos - Princípios gerais - Diferença entre o SABA e a água e sabão - Regras de ouro da lavagem das mãos ● Demonstração do material existente no Serviço de Urgência ● Esclarecimento de dúvidas, fazendo uma síntese 	▪Videoprojector	7'30" 1'30" 1'30"
A V L I A Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Fazer uma síntese utilizando a técnica de formulação de perguntas. Desta maneira consegue-se verificar os conhecimentos adquiridos, constatar os resultados obtidos e comunicá-los ao grupo. 	▪Videoprojector	2'
C O N C L U S Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntese final ● Agradecer a participação e a colaboração ● Despedir dos formandos 		1'

ANEXO X - Power Point da sessão de Sensibilização



Hospital de São Francisco Xavier

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Resultados de Observação do SU - 1º semestre

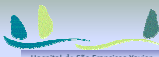


Setembro, 2010





Hospital de São Francisco Xavier

SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

Hospital de São Francisco Xavier

Circular Normativa N° 13/DQS/DSD de 14/06/2010
- Orientações da Boa Prática para a Higiene das mãos

OBJECTIVO: contribuir para a prevenção e controlo de IACS









Hospital de São Francisco Xavier

Lavagem das mãos é uma medida:

- Simples e eficaz
- Efectiva



....Na redução da IACS

Hospital de São Francisco Xavier

- Indicador de qualidade na segurança do doente,
- É uma das principais soluções de prioridade, na promoção da segurança do doente.





Hospital de São Francisco Xavier

As mãos:

- ✓ Raramente estão livres de Microrganismos
- ✓ São o principal veículo de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS



Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

LOCAIS DAS MÃOS MAIS COLONIZADOS

Espaços Interdigitais

Unhas

Punhos

Palmas das mãos

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

COMO EVITAR A TRANSMISSÃO DOS MICRORGANISMOS ?

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

Ambiente envolvente do doente

DOENTE

Fluidos orgânicos

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

UMA CORRECTA HIGIENE DAS MÃOS DEVE SER EFECTUADA

NO LOCAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

Higienizar as mãos antes de tocar num doente!
Para o proteger contra microrganismos que transporta nas suas mãos!

1 Antes do contacto com o doente

Alguns exemplos:

- Dar um aperto de mão
- Posicionar
- Auscultar
- Proceder à palpação abdominal

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

Higienizar as mãos imediatamente antes de um procedimento asséptico ou limpo!
Para proteger o doente de microrg. prejudiciais incluído os do seu próprio corpo!

2 Antes de procedimentos assépticos

Alguns exemplos:

- Abertura de sistema de drenagem
- Aspiração de secreções
- Realização de pensos
- Injecção
- Punções venosas
- Abertura de sistema de acesso vascular ou de drenagem
- Preparação e administração de medicação
- Preparação de alimentação

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

3. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos

Higienizar as mãos imediatamente depois de qualquer exposição a fluidos corporais depois de retirar as luvas.

Para sua proteção

Alguns exemplos:

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

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

4. Após contacto com o doente

Higienizar as mãos depois de tocar num doente ou na sua unidade antes de sair do local!

Para proteger-se a si e proteger o ambiente de trabalho!

Alguns exemplos:

- Aperto de mão
- Ajudar a posicionar
- Cuidados de higiene
- Avaliação de tensão arterial
- Palpação abdominal
- Auscultação cardíaca...

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

Higienizar as mãos depois de tocar em qualquer objecto que se encontre na unidade do doente, mesmo que doente não lhe tenha tocado!

Para sua proteção e do ambiente de trabalho!

Alguns Exemplos:

- Mudar roupa da cama
- Ajustar a perfusão
- Desligar alarme de perfusoras
- Limpar as mesas de cabeceira
- Manipular as barras da cama...

5. Após contacto com ambiente envolvente do doente

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM:

- Realizar a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde;
- Utilizar adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão);
- Cumprir a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento;
- Proceder ao ensino ao doente, visitas, voluntariado e fornecedores sobre a higiene das mãos.

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

PRINCIPIOS GERAIS:

- Retirar jóias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o dia ou turno de trabalho;
- Manter as unhas limpas, curtas, sem verniz. Não usar unhas artificiais na prestação de cuidados;
- Aplicar correctamente o produto a usar;
- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contactos e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efectuar;
- Ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho;
- Secar/deixar secar bem as mãos;

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

- **Lavar as mãos com água e sabão :**
 - quando visivelmente sujas,
 - em situações sociais (antes e após as refeições e após utilizar o WC),
 - ao chegar e sair do local de trabalho,
 - na prestação de cuidados a doentes com *clostridium difficile*.

Hospital de São Francisco Xavier

Lavagem das mãos

Para uma redução efectiva de microrganismos nas mãos, a lavagem deve demorar no mínimo **40 a 60 seg** e deve ser efectuada segundo as indicações que constam no cartaz

Hospital de São Francisco Xavier

A SABA deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos.

- Usar, de preferência, SABA se as mãos não estiverem visivelmente sujas;
- Antes e depois do contacto com o doente,

Hospital de São Francisco Xavier

Fricção Anti-séptica das mãos

Para reduzir efectivamente o crescimento de microrganismos nas mãos, deve efectuar a fricção anti-séptica de acordo com os passos indicados no cartaz

Corresponde a **20-30 seg!**

Hospital de São Francisco Xavier

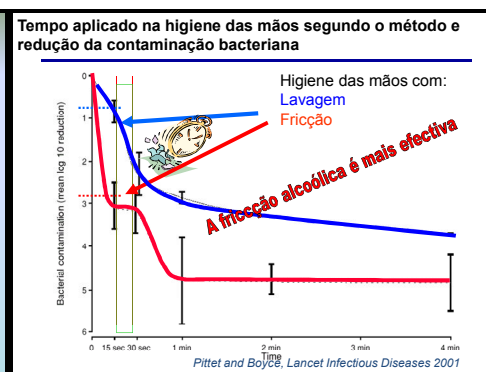
SOLUÇÃO ANTI-SÉPTICA DE BASE ALCOÓLICA

- ✓ Alternativa eficaz, mais efectiva,
- ✓ Menos Recursos,
- ✓ Actividade anti-microbiana alargada,
- ✓ Economia de tempo (redução de 1/3 do tempo necessário para a lavagem das mãos),
- ✓ Boa tolerância da pele,
- ✓ É mais barato.

Hospital de São Francisco Xavier

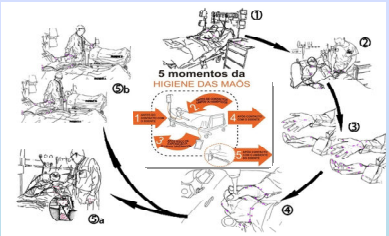
Lavagem
40 a 60 segundos

Fricção com SABA
20 a 30 segundos



Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas



5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS

1. Antes de tocar num doente
2. Antes de tocar num objeto
3. Depois de tocar num objeto
4. Depois de tocar num doente
5. Depois de tocar num objeto

FONTE: DGS

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

REGRAS DE OURO DA HIGIENE DAS MÃOS

- ❖ Deve ser efectuada **exactamente** onde se está a prestar cuidados ao doente (**no local de prestação de cuidados**).
- ❖ Durante a prestação existem **5 momentos** em que é essencial proceder a higiene das mãos.
- ❖ Para a higiene das mãos deve preferir a fricção com a **SABA**
Porquê? É mais acessível no local de prestação de cuidados, é mais rápida, mais efectiva e é melhor tolerada.
- ❖ Deve lavar as suas mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica.
- ❖ Deve seguir a técnica adequada e a duração indicada.

FONTE: DGS

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas



LIMPOU AS MÃOS COM ALCOL EM GEL???

DuKE

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

BIBLIOGRAFIA:

- ❖ AYLIFFE, Graham A. J. [et al.] - **Control of hospital infection : a practical handbook**. 4ª ed. London : Arnold, 2000. 401 p. ISBN 0-340-75911-9.
- ❖ BORGES, Lizandra Ferreira de Almeida e [et al.] - Contaminação nas mãos de profissionais de saúde em diferentes unidades de um hospital universitário brasileiro. **Nursing** (Ed. Brasileira) São Paulo. ISSN 1415-8264. 8:100 (Setembro 2006), p. 1000-1003.
- ❖ BOURJAUULT, Monique ; CETRE, Jean-Charles ; NICOLLE, Marie-Christine - Emploi des solutions hydro-alcooliques lors des pratiques de soins. **Soins**. Paris. ISSN 0038-0814. 691 (Decembre 2004), p. 40-41.

