



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Uma Perspectiva das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de EMC

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 Luís Miguel Ferreira de Sousa

PORTO, Maio de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Uma Perspectiva das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de EMC

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 Luís Miguel Ferreira de Sousa

Sob orientação da Professora Lúcia Rocha

PORTO, Maio de 2011

RESUMO

O presente relatório é um documento ilustrativo que reflecte os conhecimentos e percurso efectuado ao longo do estágio, expõe as experiências vividas, bem como as dificuldades sentidas e as estratégias implementadas. Este trabalho representa a construção e o enriquecimento de conhecimentos teórico-práticos na aquisição de competências inerentes ao grau de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica ao longo dos dois Módulos: Cuidados Intensivos e Controle de Infecção Hospitalar realizados, respectivamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Comissão de Controlo de Infecção no Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga.

Reflecte o que foi realizado durante os Módulos, através da análise descritiva das actividades desenvolvidas, tendo em conta os objectivos gerais do plano de estudo, objectivos específicos inicialmente delineados para cada módulo, contempla reflexões críticas sobre determinados situações problema identificados, propondo estratégias e respectiva implementação para a sua resolução. As intervenções de enfermagem foram sempre realizadas de acordo com Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros e segundo princípios éticos e legais descritos no Código Deontológico do Enfermeiro.

A realização deste relatório estimulou o meu pensamento reflexivo, contribuiu para a minha aprendizagem pessoal e profissional e para a tomada de consciência das competências específicas que desenvolvi. A aquisição de competências de forma mais autónoma, a valorização e o reconhecimento da importância da aprendizagem ao longo da vida permitiu a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, através da consciência crítica, das responsabilidades éticas, deontológicas e sociais no caminho para a excelência do cuidar em enfermagem.

No decorrer do estágio delineei várias estratégias de actuação de modo a intervir activamente numa prestação de cuidados de enfermagem de acordo com as boas práticas. Estas estratégias deram contributos para que a equipa de enfermagem implementa-se novos métodos de trabalho e mudasse os seus comportamentos.

Este percurso académico foi motivado pela consciência crítica da importância de evoluir na assistência ao doente crítico onde se insere a minha actividade profissional, deste modo o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica exerce um papel determinante para a recuperação e manutenção do doente que apresente o risco ou já falência de um ou mais órgãos os sistemas, estando a sua sobrevivência dependente de conhecimentos técnico-científicos permanentemente actualizados como também na dedicação e envolvimento, segundo uma perspectiva holística.

ABSTRACT

This report is an illustrative document that reflects the path and the knowledge's achieved along the traineeship, it exposes life experiences, as well as the difficulties felt during the process and the implemented strategies. This work represents the construction and the enrichment of knowledge's theoretical/practical in the acquisition of competences inherent of the nurse's degree specialist in Nursing Medical Surgical along two Modules: Intensive Cares and Hospital Infection done, respectively, at the "Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente " and "Comissão de Controlo de Infecção no Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga".

It reflects what was carried out during the Modules, through the descriptive analysis of the developed activities, having into account the general and specific goals of the study plan initially set out for each module, it contemplates critical reflections of determined situations problem identified, proposing and implementing strategies for his resolution. The nursing interventions were always carried out with agreement of Regulation for Professional Exercise of the Nurses and legal ethical principles described in the Ethical Nurse Code.

The realization of this report stimulated my reflexive thought, contributed to my personal and professional apprenticeship and for the conscience of the competences that I developed. The acquisition of competences in a more autonomous way, the increase in value and the recognition of the importance of the apprenticeship along our lives allowed us to approach nursing cares on diverse angles, through Critical awareness, through ethics and social responsibilities on the path to excellence at nursing cares.

Along the traineeship I define several acting strategies in a way that I could intervene more actively providing the nursing cares according to the best practice. These strategies contributed for the nursing team improves new working methods and change their behaviours.

This academic course was motivated by the awareness of the importance in the evolution of nursing cares on critical patients, wich is my professional activity. At this way, the nurse's degree specialist in Nursing Medical Surgical had a very important role on the recovering and maintenance of the patient who presents the risk or bankruptcy of one or more vital organs and systems, who survival is dependent on the technical-scientific knowledge's permanently updated as well as the dedication and environment, according to a holistic perspective.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a disponibilidade e colaboração prestada por:

Exmo. Sr. Enfermeiro Francisco Oliveira, Sra. Enfermeira Salete Mota (Enfermeiros Tutores nos Módulos II e III respectivamente);

Exma. Sra. Professora Lúcia Rocha (Professora Orientadora do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Relatório).

E à presença incansável da minha família nesta caminhada, em especial à minha irmã Maria José, à minha esposa Nancy e à minha filha Carolina.

LISTA DE SIGLAS

ARDS - Acute Respiratory Distress Síndrome
BO - Bloco Operatório
CCI - Comissão de Controlo de Infecção
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CHEDV - Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga
CVC - Cateter Venoso Central
DECT - Digital Enhanced Cordless Telecommunications
DGS - Direcção Geral de Saúde
ECI - Enfermeiro de Controlo de Infecção
EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI - Equipamentos de Protecção Individual
FiO2 - Fracção Inspiratória de Oxigénio
HELICS - Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance
IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INCS - Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
MRSA - Staphylococcus Aureus Resistentes à Meticilina
NNIS - National Nosocomial Infection Surveillance System
OM - Ordem dos Médicos
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA- Pressão assistida
PAV- Pneumonia Associado ao Ventilador
PAVM - Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PEEP - Pressão Positiva no Final de Expiração
PNCI - Programa Nacional de Controlo de Infecção
POPCI - Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SABA - Solução Anti-séptica de Base Alcoólica
SAV - Suporte Avançado de Vida
SOS - Sempre que Necessário
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU - Serviço de Urgência
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
WHO - World Health Organization

ÍNDICE	Página
INTRODUÇÃO	7
1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO	10
1.1 Módulo II - Cuidados intensivos	10
1.2 Módulo III - Controle de Infecção Hospitalar	35
1.3 Competências Adquiridas e Desenvolvidas	58
2. CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	71
Anexo I - Formação - “ARDS - Cuidados de Enfermagem”	
Anexo II - Poster - “Prevenção da Pneumonia Nosocomial”	
Anexo III - Procedimento da Colocação do Cateter Venoso Periférico	
Anexo IV - Procedimento Manutenção do Cateter Venoso Periférico	
Anexo V - Formação - “Prevenção da Infecção Urinária associada à algaliação”	
Anexo VI - Panfleto - “Doente com algália - Recomendações após alta hospitalar”	
Anexo VII - Plano de Limpezas Gerais no SU para o Ano de 2011	

INTRODUÇÃO

No contexto do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, (EEMC) insere-se a realização do Relatório, o qual constitui a última etapa do curso, de modo a obter o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica onde o nível de formação académica, se tem vindo a traduzir no desenvolvimento de uma prática profissional, cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

A realização deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular: Relatório, que decorreu no 2º e 3º semestre do curso e constitui um documento demonstrativo das aprendizagens e competências adquiridas durante o estágio.

De acordo com o plano de estudos do curso, a este estágio correspondem 30 ECTS, num total de 750h de trabalho, sendo que 540h são de contacto e as restantes 210h para trabalho individual. Estas 540h foram divididas em três módulos com 180h, Módulo I – Serviço de Urgência (creditado); Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional (Controle de Infecção Hospitalar).

A exercer funções desde 1998 no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV) no Pólo S. Sebastião (Santa Maria da Feira) seleccionei esta instituição para realizar o meu estágio, uma vez que me possibilitaria uma maior abertura para a execução do mesmo, pela possibilidade de aprofundar os conhecimentos dos diversos serviços da instituição, pela flexibilidade de horários, pela oportunidade de acompanhar os doentes que entram na urgência e que necessitem de ser internados nos cuidados intensivos e pela possibilidade de conhecer e contribuir na melhoria do controlo de infecção hospitalar no serviço e instituição.

O Módulo I – Serviço de Urgência (SU) foi creditado, resultado de um leque de competências, aptidões e habilidades adquiridas ao longo de 12 anos de actividade profissional em SU. As competências desenvolvidas na abordagem ao doente emergente e urgente em estado crítico foram alcançadas devido a uma prática reflexiva aliada a uma formação académica, pessoal e profissional constante. No SU onde exerço a minha actividade profissional tenho competências, capacidades e aptidões que me permitem de forma autónoma actuar em complementaridade no seio da equipa de saúde, em situações de emergência/urgência onde assumo a liderança e organização da equipa de enfermagem, numa abordagem sistemática estabelecendo as prioridades de actuação de forma correcta.

Na área da gestão, sou responsável de turno de uma equipa de enfermagem, o que exige capacidades de planeamento, organização e liderança. Na formação identifiquei as necessidades formativas e situações problema, procurando a sua resolução eficaz.

O estágio referente ao Módulo II, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do CHEDV entre 19 de Abril a 19 de Junho de 2010. Esta UCIP abriu no dia 21 de Junho de 1999, localiza-se no terceiro piso da unidade de Santa Maria da Feira,

possui uma capacidade de onze camas e serve preferencialmente os doentes internados nos seus vários serviços, bem como doentes provenientes do exterior, das áreas de articulação e abrangência desta Unidade e de todo o país.

A UCIP é dotada de várias instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato, e que não é possível efectuar-lo noutros serviços do Hospital.

A escolha deste serviço serve de complemento à área de intensivismo onde está igualmente inserida a minha actividade profissional e surge da necessidade contínua de adquirir novos conhecimentos e competências de modo a prestar cuidados especializados, aos doentes em estado crítico e sua família.

“O ambiente de cuidados intensivos, determinado pela alta tecnologia, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida, o enfermeiro tem que ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também as abordagens psicossociais e holísticas”. (Urden et al 2008, p. 6)

O módulo III - Controle de Infecção Hospitalar é uma área profissional específica em função do meu projecto profissional sendo que a prevenção das infecções nosocomiais envolve uma grande responsabilidade e conhecimentos para reduzir o risco de infecções nos doentes e profissionais. Decorreu entre 4 de Outubro e 27 de Novembro de 2010 na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do CHEDV.

Esta CCI criada em 1999 aquando da abertura do Hospital São Sebastião, encontra-se situada no quarto piso, onde dispõe de um gabinete, com duas secretárias para dois enfermeiros do núcleo executivo, e ainda um pequeno gabinete no terceiro piso com uma sala de apoio, onde guardam alguns documentos e produtos de higienização, desinfecção, placards, posters, equipamentos de protecção individual, etc., tudo relacionado com o controlo de infecção. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h.

Estas duas áreas vêm ao encontro do meu interesse em desenvolver e aprofundar, competências, aptidões e capacidades nas áreas de actuação do doente crítico, família e no controlo e prevenção da infecção, tornando-me um enfermeiro mais completo e abrangente, de modo a atingir um maior leque de competências transversais na área de EEMC.

O estágio proporcionou-me um contacto aprofundado com a realidade profissional, deu-me oportunidades de aplicar os conhecimentos e competência adquiridas, através da identificação das necessidades do doente e sua família, no planeamento das actividades a realizar, na sua execução com autonomia e na apreciação crítica dos resultados obtidos.

A realização deste relatório, teve como objectivos: dar resposta a uma exigência pedagógica do plano de estudos do curso; descrever as actividades realizadas de uma forma concisa e objectiva, fazendo uma reflexão crítica reflexiva sobre as mesmas; dar a conhecer

os trabalhos desenvolvidos e relatar o percurso efectuado no decorrer do estágio como forma de atingir competências específicas da área de EEMC.

Como metodologia utilizei o método descritivo e analítico. Neste intuito, recorri à pesquisa bibliográfica, à consulta do guia orientador do estágio, ao projecto de estágio e aos protocolos dos serviços. A partilha de experiências com a equipa multidisciplinar, a orientação do enfermeiro tutor e da professora orientadora foram fundamentais para a consecução dos objectivos pessoais e curriculares a atingir.

Para uma melhor compreensão deste relatório, o presente trabalho está estruturado fundamentalmente em três partes distintas.

Na introdução começo por efectuar um breve enquadramento do curso, uma contextualização sumária dos locais do estágio, descrição dos objectivos do relatório e justificação das opções dos locais de estágio realizados.

O desenvolvimento está dividido em três pontos. Os dois primeiros referem-se à actuação nas duas áreas de actuação (UCIP e CCI), onde é feita uma referência aos objectivos traçados, às actividades desenvolvidas ao longo do estágio bem como a sua pertinência, apresentando as estratégias implementadas no decorrer do meu desenvolvimento académico e profissional.

No terceiro ponto faço uma reflexão das competências adquiridas ao longo do estágio bem como uma análise das competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica.

Finalmente na conclusão, faz-se a análise crítica dos principais aspectos esperando corresponder satisfatoriamente aos objectivos traçados anteriormente.

No final deste relatório espero ter demonstrado a necessidade constante de actualizar e mobilizar as aprendizagens adquiridas e a sua concretização na prática clínica.

1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO

O Estágio é uma experiência única no processo de ensino-aprendizagem. É o momento ideal de reflexão da e na prática clínica que permite integrar, assimilar e aprofundar conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares que constituem o plano de estudos.

Este estágio foi realizado com o acompanhamento de profissionais considerados peritos na área de intensivismo polivalente e prevenção controlo de infecção que me possibilitou uma aprendizagem efectiva no desenvolvimento de conhecimentos e competências na prestação de cuidados, gestão, e formação na área de EEMC.

Nesta parte do relatório é realizada uma descrição das actividades desenvolvidas e o desenvolvimento académico e profissional no decorrer do estágio do Módulo II: Cuidados Intensivos e Módulo III - Controle de Infecção Hospitalar através de uma análise crítico reflexiva fundamentada em pesquisa bibliográfica, que responde aos objectivos específicos delineados no projecto, estando estes inseridos nos objectivos gerais mencionados no plano de estudos de modo a atingir as competências específicas na área de EEMC.

1.1 Módulo II - Cuidados Intensivos

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “*Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*” tracei os seguintes objectivos específicos, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

Objectivo Específico

➤ **Conhecer a estrutura, circuitos e dinâmica da UCIP.**

Actividades desenvolvidas:

- Observação directa da estrutura e dinâmica da UCIP;
- Identificação do rácio de enfermeiros em cada turno e método de trabalho instituído;
- Identificação da localização e funcionamento de equipamentos específicos existentes no serviço;
- Visita ao serviço da UCIP com esclarecimento de dúvidas;
- Consulta e análise dos protocolos, normas e procedimentos existentes no serviço de UCIP e sua adequação às *guidelines* actuais;

Desenvolvimento Académico e Profissional

A UCIP do CHEDV está inserida numa unidade funcional com o mesmo centro de responsabilidade que engloba os serviços de urgência, unidade cuidados intermédios e anestesiologia. A sua estrutura, de uma forma sucinta é constituída por várias salas, nomeadamente na entrada da unidade, existe um secretariado com a sala de visitas dos acompanhantes e familiares, que dá acesso à sala de unidade de doentes.