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

BIBLIOGRAFIA(Cont.):




- ❖ CASTELAO, Nanci F. do Vale - Clostridium difficile : um caso de infeção hospitalar. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 49 (Julho 2003), p. 19-22.
- ❖ DIAS, Lídia; BETTENCOURT, Marco - A importância da higiene das mãos no controle das infecções nasocomiais. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 83 (Março 2009), p. 28-30.
- ❖ GEADA, Ana Cristina - A importância da lavagem/desinfecção das mãos. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 181 (Outubro 2003), p. 41-44.

Hospital de São Francisco Xavier

Medidas simples salvam vidas

BIBLIOGRAFIA(Cont.):




- ❖ GRAINGER, Michelle - A perspectiva de uma equipa de enfermagem dos problemas no controlo da infeção. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 16:205 (Dezembro 2005), p. 20-24.
- ❖ GUERRA, Anna Leticia Soares Rocha; COELHO, Thiago - Análise de utilização de luva estéril na prevenção das infeções hospitalares durante a aspiração trequeal. **Revista Intensiva**. São Paulo. ISSN 1808-3269. 1:4 (Fevereiro/Março/Abril 2006), p. 111-115.
- ❖ KUNZLE, Sónia Regina Melon [et al.] - Auxiliares e técnicos de enfermagem e controle de infeção hospitalar em centro cirúrgico : mitos e verdades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. 40:2 (Junho 2006), p. 214-220.

Hospital de São Francisco Xavier

BIBLIOGRAFIA(Cont):




- ❖LEÇA, Ana [et al.] - **Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: manual de operacionalização.** [Lisboa]: DGS, 2008. 81 p.
- ❖LACERDA, Rubia Aparecida - **Controle de infeção em centro cirúrgico : fatos, mitos e controversias.** São Paulo : Atheneu Editora, 2003. 541 p. ISBN 85-7454-081-1.
- ❖MARTINS, Maria Aparecida - **Manual de infeção hospitalar : epidemiologia, prevenção e controlo.** 2ª ed. Rio de Janeiro : Medsi, 2001. 1116 p. ISBN 85-7199-256-8.

Hospital de São Francisco Xavier

BIBLIOGRAFIA(Cont):

- ❖MATOS, Lúcio Boaventura de [et al.] - Avaliação da lavagem das mãos por profissionais actuates de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Revista Intensiva.** São Paulo, ISSN 1808-3269. 2:11 (Novembro/Dezembro 2007/Janeiro 2008), p. 12-15.
- ❖MYATT, Rebecca - Mudanças a efectuar na pratica do controlo infeccioso para reduzir a infeção por MRSA. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. 15 : 182 (Novembro 2003), p. 31-38.
- ❖PRESTON, Rosemary M. - Abordagem baseada na evidencia para a segurança do paciente. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. 204 (Novembro 2005), p. 34-41.

Hospital de São Francisco Xavier

BIBLIOGRAFIA(Cont):

- ❖ROMAO, Rosaria - Infeção hospitalar - que fazer? **Enfermagem.** Lisboa. ISSN 0871-0775. 18 (2ª série) (Abril/Junho 2000), p. 27-28.
- ❖SILVA, Ruvani Fernandes da - Relato de experiencia vivenciada pelos academicos de enfermagem quanto a escovação das mãos. **Revista Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN 0872-8844. 49 (Julho 2003), p. 27-29.
- ❖TORRADO, Ana Patrícia Valente [e tal.] - Prevenção da infeção hospitalar. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. 199 (Maio 2005), p. 44-48.

ANEXO XI – Certificado de Assistência na Jornada sobre Tratamento em instalações hidráulicas para controlo e prevenção da *Legionella*”



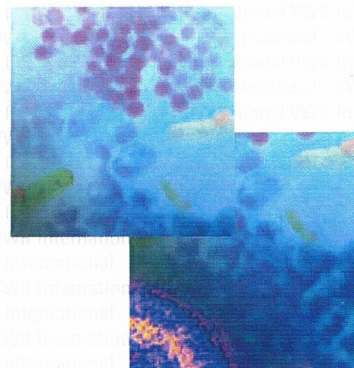
CERTIFICADO DE ASSISTÊNCIA

VWR International certifica que:

Anabela Freitas Ferreira Lage

*participou na Jornada: " Tratamento em instalações hidráulicas
para o controlo e prevenção de Legionella"*

Data: 29/09/2010
Local: Hotel Tivoli Oriente



Isabel Silva

Isabel Silva
Marketing Communication Manager 29 de Setembro de 2010

ANEXO XII- Recomendações para o VRE



RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO A MICROORGANISMOS ALERTA

Enterococcus Vancomicino Resistente

VRE



Elaborado por:

Enf.^a Margarida Mimoso
A.E. Anabela Lage

Revisto por:

Aprovado por

Aprovado em Conselho de Administração

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		R Recomendação nº 98
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

1. OBJECTIVOS

As presentes recomendações têm como objectivo abordar os aspectos epidemiológicos, os factores de risco e as medidas de prevenção e controlo de forma a diminuir a taxa de infecção por VRE.

2. DESTINATÁRIOS

Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Técnicos de Diagnóstico.

3. INTRODUÇÃO

O enterococcus vancomicina resistente (VRE) é um importante microrganismo patogénico^{1,2,3}.



As infecções por VRE têm sido associadas a significantes taxas de morbilidade, de mortalidade e a um aumento dos custos de internamento.

O desenvolvimento da resistência à vancomicina é recente, iniciando-se a sua descrição a partir do final da década 80. As infecções associadas aos cuidados de saúde por VRE têm aumentado rapidamente na última década. Nas várias estirpes isoladas a taxa de resistência à vancomicina tem continuado a aumentar, de acordo com os dados do NNIS System, os VRE tiveram um aumento de 12% da resistência no ano de 2003 relativamente aos anos anteriores (1998-2002)⁴.

4. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Os enterococos são bactérias Gram positivas que se apresentam isolados, aos pares ou em cadeias curtas e, por vezes, como coco bacilos. São anaeróbicos facultativos, que se desenvolvem em meios de elevado teor de cloreto de sódio (com 6,5% de NaCl), habitualmente a temperaturas compreendidas entre 35-37º C, mas muitas estirpes crescem entre 10 e 45 º C. Por sobreviverem em ambientes hostis apresentam uma grande resistência aos agentes físicos, sendo a sua presença habitual em quase todos os produtos biológicos, no solo, alimentos, água, animais, aves e insectos^{5, 6,7}

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		R Recomendação nº 198
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

No homem e noutros animais, os enterococcus são habitantes normais do trato gastrointestinal e do trato genital feminino; os mais frequentes são *Enterococcus faecalis*, o *Enterococcus faecium* e o *Enterococcus sp.* Apesar de se encontrarem em abundância no organismo o seu poder invasivo e patogénico é escasso, só ganhando relevância como agente de infecção em circunstâncias especiais.

Nos últimos anos algumas espécies de enterococcus têm desenvolvido elevada resistência a múltiplos antibióticos incluindo os aminoglicosídeos, ampicilina e vancomicina. Não só a resistência à vancomicina aumenta a dificuldade no tratamento mas também transfere um potencial de resistência à vancomicina para outros microrganismos (MRSA).^(3,6)

O aumento da resistência à vancomocina entre estirpes clinicamente importantes de enterococcus (*E. faecium* e *E. Faecalis*) é caracterizado pela aquisição de “clusters” de genes *van A* e *van B*, resultantes de uma complexa sequência evolutiva de transferência genética³.



Estudos epidemiológicos têm constantemente identificado a exposição a antimicróbios como um factor de risco para cultura positiva a VRE e como facilitadora da transmissão de VRE através de, pelo menos, dois mecanismos:

- Aumento de susceptibilidade à aquisição de VRE por supressão da competência da flora intestinal, promovendo uma vantagem seletiva para a sobrevivência do VRE adquirido por transmissão cruzada.
- Aumento da probabilidade de transmissão por doentes colonizados, devido a uma maior concentração de VRE nas fezes elevando assim o risco de contaminação ambiental ou de contaminação através dos profissionais de saúde³.

Os enterococos podem provocar infecções urinárias, infecções do local cirúrgico (cirurgia abdominal e cirurgia torácica), endocardite, meningite, septicemia e infecções graves das feridas abertas.

O VRE é transmitido por contacto directo de pessoa a pessoa através das mãos dos profissionais de saúde e por contacto indirecto através de equipamento contaminado.

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		R Recomendação nº 98
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

A presença de VRE em várias superfícies e equipamentos conduz à contaminação das mãos dos profissionais ao tocarem em superfícies e equipamentos contaminados. O VRE pode sobreviver em superfícies secas e equipamentos durante dias ou mesmo alguns meses, aumentando assim o potencial de disseminação³.

A contaminação da roupa dos profissionais pode resultar na transmissão de microrganismos de doente para doente. Vários estudos comprovaram o controlo de infecção de VRE através da aplicação das precauções de contacto (uso de luvas e bata) ³.

O equipamento, como estetoscópios, esfigmomanómetros, também fica contaminado e pode servir como um potencial vector de transmissão de microrganismos resistentes aos antibióticos³.



Diversos estudos sugerem que é essencial a implementação de rigorosas práticas de controlo de infecção para a prevenção da transmissão de infecções por VRE³.

4.1. FACTORES DE RISCO⁷

Estes factores implicam um risco acrescido para os utentes adquirirem uma infecção ou colonização por VRE:

- Internamento prolongado;
- Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos;
- Doentes oriundos de lares e de unidades de cuidados continuados;
- Tratamentos prolongados com antibióticos de 3ª geração, vancomicina e cefalosporina;
- Imunossupressão;
- Cirurgias recentes (abdominal ou torácica);
- Presença de dispositivos invasivos (cateteres venosos centrais, cateter urinário);

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		R Recomendação n.º 198
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

- Proximidade com outro doente colonizado ou infectado com VRE.

Medidas de Controlo de Infecção

A Comissão de Controlo de Infecção reforça que **Precauções Básicas** devem ser usadas na prestação de cuidados a TODOS os doentes em TODOS os contextos.

Medidas específicas devem ser seguidas no tratamento de casos de VRE, as quais incluem:



Precauções de Contacto

- O doente deve ser colocado em quarto individual. Se não existir quarto individual disponível, colocar o doente em quarto (enfermaria) com outro(s) doente(s) com infecção pelo mesmo agente, mas sem outras infecções (isolamento em coorte);
- Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento em coorte, ter em conta a epidemiologia do VRE e a população dos doentes, (doentes que não tenham risco aumentado de infecção como próteses vasculares, cateteres vasculares, estomas, úlceras de pressão e que não estejam infectados ou colonizados por MRSA), ao definir a localização do doente;
- O processo clínico e os exames complementares de diagnóstico não devem ser colocados no ambiente do doente.

Higiene das Mãos

- A higiene das mãos é a medida mais simples e eficaz para prevenir a transmissão entre doentes e profissionais;
- A higiene das mãos deve ser realizada com uma solução antiséptica antes e após o contacto com o doente infectado ou colonizado com VRE;

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		Recomendação n.º 198
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

- Usar solução antiséptica de base alcoólica (SABA) quando as mãos não estão visivelmente sujas ou contaminadas por sangue ou fluidos corporais;
- A lavagem com água e sabão antiséptico é recomendada quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou fluidos corporais.



Barreiras Protectoras: Luvas, bata ou avental

- Usar luvas ao entrar no quarto do doente;
- Lavar as mãos antes e depois de usar luvas;
- As luvas devem ser mudadas entre procedimentos no mesmo doente após contacto com material que possa conter alta concentração de microrganismos (material fecal ou drenado de feridas). As luvas (que não precisam de ser estéreis) devem calçar-se á entrada do quarto ou área de isolamento e retiradas antes de sair do quarto;
- Depois de descalçar as luvas e lavar as mãos assegurar-se que não toca em nenhum objecto ou superfície potencialmente contaminada, antes de sair da unidade do doente;
- Usar avental quando não há contacto directo com o doente ou superfícies do ambiente;
- Deve utilizar-se a bata (limpa, não esterilizada) quando, ao entrar no quarto, se prevê um contacto próximo com o doente, ou com superfícies do meio ambiente ou com objectos utilizados pelo doente, ou ainda se o doente está incontinente, se tem diarreia, uma ileostomia, colostomia ou se a drenagem da ferida não está protegida. Retirar a bata ou avental antes de sair do quarto. Após retirar bata, tem que haver o cuidado de evitar que a roupa não contacte com superfícies potencialmente contaminadas para se evitar a transferência de microrganismos para outros doentes ou para outros ambientes.

Controle de Antibióticos³

- Evitar inapropriada ou excessiva profilaxia ou tratamento antimicrobiano.
- Restringir o uso de Vancomicina;

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		Recomendação nº 8
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

- Para prevenir a colonização intestinal por VRE diminuir o uso de agentes com pouca ou nenhuma actividade contra enterococcus, tais como os de 3ª geração e 4ª geração de cefalosporinas, em doentes não diagnosticados como colonizados com VRE;
- Para prevenir a elevada densidade de persistência de colonização por VRE, diminuir o uso de agentes anti-anaeróbicos em doentes com colonização intestinal por VRE.

Controlo Ambiental



Equipamento

- O equipamento, como o estetoscópio, esfigmomanómetro e termómetro deve ser de uso exclusivo e individual e só em situações excepcionais poderá ser utilizado entre doentes, precedido de prévia descontaminação (proceder de acordo com as instruções do fabricante).

Limpeza

- A limpeza e desinfeção do quarto/ unidade do doente requerem:
 - Reforço do esquema de limpeza da unidade, incluindo as superfícies mais tocadas (grades das camas, puxadores das portas, superfícies das casas de banho, interruptores);
 - Lavagem diária com água e detergente;
 - Em presença de sangue ou matéria orgânica, esta deve ser imediatamente removida, a área desinfectada (diluição de dicloroisocianurato de sódio, NaDCC, a 1%) e lavada (água e detergente) com excepção da urina (absorver o derrame de urina com celulose e descartar para Resíduos Grupo III; lavar com água e detergente; aplicar solução de NaDCC a 0,1%);
 - O material de limpeza deve ser exclusivo para aquela unidade.
- Após a alta do doente, retirar cortinados e enviá-los para a lavandaria assim como toda a roupa da unidade. Eliminar os frascos de sabão, de solução alcoólica, toalhetes e todo o material descartável que possa estar no quarto. Os colchões e almofadas devem ser observados minuciosamente, lavados e desinfectados, tendo

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E. 1ª Edição __/__/2010</p>	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO	 <p>Aprovado por C.A. em:</p>	Recomendação nº 8
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

em conta as indicações do fabricante.

- Lavar e desinfetar toda a unidade (solução de NaDCC a 0,1%).

Roupa

- Mudar a roupa da cama diariamente para a qual não é requerido tratamento especial.

Resíduos

- Proceder cuidadosamente à eliminação de líquidos potencialmente contaminados (água do banho, urina, etc.).



Formação dos profissionais de saúde

- Deve ser incluído nos programas de formação interna dos serviços, as medidas de prevenção e controlo de VRE. Adicionalmente, em situação de aumento de frequência de casos de VRE, devem ser realizados reforços de treino das práticas de controlo de infecção.

Educação do Doente/ Família

- Dar conhecimento ao doente das medidas a tomar e pedir a sua colaboração no seu cumprimento;
- Informar o doente sobre a importância de não partilhar objectos pessoais, tais como revistas equipamentos de som e outros;
- Informar as visitas da necessidade da higiene das mãos, antes e depois de sair do quarto (não há evidência que pessoas saudáveis estejam sob risco acrescido de desenvolver infecção a estes microrganismos); reforçar a necessidade de contactar um profissional de saúde antes de entrar na unidade do doente;
- Restringir o número de visitas.

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		R Recomendação n.º 198
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

Transporte do Doente

- A deslocação do doente deve ser limitada. Se indispensável, as precauções deverão ser cumpridas em todo o percurso e o serviço de destino deve ser atempadamente avisado. A roupa do doente deve ser mudada bem como toda a roupa da cama; em caso de haver feridas, as mesmas devem ser cobertas com penso impermeável; avisar os intervenientes no transporte e recepção do doente sobre as precauções a adoptar na prestação de cuidados a estes doentes

Despiste (Screening) ^{8, 3}

Existe considerável evidência que suporta o uso de culturas de vigilância activa em doentes de alto risco e durante surtos de infecção ou colonização com microrganismos resistentes aos antibióticos.

A CCI recomenda efectuar o despiste de colonização em doentes de alto risco de transmissão de VRE:

- Na admissão a Unidades de cuidados intensivos;
 - Em intervalos periódicos de acordo com:
 - Internamento prolongado;
 - Localização na enfermaria;
 - Terapêutica antibiótica prolongada;
 - Patologias associadas.
- Protocolo de despiste³

Efectuar colheita de:



Fezes (coprocultura) ou zaragatoa do recto ou de zona perianal.

O doente aguarda em precauções de contacto o resultado do exame microbiológico.