A sala da unidade de doentes propriamente dita tem a forma de um L e possui uma capacidade de onze camas, com um quarto de isolamento, tem uma área de trabalho e vigilância central com um monitor onde se consegue visualizar toda a unidade. Cada unidade do doente tem uma cama eléctrica com colchão de pressão alterna, ventilador, monitor, sistema de aspiração, rampas de oxigénio e ar, várias seringas e máquinas perfusoras e mesa de apoio suspensa com gavetas para individualização do material de cada doente.

Como salas de apoio existem, vestiários, sala do material do fibroscópio, salas de limpos e sujos, armazém, copa, sala de gasometria, arrumos, sala do gerador eléctrico, gabinete da enfermeira chefe, gabinete médico e sala de reuniões.

As UCIP (s) são essencialmente caracterizadas pela vigilância intensiva a que os doentes estão submetidos, sob o pressuposto de que essa vigilância permitirá detectar mais precocemente desvios do normal nos parâmetros vitais do doente antes que eles se tornem aparentes à simples observação clínica e que, se corrigidos de imediato, previnem uma espiral de agravamento, muitas vezes irreversível. “Os doentes dos cuidados intensivos são os que estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potências. Os que estão em estado mais crítico exigem cuidados de enfermagem mais intensos e vigilantes.” (Urden et al 2008, p. 4).

A UCIP é constituída por uma equipa multidisciplinar (constituída por vinte cinco enfermeiros, doze assistentes operacionais e seis médicos), que asseguram os cuidados, durante as vinte e quatro horas, o que constitui o total de cinco equipas de enfermagem, com um responsável de turno em cada equipa. Existem cinco equipas de enfermeiros, cada equipa é constituída por quatro enfermeiros nos turnos da manhã tarde e noite. Como método de trabalho a equipa de enfermagem utiliza o método individual de trabalho, mas com inter-relação e inter-ajuda contínua. Cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a dois doentes.

“Os cuidados de enfermagem por caso fundamentam-se no conceito global e implicam a afectação de uma enfermeira a um único doente ou a mais do que um, excepcionalmente, se a carga de trabalho o permitir. É um método aplicado em unidades de cuidados intensivos ou de isolamento, onde são disponibilizados importantes recursos humanos para cuidarem doentes muito graves.” (Pinheiro 1994, p. 320) Os enfermeiros da UCIP demonstraram possuir conhecimentos holísticos dos doentes, possibilitando um plano de cuidados individualizados gerindo os recursos e o tempo com eficácia e eficiência. Para melhor entendimento da prática diária de enfermagem na UCIP, convém referir que “O enfermeiro de cuidados intensivos tem que ser capaz de prestar

cuidados de alta qualidade com maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas.” (Urden et al 2008, p. 6)

Durante o estágio consultei e analisei os protocolos e normas de enfermagem existentes na unidade que permitiram a aquisição e consolidação de conhecimentos sobre cateter swan-ganz, cateter venoso central e arterial, entubação endotraqueal, transfusão de hemoderivados, protocolo de insulina, técnicas dialíticas, monitorização da pressão intra-abdominal, broncofibroscopia, comunicação com doentes ventilados, cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado, normas de colheita biológica para exames microbiológicos, manual de resíduos sólidos hospitalares, manual de higienização, medidas de isolamento e coordenação da equipa de enfermagem. Estas normas recentemente actualizadas tornaram-se úteis na medida em que foram importantes para facilitar a integração na organização do trabalho da equipa, na preparação de material de determinados procedimentos, nomeadamente na colocação do cateter venoso central e arterial e na execução de procedimentos de enfermagem.

Considero que atingi o objectivo de conhecer a estrutura, circuito e dinâmica da UCIP, sendo que o Enfermeiro Tutor e a Enfermeira Coordenadora me orientaram no sentido de uma integração rápida no serviço.

Objectivo Específico

➤ **Mobilizar e Integrar conhecimentos das unidades curriculares da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da formação académica contínua e da prática clínica.**

Actividades desenvolvidas:

- Revisão dos conteúdos leccionados nas unidades curriculares da EEMC;
- Colaboração em situações de emergência que ocorram na UCIP, com rapidez, discernimento e fundamentação científica;
- Demonstração de espírito de iniciativa e capacidade de decisão, relativamente aos cuidados de enfermagem;
- Actuação de acordo com as normas de controlo da infecção;
- Garantia de um ambiente seguro nos cuidados prestados através de minimização de riscos e utilização de equipamento de protecção individual (EPI);

Desenvolvimento Académico e Profissional

Os cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica são cuidados minuciosos e qualificados prestados de forma contínua ao longo das 24 horas, ao indivíduo com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções vitais, prevenindo complicações e limitando incapacidades Para isto ser possível o

enfermeiro na UCI necessita de realizar uma vigilância contínua, minuciosa e de forma sistematizada de dados, com a finalidade de conhecer em cada momento a evolução da situação do doente, previsão e detecção precoce das complicações, permitindo actuar no momento preciso, de modo eficiente. No decorrer de estágio esta prática foi uma constante havendo diversas situações que implicou mobilizar conhecimentos da área de EEMC para prestar cuidados especializados na área de cuidados intensivos.

Destaco a prestação de cuidados individualizados a uma doente que foi submetida a desbridamento cirúrgico de abscesso dorso lombar, com aparente porta de entrada no retro peritoneu com a fáscia atingida, a doente deu entrada na UCIP em choque séptico. Na passagem de turno foram transmitidos vários aspectos relevantes, nomeadamente a estabilidade ventilatória em modo ventilatório de pressão assistida (PA), Pressão máxima 14 e pressão positiva no final da expiração (PEEP 3). Bem adaptada ao modo ventilatório, com volumes correntes de 450 ml ciclo por minuto, frequência respiratória de 19 ciclos por minuto, com estabilidade hemodinâmica, desperta, bem-disposta, colaborante “Ramsay 2”. Pedia várias vezes água que deglutiava perfeitamente independentemente de ter alimentação entérica por sonda nasogástrica com conteúdos gástricos razoáveis, ileostoma funcionante e penso cirúrgico realizado com drenagem serosa. A doente estava infectada com “Enterococos Faecium” resistente a vários antibióticos estando agora a fazer vancomicina em perfusão e estavam a ser tomadas medidas de precaução de contacto.

“Alguns enterococos são actualmente resistentes a todos os antibióticos excepto á vancomicina. A combinação da resistência á penicilina e a glicopéptidos, no Enterococcus faecium, provoca infecções que não podem ser tratadas de forma eficaz. Felizmente, que na maioria das situações, trata-se de colonizações. Quando surge infecção pode não haver antibióticos que permitam o tratamento”. (Ministério da Saúde, Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital 2002, p. 86).

Ao integrar conhecimentos de prevenção e controlo de infecção considerei a adequação de várias medidas como a lavagem das mãos com água e sabão, utilização de solução alcoólica antes e imediatamente após retirar as luvas, aquando do contacto com doente e superfícies do ambiente. Calcei luvas à entrada da área de isolamento e retirei antes de sair. Utilizei avental quando previ contacto próximo com o doente, com a superfície do meio ambiente ou com objectos utilizados pelo doente e retirei o avental e luvas antes de sair da unidade do doente, colocando-os nos dispositivos de recolha junto ao doente (contenção na fonte). “As medidas específicas que se devem respeitar neste tipo de isolamento fazem referência à higienização das mãos, o uso adequado de luvas, bata ou avental, à higiene doente, à individualização de materiais e equipamentos, à descontaminação adequada da unidade do doente (material de limpeza individualizado), à gestão adequada dos resíduos e roupa e às precauções no transporte de doentes.” (Ministério da Saúde 2006, p. 40)

Esta doente com uma colonização ou infecção por um microrganismo multiresistente, tem indicação de ser colocada em quarto individual. Este aspecto foi discutido com o enfermeiro tutor já que o quarto de isolamento estava vago. Em consonância com o enfermeiro tutor, concluímos que a área de isolamento estava assegurada, já que as unidades dos lados estavam vazias e foi realizado um agrupamento em coorte com as respectivas medidas de individualização de materiais clínicos e não clínicos. Quando um doente está infectado ou colonizado por microorganismos epidemiologicamente importantes, que possam ser transmitidos por contacto directo com o doente ou indirectamente, por contacto das mãos dos profissionais com as superfícies ou utensílios do doente, está indicado medidas de isolamento de contacto.

Ao longo do estágio observei que há bastante rigor no cumprimento das medidas de padrão universal, utilização de equipamentos de protecção individual (EPI), e adequação de medidas consoante as vias de transmissão identificadas.

Os 5 momentos para a higiene das mãos, como a forma e utilização dos produtos de higienização realizam-se, antes do contacto do doente, antes dos procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos corporais, após contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente, estes momentos são intrínsecos às actividades diárias da equipa multidisciplinar.

A vigilância é uma constante na unidade e podem ocorrer situações de emergência, em que a rapidez e o discernimento são uma mais-valia. Destaco uma situação de um doente que teve crises convulsivas tónico clónicas e actuei em consonância com rapidez, administrando oxigénio a 100% e diazepam endovenoso, revertendo a crise, em seguida notifiquei o médico do ocorrido e realizei o registo da ocorrência

No Artigo 9.º do REPE no nº4 da alínea e) refere que os enfermeiros “ procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.”

Por vezes assegurei o funcionamento da linha de emergência interna em consonância com o enfermeiro tutor quando este estava escalado nesse turno. Fiquei com o DECT (Digital Enhanced Cordless Telecommunications) da linha de emergência interna, já que conheço o seu funcionamento e tenho conhecimentos de suporte avançado de vida (SAV) actualizados e creditados. A UCIP, Unidade Cuidados Intermédios e o SU são os responsáveis de assegurar a “Linha Vida”. Existe uma escala mensal dos profissionais responsáveis (médicos e enfermeiros) para a distribuição da “Linha Vida”, sendo o enfermeiro responsável pelas malas de transporte onde existe material de reanimação e pelo DECT (1152).

Ao longo do estágio mostrei motivação, interesse e preocupação em desenvolver competências nos cuidados especializados, aplicando os conhecimentos apreendidos e realizando constante pesquisa bibliográfica.

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “*Saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados multidisciplinares, relacionados com a área de especialização Médico-cirúrgica*” tracei os seguintes objectivos específicos, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

Objectivo Específico

➤ **Contribuir para o trabalho da equipa multidisciplinar e interdisciplinar demonstrando colaboração, interesse e motivação.**

Actividades desenvolvidas:

- Trabalho segundo o método de trabalho instituído na UCIP, compreendendo a dinâmica da equipa multidisciplinar;
- Participação activa na passagem de turno;
- Elaboração de registos de enfermagem consoante prática do serviço de forma a garantir a continuidade de cuidados;
- Utilização de uma comunicação eficaz tendo em conta as características do serviço de UCIP e da equipa multidisciplinar;
- Participação de forma autónoma e activa na prestação de cuidados de enfermagem;
- Trabalho em complementaridade com a equipa e realização de pedido de colaboração a outros profissionais sempre que necessário.

Desenvolvimento Académico e Profissional

A equipa de enfermagem está ciente do seu papel preponderante na equipa multidisciplinar, os seus cuidados, vigilância e conhecimentos actualizados permitem reconhecer rapidamente as alterações hemodinâmicas e ventilatórias do doente crítico e agir com autonomia.

Por intervenções autónomas entende-se “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (REPE, Artigo 9.º, nº 2).

Os enfermeiros alteram as perfusões de aminas e vassopressores, sedação, analgesia alimentação entérica, sempre que for necessário, baseados em protocolos de actuação, consoante prescrição de desmame terapêutico e da avaliação do enfermeiro responsável pelo doente. Na tomada de decisão, o enfermeiro “identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos,

detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.” (Ordem dos Enfermeiros 2001, p. 7).

A nível dos registos de enfermagem, não é utilizado nenhum programa informático, mas sim a utilização da folha de registo que se encontra junto da respectiva unidade de cada doente. Os registos de enfermagem na UCIP, são elaborados em impresso próprio, cada folha de registos de enfermagem é iniciada no turno da tarde ou sempre que der entrada um doente, devendo o seu cabeçalho ser totalmente preenchido e identificado com uma vinheta de identificação do doente.

A folha de registo de Enfermagem tem vários objectivos que passam por estabelecer um meio de comunicação entre os membros da equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados ao utente, facilitar a coordenação e continuidade na prestação de cuidados, colaborar na avaliação da qualidade e eficiência dos cuidados, fornecer dados úteis para a pesquisa, educação e planeamento a curto e a longo prazo, e responsabilizar o grupo e o profissional envolvido nos cuidados ao utente.

Analisando a folha de registo de enfermagem, esta permite tomar conhecimento do doente no seu “todo”, sendo estes itens importantes para prestar cuidados de saúde com qualidade e segurança. Esta aborda vários pontos tais como: procedência do doente, data, hora de entrada, diagnóstico, sinais vitais como tensão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, pressão venosa central e dor. De salientar que esta folha de enfermagem tem vários aspectos positivos nomeadamente no que se refere à visualização rápida da evolução dos sinais vitais, de extrema importância num doente crítico, pois, este é um registo efectuado em gráfico a cores, o verde - tensão arterial, vermelho - frequência cardíaca, preto -temperatura o registo das entradas e saídas de hora a hora, leva à compreensão e realização rápida do balanço hídrico que ajuda a ajustar a medicação vasopressora e soroterapia. Em termos de integridade cutânea, soluções de continuidade e cateterismos o registo é efectuado numa imagem antero-posterior de um ser humano o que permite ter uma noção rápida e abrangente da integridade cutânea do doente. Outro aspecto importante, é o fácil preenchimento com siglas com legenda completa.

No final de cada turno fazem-se registos descritivos em forma de síntese dos aspectos alterados, como o tipo de respiração (se não ventilado); a modalidade ventilatória instituída; a adaptação ao ventilador (se ventilado), a estabilidade hemodinâmica e eléctrica; a temperatura; o estado de consciência; o aspecto da pele, das mucosas e integridade cutânea; a permeabilidade e presença de sinais inflamatórios dos cateteres; a eliminação vesical e intestinal; as drenagens e níveis de sacos; as inter ocorrências; exames complementares efectuados; produtos colhidos para análise; posicionamentos efectuados; resposta emocional do doente; existência ou não de visitas; e cuidados específicos a desenvolver.

Para garantir que a informação dos cuidados prestados é partilhada, é um dever do enfermeiro registar observações e intervenções realizadas de forma a assegurar a continuidade de cuidados pela equipa de saúde e de acordo com a alínea d) do Artigo 83.º do Código Deontológico do Enfermeiro “...registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

Esta informação é transmitida na passagem de turno e é realizada de enfermeiro para enfermeiro (responsável pelo doente) junto da respectiva unidade, posteriormente o enfermeiro que recebeu o turno, transmite à restante equipa de enfermagem (que iniciou o turno) as informações recebidas dos seus doentes. Penso que é um método eficaz que leva a passagem de aspectos específicos entre os enfermeiros responsáveis pelo doente e à partilha dessa informação em equipa, fomenta a compreensão global do que se passa no serviço, a inter-ajuda, a partilha de opiniões e experiências. Associado a estes factos a presença do médico ajuda a planear, esclarecer dúvidas e avaliar os resultados no seio da equipa multidisciplinar.