Se resultado negativo:

- O doente sai de precauções de contacto.

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		R Recomendação nº 98
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

Se resultado positivo:

- Informar o doente sobre a sua situação;
- o doente mantém-se com precauções de contacto até à alta.

Alta/transferência

No momento da transferência para outro serviço/outra unidade de saúde:

Documentar a colonização/Infecção na carta de transferência do doente; comunicar verbalmente esta informação ao serviço receptor.

No momento da alta, para a comunidade:

Documentar a colonização/infecção na carta de transferência do doente; não são necessárias precauções em casa; não são necessários produtos de higiene específicos; a limpeza de casa não requer qualquer alteração.



RELEMBRAR O DOENTE da importância da higiene das mãos.

Não são necessárias restrições a visitas nem a actividades.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. CDC – Multidrug-Resistant Organism & Clostridium Difficile – Associated Disease (MDRO/CDAD) Modulo. CDC. June 2010;1-25
2. Zhou Q, Moore C, Eden S, Tong A, MCGeer A. Factors associated With Acquisition of Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE) in Roommate Contacts of Patients Colonized or Infected with VRE in a Tertiary Care Hospital. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2008; 29, 5:398- 403.
3. Muto C A, Jernigan J, Ostrowsky BE, Richet HM, Jarvis WR, Boyce JM, *et al.* SHEA Guideline for Preventing Nosocomial Transmission of Multidrug- Resistant Strains of *Saphylococcus aureus* and *Enterococcus*. Infection Control and Hospital Epidemiology 2003; 24, 5: 362- 386.

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO		Recomendação n.º 98
	PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE		

4. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from 1992 through June 2004, issued October 2004 Am J. Infect.[periodico na internet]. 2004[acesso em 2010 Outubro 5]; [aproximadamente 16p.]. Disponível em WWW.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nnis/2004NNISreport.pdf
5. Wilson J. Controlo de Infecção na Prática Clínica. Lusociência, 2ª edição. Loures. 2003.137-138, 312-314.
6. Ferreira W, Sousa J C F. Microbiologia. Lidel. Coimbra. 2000. 60-61.
7. Guidelines for the Prevention and Control of Vancomycin-resistant Enterococci (VRE) in Long Term Care Facilities. Community Health Administration. 2006[acesso em 2010 Outubro 5]; [aproximadamente 5p.]. Disponível em <http://www.edcp.org/guidelines/vre96.cfm>.
8. Siegel J D, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings. CDC. 2006; 34-48.
9. DGS -Programa nacional de prevenção das resistências aos antimicrobianos. 2009
10. Olivier C N, Blake RK, Steed LL, Salgado C. Risk of Vancomycin-Resistant Enterococcus (VRE) Bloodstream Infection Among Patients Colonized With VRE. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2008; 29,5: 404-409.
11. Weber SG, Huang SA, Oriola S, Huskins WC, Noskin GA, Harriman *et al*. Legislative Mandates for Use of Surveillance Cultures to Screen for Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* and Vancomycin-Resistant Enterococci: Position Statement From the Joint SHEA and APIC Task Force. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2007, Vol.28, Nº: 249-260..
12. Siegel J D, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Guideline for Isolation Precautions: Preventing transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC. 2007. 74-92
13. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from 1992 through June 2004, issued October 2004 Am J. Infect.[periodico na internet]. 2004[acesso em 2010 Outubro 5]; [aproximadamente 16p.]. Disponível em WWW.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nnis/2004NNISreport.pdf

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL E.P.E.</p> <p>1ª Edição</p> <p>__/__/2010</p>	RECOMENDAÇÕES EM PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO	 <p>Aprovado por C.A. em:</p>	R ecomendação nº 8
	<i>PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A VRE</i>		

14. DGS - Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão. PNCl. 2004
15. CDC- Recommendation for Preventing the Spread of Vancomycin Resistance. Recommendations of The Hospital Infection Control Practices advisory Committee (HICPAC. September 1995

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
- Enfª Margarida Mimoso - A.E. Anabelal Lage		

ANEXO XIII – Certificado no Simpósio de antibioterapia na prática clínica: Multidisciplinaridade para a Excelência



ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL (Dec.Reg. Nº 35/2002)

Certifica-se que Anabela De Freitas Ferreira Lage,
Natural de Pena, nascido a 25/12/1968, nacionalidade Portuguesa, portador do bilhete de identidade nº 9114801 emitido
pelo Arquivo de Identificação de Lisboa em 09/03/2006, participou em 18/11/2010, no Curso de Formação Profissional

Simpósio de Antibioterapia

que decorreu em 18/11/2010 no Hospital da Luz com a duração total de 6 horas.

Lisboa, 18 de Novembro de 2010

O Responsável da Entidade Formadora



Certificado nº 1714/2010
ADVITA/5_v01

ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA
Rua Prof. Carlos Alberto da Moia Pinto nº 17-9º 1070-313 - Lisboa Tel.: 00 351 21 316 32 75 Fax: 00 351
21 353 02 92 - Site: www.advita.pt - Email: info@advita.pt - Instituição Particular de Solidariedade
Social, inscrição nº 42412a ffs. 69 do Livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social

ANEXO XIV - Plano de sessão da Higiene das Mãos, aos Médicos

PLANO DE SESSÃO

FINALIDADE: Contribuir para a prevenção e controlo da IACS

POPULAÇÃO ALVO: Médicos do serviço CCT

TEMA DA SESSÃO: Higiene das mãos

TEMPO: 50 minutos

OBJECTIVO GERAL: Que no final da sessão sejam capazes de verbalizar quais são as orientações da boa prática

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Sensibilizar para a Boa Prática da Higiene das Mãos na prevenção das IACS
- Relembrar as Recomendações Nacionais para a higiene das mãos

RECURSOS DIDACTICOS:

- Videoprojector

MÉTODOS/ TÉCNICAS:

- Método afirmativo, técnica expositiva
- Método interrogativo, técnica das perguntas
- Método demonstrativo




AVALIAÇÃO:

- Inicial – Formulação de perguntas abertas de forma a verificar os pré-requisitos;
- Formativa – Formulação de perguntas fechadas,
- Final – Formulação de perguntas


	ACTIVIDADES	MEIOS	TEMPO
I N T R O D U Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação do tema ● Motivar e sensibilizar para a importância do tema da sessão e ao mesmo tempo fazer avaliação dos pré-requisitos, através da técnica das perguntas. ● Comunicação dos objectivos 	▪ Videoprojector	<p>2'</p> <p>5'10"</p> <p>2.50"</p>
D E S E N V O L V I M E N T O	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquadramento teórico: <ul style="list-style-type: none"> - Circular Normativa - A lavagem das mãos - locais das mãos mais contaminados - Como evitar a contaminação - Os cinco momentos - Princípios gerais - Diferença entre o SABA e a água e sabão - Regras de ouro da lavagem das mãos - O uso de luvas ● Esclarecimento de dúvidas, fazendo uma síntese 	▪ Videoprojector	<p>18'</p> <p>2'50"</p>
A V L I A Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Na prática, quando os formandos calçarem e retirarem as luvas 	▪ Videoprojector (16'
C O N C L U S Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntese final ● Agradecer a participação e a colaboração ● Despedir dos formando 	▪ Fotocópias com síntese da sessão	' 10'

ANEXO XV - Power Point da sessão Higiene das Mãos, aos Médicos

 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p><i>medidas simples salvam vidas</i></p>  <p>HIGIENE DAS MÃOS</p>  <p>Anabela Lage Outubro, 2010</p>	 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p><i>medidas simples salvam vidas</i></p> <p>OBJECTIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sensibilizar para a Boa Prática da Higiene das Mãos na prevenção das IACS ▶ Relembrar as Recomendações Nacionais para a Higiene das Mãos, 2010 ▶ Dar a conhecer os resultados da Campanha de Higiene das Mãos de 2008-2010
---	--

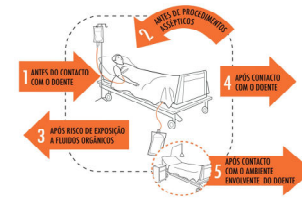
 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p><i>medidas simples salvam vidas</i></p> <p>Circular Normativa Nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Orientações de Boa Prática para a Higiene das mãos nas unidades de Saúde <p>OBJECTIVO: contribuir directamente para a prevenção e controlo de IACS e, indirectamente, para o controlo das resistências aos microbianos</p>	 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p><i>medidas simples salvam vidas</i></p> <p>A higiene das mãos é uma medida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Efectiva ➢ Simples e eficaz  <p>...Na redução da IACS</p>
---	--