A comunicação e o trabalho de equipa multidisciplinar é uma constante, todos elementos integrantes, assistentes operacionais, médicos e enfermeiros sabem as suas funções. O médico está sempre presente e quando se ausenta do serviço está comunicável com um DECT. Os assistentes operacionais respeitam e conhecem as normas que estão estabelecidas no serviço, na desinfecção do material clínico e não clínico, na colaboração nos cuidados, na preparação da unidade com material individualizado, no transporte e admissão do doente e transporte de amostras ao laboratório.

Este estágio facultou-me diversas oportunidades autónomas, interdependentes, técnicas e humanas que pude desenvolver e aperfeiçoar, tendo sempre presente que, todas as intervenções se fundamentaram em conhecimentos teóricos. Essencial à prestação de cuidados, realizei registos de enfermagem na folha instituída na UCIP segundo uma linguagem científica respeitando as normas e procedimentos estabelecidos e transmiti oralmente informações pertinentes na passagem de turno. Considero que atingi o objectivo de integração na equipa multidisciplinar, sendo que o enfermeiro tutor me orientou no sentido de trabalhar neste serviço com competência e autonomia.

Objectivo Específico

➤ **Demonstrar capacidade de trabalhar de forma autónoma e sistemática consoante as necessidades do doente e família na prática profissional na área EEMC.**

Actividades desenvolvidas:

- Colaboração na admissão e estabilização do doente crítico;
- Aplicação do processo de enfermagem através da colheita de dados, identificação dos problemas, planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados;
- Criação de prioridades para os cuidados prestados e modificação do plano de cuidados se necessário após sua avaliação;
- Participação na vigilância contínua do doente crítico e actuação com discernimento em caso de instabilidade;

- Colaboração na alta/transferência do doente e na elaboração da respectiva carta;
- Aprofundamento de conhecimentos específicos de cuidados intensivos nomeadamente ventilação, monitorização, farmacologia, terapia nutricional, e outros procedimentos de intensivos;
- Prestação de cuidados de enfermagem com base na evidência científica;
- Adequação dos cuidados de enfermagem de modo a satisfazer as necessidades do doente;
- Organização do trabalho gerindo o tempo adequadamente.

Desenvolvimento Académico e Profissional

Os critérios principais de admissão na UCIP são a falência respiratória, falência hemodinâmica, pós-operatórios, politraumatizados não neurocirúrgicos, intoxicações graves e sépsis. A aceitação da admissão do doente é da exclusiva responsabilidade do médico de serviço da UCIP, devendo este transmitir sempre essa informação à equipa de enfermagem. Após comunicação da admissão do doente, o responsável de turno verifica a preparação da unidade, e a outro enfermeiro cabe-lhe a responsabilidade pelo doente na sua recepção. A unidade tem que estar desinfectada e preparada com vários equipamentos. Verifica-se a operacionalidade do monitor, do ventilador com montagem de traqueias, do sistema de aspiração fechado, funcionamento das máquinas e seringas perfusoras, da manga de pressão e ressuscitador manual.

Na chegada do doente à unidade vários procedimentos são obrigatórios como: tomar conhecimento do motivo de internamento e o grau estabilidade respiratória, eléctrica e hemodinâmica; conectar o ventilador ao tubo endotraqueal; monitorizar o doente; verificar a funcionalidade dos acessos venosos; iniciar a terapêutica instituída previamente preparada (midazolam, fentanil, dopamina, insulina e antibioterapia); iniciar a folha de registos de enfermagem; efectuar a folha de avaliação inicial do doente; mudar as perfusões em curso e considerar as compatibilidades medicamentosas; identificar o nível de todas as drenagens, a fim de melhor contabilização do balanço hídrico; mudança de todos os sistemas de soros e do *Urimeter*; realizar uma observação física cuidadosa do doente; colaborar com o médico na execução de procedimentos técnicos como colocação de cateter venoso central e arterial; realização de colheitas e hemoculturas.

Esta quantidade de procedimentos na recepção do doente implica organização, sistematização e trabalho em equipa multidisciplinar. Os enfermeiros na admissão do doente crítico nos cuidados intensivos estão perante situações complexas, onde muitas vezes os doentes estão ainda muito instáveis, não adequadamente sedados nem analgesiados, isto requer uma atitude concentrada, discernimento e capacidade de estabelecer prioridades de forma rápida e eficaz. A admissão do doente crítico nos cuidados intensivos demonstra a importância do enfermeiro

especialista em médico-cirúrgica, na sua capacidade de mobilizar conhecimentos e competências para a resolução de uma situação complexa.

Ao observar e colaborar activamente em várias admissões conjuntamente com o enfermeiro tutor desenvolvi as funções do conteúdo funcional do enfermeiro especialista na prestação de cuidados, que passam por:

“Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupos) em situações de crise ou risco; estabelecer prioridades de intervenção no atendimento do doente em situações de urgência...” (Vieira 2009, p. 36)

Na admissão do doente os enfermeiros registam sistematicamente os dados relativos ao doente e das suas necessidades de forma a assegurar uma continuidade de cuidados utilizando como instrumento a folha de registos de enfermagem, o que permite avaliar os cuidados de enfermagem planeados e executados.

No que se refere à prestação de cuidados especializados, a assistência ao doente ventilado foi fundamental pois possibilitou-me consolidar competências, na manipulação do ventilador, na interpretação gasimétrica, na aspiração da via aérea, quando havia compromisso desta. Utilizei técnicas de comunicação com o utente e família e mantive uma visão holística do mesmo, estando alerta a toda e qualquer alteração do seu estado ventilatório e hemodinâmico, de forma a actuar com rapidez e eficácia.

Executei diariamente intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes que passo a descrever: prestação de cuidados de higiene e conforto, manutenção da permeabilidade da via aérea, cuidados à orofaringe, vigilância da adaptação do doente ao modo ventilatório, avaliação da tolerância da alimentação entérica, realização de pensos e vigilância de sinais inflamatórios e de cicatrização, monitorização, alternância de decúbitos, proporcionei o repouso, respeitei o ritmo circadiano do doente e incentivei a presença da família.

Pude ainda realizar todos os procedimentos e técnicas inerentes à situação clínica do doente tais como: a avaliação da pressão venosa central, cuidados com cateter arterial e colheita de sangue pelo mesmo, avaliação da pressão intra-abdominal, cuidados a doentes com falência multiorgânica com necessidade de técnicas dialíticas, manutenção e montagem do monitor de diálise, colaboração em procedimentos como a toracocentese, a colocação de cateter arterial, e ainda colaborar na realização de exames complementares de diagnóstico como Raio X, fibrobronscopias, colocação de cateteres venosos centrais e sua manutenção.

No que se refere a terapêutica farmacológica, aprofundei os meus conhecimentos na administração de drogas vasoactivas, curarizantes, sedativos e antibioterapia. Na administração de medicação prescrita respeitei os seus efeitos clínicos, secundários e as compatibilidades em Y.

A administração de fármacos são intervenções interdependentes “realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (REPE, Artigo 9.º nº3).

Esta unidade, encontra-se munida de tecnologia avançada e diferenciada, nomeadamente bombas e seringas perfusoras, bombas perfusoras de alimentação, monitores, ventiladores, máquina de gasimetria. Contudo, pude perceber que os meios tecnológicos não substituem os enfermeiros, estes meios melhoram a qualidade dos cuidados prestados, todavia, é indispensável otimizar as funções dos mesmos através da interpretação dos valores obtidos confrontando-os com a situação clínica do utente para assim poder ajustar o funcionamento destes de acordo com a avaliação realizada.

Particpei no planeamento da transferência de doentes que envolve a equipa médica e de enfermagem, através da estabilização do doente, efectuando as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se previam necessárias durante o transporte; contacto prévio com o serviço receptor de forma a assegurar a continuidade de cuidados, selecção dos meios adequados de monitorização dependente das características específicas do doente, selecção orientada de meios terapêuticos gerais e específicos, escolha da equipa de transporte com formação em transporte de doentes críticos.

Estes são executados de forma correcta pela equipa multidisciplinar de acordo com o Guia de recomendações de transporte de doentes críticos da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e Ordem dos Médicos (OM). “Este documento apresenta os requisitos mínimos, que devem ser disponibilizados, durante o transporte de qualquer doente crítico.” (SPCI e OM, 2008, p. 8).

Ao longo do estágio adquiri capacidade de trabalhar de forma autónoma, utilizei o processo de enfermagem, estabeleci prioridades planeando os cuidados e as intervenções a realizar, demonstrei interesse e preocupação em executar as técnicas com rigor, respeitei as normas e protocolos instituídos no serviço e fundamentei as minhas intervenções em conhecimentos técnico-científicos. De um modo geral consegui, durante o estágio, desempenhar funções inerentes às de um enfermeiro especialista, tendo beneficiado da presença do enfermeiro tutor como especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “*Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem*” tracei os seguintes objectivos específicos, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

Objectivo Específico

➤ Analisar e observar o papel do enfermeiro especialista/tutor e do responsável da UCIP.

Actividades desenvolvidas:

- Identificação do estilo de liderança da enfermeira coordenadora da unidade de cuidados intensivos;
- Identificação da actuação na prática clínica do enfermeiro especialista na área de cuidados intensivos;
- Identificação das diferentes tarefas a realizadas pelo responsável de turno;
- Participação nas actividades relacionadas com a gestão do serviço como manutenção dos “stocks”, horários e distribuição dos enfermeiros;
- Consulta das funções do enfermeiro especialista, estabelecidas no respectivo conteúdo funcional inserido na carreira de enfermagem;
- Colaboração com o tutor na resolução de problemas colocados à UCIP;
- Realização de sessões informais com o enfermeiro especialista/tutor e do responsável do serviço de UCIP.

Desenvolvimento Académico e Profissional

A enfermeira coordenadora da UCIP especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica é responsável pela gestão do pessoal de enfermagem e assistentes operacionais, gestão da farmácia e material, realização do plano anual de actividades para formação em serviço e supervisão dos cuidados prestados.

Tive a oportunidade de colaborar na elaboração de horário mensal das assistentes operacionais, em que se considerou várias aspectos como a atribuição das noites de feriados e fim de semanas, pedidos efectuados, dias do plano de férias, entre outros de forma a que o horário fosse o mais justo e equitativo possível.

Verifiquei como é realizado o pedido de material, fármacos e reposição de “stocks”. Existe um “stock” de material e fármacos no serviço do qual é realizado um levantamento das necessidades duas vezes por semana, e a assistente operacional faz aquisição no aprovisionamento e a sua distribuição no serviço. “A gestão material de stocks, ocupa-se dos problemas relacionados com a arrumação e localização dos materiais de forma a facilitar a sua identificação, acesso e distribuição; de acordo com as suas características e ritmo de consumo.” (Frederico e Leitão 1999, p. 98).

A enfermeira coordenadora está presente na passagem de turno da manhã supervisionando os cuidados prestados, a elaboração dos registos de enfermagem e o cumprimento de protocolos instituídos. É verificado periodicamente a correcta arrumação do

material e fármacos e as necessidades súbitas de fármacos devido a algum tratamento específico que algum doente esteja a fazer. Também é efectuada revisão periódica para verificação do estado e prazo de validade dos fármacos, materiais e equipamentos existentes. O pedido de arranjo de material é realizado por sistema informático em que se consegue verificar o histórico dos arranjos efectuados e pendentes dos equipamentos do serviço. “O conceito de gestão de materiais poderá ser o de um sistema que ordena as actividades referentes à gestão e o controlo de produtos, serviços e equipamento, desde a sua aquisição à sua utilização. Prende-se com a necessidade de colocar os artigos à disposição dos utilizadores em tempo útil e de modo mais económico.” (Frederico e Leitão 1999, p. 90)

Destaco uma reunião com a enfermeira coordenadora e a responsável da farmácia em que estive presente, com o objectivo de inventariar os fármacos em “stock” no serviço UCIP de forma a reduzir a sua quantidade na tentativa de reduzir custos. Quando se verificava não existir consumos de alguns medicamentos no ano anterior era questionado a necessidade destes fármacos no stock do serviço. Através dos meus conhecimentos de farmacologia alertei que alguns fármacos de urgência não fazem parte do carro de urgência e deviam ser mantidos no serviço no máximo de dose que se pode administrar. Ao realizar esta observação contribui para que numa situação de emergência na UCIP não existissem constrangimentos na actuação da equipa multidisciplinar.

De forma a assegurar a qualidade de várias funções de gestão no serviço, foram atribuídas responsabilidades específicas a cada elemento da equipa de enfermagem. Dois enfermeiros são responsáveis pelo material de monitorização, equipamento de ventilação, de perfusão, de depuração extra-renal e carro de urgência, com o objectivo de zelar pela conservação do equipamento e promover formação relativamente à utilização do mesmo. “O grande desafio que se nos coloca como enfermeira gestora é encontrar uma forma adequada de mobilizar a energia dos colaboradores para realizar a missão da organização, dando simultaneamente condições a cada pessoa para ser reconhecida e conseguir auto-realizar.” (Silva 2000, p. 69).

Na área de gestão constatei que as funções da enfermeira coordenadora são muito variadas. Esta elabora os horários e plano de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais, gere o material e fármacos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, garante a reparação e funcionamento dos equipamentos, promove o uso adequado de recursos disponíveis na unidade, divulga as normas e procedimentos institucionais, supervisiona a prestação de cuidados de enfermagem, elabora o plano de formação anual e promove a integração de novos enfermeiros e assistentes operacionais na unidade.

O responsável de turno é o enfermeiro com mais experiência na equipa e é escolhido pela enfermeira coordenadora da unidade mensalmente. Este tem várias funções, tais como, distribuição dos enfermeiros e dos assistentes operacionais, supervisão orientação e coordenação da equipa de enfermagem, no caso de ausência da enfermeira coordenadora providenciar os pedidos da farmácia e armazém, solicitar a substituição de enfermeiros e assistentes operacionais em caso de falta accidental, registar em livro próprio as ocorrências, dirigir e informar a enfermeira

coordenadora sobre possíveis necessidades de reparação de aparelhos, tentando se possível identificar a avaria, supervisionar e garantir registo de administração de estupefacientes e antibióticos, pedir dieta para o doente e verificar se o carro de urgência e desfibrilhador estão operacionais.

Em sessões informais partilhei com o enfermeiro tutor e com enfermeira coordenadora que o responsável de turno deveria não só ser o enfermeiro com mais experiência, mas sim o enfermeiro especialista. Esta sugestão teve a concordância de ambos sendo que esta poderia ser implementada a partir do momento que o número de enfermeiros especialistas no serviço fosse o suficiente, já que a presença destes enfermeiros no serviço é ainda uma realidade recente, há 1 ano. Esta sugestão baseia-se no facto de muitas das funções do enfermeiro responsável de turno serem âmbito funcional do enfermeiro especialista, a este compete “i) emitir pareceres sobre a localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade; ii) colaborar na determinação de custos/benefícios na área de prestação de cuidados, iii) responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados.” (Vieira 2009, p. 37)

A observação e colaboração na gestão de recursos humanos e materiais, contribui para identificação das funções de enfermeira coordenadora e do enfermeiro especialista consagrado na carreira funcional. Este objectivo foi atingido ao realizar turnos especificamente na área de gestão com a enfermeira coordenadora e diariamente com o enfermeiro tutor, visto que este desempenha funções de responsável de turno, o que me possibilitou a observação da sua prática e discussão de situações mais complexas na resolução de problemas.

Objectivo Específico

➤ Actuar de acordo com a ética e deontologia na prestação de cuidados de enfermagem

Actividades desenvolvidas:

- Colaboração nas técnicas de comunicação utilizadas no doente em coma, praticadas na UCIP;
- Utilização de linguagem de acordo com o nível sócio cultural do doente/família;
- Confirmação do sigilo e confidencialidade da informação;
- Respeito pelos direitos dos doentes e família no acesso à informação;
- Aceitação dos valores, costumes e crenças espirituais, individuais, do doente e sua família;
- Prestação de cuidados de enfermagem zelando pela qualidade dos cuidados, pelo bem-estar e dignidade do doente e família;
- Análise das intervenções de acordo com os princípios éticos e legais do código deontológico de enfermagem;

- Esclarecimento de dúvidas anseios e medos, manifestados pelo utente e família;
- Demonstração de atenção, disponibilidade e respeito pelo utente/família;
- Estimulação da família a comunicar com o doente;

Desenvolvimento Académico e Profissional

O cuidar em enfermagem não pode prescindir do aspecto humanístico e relacional. O cuidar não se restringe apenas a uma acção técnica no sentido de fazer, executar um procedimento, mas também no sentido de ser, expresso em atitudes. A rotina diária é complexa, o que envolve o ambiente da UCIP faz com que os profissionais de saúde, na maioria das vezes, esqueçam o tocar, conversar e ouvir o doente que está à sua frente. Apesar do esforço feito pelos enfermeiros no sentido de humanizar os cuidados, esta é uma tarefa difícil, pois exige atitudes individuais às vezes contra um sistema tecnológico dominante.

“A comunicação é o fulcro dos cuidados de enfermagem e exige que esta seja entendida num âmbito mais vasto e mais profundo do que a simples transmissão de informação. O processo de comunicação em enfermagem, enquanto relação enfermeiro doente, comporta implicitamente o entendimento da informação numa perspectiva terapêutica”. (Reis e Rodrigues 2002, p. 107).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de comunicar com vários doentes que estavam acordados com tubo endotraqueal, podendo identificar que é um dos principais factores de stress para o doente, estando relacionado com a incapacidade de falar e de se fazerem entender. Os doentes pediam com gestos para serem aspirados e a comunicação estabelecia-se por gestos, mímica facial e leitura de lábios. Por vezes, quando essa comunicação não verbal não estava a ser eficiente usava papel e lápis e imagens com figuras simples e frases simples com questões. A sede, a necessidade de aspiração, as queixas dolorosas e qual o dia em que estávamos eram as solitudes mais repetidas.

“A comunicação não verbal é uma área fundamental dentro da comunicação em termos globais. Perceber que as pessoas podem dar maior importância à mensagem transmitida pela comunicação não verbal em detrimento da verbal, deve suscitar nos enfermeiros maior preocupação e treino de competências neste âmbito, de forma a tornar a interacção entre ambos mais positivos.” (Oliveira 2010, p. 8).

Os cuidados intensivos são um local com imensa tecnologia, possuem materiais que por vezes intimidam e proporcionam um ambiente clínico que pode dificultar a interacção entre profissionais de saúde, doente e família. Esses sentimentos são ressaltados pelo ambiente e pelas suas características físicas e estruturais que, na maioria das vezes, são desconhecidas dos doentes e seus familiares. A família também sofre com o internamento do seu parente, tem a necessidade de informações relacionadas com o seu estado clínico, necessidades que geram stress e que devem ser consideradas pelos profissionais.

Verifiquei que os enfermeiros, por vezes não participavam activamente no primeiro contacto da família com os cuidados intensivos. Comuniquei esta inquietação ao enfermeiro tutor o qual concordou com tal observação, e que como responsável de turno iria alertar a equipa para este problema.

Segundo a alínea a) e b) do Artigo 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar: quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”

O doente internado na UCIP necessita de cuidados de excelência dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais que se tornam intimamente interligadas à doença física. A humanização dos cuidados envolve não só o doente mas estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença (família, equipa multidisciplinar e o ambiente).

Destaco neste contexto uma situação de um doente de 45 anos de idade, vítima politraumatizada, por queda de poste de electricidade sobre ele, teve traumatismo D3, D4, D5, com secção medular completa com ausência de resposta motora e sensitiva abaixo da lesão, fractura de rádio direito e amputação dos dedos do pé esquerdo, pneumotorax esquerdo de pequeno volume. Foi para o bloco operatório (BO) fez estabilização da coluna dorsal, osteosíntese do rádio e reconstituição de pé amputado. Estava sedado com midazolam em perfusão e analgesiado com perfusão de fentanil. “O fentanil é um opióide sintético que tem como indicação principal a analgesia de pacientes hemodinamicamente instáveis, sendo mais seguro que a morfina, por causar menor libertação de histamina e consequentemente menor vasodilatação e hipotensão arterial”. (Benseñor 2003, p. 685)

“O midazolam é um fármaco tranquilizante de acção rápida, sedativo e indutor do sono que pertence ao grupo das benzodiazepinas”. (Infarmed 2007,p 1)

Havia necessidade de administrar um bólus de fentanil (0,05mg/ml) e midazolam (5mg/1ml)) antes de iniciar a prestação de cuidados de higiene e conforto e na realização de pensos pois despertava queixoso à mobilização. Antes de se iniciar o banho perguntei ao doente se tinha dores, ele acenou com a cabeça e franziu as sobrancelhas de forma afirmativa pois estava incapaz de comunicar verbalmente devido à presença do tubo endotraqueal.

“Na UCI, o doente apresenta limitação na comunicação devido a várias terapêuticas. O enfermeiro avalia a sua dor observando-o a nível comportamental (actividade física /motora, movimentos do tronco e extremidades, busca de uma posição de conforto, expressões faciais, fisiológicas (sinais vitais, transpiração difusa e palmar, psicológico (ansiedade, depressão angústia, agitação alterações do sono) ”. (Perguiça 2003, p. 26)

A necessidade de avaliação e quantificação da dor de forma contínua e sistemática apresentada pelo doente foi imprescindível para adequar a terapêutica e avaliar a sua eficácia. Durante o turno o doente por vezes despertava subitamente com fácies de dor, com taquicardia, mexia o braço esquerdo na procura de uma posição de conforto. A atitude terapêutica não passou só por administração do analgésico, mas por tentar perceber o que lhe doía, ajustando as almofadas, alinhando os membros, aliviando-lhe as costas e tranquilizando-o com uma presença afectiva. Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS) a dor “deve ser avaliada, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida dos doentes”. (DGS 2003, p.2)

A folha de registo de enfermagem da UCIP incorpora a escala numérica de 1 a 10 e o plano terapêutico está ajustado às necessidades individuais do doente já que a possibilidade de alteração da perfusão da analgesia e sedação e a administração de bólus em SOS (sempre que necessário) é considerado no regime terapêutico prescrito, isto permite ao enfermeiro de forma autónoma ajustar a sedação e analgesia conforme avaliação efectuada.

A Escala de Ramsay para quantificar o grau de sedação, classifica os pacientes em graus entre 1 (ansiedade e agitação) a 6 (nenhuma resposta), é a utilizada no serviço e faz parte integrante da folha de registo de enfermagem, este doente tinha uma ponderação de nível 2 (colaborante e orientado).

Ao integrar os conhecimentos da unidade curricular de cuidados intensivos revejo que a analgesia eficaz permite, optimização da performance pulmonar, facilita a mobilização precoce, diminuem a probabilidade de catabolismo aumentado, os níveis de concentração de catecolaminas plasmáticas e o consumo de oxigénio do miocárdio

Neste caso concreto não estava perante só uma dor física mas também o medo de um futuro desconhecido já que a possibilidade de ficar paraplégico era evidente, não consegui entender se o doente ou a sua família saberiam dessa realidade, mas o silêncio, o chorar, a emoção aquando da visita da filha e esposa, espelham o sofrimento desta família. Incentivei tanto a esposa como a filha (que vinha de fim-de-semana e encarou com o pai nesta situação) a dialogarem um pouco e depois mantive-me afastado num momento que só lhes pertencia.

Na UCIP as informações aos familiares são comunicadas pelo médico de serviço e o enfermeiro não deve fornecer informações de foro clínico (previsões de alta, tempo de internamento, diagnóstico e prognóstico). Esta informação por vezes é partilhada com a equipa de enfermagem. Sugeri que a presença de um enfermeiro, por exemplo o responsável de turno, nessa reunião com a família, seria importante para que a informação fosse partilhada mais fluentemente pela equipa de forma a não criar obstáculos na relação de ajuda entre doente, família e enfermeiro. O enfermeiro tutor esteve de acordo com a minha sugestão, mas não se mostrou receptivo na sua implementação, porque ainda existem constrangimentos da equipa médica na partilha da informação clínica.

A presença da família “como foco central do atendimento das necessidades individuais dos pacientes, fortalecidos pelo contacto próximo com os familiares, os quais, acredita-se que podem influenciar decisivamente no processo de cura e reabilitação”. (Caetano et al 2007, p. 327)

Ao longo do estágio esteve sempre presente a preocupação de estabelecer uma relação terapêutica e de ajuda com o doente, fundamentando cientificamente as intervenções executadas. A relação estabelecida com doente e família foi naturalmente conseguida, através da utilização de técnicas de comunicação verbais e não verbais adequadas à realidade da UCIP.

As intervenções de enfermagem foram sempre realizadas de acordo com os princípios éticos e legais descritos no Código Deontológico do Enfermeiro sendo os valores universais na relação profissional “a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.” Artigo 78.º dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “*Competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida*” tracei os seguintes objectivos específicos, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

Objectivo Específico

➤ **Demonstrar e promover evolução profissional na área da especialização de enfermagem médico-cirúrgica.**

Actividades desenvolvidas:

- Utilização uma linguagem técnico-científica adequado a profissionais de saúde baseada na evidência científica;
- Prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, mobilizando conhecimentos teórico-práticos baseados na evidência científica;
- Pesquisa e análise bibliográfica científica, diversificada e actual;
- Comunicação em sessões informais algumas experiências da vida profissional para a equipa de enfermagem;
- Argumentação correcta do modo da realização das actividades, justificando com os conhecimentos adquiridos na área da especialização.

Desenvolvimento Académico e Profissional

A Enfermagem de Cuidados Intensivos desenvolveu-se no âmbito de uma especialidade à pouco mais de 40 anos, apenas com o desenvolvimento de novas intervenções e tecnologias médicas deu-se o seu reconhecimento a nível da importância de observação e monitorização dos doentes em estado crítico. A SPCI e OM (2008, p. 9) definem como “doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” Actualmente os cuidados intensivos são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde formados no campo da especialização de cuidados críticos.

Na UCIP encontrei uma grande concentração de meios tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, operados por uma equipa treinada para responder eficazmente a estes doentes críticos. Por este motivo, apresenta características muito próprias tais como: ambientes tensos, locais onde a morte é uma constante, situações de risco, as rotinas muitas vezes rígidas e inflexíveis a rapidez de acção que o atendimento exige, a ênfase no conhecimento técnico científico.

Logo no início do estágio, verifiquei que todos os doentes da unidade de cuidados intensivos tinham sistema de aspiração fechado adaptado à traqueia do ventilador. Questionei-me qual a razão dessa utilização em todos os doentes já que existem reservas relativamente a este sistema na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), tal como retive na unidade curricular de Controlo de Infecção Hospitalar.

No Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções relacionadas com os cuidados de Saúde (PNCI) as indicações referentes à prevenção da pneumonia associada ao ventilador nos cuidados intensivos passam por “fazer a desinfecção e tornar os cuidados adequados para limitar a contaminação, durante a utilização dos tubos, ventiladores e humidificadores, abolir a mudança por rotina de tubos respiratórios, fazer aspiração traqueal estéril e proporcionar cuidados com a cabeceira elevada...” (Ministério da Saúde, PNCI 2006, p. 62)

Ao partilhar esta inquietação com o meu enfermeiro tutor, este informou-me que iniciaram a utilização de sistemas de aspiração fechado em todos os doentes da unidade para controlo de um surto de “*Acinetobacter*” multirresistente e que desde então passou a ser uma utilização frequente no serviço.

Ao realizar pesquisa bibliográfica constatei que vários protocolos de aspiração têm sido desenvolvidos, diversas práticas têm provado a sua eficácia na limitação das complicações relacionadas com a aspiração. Um dos novos equipamentos para facilitar a aspiração de um doente sujeito a ventilação é o sistema fechado de aspiração endotraqueal, que consiste num cateter de aspiração envolvido por uma bainha plástica que liga directamente às traqueias do ventilador. Permite que o doente seja aspirado durante a ventilação sem o desconectar do ventilador mantendo o sistema fechado.

“O impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado é semelhante para o desenvolvimento da pneumonia associado à ventilação mecânica, assim a escolha do tipo de sistema de aspiração traqueal deve ser baseado em outros parâmetros, como por exemplo a doença de paciente, os custos a necessidade de PEEP e fracção inspiratória de oxigénio (FiO2) elevadas, o número de aspirações, requeridas e o tempo de ventilação mecânica.” (Lopes e Lopéz 2009, p. 87).

O sistema aberto de aspiração de secreções por definição requer que o doente esteja desconectado completamente do circuito do ventilador por isso o oxigénio, humidificação e PEEP diminuem nesse momento. A aspiração do sistema fechado pode ser usada sem interrupção da ventilação mecânica. “As vantagens deste sistema de aspiração fechado incluem a manutenção da oxigenação e da PEEP durante a aspiração, diminuição das complicações relacionadas com a hipoxémia e protecção do pessoal da contaminação pelas secreções do doente.” (Urden et al 2008, p. 681).

A possibilidade de autocontaminação não tem constituído contra-indicação se o cateter for adequadamente limpo com soro fisiológico após cada utilização. Lorente et al, citado por Lopes e Lopéz (2009, p. 86) observaram que “o uso do sistema fechado sem rotina de mudança diária completa, mantendo o cateter de sucção o mais limpo possível através da lavagem com solução fisiológica para remover secreções residuais após cada procedimento, também não incrementou o desenvolvimento de PAVM, comparado ao sistema aberto”.

Outra questão que podia ser levantada é a capacidade de aspiração, mas “variados estudos compararam a habilidade de ambos os sistemas de aspiração (aberto e fechado) para remover as secreções e descobriram que não há diferença na capacidade de remoção.” (Hooser 2002, p. 2). Em sentido contrário Urden et al (2008, p. 681) constaram que “A remoção inadequada das secreções pode constituir ou não, um problema devendo esta matéria ser objecto de investigação.”

A mudança da cânula de aspiração nesta unidade não é realizada diariamente como rotina. “as recomendações para a mudança de cateter variam, estudos indicam que o cateter pode ser substituído quando necessário, sem que isso contribua para um aumento da pneumonia nosocomial”. (Urden et al 2008, p. 681).