 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p><i>medidas simples salvam vidas</i></p> <p>Indicadores de avaliação da Boa Prática de Higiene das mãos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Avaliação do consumo de SABA e do sabão ➢ Taxa de adesão à prática da higiene das mãos 	 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p><i>medidas simples salvam vidas</i></p> <p>COMO EVITAR A TRANSMISSÃO DOS MICRORGANISMOS ?</p> 
---	---



HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Conceito dos "Cinco Momentos"




1 ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE

2 ANTES DE PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS

3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS

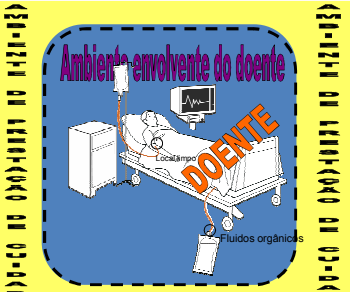
4 APÓS CONTACTO COM O DOENTE

5 APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE




HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Ambiente envolvente do doente




DOENTE

Fluidos orgânicos




HOSPITAL DE SANTA CRUZ

UMA CORRECTA HIGIENE DAS MÃOS DEVE SER EFECTUADA



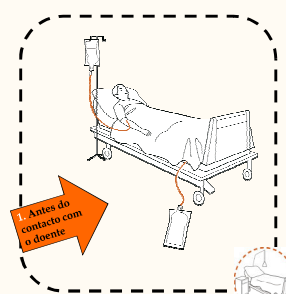
NO LOCAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS



HOSPITAL DE SANTA CRUZ

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS


Para o proteger contra microrganismos que transporta nas suas mãos!



1. Antes do contacto com o doente

Alguns exemplos:

- Dar um aperto de mão
- Auscultar
- Proceder à palpação abdominal




HOSPITAL DE SANTA CRUZ

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS


Para proteger o doente de microrg. prejudiciais incluindo os do seu próprio corpo!

Alguns exemplos:

- Colocação de catéter central, linha arterial
- Abertura de sistema de drenagem
- Aspiração de secreções
- Realização de pensos
- Punções venosas



2. Antes de procedimentos assépticos



HOSPITAL DE SANTA CRUZ


OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

Higienizar as mãos imediatamente depois de qualquer exposição a fluidos corporais e depois de retirar as luvas.

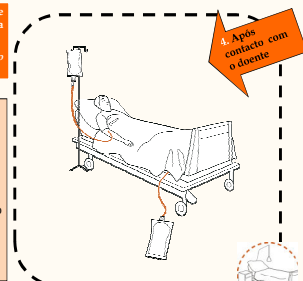
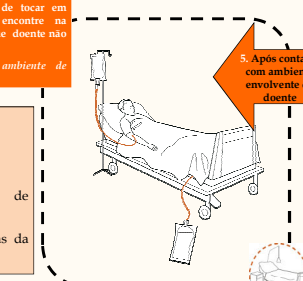
Para sua protecção




Alguns exemplos:



- Aspiração de secreções
- Realização de pensos
- Contacto com vômito, fezes, urina, secreções
- Aplicação de colírios
- Administração de medicação



3. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS	OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS
<p>Higienizar as mãos depois de tocar num doente ou na sua unidade de antes de sair do local. <i>Para protegê-lo a si e proteger o ambiente de trabalho!</i></p> <p>Após contacto com o doente</p> <p>Alguns exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aperto de mão • Palpação abdominal • Auscultação cardíaca... • Avaliação de tensão arterial • Ajudar a posicionar 	<p>Higienizar as mãos depois de tocar em qualquer objecto que se encontre na unidade do doente, mesmo que doente não lhe tenha tocado! <i>Para sua proteção e do ambiente de trabalho!</i></p> <p>Após contacto com ambiente envolvente do doente</p> <p>Alguns Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar a perfusão • Desligar alarme de perfusoras • Manipular as barras da cama... 

 <p>Técnicas de higiene das mãos</p>	 <p>Fricção anti-séptica</p>
<p>✓ Fricção anti-séptica: aplicação de um anti-séptico de base alcóolica para fricção;</p> <p>✓ Lavagem: higiene das mãos com água e sabão (neutro ou com antimicrobiano),</p> <p>✓ Preparação Cirurgica das mãos.</p>	<p>SABA deve ser a primeira escolha,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Em mãos sem sujidade ou matéria orgânica; ➢ Aplicada antes de procedimentos limpos/assépticos, e na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados; ➢ Antes e depois do contacto com o doente. <p>NÃO utilizar em simultâneo com sabão antimicrobiano</p> <p>Tempo de utilização da tecnica a 15-30 seg</p> 



 <p>Lavagem</p>	 <p>PREPARAÇÃO CIRURGICA DAS MÃOS, Recomendações</p>
<p>Lavar as mãos com água e sabão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ quando visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica; ➢ em situações sociais (antes e após as refeições e após utilizar o WC); ➢ na prestação de cuidados a doentes com <i>clostridium difficile</i>. <p>Tempo de utilização da tecnica de 40-60 seg</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Remover anéis, pulseiras e relógios antes da desinfecção cirúrgica das mãos; ➢ Manter as unhas curtas. Proibido o uso de unhas artificiais e de verniz; ➢ Se as mãos estiverem visivelmente sujas , lavar com água e sabão neutro, antes da aplicação da solução alcóolica;

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Medidas simples salvam vidas!

PREPARAÇÃO CIRURGICA DAS MÃOS, Recomendações (cont.):

- A antissépsia cirúrgica das mãos deve ser realizada com sabão antimicrobiano ou com solução de base alcoólica, antes da utilização de luvas esterilizadas;
- Quando realizar a lavagem cirúrgica, com água e sabão antisséptico, lave as mãos e antebraços durante o tempo recomendado pelas instruções do fabricante do produto,
Total 3 min.






HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Medidas simples salvam vidas!

PREPARAÇÃO CIRURGICA DAS MÃOS, Recomendações (cont.):

- Quando usar a solução de base alcoólica, siga as instruções do fabricante para o tempo de aplicação do produto. Aplique o produto apenas em mãos secas
Total 1,5 min;
- Quando usar a solução de base alcoólica, use quantidade suficiente de produto para manter sempre a pele húmida enquanto fricciona,
- Permitir a secagem completa das mãos após aplicação da solução de base alcoólica antes da colocação de luvas estéreis.






HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Medidas simples salvam vidas!

VANTAGENS, SOLUÇÃO ANTI-SÉPTICA DE BASE ALCOÓLICA

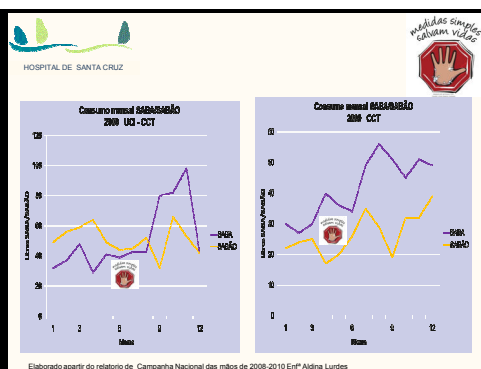
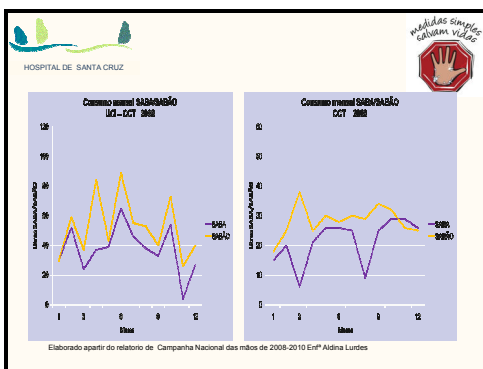
- ✓ Alternativa eficaz, mais efectiva,
- ✓ Menos Recursos,
- ✓ Actividade anti-microbiana alargada,
- ✓ Economia de tempo (redução de 1/3 do tempo necessário para a lavagem das mãos),
- ✓ Boa tolerância da pele,
- ✓ Mais barato.