Todas estas recomendações fundamentadas em pesquisa bibliográfica, relativamente ao risco da colonização do tracto respiratório, da possibilidade de auto contaminação, na remoção inadequada das secreções e o aumento de risco de extubação acidental devido ao peso do circuito ventilador foram partilhadas com a equipa de enfermagem, como contributo na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem na utilização do sistema de aspiração fechado.

Outra situação problema que identifiquei foi a introdução de um novo equipamento de defibrilhação bifásico no serviço sem a devida formação. Propus-me como formador, já que tenho

curso Suporte Avançado de Vida (SAV) actualizado e creditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), experiência prévia no meu serviço da utilização deste mesmo equipamento e fui um dos formadores responsáveis pela integração deste aparelho no serviço de urgência. Realizei sessões informais de utilização e manuseamento em segurança do desfibrilhador a vários elementos da equipa de enfermagem. Neste sentido o INEM no seu manual de SAV (2006, p. 5) refere que “Em meio intra-hospitalar, é desejável que um número cada vez maior de profissionais de saúde tenham treino e recursos para desfibrilhar precocemente.”

Ao integrar os saberes adquiridos e a evidência científica na reflexão da prática clínica e ao partilha-la com a equipa de enfermagem, permitiu desenvolver competências específicas na área do intensivismo, demonstrando e promovendo a evolução profissional na área da EEMC.

Objectivo Específico

➤ **Aprofundar a capacidade de iniciativa e de criatividade na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC da prática clínica.**

Actividades desenvolvidas:

- Identificação de questões ou situações problema que possam existir no serviço, estudando e reflectindo a possível solução;
- Promoção da integração e da compreensão do ambiente complexo da UCIP por parte do doente e família;
- Observação e contribuição com técnicas para manter um bom equilíbrio sensorial do doente na UCIP;
- Promoção do sono, repouso e equilíbrio sensorial do doente;
- Colaboração na resolução de problemas colocados à UCIP;

Desenvolvimento Académico e Profissional

Durante o turno da noite é diminuída a presença de luzes só estando acesas as do balcão de vigilância, quando no turno da tarde deixa de haver luz natural as persianas são baixadas evitando assim a presença de luz da iluminação pública exterior, os tubos de colheita com a respectiva identificação já são colocados na unidade do doente, as perfusões que se prevêem terminar durante esse período já são preparadas para diminuir a actividade e evitar que os alarmes das máquinas perfusoras toquem. A equipa evita conversas na área de trabalho e o tom de voz é claramente diminuído. Estes actos foram aqueles que identifiquei como forma de proporcionar o silêncio que por vezes é interrompido pelos sons dos alarmes do monitor e ventilador que mantêm o mesmo volume.

O doente em cuidados intensivos não tem controlo pela maior parte das coisas que lhe acontecem, têm vários tubos, sondas e material conectado que os assusta, incomoda e limita os movimentos, ao estar totalmente dependente da decisão e ajuda do profissional como no simples acto de beber um copo de água quando se tem sede põem em causa o bem-estar e a satisfação das suas necessidades.

Neste contexto, destaco uma doente que estava a cuidar num turno de noite. No início da noite apresentava-se apelativa, perguntava quando é que ia para a enfermaria e pedia várias vezes água que lhe era dada.

Existem diferentes estudos que identificam vários factores que contribuem para o stress físico e psicológico dos doentes em estado crítico, embora com diferentes níveis de importância todos eles concluem que “ter tubos na boca e nariz, não ter controlo sobre si, ter sede, ser picados por agulhas, ter medo de morrer, não ser capaz de dormir” (Almeida e Ribeiro 2008, p. 85) são considerados pelos próprios doentes após internamento em cuidados intensivos aqueles que geram maior stress.

Várias recomendações são apresentadas para que o profissional de saúde reconheça o stress desencadeado pela doença grave e internamentos na UCI, nomeadamente, “os profissionais podem alterar os alarmes adequando os limites aos parâmetros de cada doente, restringir os procedimentos terapêuticos, diminuir a intensidade da luz e ruído no período nocturno, na alternativa á comunicação oral, combinar gestos e sons com o doente, usar figuras com imagens ou frases tipo, incluir informações sobre o que lhe aconteceu, onde se encontra, orientá-lo no tempo, no seu estado e pequenos progressos”. (Almeida e Ribeiro 2008, p. 87).

No decorrer do estágio e pela pesquisa bibliográfica realizada constatei que o ruído de noite é mais incomodativo do que o de dia pois no meio do silêncio, num período que deve ser de descanso qualquer ruído torna-se ensurdecedor e não permite manter um sono repousante e calmo. Vários ruídos incontrolláveis embora pequenos são incomodativos, como o sistema de vácuo, o som do borbulhar do copo de água, do ventilador, os ruídos das bombas infusoras, do monitor, e o barulho dos sapatos dos profissionais, inadvertidamente alteram o padrão de sono do doente. Biley citado por Santos et al (2005, p. 56) constata que “Nos hospitais norte americanos os níveis máximos de ruído aconselhados são de 45 Db durante o dia e 35 Db à noite. Ora, alguns estudos apontam para que em unidades de cuidados de recobro e intensivos estes limites sejam largamente excedidos (médias acima de 50 Db)” A maioria dos ruídos identificados como factores perturbadores do sono podem e devem ser controlados. Os enfermeiros têm um papel preponderante no controlo do ruído, promoção de um ambiente calmo, contribuindo para a melhoria de cuidados prestados.

O aspecto que não é cumprido na íntegra na UCIP, é o ajuste dos limites dos alarmes às características fisiológicas da estabilidade do doente e a diminuição do volume dos alarmes durante o repouso e sono. O enfermeiro tutor estava em consonância com o meu alerta mas salientou que alguns enfermeiros sentem o receio de não ouvir os alarmes. Durante os turnos que

foram efectuados de noite na passagem de turno abordei esta situação numa tentativa de sensibilizar a equipa para este problema. Ao longo estágio desenvolvi e demonstrei uma atitude critico-reflexiva, fundamentando as minhas decisões para a resolução de situações problema da prática profissional dos enfermeiros.

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “*Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*” tracei o seguinte objectivo específico, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

➤ **Promover a formação em serviço e colaborar em projectos de acordo com as necessidades identificadas.**

Actividades desenvolvidas:

- Entrevista informal com a enfermeira chefe e com o enfermeiro tutor para recolha de informação relativa às necessidades de formação da equipa de enfermagem;
- Identificação das necessidades formativas na equipa de enfermagem e assistentes operacionais;
- Participação activa na formação em serviço que decorreu durante o período de estágio;
- Realização de acção de formação consoante as necessidades formativas identificadas;
- Compreensão do manual de acolhimento ao serviço para profissionais e colaboração na sua adequada aplicação;
- Análise do planeamento de integração para novos profissionais;
- Pesquisa e análise bibliográfica científica, diversificada e actual;

Desenvolvimento Académico e Profissional

“O D. L nº 437/91 de 8 de Novembro atribui ao enfermeiro-chefe e ao enfermeiro superior a função de escolher o responsável pela formação em serviço de cada unidade. Ainda de acordo com o actual enquadramento legislativo, a opção deve recair preferencialmente no enfermeiro especialista.” (Paixão 2009, p. 42).

Como constatei ao longo do estágio os enfermeiros especialistas são os responsáveis pela formação em serviço de temas pertinentes com conhecimentos muito específicos na área de intensivismo.

Assim, tive a oportunidade de participar numa formação apresentada pelo meu enfermeiro tutor, onde observei como se realiza a correcta montagem, preparação do circuito extracorporal do monitor Multifiltrate e preenchimento de sistemas (priming) com soro fisiológico heparanizado. A

escolha do tipo de técnica dialítica foi a hemodiálise pois o doente tinha uma insuficiência renal aguda. A hemodiálise é uma técnica de substituição renal contínua caracterizada por um processo de difusão (movimento de partículas de um gradiente de maior concentração para outro de menor concentração obtendo assim iguais níveis de concentração dos dois lados da membrana), entre o dialisante (solução de electrólitos conduzida através dos capilares externos do filtro tendo em conta o princípio de contracorrente) e o sangue através das membranas do filtro de hemodiálise (dialisador). A ligação do sistema extra corporal ao doente foi realizada por um acesso venoso na veia femoral que deve ter uma correcta heparanização para ter uma boa permeabilidade.

Através da observação contínua, o enfermeiro de cuidados intensivos encontra-se numa posição privilegiada para identificar problemas e iniciar os procedimentos apropriados intervindo de forma a evitar complicações, isso implica não só conhecimento das técnicas dialíticas de substituição renal mas também uma vasta experiência prática como era o caso do enfermeiro tutor que já trabalha numa clínica de hemodiálise há vários anos. Não basta por vezes só dar respostas aos alarmes da máquina é preciso entender o estado hemodinâmico do doente, reconhecer as complicações que podem levar á obstrução do sistema extra-corporal, cálculo do balanço hídrico, verificação constante do funcionamento das bombas infusoras e da drenagem do ultrafiltrado, funcionamento das bombas de sangue do ultrafiltrado e liquido de substituição, leitura das pressões arterial, venosa e transmembrana e perfusão de heparina ou citrato.

“A anti coagulação de citrato de sódio, é actualmente segura, com baixo risco de complicações nomeadamente hemorrágicas decorrentes de apenas fazer anti coagulação regional. Aumenta o tempo do filtro, da eficiência da técnica, redução da carga de trabalho da equipa de enfermagem e um impacto positivo nos custos, é uma boa opção no doente com risco hemorrágico sendo uma boa alternativa à heparina.” (Ramos 2009, p. 39).

Tive ainda a oportunidade de participar em várias formações do serviço (Cateter venoso central, ventilação mecânica, drenagem torácica, monitorização eléctrica e hemodinâmica) que faziam parte do programa de integração de dois recentes enfermeiros contratados no serviço. Estas formações serviram não só de aprendizagem como permitiram colaborar com o enfermeiro tutor na integração de novos elementos no serviço. “As acções de formação devem ser calendarizadas anualmente num esforço conjunto entre o enfermeiro responsável e o enfermeiro chefe. Pressupõe-se, por um lado, um diagnóstico prévio das necessidades da equipa envolvendo-se activamente em todo este processo e, por outro, a concretização das políticas formativas emanadas pelos órgãos directivos da instituição”. (Paixão 2009, p.42)

No sentido de identificar as necessidades formativas da equipa multidisciplinar foi realizada uma sessão informal conjuntamente com o enfermeiro tutor e enfermeira coordenadora. Ao abordar as possíveis áreas de intervenção formativa consideramos que um tema pertinente a desenvolver seria o ARDS (Acute Respiratory Distress Síndrome) – Cuidados de Enfermagem pois este é “a forma mais grave de edema pulmonar não cardiogénico caracterizada pela instalação aguda e persistente de alterações pulmonares, que se traduzem pelo aumento da permeabilidade

da membrana capilar pulmonar, com compromisso das trocas gasosas alvéolo-capilares e deterioração da oxigenação” (Carneiro et al 2008, p.137).

Nesta unidade existem várias admissões de doentes com quadro de sépsis, politraumatizados com contusão pulmonar e em choque, que muitas vezes desencadeiam insuficiência respiratória súbita, com dispneia, hipoxémia, edema pulmonar, taquicardia, adejo nasal, cianose e roncocalpulmonares dispersos instalando-se um quadro clínico de ARDS.

Na presença destas manifestações clínicas, exigem-se cuidados de enfermagem muito específicos, nomeadamente, a observação constante da adaptação do doente ao modo ventilatório, ajuste da administração de oxigénio de acordo com valores gasimétricos, posicionamento do doente em posição ventral, monitorização da estabilidade eléctrica e hemodinâmica e avaliação da eficácia dos tratamentos aplicados.

Os objectivos desta formação foram, definir ARDS e descrever a fisiopatologia, conhecer as causas de ARDS, compreender os cuidados de enfermagem no tratamento dos pacientes com ARDS e descrever os tratamentos específicos baseados nas evidências científicas. A acção de formação foi realizada no dia 16 de Junho de 2010 às 15 horas na sala de reunião da UCIP, (Anexo I A e B) estiveram presentes vários enfermeiros do turno da manhã e da tarde desse dia, a enfermeira coordenadora, o enfermeiro tutor e a directora clínica. O *feedback* foi muito positivo já que a equipa de enfermagem achou pertinente a temática e o conteúdo abordado, permitindo a reflexão dos cuidados prestados na prática clínica e a integração de artigos científicos recentes na discussão. A questão que gerou mais interesse foi a necessidade de o doente permanecer 20 horas por dia em posição ventral para potenciar as vantagens do posicionamento no recrutamento alveolar levando assim à diminuição da mortalidade.

A presença e o interesse da directora do serviço na formação foram para mim uma prova que o caminho passa por uma partilha de conhecimentos e experiências no seio da equipa multidisciplinar. A Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 7) preconiza “no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”. Assim contribuí para que a equipa de enfermagem adquira-se conhecimentos sobre a fisiopatologia e manifestações clínicas do ARDS, a terapêutica farmacológica, a ventilação mecânica e o programa de posicionamentos do decúbito ventral no tratamento do doente crítico com ARDS.

Outra temática actual nas unidades de cuidados intensivos é a infecção decorrente da prestação de cuidados, pois constitui hoje um problema muito real e sério no contexto da qualidade da prestação de cuidados. A pneumonia nosocomial surge em diferentes grupos de doentes. “Os mais importantes são os doentes ventilados em cuidados intensivos, onde a taxa de pneumonia é de 3% por dia de ventilação. A letalidade da pneumonia associada ao ventilador é elevada, embora o risco atribuível seja difícil determinar dada as frequentes co-morbilidades dos doentes.” (Ministério da Saúde, Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital 2002, p.13)

A prevenção da pneumonia associada ao ventilador implica uma abordagem multidisciplinar muito abrangente que de uma forma sucinta passa por evitar a sedação profunda do doente, medidas de assépsia de acordo com o programa de controlo de infecção hospitalar, elevar a cabeceira do leito de 30º a 45 º, cuidados com a nutrição entérica, com tubo endotraqueal, cuidados de higiene oral e programa de vigilância epidemiológico e antimicrobiano.

Por não existir nenhuma informação nesta unidade que sensibiliza-se os profissionais de saúde para medidas consensuais na prevenção da pneumonia associada ao ventilador, sendo esta a maior causa de infecções nosocomiais nos cuidados intensivos, elaborei um Poster (Anexo II) denominado “Prevenção da Pneumonia Nosocomial”.

Este poster foi adaptado do documento de Consenso de Pneumonia Nosocomial entre a Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos de 2007, com o objectivo de sensibilizar e envolver a equipa multidisciplinar a prestar cuidados que previnam a pneumonia associada ao ventilador.

Este poster foi aprovado pelo enfermeiro tutor, enfermeira coordenadora e directora clínica tendo sido aceite a sua fixação na unidade de doentes da UCIP.

Os trabalhos elaborados foram baseados numa pesquisa bibliográfica científica e actual indo ao encontro das necessidades formativas identificadas no serviço, através da partilha de informação com o enfermeiro tutor, no contacto diário com a equipa multidisciplinar e na observação directa dos cuidados prestados.

Ferreira citado por Paixão (2009, p, 45) “como principais motivos para os enfermeiros fazerem formação é a intenção de melhorar o desempenho profissional, a actualização de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a valorização pessoal”.

1.2 Módulo III – Controle de Infecção Hospitalar

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “*Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em Enfermagem*” tracei os seguintes objectivos específicos, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

Objectivo Específico

- **Conhecer a estrutura, dinâmica e as funções do enfermeiro da CCI na instituição.**

Actividades desenvolvidas:

- Observação directa da estrutura e dinâmica da CCI;
- Identificação dos elementos constituintes da CCI e método de trabalho instituído;
- Consulta e análise dos protocolos, normas e procedimentos existentes no serviço do CCI e sua adequação às *guidelines* actuais;

- Consulta do programa nacional de controlo de infecção;
- Esclarecimento das funções da CCI com enfermeira tutora em entrevistas informais;
- Compreensão de que forma é realizada a vigilância epidemiológica;

Desenvolvimento Académico e Profissional

No que se refere à estrutura física da CCI do CHEDV o gabinete destinado aos dois enfermeiros do núcleo executivo é pequeno, limitando o seu trabalho, já que desenvolvem funções distintas, um a tempo inteiro com as funções da CCI e outro parcialmente nessas funções, acumulando com a gestão de altas dos doentes para a rede de cuidados continuados. A sua localização apresenta a lacuna de não permitir um arquivo próximo, tendo estes de perder tempo em deslocações à biblioteca onde possam consultar tudo que necessitarem, provocando stress físico. Faz ainda parte da CCI uma enfermeira que faz a gestão dos resíduos hospitalares e que realiza parte do programa de saúde ocupacional nomeadamente a vacinação dos profissionais de saúde na campanha de prevenção da gripe sazonal, acumulando parcialmente com as funções da CCI.

Actualmente, o CHEDV engloba três hospitais, a unidade de Santa Maria da Feira, S. João da Madeira e Oliveira de Azeméis, com uma lotação total de 370 camas. “De acordo com os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e o National Nosocomial Infection Surveillance System as unidades de saúde devem ter um enfermeiro de controlo de infecção (ECI) a tempo completo, para uma lotação entre as 110 e 140 camas e mais um ECI por cada mais 250 camas, além desta lotação.” (Direcção-Geral de Saúde 2007, p. 3).

Ao constatar que na CCI do CHEDV há um enfermeiro, a tempo completo e dois a tempo parcial, posso afirmar que seria mais proveitoso, de acordo com estas recomendações, ter dois enfermeiros a tempo completo na CCI e um a assegurar as outras funções.

Relativamente à constituição da CCI existe um organograma onde se encontra explícito a sua composição. A CCI integra um núcleo executivo, núcleo de apoio técnico e consultivo, e um núcleo de membros dinamizadores, sendo estes últimos os que se encontram na prestação de cuidados. Ao analisar a constituição da CCI do CHEDV, posso afirmar que esta está de acordo com o que está delineado pela DGS no Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) de 2008 relativamente à sua constituição e atribuições. Sendo que estes profissionais devem ter competências, sensibilidade e interesse na área de prevenção e controlo de infecção associada aos cuidados de saúde.

Desde 2007 tornou-se obrigação legal a criação de uma CCI em cada estabelecimento de saúde, público ou privado, através da Circular Normativa nº: 18/DSQC/DSC da DGS. Esta necessidade vem ao encontro da problemática das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) existentes no panorama mundial e nacional.

Nesse sentido, para permitir um esforço concertado a nível nacional a constituição das CCI nas instituições de saúde devem ser dotadas de recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento das vertentes essenciais do PNCI.

A CCI, enquanto “órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, deve ter um carácter técnico, executivo, multidisciplinar, representativo e ajustado às novas modalidades de gestão das unidades de saúde. Deve ser dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, para implementar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção da unidade de saúde” (Direcção-Geral de Saúde 2007, p. 2).

A CCI hospitalar tem como objectivo prevenir, detectar e propor medidas de controlo de infecções hospitalares, articulando-se para tal com vários departamentos, serviços e unidades funcionais. Tanto a CCI como os directores de serviço, enfermeiros chefe, responsáveis de serviço e profissionais de saúde, deverão zelar pelo cumprimento do programa, que engloba: a vigilância das infecções em doentes e profissionais; formação e consultadoria sobre controlo e prevenção da infecção.

A CCI elaborou um manual de procedimentos que abrange as vertentes mais significativas da prestação de cuidados na divulgação de normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS, entre eles: Construção e reestruturação; Higiene das Mãos; Prevenção da Pneumonia Nosocomial; Limpeza e Desinfecção de Brinquedos; Prevenção da Infecção Associada a Dispositivos Urinários; Preparação e Cuidados Cutâneos em Doentes Cirúrgicos; Higienização do Ambiente Hospitalar; Cuidados a ter na presença de doentes hemorrágicos; Actuação no Caso de Derramamento de Matéria Orgânica; Prevenção e Controlo da Infecção Postmortem; Manuseamento e Tratamento da Roupas Hospitalar; Distribuição dos Alimentos e Segurança; Limpeza dos Esterilizadores; Empacotamento de Dispositivos Médicos; Descontaminação de Sondas de Ecógrafos; Descontaminação de Macas para Transporte de Doentes; Utilização de Sistemas de Humidificação de Oxigénio “Aquapak”.

Este manual de procedimentos encontra-se divulgado na intranet e é um guia prático de fácil consulta, que oferece normas de orientação claras a todos os profissionais de saúde. Cabe à CCI hospitalar a implementação de medidas preventivas com procedimentos e métodos capazes de reduzir o risco de infecção nosocomial. Segundo a pesquisa efectuada estes procedimentos mantêm uma actualização regular concordante com a evolução permanente do conhecimento científico. Devem ser “revistas com uma periodicidade regular e programada no mínimo de 3 em 3 anos, e sempre que surja informação actualizada e devidamente demonstrada (níveis de evidência) que o justifiquem, de acordo com o avanço dos conhecimentos e investigação.” (Ministério da Saúde, Manual de Operacionalização - PNCI 2008, p. 34)

O plano de actividades do CCI proposto para 2010 pretendeu dar continuidade às actividades desenvolvidas nos anos anteriores. Este plano de actividades responde positivamente ao que é preconizado para a realização do Plano Operacional da Prevenção e Controlo da Infecção (POPCI) que deve abranger as seguintes vertentes de intervenção: “vigilância

epidemiológica, elaboração e divulgação de normas de boa prática de clínica e formação, definindo objectivos metas, intervenientes e temporalidade.” (Ministério da Saúde, Manual de Operacionalização - PNCI 2008, p. 5)

Ao longo do estágio constatei que a CCI assume um papel primordial dentro das instituições de saúde e a importância que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista, assume nesta vertente dos cuidados de saúde, fomentando na equipa multidisciplinar a curiosidade para entender e desenvolver conhecimentos sobre esta área de controlo de infecção

Na minha perspectiva a importância da CCI é indispensável para a prevenção da infecção nosocomial, isso implica que todos os profissionais de saúde participem activamente na execução do plano operacional da comissão de infecção. Através dos pedidos de pareceres, pela envolvimento dos membros dinamizadores dos serviços, pela adesão às formações e campanhas realizadas pela CCI constatei que este é o caminho para o objectivo comum de combater a problemática das IACS nas unidades de saúde. Este objectivo possibilitou participar activamente nas funções da comissão de controlo de infecção da instituição e reflectir na e sobre a prática de forma crítica, tomando decisões fundamentadas em evidências científicas actuais. Desta forma e tendo em consideração a constituição da CCI, suas funções e a pesquisa do manual de procedimentos, desenvolvi competências de forma contínua e autónoma no meu processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional, especificamente na área de infecção hospitalar.

Objectivo Específico

➤ **Mobilizar e Integrar conhecimentos das unidades curriculares da especialização Médico-Cirúrgica, da formação académica contínua e da prática clínica.**

Actividades desenvolvidas:

- Revisão dos conteúdos leccionados na unidade curricular de infecção hospitalar;
- Análise de forma crítico reflexiva das actividades por mim desenvolvidas;
- Consulta e análise do Plano Nacional de Controlo de Infecção.

Desenvolvimento Académico e Profissional

A infecção nosocomial existe em todo o mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países pobres. Apesar dos progressos da tecnologia nos cuidados de saúde, cada vez mais as infecções continuam a surgir nos doentes, favorecidos por vários factores como o uso indevido de antibióticos a imunodepressão, o número cada vez maior de procedimentos e técnicas invasivas que criam portas de entrada para a infecção. Constituem um custo para a saúde pública associado ao aumento do tempo de internamento e à perda de produtividade do doente sendo este

custo não só económico mas sim social agravado pela incapacidade funcional e stress emocional do doente, que em alguns casos levam, a situações que diminuem a qualidade de vida e também a uma das principais causas de morte.

Como indicador bem revelador desta preocupação “o último inquérito de prevalência conduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 55 hospitais de 14 países, revelam que 8,7 % dos doentes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS”. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde 2007, p.6).

Os estudos da OMS mostraram a taxa de infecção é maior em doentes com idade avançada, co-morbilidades ou quimioterapia com maior prevalência nas unidades de cuidados intensivos, em serviços cirúrgicos e ortopédicos.

No último Inquérito Nacional de Prevalência da Infecção (2009, p.17) “foram estudados 21 459 doentes, com uma média de idades de 57 anos. Destes, 2 112 (9,8%) apresentavam uma infecção nosocomial. As infecções das vias respiratórias e das vias urinárias foram as mais frequentes, com taxas de 3,8% e 2,7% respectivamente. As infecções do local cirúrgico e as infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) representaram 1,3% e 0,7% respectivamente”.

O conceito de IACS é mais abrangente que a definição de infecções nosocomiais já que esta corresponde à “infecção associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados e domiciliários).” (Ministério da Saúde, Manual de Operacionalização - PNCI 2008, p. 6).

O conceito de infecção nosocomial não abrange o ambulatório, por sua vez, o conceito IACS implica que todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, unidades de cuidados continuados, hospitais, lares) façam um esforço para comunicarem e articularem-se entre si, para identificarem e reduzirem o risco de infecção cruzada.

O atrás exposto demonstra a importância das funções das Comissões de Controlo de Infecção que passam por uma linha estratégica de actuação nacional em que para reduzir o problema das IACS deve-se assumir que a diminuição da sua incidência e prevalência, é um critério de qualidade e segurança dos doentes. Efectuar vigilância epidemiológica permanente, adequando as medidas de isolamento, garantir a utilização adequada de equipamentos de protecção individual, utilizar racionalmente os anti-microbianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfetantes) promover formação/informação aos profissionais de saúde e implementar um programa de auditorias internas regulares às práticas e estruturas mais significativas para a prevenção e controlo das infecções, é o caminho para incentivar e promover um ambiente seguro, através de boas práticas na prestação de cuidados.

É imprescindível que todos os profissionais de saúde, desempenhem um papel activo neste objectivo comum na diminuição da infecção nosocomial através do desenvolvimento de

conhecimentos nesta área e adequação da sua prática clínica às recomendações do Plano Nacional de Infecções Associados aos Cuidados de Saúde.

Ao reflectir e pesquisar sobre a problemática das infecções nosocomiais com grande impacto na saúde pública nacional, geri e interpretei, de forma adequada, a informação proveniente da minha formação, da experiência profissional e de vida, e da formação do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “Saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados multidisciplinares, relacionados com a área de especialização Médico-cirúrgica” tracei o seguinte objectivo específico, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

➤ **Contribuir para o trabalho da equipa multidisciplinar e interdisciplinar demonstrando colaboração, interesse e motivação.**

Actividades desenvolvidas:

- Utilização de uma comunicação eficaz tendo em conta as características da CCI e da equipa multidisciplinar;
- Esclarecimento de dúvidas que possam surgir e aceitar orientações fundamentadas;
- Trabalho em complementaridade com a equipa e realizar pedido de colaboração a outros profissionais sempre que necessário.

Desenvolvimento Académico e Profissional

Na CCI a interacção do enfermeiro com o doente não é tanto de forma directa, mas mais de forma indirecta, isto é, através dos profissionais que estão em contacto com os doentes nos serviços, mas mesmo assim é sempre possível desenvolver competências tanto cognitivas, como técnicas e relacionais. Uma boa relação com estes é muito importante, uma vez que a CCI, ainda é vista por muitos profissionais como uma entidade fiscalizadora e não como uma ajuda para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Considero que esta situação tem sido desmistificada com o esforço dos membros da equipa da CCI.

As competências relacionais e comunicacionais revestem-se sobretudo de uma atitude assertiva, sendo estas desenvolvidas na equipa multidisciplinar. É no contacto diário com outros serviços, que possibilita conhecer mais os profissionais e assim expandir o relacionamento numa base de confiança mútua no sentido de ser possível a transmissão de informação, entre os enfermeiros da CCI e os prestadores de cuidados. A capacidade de gerir e coordenar os recursos humanos, só é possível se na base existir um bom relacionamento interpessoal e comunicação. “A

enfermagem deve, então, possuir um grupo sócio profissional de elevado nível de competência quer no domínio científico e técnico, quer no domínio relacional e ético. Espera-se destes um espírito aberto, uma capacidade de aprender e transformar os seus conhecimentos na prática do quotidiano em relação com os doentes e com os seus colegas de trabalho.” (Queirós 2000, p. 90)

Ao longo do estágio constatei que a articulação entre os diversos serviços tem de ser constante de forma a garantir respostas em tempo útil a problemas e necessidades verificadas pela CCI. A envolvimento da instituição passa pelo conselho de administração, pela direcção médica e de enfermagem, pelos serviços e seus profissionais, pelo laboratório de microbiologia, pelo serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho, serviços farmacêuticos, serviço de esterilização, serviço de aprovisionamento, serviço de instalação e equipamentos, serviços hoteleiros e comissão de antibióticos e farmácia.

Tive a oportunidade de colaborar nesta articulação com os membros consultivos da CCI ao participar em reunião de selecção de luvas para concurso, com as características que garantissem as especificações técnicas de segurança do profissional de saúde perante o risco biológico como também características hipoalergénicas, sendo esta selecção partilhada com o serviço de segurança, higiene e saúde no trabalho e serviço de aprovisionamento.

Confirmei também a imprescindível articulação do laboratório de microbiologia através do fornecimento diário de relatórios microbiológicos à CCI que permitiam a vigilância epidemiológica das infecções nosocomiais da corrente sanguínea. De lamentar que essa informação não fosse efectuada informaticamente para garantir que as medidas de isolamento adequadas chegassem em tempo útil aos profissionais. “A informatização das CCI é fundamental tendo estas que ser dotadas de sistemas que permitem detectar precocemente situações de infecção, através de sistemas de alerta que permitem à CCI e aos serviços envolvidos o acesso facilitado aos relatórios microbiológicos (...) e actuação rápida para prevenção de novos casos e controlo de surtos de infecção”. (Ministério da Saúde, Manual de Operacionalização do PNCI 2008, p. 23)

A articulação com o serviço de equipamentos e instalações foi identificada aquando da colocação de doseadores da Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (SABA) na nova ala do serviço de pediatria em locais apropriados para uso dos profissionais de saúde. Alertei para a importância da segurança das crianças, de modo a que o local de fixação dos doseadores fosse em locais visíveis e à altura do braço do adulto, mas não acessível ao alcance das crianças, já que o indevido manuseamento é um risco para estas. Os doseadores foram colocados conforme as recomendações.