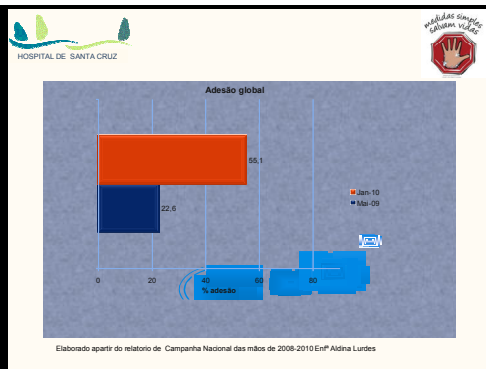
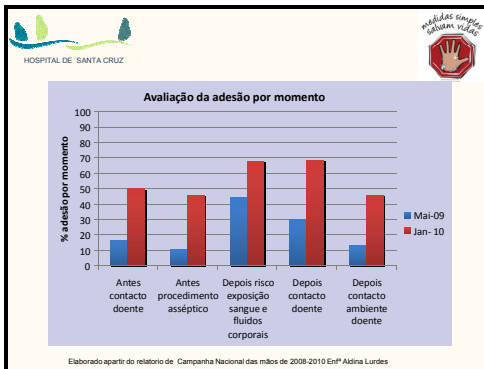
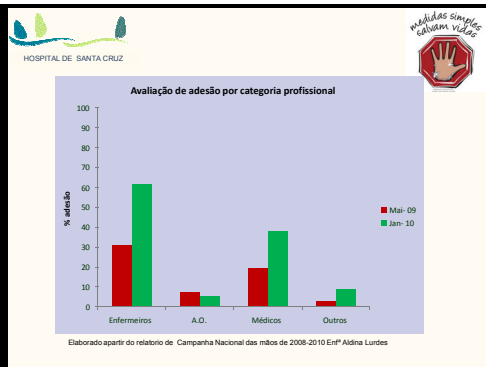
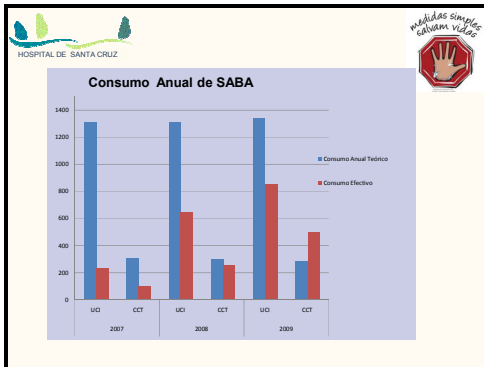



HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Medidas simples salvam vidas!

RESULTADOS DA CAMPANHA DE HIGIENE DAS MÃOS – 2008/2010









IMPORTANTE não Esquecer:





A Higiene das mãos é uma

“Responsabilidade Partilhada”

OBRIGADA

  <p>BIBLIOGRAFIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ AYLIFFE, Graham A. J. [et al.] - Control of hospital infection : a practical handbook. 4ª ed. London : Arnold, 2000. 401 p. ISBN 0-340-75911-9. ❖ BORGES, Lizandra Ferreira de Almeida e [et al.] - Contaminação nas mãos de profissionais de saúde em diferentes unidades de um hospital universitário brasileiro. Nursing (Ed. Brasileira) São Paulo. ISSN 1415-8264. 8:100 (Setembro 2006), p. 1000-1003. ❖ BOURJAUULT, Monique ; CETRE, Jean-Charles ; NICOLLE, Marie-Christine - Emploi des solutions hydro-alcooliques lors des pratiques de soins. Soins. Paris. ISSN 0038-0814. 691 (Decembre 2004), p. 40-41. 	  <p>BIBLIOGRAFIA(Cont.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ CASTELAO, Nanci F. do Vale - Clostridium difficile : um caso de infeccao hospitalar. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. 49 (julho 2003), p. 19-22. ❖ DIAS, Lídia; BETTENCOURT, Marco - A importância da higiene das mãos no controle das infecções nasocomiais. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. 83 (Março 2009), p. 28-30. ❖ GEADA, Ana Cristina - A importancia da lavagem/desinfecção das mãos. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 181 (Outubro 2003), p. 41-44.
---	---

  <p>BIBLIOGRAFIA(Cont.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ GRAINGER, Michelle - A perspectiva de uma equipa de enfermagem dos problemas no controlo da infeção. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 16:205 (Dezembro 2005), p. 20-24. ❖ GUERRA, Anna Leticia Soares Rocha; COELHO, Thiago - Análise de utilização de luva estéril na prevenção das infeções hospitalares durante a aspiração trequeal. Revista Intensiva. São Paulo. ISSN 1808-3269. 1:4 (Fevereiro/Março/Abril 2006), p. 111-115. ❖ KUNZLE, Sónia Regina Melon [et al.] - Auxiliars e técnicos de enfermagem e controle de infeção hospitalar em centro cirúrgico : mitos e verdades. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. ISSN 0080-6234. 40:2 (Junho 2006), p. 214-220. 	  <p>BIBLIOGRAFIA(Cont.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ LEÇA, Ana [et al.] - Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: manual de operacionalização. [Lisboa]: DGS, 2008. 81 p. ❖ LACERDA, Rubia Aparecida - Controle de infeção em centro cirúrgico : fatos, mitos e controvérsias. São Paulo : Atheneu Editora, 2003. 541 p. ISBN 85-7454-081-1. ❖ MARTINS, Maria Aparecida - Manual de infeção hospitalar : epidemiologia, prevenção e controle. 2ª ed. Rio de Janeiro : Medsi, 2001. 1116 p. ISBN 85-7199-256-8.
--	---

  <p>BIBLIOGRAFIA(Cont.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ MATOS, Lúcio Boaventura de [et al.] - Avaliação da lavagem das mãos por profissionais actuantes de uma unidade de terapia intensiva adulto. Revista Intensiva. São Paulo. ISSN 1808-3269. 2:11 (Novembro/Dezembro 2007/Janeiro 2008), p. 12-15. ❖ MYATT, Rebecca - Mudanças a efectuar na pratica do controlo infeccioso para reduzir a infeccao por MRSA. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 15 : 182 (Novembro 2003), p. 31-38. ❖ PRESTON, Rosemary M. - Abordagem baseada na evidencia para a segurança do paciente. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 204 (Novembro 2005), p. 34-41. 	  <p>BIBLIOGRAFIA(Cont.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ROMAO, Rosaria - Infecção hospitalar - que fazer? Enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-0775. 18 (2ª série) (Abril/Junho 2000), p. 27-28. ❖ SILVA, Ruvani Fernandes da - Relato de experiencia vivenciada pelos academicos de enfermagem quanto a escovacao das mãos. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. 49 (julho 2003), p. 27-29. ❖ TORRADO, Ana Patricia Valente [e tal.] - Prevenção da infeccao hospitalar. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 199 (Maio 2005), p. 44-48.
---	---

ANEXO XVI – Comunicação da formação Higiene das Mãos, aos Assistentes Operacionais

ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Higiene das Mãos

Destinatários: Assistentes Operacionais do HSC

DIA 22 ou 27 de Outubro, das 14h às 15h

Local: Anfiteatro do Piso 7

Formadora: Anabela Lage (Aluna da Especialidade de Enfermagem Medica Cirúrgica)

ANEXO XVII -Plano de acção da formação Higiene das Mãos, aos Assistentes Operacionais

PLANO DE SESSÃO

FINALIDADE: Contribuir para a prevenção e controlo da IACS

POPULAÇÃO ALVO: Médicos do serviço CCT

TEMA DA SESSÃO: Higiene das mãos

TEMPO: 50 minutos

OBJECTIVO GERAL: Que no final da sessão sejam capazes de verbalizar quais são as orientações da boa prática

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Sensibilizar para a Boa Prática da Higiene das Mãos na prevenção das IACS
- Relembrar as Recomendações Nacionais para a higiene das mãos

RECURSOS DIDACTICOS:- Videoprojector

MÉTODOS/ TÉCNICAS:





- Método afirmativo, técnica expositiva
- Método interrogativo, técnica das perguntas
- Método demonstrativo



AVALIAÇÃO:

- Inicial – Formulação de perguntas abertas de forma a verificar os pré-requisitos;
- Formativa – Formulação de perguntas fechadas,
- Final – Formulação de perguntas

	ACTIVIDADES	MEIOS	TEMPO
I N T R O D U Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação do tema • Motivar e sensibilizar para a importância do tema da sessão e ao mesmo tempo fazer avaliação dos pré-requisitos, através da técnica das perguntas. • Comunicação dos objectivos 	▪ Videoprojector	2' 5'10" 2.50"
D E S E N V O L V I M E N T O	<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento teórico: <ul style="list-style-type: none"> - Circular Normativa - A lavagem das mãos - locais das mãos mais contaminados - Como evitar a contaminação - Os cinco momentos - Princípios gerais - Diferença entre o SABA e a água e sabão - Regras de ouro da lavagem das mãos - O uso de luvas • Esclarecimento de dúvidas, fazendo uma síntese 	▪ Videoprojector	18' 2'50"
A V L I A Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> • Na prática, quando os formandos calçarem e retirarem as luvas 	▪ Videoprojector (16'
C O N C L U S Ã O	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese final • Agradecer a participação e a colaboração • Despedir dos formando 	Fotocópias com síntese da sessão	' 10'

ANEXO XVIII - Power Point da formação Higiene das Mãos, aos Assistentes Operacionais

 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p>HIGIENE</p>  <p>DAS</p> <p>MÃOS</p> <p>medidas simples salvam vidas</p>  <p>Anabela Lage (Aluna da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica)</p> <p>Outubro, 2010</p>	 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p>OBJECTIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Sensibilizar para a Boa Prática da Higiene das Mãos na prevenção das IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
---	---

 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p>Circular Normativa Nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010</p> <p>> Orientações de Boa Prática para a Higiene das mãos nas unidades de Saúde</p> <p>OBJECTIVO: contribuir directamente para a prevenção e controlo de IACS e, indirectamente, para o controlo das resistências aos microbianos</p>	 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p>Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS):</p> <p>É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, que não estava presente ou em incubação no momento da admissão.</p>
--	---

 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p>CONSEQUÊNCIAS DAS IACS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agravamento do estado de saúde ✓ Aumento do tempo de internamento ✓ Aumento da mortalidade/ morbilidade ✓ Aumento dos custos económicos ✓ Custos pessoais para os doentes e seus familiares 	 <p>HOSPITAL DE SANTA CRUZ</p> <p>PREVENÇÃO DAS IACS</p> <p>Vias de transmissão: directa e indirecta</p> <ul style="list-style-type: none"> > Directa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doente a doente ▪ Profissional de saúde a doente > Indirecta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Material utilizado 
--	--

AS MÃOS

✓ Raramente estão livres de Microrganismos

✓ São o principal veículo de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS



LOCAIS DAS MÃOS MAIS COLONIZADOS



Unhas

Palmas das mãos

Espaços Interdigitais

Punhos

A higiene das mãos é uma medida:


- > Efectiva
- > Simples e eficaz

...Na redução da IACS




Higienização das Mãos...QUANDO ?

- Ao chegar ao serviço e antes de iniciar qualquer actividade
- Antes e após a utilização de luvas
- Antes e após a prestação de cuidados a qualquer doente
- Após tocar em objectos que possam estar contaminados por exemplo (arrastadeiras e urinóis)



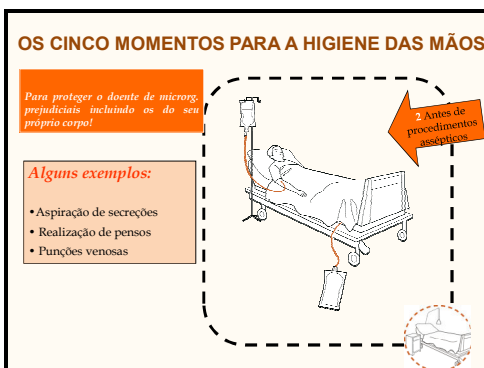
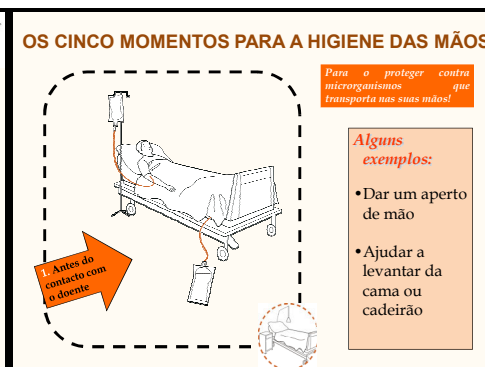
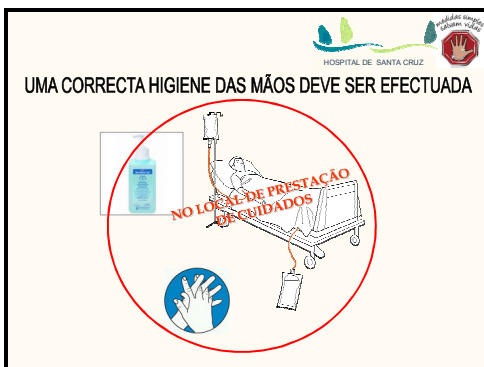
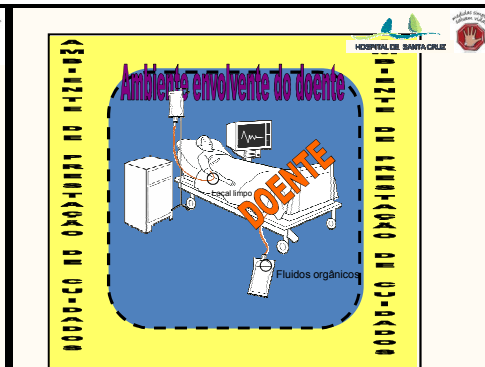
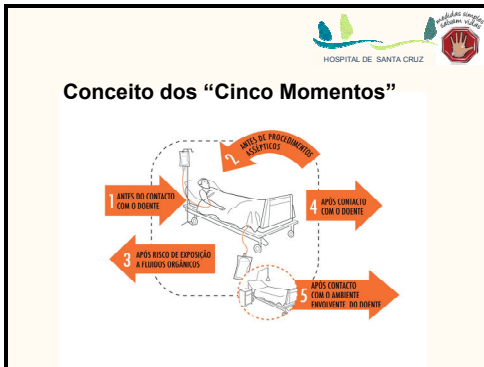
Higienização das Mãos...QUANDO ? (cont)

- Após o manuseamento de roupa suja
- Após o manuseamento de produtos de risco biológico provenientes do doente ou de lixo
- Antes e após mexer em alimentos
- Antes de sair do hospital



COMO EVITAR A TRANSMISSÃO DOS MICRORGANISMOS ?





OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

Higienizar as mãos depois de tocar num doente ou na sua unidade de antes de sair do local.
Para protegê-lo a si e proteger o ambiente de trabalho!

4. Após contacto com o doente

Alguns exemplos:

- Aperto de mão
- Ajudar a posicionar

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

Higienizar as mãos depois de tocar em qualquer objecto que se encontra na unidade do doente, mesmo que doente não lhe tenha tocado!
Para sua proteção e do ambiente de trabalho!

5. Após contacto com ambiente envolvente do doente

Alguns Exemplos:

- Mudar a roupa da cama
- Tocar na mesa de cabeceira, cadeirão, suporte de soros
- Manipular as barras da cama...

Técnicas de higiene das mãos

- ✓ **Fricção anti-séptica:** aplicação de um anti-séptico de base alcóolica para fricção;
- ✓ **Lavagem:** higiene das mãos com água e sabão (neutro ou com antimicrobiano),
- ✓ **Preparação Cirurgica das mãos.**

Fricção anti-séptica

SABA deve ser a primeira escolha,

- Em mãos sem sujidade ou matéria orgânica;
- Aplicada antes de procedimentos limpos/assépticos e na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados;
- Antes e depois do contacto com o doente.

NÃO utilizar em simultâneo com sabão antimicrobiano

Fricção Anti-séptica das mãos

Higienizar as mãos, friccionando com solução anti-séptica de base alcóolica (SABA). Lavar as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.

1) Duração total do procedimento: 20-30 seg.

Aplicar o produto numa mão em forma de bomba para obter 5ml de solução.

Deslizar as pontas das mãos, uma na outra.

Palma direita sobre o dorso esquerdo e vice-versa.

As pontas dos dedos entrelaçadas.

Palma de trás dos dedos da esquerda sobre a palma da direita entrelaçada.

Deslizar o polegar esquerdo entrelaçado na palma da direita.

Deslizar o polegar direito para trás e para a frente nas costas da mão esquerda e vice-versa.

Uma mão sobre a outra, com os dedos entrelaçados.

Tempo de utilização: 20-30 seg

Lavagem

Lavar as mãos com água e sabão:

- quando visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- em situações sociais (antes e após as refeições e após utilizar o WC);
- na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*.

Tempo de utilização da tecnica de 40-60 seg

Lavagem das mãos

Leia as regras sempre quando estiverem disponíveis. Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SAAE).

⌚ Duração total de procedimento: 01:00 seg.