Numa visita ao Bloco Operatório (BO) da unidade de S. João da Madeira foi possível verificar a colaboração com o serviço de esterilização já que existia um esterilizador na área do BO estando a ser manuseada por assistentes operacionais, sem formação específica, que era usada para esterilização de algum material clínico. A enfermeira tutora reuniu-se com a enfermeira chefe do BO e com a enfermeira responsável da esterilização e expôs o problema, propondo que essa máquina fosse colocada na esterilização. Houve receptividade por ambas as partes. Para garantir

a qualidade do processo de esterilização, “a recolha, descontaminação, teste, preparação para o uso, desinfecção ou esterilização, manuseamento de forma asséptica e distribuição de todo o material e equipamento da unidade de saúde deve ser centralizado no serviço de esterilização (Ministério da Saúde, Manual Operacionalização - PNCI 2008, p.19)

Relativamente à articulação com os serviços hoteleiros constatei que a selecção do material de limpeza, desinfectantes, sabão líquido e toalhetes de papel são escolhidos em conjunto com a CCI, existindo uma política conjunta descrita em procedimento interno recomendando os métodos de limpeza em termos de procedimento, frequência e produtos a utilizar.

Na colaboração com as actividades desenvolvidas na CCI demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, através do contacto com diversos profissionais, serviços, membros executivos e consultivos da CCI.

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” tracei os seguintes objectivos específicos, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

Objectivo Específico

➤ **Analisar e observar as funções do enfermeiro tutor na CCI.**

Actividades desenvolvidas:

- Observação da actuação na prática clínica do enfermeiro especialista na área de infecção hospitalar;
- Consulta das funções do enfermeiro especialista, estabelecidas no respectivo conteúdo funcional;
- Colaboração com o tutor na resolução de problemas colocados à CCI;
- Realização de sessões informais com o enfermeiro tutor da CCI.

Desenvolvimento Académico e Profissional

O enfermeiro é um elemento fundamental na CCI e o seu campo de intervenção abrange três vertentes essenciais, a vigilância epidemiológica, a elaboração e a monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática, e a formação dos profissionais de saúde. Ao consultar o manual de operacionalização de PNCI de 2008 constatei que ao enfermeiro da CCI estão lhe atribuídas várias funções, entre as quais saliento as seguintes:

“Identificar, planejar, implementar acções de sensibilização e motivação dos profissionais de saúde para as boas práticas; Implementar programas de vigilância epidemiológica; Detectar casos de infecção em articulação com os serviços e o laboratório de patologia clínica, confirmando se as medidas de isolamento estão a ser devidamente cumpridas; Elaborar normas e recomendações sobre procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo de infecção orientando e supervisionando a sua divulgação; Identificar as necessidades formativas, planeando e desenvolvendo acções de formação que abranjam as práticas dos profissionais de saúde; Gerir os processos de recolha de bibliografia actualizada; Planejar e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas e recomendações.”
(Ministério da Saúde, Manual de Operacionalização de PNCI 2008, p. 75-76)

No decorrer do estágio colaborei em várias destas funções da enfermeira na CCI como por exemplo na elaboração e actualização de procedimentos de enfermagem, implementação de programas de vigilância epidemiológica e recomendações, relacionados com a área de controlo da infecção. Deslocamo-nos a vários serviços de modo a manter o contacto permanente com os vários elos de ligação com o objectivo de detectar problemas, colher dados importantes, orientar e supervisionar o cumprimento de normas e recomendações emanadas da CCI.

Foram detectados casos de infecção em articulação com o Laboratório de Microbiologia e com os Serviços como descrito no objectivo do Protocolo de Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (2006, p.4) que passa por “Promover a vigilância epidemiológica nos hospitais em articulação estreita entre a CCI, os Laboratórios de Microbiologia e os Serviços Clínicos e promover acções conjuntas inter-institucionais que contribuam para a melhoria da qualidade de cuidados prestados”.

Neste caso particular o apoio administrativo não é o adequado às necessidades da CCI já que não existe permanentemente um administrativo para colaborar no programa de vigilância epidemiológica, nos registos e levantamento de resultados laboratoriais, sendo esta função realizada pela enfermeira levando a enorme perda de tempo. Ao partilhar esta observação com a enfermeira tutora, ela concorda mas reconhece que ainda não existe receptividade para a resolução deste problema.

Diariamente era dada especial atenção à Vigilância Epidemiológica de microrganismos multirresistentes já que estes são responsáveis por um aumento de morbilidade, mortalidade e um aumento de custos associados aos cuidados de saúde. Segundo o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (2009, p.5), os microrganismos resistentes actualmente mais problemáticos em Portugal, são: “Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA); Enterococcus resistentes à vancomicina; Streptococcus pneumoniae resistente à penicilina; Enterobacteriaceas, produtoras de beta-lactamases de espectro estendido ou de carbapenemases, Pseudomonas aeruginosa e Acinetobacter baumannii resistentes aos carbapenemos.”

Decorrente do uso de antimicrobianos, é também digno de realce, o aumento de infecções por “Clostridium Difficile.” A utilização generalizada de antimicrobianos para terapêutica e profilaxia é a maior responsável da resistência. Alguns destes agentes estão a tornar-se menos eficazes, quando começam a ser mais amplamente utilizados emerge a resistência bacteriana a esse fármaco, estando a tornar-se num problema de saúde pública.

De acordo Plano Nacional de Prevenção de Resistências a Antimicrobianos (2009, p.3) “é necessário prever toda uma série de medidas destinadas a garantir que os antibióticos actualmente disponíveis se mantenham eficazes durante o máximo tempo possível, como, por exemplo uma maior sensibilização do público e profissionais de saúde para a importância de utilizar os antibióticos de forma racional, de forma a evitar a progressão da resistência aos antibióticos.”

Quando ocorria a notificação do laboratório de um microrganismo “problema” procedia-se á visita ao serviço em causa para confirmar se estavam a ser tomadas as medidas de isolamento adequadas. “A efectividade das precauções de isolamento num serviço de saúde depende da interacção entre um apropriado ambiente físico, políticas de saúde e comportamento dos profissionais de saúde, pelo que, o desenvolvimento de uma política de isolamento é um importante aspecto no controlo da infecção.” (Ministério da Saúde, Precauções de Isolamento 2008, p.5)

Também iniciamos a preparação de serviços para a Campanha “Mãos Limpas são Mãos Seguras” que ainda se encontram na primeira fase de adesão. Foram utilizados os materiais propostos pela “*World Alliance of Patient Safety*”, nomeadamente afixação de cartazes em locais estratégicos, distribuição de doseadores da SABA e equipamos os serviços com doseadores de sabão líquido, toalhetes descartáveis por cada lavatório. Isto permitiu dar início à execução da campanha.

Na área da formação foram identificadas várias necessidades da equipa multidisciplinar, tendo sido desenvolvidas várias acções de formação, entre as quais destaco:

- Integração de Novos Elementos;
- Campanha de Higienização das Mãos;
- Prevenção do Risco Biológico – para técnicos de diagnóstico e terapêutica;
- Formação de Observadores da lavagem das mãos.

De salientar a forte acção educativa desta CCI, consciencializando os profissionais de saúde e visitantes quanto à importância do controlo e prevenção de infecção hospitalar através da formação obrigatória para todos os profissionais da instituição e pela divulgação dos procedimentos existentes na instituição. O cumprimento deste objectivo permitiu-me perceber a importância do papel do enfermeiro especialista na área de EEMC como membro executivo da CCI, demonstrar consciência crítica para problemas da prática profissional actuais ou novos relacionados com o cliente e família, especialmente a área de infecção hospitalar.

Objectivo Específico

➤ Actuar segundo a ética e deontologia profissional na prestação de cuidados de enfermagem

Actividades desenvolvidas:

- Utilização de linguagem de acordo com o nível sócio cultural do doente/família;
- Mantém o sigilo e confidencialidade da informação da CCI;
- Respeita os direitos dos doentes e família no acesso à informação;
- Prestação de cuidados de enfermagem zelando pela qualidade dos cuidados, pelo bem-estar e dignidade do doente e família;
- Analisa as intervenções de acordo com os princípios éticos e legais do código deontológico do enfermeiro;
- Esclarecimento de dúvidas, anseios e medos, manifestados pelo utente e família;
- Respeito pelos princípios éticos e deontológicos.

Desenvolvimento Académico e Profissional

A CCI do CHEDV participa voluntariamente no Protocolo para Vigilância Epidemiológica de Infecções Nosocomiais de Corrente Sanguínea (INCS) (2006, p.11) o “PNCI fornece a informação sobre quais os hospitais participantes embora não divulgando nem analisando os dados de cada hospital. O PNCI apresentará apenas dados agregados globais. Contudo, será possível fornecer a cada hospital a base de dados para análise local”.

Era desejável que todos os doentes internados fossem monitorizados, mas por falta de recursos foram seleccionados por protocolo nacional os serviços com maior incidência de INCS, que são a unidade de cuidados intensivos e o serviço de hemato - oncologia. Através da pesquisa de bases de dados constatei que essa vigilância é feita de forma contínua e sistemática o ano todo com maior incidência na UCI.

Na CCI a confidencialidade interna dos dados são assegurados, para esse efeito a informação é enviada para a DGS sem identificação, fazendo-se a análise dos dados de cada serviço, embora mantendo o anonimato dos profissionais e doentes envolvidos.

A vigilância epidemiológica das bacteriémias nosocomiais é activa, na medida que compete ao enfermeiro de ligação do serviço a responsabilidade pela busca de casos e prospectiva porque a detecção das INCS é feita no decurso do internamento, na altura em que surge, e não por revisão retrospectiva do processo clínico depois da alta do doente. O formulário da vigilância é preenchido pelo elo de ligação do serviço, que o entrega à enfermeira da CCI, que confirma se as

recomendações no serviço estão a ser cumpridas e faz o registo da informação na base de dados nacional.

A importância de uma vigilância epidemiológica activa reflecte-se cada vez mais, na qualidade da prestação de cuidados e na segurança dos doentes. Os hospitais são um local de risco, em que os doentes estão expostos a uma grande variedade de bactérias, vírus, fungos e parasitas, aliado ao seu nível de susceptibilidade, tais como, as doenças pré-existentes, a idade, o estado imunitário e os tratamentos de foro oncológico, levam a um aumento dos índices de morbilidade e mortalidade durante o internamento.

Neste contexto o doente quando hospitalizado ao ser retirado do seu ambiente familiar encontra no hospital um mundo completamente estranho, sente-se amedrontado e só, assim o enfermeiro como o profissional que mais tempo passa e que realiza maior número de cuidados directos aos doentes tem de cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infecção, actualizando constantemente os seus conhecimentos na área de infecção hospitalar.

A excelência do exercício profissional é um caminho de construção diária para o alcançar o enfermeiro deve considerar no seu desenvolvimento ao longo da vida profissional o Código Deontológico do Enfermeiro nomeadamente o artigo 88.º recorda que o enfermeiro deve:

“a) Analisar regularmente o trabalho efectuado, reconhecendo eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;

b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;

c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.”

Os doentes e a sua família devem ser informados da situação principalmente quando têm de ser adoptadas medidas de isolamento, das suas implicações e dos cuidados a ter. Esta informação é importante para incentivar o doente e família a aderirem às precauções a implementar, devendo ser adaptada ao nível de compreensão dos doentes e seus familiares. Existem várias medidas importantes a transmitir aos doentes e familiares, tais como, a lavagem das mãos, uso de lenços descartáveis, não trazer flores, não visitar outros doentes no mesmo dia quando existem medidas de isolamento, entre outras recomendações, que podem ser transmitidas pelos profissionais de saúde consoante o caso.

O enfermeiro especialista é um elemento-chave na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de maior complexidade. As competências dos enfermeiros especialistas englobam a deontologia, a melhoria contínua de qualidade, a gestão de cuidados e aprendizagens profissionais. Neste objectivo demonstrei conhecimentos sobre a responsabilidade social, ética e deontológica de enfermagem na área de infecção hospitalar e técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, de acordo com o seu nível de compreensão, respeitando os seus direitos.

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “*Competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida*” tracei os seguintes objectivos específicos, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

Objectivo Específico

➤ **Demonstrar e promover evolução profissional na área da especialização de enfermagem médico-cirúrgica.**

Actividades desenvolvidas:

- Utilização de uma linguagem técnico-científica adequada a profissionais de saúde baseada na evidência científica;
- Pesquisa e análise bibliográfica científica, diversificada e actual;
- Argumentação correcta do modo de realização das actividades, justificando com os conhecimentos adquiridos na área da especialização;
- Actuação de acordo com as normas de controlo da infecção;
- Minimização de riscos através de um ambiente seguro na prestação de cuidados;
- Organização do trabalho de forma sistemática.

Desenvolvimento Académico e Profissional

Os cateteres venosos periféricos são hoje em dia um procedimento indispensável no tratamento dos doentes no âmbito hospitalar, servem para administrar terapêutica, fluidos, sangue e derivados e alimentação parentérica, no entanto a sua utilização acarreta um risco de infecção acrescido. É o tipo de procedimento realizado mais vezes pelos enfermeiros na sua prática clínica, sendo as veias superficiais dos membros superiores as mais utilizadas. Raramente estão associados a infecção nosocomial, no entanto a flebite é a complicação mais frequente, levando a que o risco de infecção aumente. Segundo o ultimo Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção (2009, p. 12) “ o cateter venoso periférico representa o factor de risco extrínseco de infecção mais importante (70%) seguido pela cirúrgica (28%) e cateter urinário (27%).”

Constatei que estes dois procedimentos do âmbito da responsabilidade da CCI ainda não estavam descritos. Segundo as últimas Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares (2006, p. 5) “A patogénese das infecções relacionadas com cateter é multifactorial e complexa. As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são: 1) mão dos profissionais; 2) microflora da pele do doente; 3) Ponta de cateter contaminada durante a inserção; 4) colonização das conexões do cateter; 5) fluidos contaminados; 6) via hematogénea.”

Através da observação da prática clínica dos enfermeiros dos vários serviços, que visitei, constatei que em algumas situações não eram cumpridas as recomendações da colocação e manutenção do cateter venoso periférico. Partilhei esta inquietação com a enfermeira tutora, que validou a execução de uma actualização de conhecimentos dos enfermeiros da instituição. Considerei fundamental realizar em conjunto com a minha colega de curso em estágio no SU, os procedimentos da colocação do cateter venoso periférico (Anexo III) e manutenção do cateter venoso periférico (Anexo IV) que após aprovação será divulgado no link de procedimentos internos da Intranet da instituição.