Molhar as mãos com água

Aplicar sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos

Esfregar as palmas das mãos, uma contra a outra, com força

Esfregar as costas das mãos, uma contra a outra, com força

Esfregar as pontas dos dedos, uma contra a outra, com força

Esfregar as costas das mãos, uma contra a outra, com força

Esfregar as palmas das mãos, uma contra a outra, com força

Esfregar as costas das mãos, uma contra a outra, com força

Esfregar as pontas dos dedos, uma contra a outra, com força

Esfregar as costas das mãos, uma contra a outra, com força

Enxaguar as mãos com água corrente

Secar as mãos com um toalha limpa

Tempo de utilização : 20-30 seg

VANTAGENS , SOLUÇÃO ANTI- SÉPTICA DE BASE ALCOÓLICA

- ✓ Alternativa eficaz, mais efectiva,
- ✓ Menos Recursos,
- ✓ Actividade anti-microbiana alargada,
- ✓ Economia de tempo (redução de 1/3 do tempo necessário para a lavagem das mãos),
- ✓ Boa tolerância da pele,
- ✓ Mais barato.

Aderência à lavagem das mãos é BAIXA

PORQUÊ?


TEMPO..... principal obstáculo para a higienização

Causas da BAIXA aderência

- Irritação das mãos
- Falta de normas
- Uso de luvas
- Lavatórios inacessíveis
- Carga de trabalho
- Falta de pessoal treinado e educado
- Falta de sanções aos não cumpridores
- Falta de incentivos aos cumpridores

HIGIENE DAS MÃOS

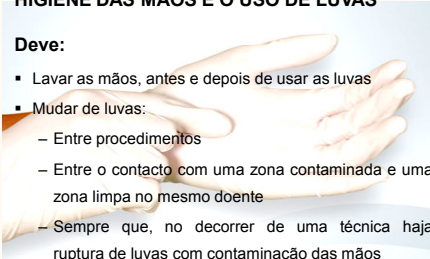
O USO DE LUVAS



 HOSPITAL DE SANTA CRUZ

HIGIENE DAS MÃOS E O USO DE LUVAS

Deve:

- Lavar as mãos, antes e depois de usar as luvas
- Mudar de luvas:
 - Entre procedimentos
 - Entre o contacto com uma zona contaminada e uma zona limpa no mesmo doente
 - Sempre que, no decorrer de uma técnica haja ruptura de luvas com contaminação das mãos

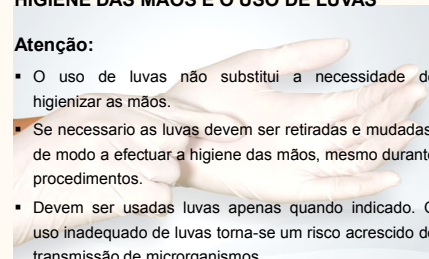
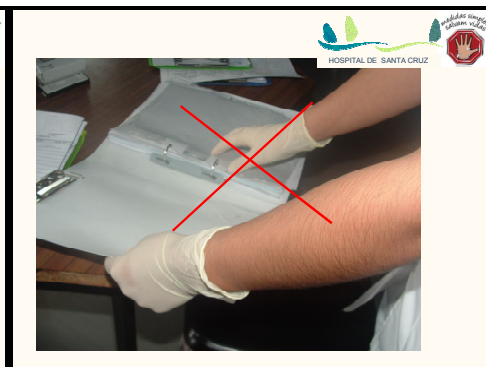
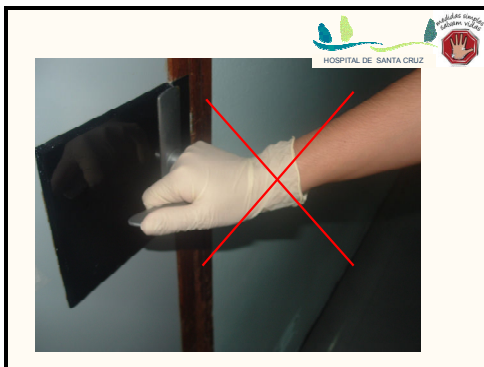



 HOSPITAL DE SANTA CRUZ


HIGIENE DAS MÃOS E O USO DE LUVAS

Atenção:


- O uso de luvas não substitui a necessidade de higienizar as mãos.
- Se necessário as luvas devem ser retiradas e mudadas, de modo a efectuar a higiene das mãos, mesmo durante procedimentos.
- Devem ser usadas luvas apenas quando indicado. O uso inadequado de luvas torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos.


Técnica de retirar as luvas




Pegue no bordo da luva, junto ao punho




Vire a luva do avesso




Retire da mão, envolvendo a luva na mão oposta




Com a mão livre retire as luvas




Deite no caixote de lixo




Lave as mãos se visivelmente sujas ou fricção com SABA





PRÁTICA







IMPORTANTE não Esquecer:

A Higiene das mãos é uma
“Responsabilidade Partilhada”






OBRIGADA

BIBLIOGRAFIA:

- ❖ AYLIFFE, Graham A. J. [et al.] - **Control of hospital infection : a practical handbook**. 4ª ed. London : Arnold, 2000. 401 p. ISBN 0-340-75911-9.
- ❖ BORGES, Lizandra Ferreira de Almeida e [et al.] - Contaminação nas mãos de profissionais de saúde em diferentes unidades de um hospital universitário brasileiro. **Nursing** (Ed. Brasileira) São Paulo. ISSN 1415-8264. 8:100 (Setembro 2006), p. 1000-1003.
- ❖ BOURJAUULT, Monique ; CETRE, Jean-Charles ; NICOLLE, Marie-Christine - Emploi des solutions hydro-alcooliques lors des pratiques de soins. **Soins**. Paris. ISSN 0038-0814. 691 (Decembre 2004), p. 40-41.

BIBLIOGRAFIA(Cont.):

- ❖ CASTELAO, Nanci F. do Vale - Clostridium difficile : um caso de infeçao hospitalar. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 49 (Julho 2003), p. 19-22.
- ❖ DIAS, Lúdia; BETTENCOURT, Marco - A importância da higiene das mãos no controle das infeções nasocomiais. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 83 (Março 2009), p. 28-30.
- ❖ GEADA, Ana Cristina - A importância da lavagem/desinfecção das mãos. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 181 (Outubro 2003), p. 41-44.



HOSPITAL DE SANTA CRUZ



BIBLIOGRAFIA(Cont.):

❖GRAINGER, Michelle - A perspectiva de uma equipa de enfermagem dos problemas no controlo da infeção. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196.16:205 (Dezembro 2005), p. 20-24.

❖GUERRA, Anna Leticia Soares Rocha; COELHO, Thiago - Análise de utilização de luva estéril na prevenção das infeções hospitalares durante a aspiração trequeal. **Revista Intensiva**. São Paulo. ISSN 1808-3269.1:4 (Fevereiro/Março/Abril 2006), p. 111-115.

❖KUNZLE, Sónia Regina Melon [et al.] - Auxiliares e técnicos de enfermagem e controlo de infeção hospitalar em centro cirúrgico : mitos e verdades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. 40:2 (Junho 2006), p. 214-220.



HOSPITAL DE SANTA CRUZ



BIBLIOGRAFIA(Cont.):

❖LEÇA, Ana [et al.] - Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: manual de operacionalização. [Lisboa]: DGS, 2008. 81 p.

❖LACERDA, Rubia Aparecida - **Controle de infeção em centro cirúrgico : fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo : Atheneu Editora, 2003. 541 p. ISBN 85-7454-081-1.

❖MARTINS, Maria Aparecida - **Manual de infeção hospitalar : epidemiologia, prevenção e controlo**. 2ª ed. Rio de Janeiro : Medsi, 2001. 1116 p. ISBN 85-7199-256-8.



HOSPITAL DE SANTA CRUZ



BIBLIOGRAFIA(Cont.):

❖MATOS, Lúcio Boaventura de [et al.] - Avaliação da lavagem das mãos por profissionais actuaentes de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Revista Intensiva**. São Paulo. ISSN 1808-3269. 2:11 (Novembro/Dezembro 2007/Janeiro 2008), p. 12-15.

❖MYATT, Rebecca - Mudanças a efectuar na pratica do controlo infeccioso para reduzir a infeção por MRSA. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 15 : 182 (Novembro 2003), p. 31-38.

❖PRESTON, Rosemary M. - Abordagem baseada na evidencia para a segurança do paciente. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 204 (Novembro 2005), p. 34-41.



HOSPITAL DE SANTA CRUZ



BIBLIOGRAFIA(Cont.):

❖ROMAO, Rosaria - Infeção hospitalar - que fazer? **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. 18 (2ª série) (Abril/Junho 2000), p. 27-28.

❖SILVA, Ruvani Fernandes da - Relato de experiencia vivenciada pelos academicos de enfermagem quanto a escovacao das mãos. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 49 (Julho 2003), p. 27-29.

❖TORRADO, Ana Patricia Valente [e tal.] - Prevenção da infeção hospitalar. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 199 (Maio 2005), p. 44-48.