Os procedimentos da colocação e manutenção do cateter venoso periférico não são protocolos muito detalhados mas servem como orientações para uniformizar o procedimento na instituição de saúde. Estes têm como principais objectivos reduzir o risco e o número de infecções associadas à colocação do cateter venoso periférico e promover a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança, baseada na evidência científica.

A elaboração destes procedimentos foi fundamentada nas recomendações do PNCI para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, respeitou a formatação e normas internas para a execução de procedimentos na instituição, descrevem um conjunto de acções e destinam-se aos enfermeiros da instituição.

No procedimento da colocação do cateter venoso periférico foram descritos os princípios básicos da higienização das mãos, a assepsia na colocação do cateter venoso periférico, a selecção e o tipo de cateter, o local de inserção, o material necessário, a lavagem e desinfecção do local de inserção, a introdução do cateter, o penso do cateter e registos (Anexo III).

No procedimento de manutenção do cateter venoso periférico é descrita a higienização das mãos a assepsia durante a realização do procedimento, a substituição do penso do cateter, a técnica asséptica na manipulação, o uso de antimicrobianos tópicos, a substituição de sistemas de administração, a permanência de fluidos periféricos e registos (Anexo IV).

Na concessão deste objectivo através da elaboração destes procedimentos demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática clínica baseada na evidência. Desenvolvi e zelei por uma metodologia eficaz nos cuidados prestados ao doente na área da prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares.

Objectivos Especifico

- **Aprofundar a capacidade de iniciativa e de criatividade na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC da prática clínica.**

Actividades desenvolvidas:

- Identificação de questões ou situações problema que possam existir no serviço, estudando e reflectindo a possível solução;

- Pesquisa e análise bibliográfica científica, diversificada e actual;
- Colaboração na resolução de problemas colocados à CCI;
- Participação em projectos que estejam a ser desenvolvidos na CCI;

Desenvolvimento Académico e Profissional

De referir que a actividade da CCI não se limita apenas ao que está planeado. Existem inúmeros pedidos diariamente sobre problemas para os quais é muitas vezes necessário realizar pesquisa bibliográfica para que a resposta dada seja devidamente fundamentada.

Através de uma visita ao serviço de imagiologia observamos que o sistema multidoso de administração de contraste para a realização de exames radiológicos não tinha indicação da data de mudança de sistemas de administração nem a validade do contraste. Na rotulagem de um frasco multidoso deve-se rotular com data da primeira perfuração do frasco, tempo de validade após reconstituição do medicamento, consoante indicação de fabricante, nome e assinatura de profissional que realizou o procedimento.

Realizamos uma reunião com técnico responsável pela imagiologia e enfermeiro para os sensibilizar para a necessidade desse registo de forma visível no frasco. A bibliografia na qual se baseou a nossa decisão foi nas recomendações da “World Health Organization (WHO) best practices for injections and related procedures toolkit de 2010.”

As boas práticas através de procedimentos de assepsia devem ser respeitadas na administração de medicamentos de forma segura. Várias indicações específicas com o objectivo de evitar a contaminação do sistema de administração e conseqüente conteúdo na utilização de contraste em multidoso devem ser consideradas de modo a minimizar o risco para o doente. Conforme indicam as recomendações WHO (2010, p. 9) só se devem:

“Usar frascos de múltiplas doses, se não houver alternativa, abrir apenas um frasco de um medicamento específico no momento e na área de atendimento a pacientes. (...) Eliminar o frasco de multidoso dentro das 24 horas após abertura, no tempo recomendado pelo fabricante; se a esterilidade do conteúdo é comprometida, se a data de validade ou o tempo passou; se não tiver sido devidamente armazenados após abertura; se for encontrado sem datas ou armazenados de maneira inadequada, inadvertidamente contaminados, independentemente da data de validade.”

Estas recomendações foram descritas no relatório em resposta a esta situação problema. A nossa preocupação foi entendida por parte do responsável do serviço e profissionais, que pensavam que para garantir a não contaminação do sistema seria suficiente a utilização de um prolongador anti-refluxo de dupla válvula na extremidade do sistema, sendo este substituído entre doentes. Foi-nos também garantido que os sistemas de administração do contraste são substituídos num prazo inferior a 24 horas, consoante indicação de fabricante. O facto de não estar

visivelmente registado no frasco implica a substituição de todo o sistema de administração de contraste e do seu conteúdo, algo que foi adequadamente corrigido.

Destaco também uma situação problema para hemocultura positiva para MRSA que é responsável por grande parte das infecções nosocomiais graves nomeadamente pneumonias, infecções da ferida cirúrgica, osteomielites e bacteriémias.

A transmissão do MRSA é geralmente de contacto, isto é de pessoa para pessoa ou através de objectos contaminados. As mãos dos profissionais que tiveram contacto com doentes infectados ou contaminados são o veículo de transmissão por excelência. Não esquecendo que o meio ambiente pode também constituir um reservatório destas bactérias, permanecendo muito tempo na roupa, superfícies dos equipamentos e material clínico mantendo a sua virulência intrínseca. Pode também ocorrer transmissão por gotícula, em casos de pneumonia por MRSA, durante os períodos de tosse ou nos procedimentos que provoquem a formação de gotícula.

Na visita ao serviço em causa onde se encontrava a doente num quarto de isolamento foi necessário esclarecer algumas dúvidas da enfermeira responsável na prestação de cuidados ao doente, já que as máscaras utilizadas eram as cirúrgicas, e a doente tinha sintomas respiratórios com tosse e fazia nebulizações. É obrigatório o uso de respirador de partículas P1 pelo profissional quando este entra no quarto de isolamento.

A decisão das medidas de isolamento adequadas para a prevenção da transmissão da infecção de um doente para outro, dos doentes para os prestadores de cuidados ou visitas, dos prestadores de cuidados para os doentes, são baseadas nos conhecimentos das fontes e vias de transmissão de cada tipo de infecção, podendo estas ocorrer por mais de uma via.

As precauções de gotícula devem associar-se às precauções padrão e de contacto, nos casos de doentes com MRSA no tracto respiratório.

“A transmissão por gotículas envolve o contacto das mucosas do nariz ou boca, ou da conjuntiva ocular, com partículas de dimensão > 5 µm, contendo microrganismos oriundos de um doente infectado ou portador desse microrganismo. As gotículas são originadas essencialmente durante a tosse, espirro, ou fala e durante alguns procedimentos que podem gerar aerossóis, como aspiração de secreções, broncoscopia, cinesiterapia respiratória.”
(Ministério da Saúde, Precauções de Isolamento 2008, p.12).

Acrescentando ao isolamento do doente num quarto individual e à adopção das precauções básicas ou universais, que devem ser sistematicamente utilizadas, por todos os profissionais que prestem cuidados, independentemente de se saber que determinado doente tem ou não alguma doença transmissível, deve-se individualizar algum material de uso clínico como estetoscópio, termómetro, etc, e material não clínico como arrastadeiras, urinol, etc. Este material deve ser limpo e desinfectado após a alta do doente, a roupa usada deve ser manuseada com o máximo cuidado e contida na fonte.

“O isolamento de contacto está indicado para redução do risco de transmissão de microrganismos epidemiologicamente importantes através do contacto directo ou indirecto. A transmissão por contacto directo envolve contacto pele a pele e transferência de microrganismos a um hospedeiro susceptível, de uma pessoa infectada ou colonizada”. (Ministério da Saúde, Precauções de Isolamento 2008, p.15)

Os profissionais com lesões da pele não devem prestar cuidados a doentes com MRSA e deverá ser designado um grupo fixo de pessoal para tratar estes doentes. O transporte deste doente deve ser sempre acordado com o serviço que o vai receber, tendo em conta que é necessária a implementação das precauções de contacto, de gotícula e a desinfecção do equipamento utilizado.

Os doentes e sua família devem ser informados da situação, das suas implicações e dos cuidados a ter, e adaptada ao seu nível de compreensão para os incentivar a aderirem às precauções a implementar.

Esta informação foi partilhada com a enfermeira responsável que prestava cuidados ao doente e enfermeira chefe. Identifiquei que na porta do quarto não existia placa identificadora do tipo de isolamento e medidas a adoptar por profissionais e visitas. Comuniquei esta observação à enfermeira tutora que concordou ser uma medida de extrema importância para evitar riscos, tendo sido rectificadas de imediato através da impressão de cartaz e colocação em local visível.

Este objectivo possibilitou analisar questões problemáticas de complexidade na área de infecção hospitalar existentes na prestação de cuidados de enfermagem, tendo permitido desenvolver a capacidade de iniciativa, autonomia e criatividade na sua resolução.

De modo a operacionalizar o **Objectivo Geral** “Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” tracei os seguintes objectivos específicos, respectivas actividades e a sua concretização na prática clínica:

Objectivo Específico

➤ **Promover a formação em serviço e colaborar em projectos de acordo com as necessidades identificadas.**

Actividades desenvolvidas:

- Entrevista informal com a enfermeira tutora para identificar necessidades formativas na equipa de enfermagem e assistentes operacionais;
- Participação activa na formação em serviço que decorreu durante o período de estágio;

- Realização de acção de formação consoante as necessidades formativas identificadas;
- Colaboração na alta do doente através da elaboração da respectiva carta;
- Sensibilização para utilização de soluções de base alcoólica nos 5 momentos da higienização das mãos;
- Colaboração na integração de novos enfermeiros e assistentes operacionais na instituição.

Desenvolvimento Académico e Profissional

No inquérito nacional de prevalência de infecção em 2009 foi possível identificar que as infecções das vias urinárias corresponderam a 2,7% das infecções nosocomiais, ficando em segundo lugar por ordem de frequência sendo “o tipo mais comum associada à assistência médica, representando mais de 30% das infecções relatadas nos cuidados agudos dos hospitais, praticamente todas as infecções estão relacionadas com a algaliação e tem sido associado a um aumento de morbilidade, mortalidade, aumento do tempo de internamento e dos custos hospitalares”. (CDC, 2009, p.22)

Observei no decorrer do estágio que muitas das algaliações realizadas no SU não têm indicações clínicas adequadas, em que a inserção e manutenção da sonda vesical não está de acordo com a *guideline* de 2009 para a prevenção da infecção urinária associada à algaliação.

Na minha prática clínica na área de emergência identifiquei diariamente que existem diversos perigos de risco de contágio para a equipa e para o doente, pois neste contexto ocorrem várias situações de risco eminente de vida e uma grande quantidade de actos invasivos, levando a um aumento na probabilidade de quebra das medidas prevenção e controlo de infecção hospitalar por parte dos profissionais de saúde.

Verifiquei ainda que na alta clínica do doente algaliado não existia uma carta com informação escrita dos cuidados domiciliários que permitisse a manutenção da algália e do sistema de drenagem de urina de forma correcta e que garantisse a continuidade de cuidados na substituição ou extracção da algália no centro de saúde.

Com o objectivo de dar resposta a estas necessidades identificadas, implementei uma vigilância epidemiológica no SU sobre o procedimento de introdução da sonda vesical, realizei uma pesquisa bibliográfica actualizada, que me deu os recursos necessários para desenvolver formação em serviço e elaborei um panfleto desdobrável que disponibiliza informação aos doentes, aos familiares ou pessoas significativas sobre os cuidados com a algália no domicílio.

A escolha destas três estratégias de actuação teve como objectivos permitir uma resolução mais abrangente possível do problema identificado, reduzir as infecções urinárias associadas á algaliação no serviço de urgência, reduzir o número de complicações associadas á algaliação por falta de informação dos familiares e doentes e melhorar a prática clínica dos enfermeiros na algaliação.

A vigilância epidemiológica é definida como “a observação contínua, activa e sistemática da ocorrência e distribuição das infecções nosocomiais nos doentes internados e nos profissionais que deles cuidam, a fim de identificar as situações em que é possível melhorar a prática.” (Ministério da Saúde, Protocolo para Vigilância Epidemiológica INCS 2006, p.3).

A população que serviu de base para esta vigilância epidemiológica foram os enfermeiros que prestam cuidados directos e desempenham funções no serviço de SU, a amostra é constituído por dez enfermeiros no serviço supracitado.

A colheita de dados foi feita através da observação do procedimento de algaliação o objectivo primordial desta vigilância era identificar na prática clínica dos enfermeiros as algaliações que potenciassesem a infecção urinária.

No método de observação da introdução da sonda vesical respeitei vários critérios, que passaram pela aceitação dos enfermeiros envolvidos, a algaliação foi realizada por razões clínicas previamente estabelecidas, a assistente operacional foi substituída pelo enfermeiro observador, a grelha de observação foi validada pela enfermeira da CCI do CHEDV e preenchida após o procedimento, foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos enfermeiros e doentes, e respeitada a privacidade dos doentes.

Na formação em serviço “Prevenção da Infecção Urinária Associada á Algaliação” (Anexo V) teve como objectivos reflectir sobre a problemática das IACS nos hospitais, apresentar os resultados da vigilância epidemiológica da algaliação, promover as boas práticas na prestação de cuidados na introdução e manutenção da sonda vesical, sensibilizar para a importância da lavagem das mãos na redução das IACS. Esta foi realizada no dia 22 de Novembro às 9:00 horas, foram abordadas as recomendações da prevenção da infecção urinária associada á algaliação, apresentados os resultados das dez observações realizadas e feita a análise e interpretação dos dados com os enfermeiros presentes, incluindo a enfermeira chefe do serviço de urgência e a enfermeira tutora. Conclui-se através da vigilância epidemiológica realizada no SU que os enfermeiros têm que dar maior ênfase às razões clínicas da algaliação, cumprir com a lavagem das mãos antes do contacto com o doente, antes do procedimento asséptico e após contacto com o doente, proporcionar a colocação de suporte do saco de drenagem da urina para evitar a contaminação da válvula de despejo e fixar adequadamente a sonda vesical para evitar trauma uretral.

Foi também apresentado o panfleto desdobrável “Doente com Algália – Recomendações Após Alta Hospitalar” (Anexo VI) onde estão descritos os cuidados diários com a algália, a higiene pessoal, a sexualidade, o material necessário a ter em casa, a mudança do saco de drenagem de urina e o despiste precoce de sinais de infecção urinária. Constam ainda algumas informações que permitem a manutenção do sistema de drenagem e a continuidade de cuidados na comunidade e no centro de saúde.

Os principais objectivos deste panfleto eram fornecer informação escrita aos doentes, familiares ou pessoas significativas com linguagem clara e apropriada, que permitisse a

manutenção do circuito fechado após a alta dos doentes algaliados, despistar precocemente sinais de infecção urinária, indicar quando e onde realizar a mudança da algália e promover melhores cuidados domiciliários.

A discussão foi proveitosa já que permitiu uma actualização de conhecimentos das recomendações actuais da prevenção da infecção urinária associada à algaliação por parte da equipa de enfermagem de modo a incentivar e promover um ambiente seguro, através de boas práticas na prestação de cuidados.

Sendo fundamental actualizar os conhecimentos profissionais participei num seminário sobre a higienização do ambiente hospitalar e nas jornadas promovidas pela CCI do Hospital Geral de Santo António intitulada “IACS da Gestão à Prática Clínica”.

Estas formações contribuíram para aprofundar conhecimentos sobre a infecção hospitalar, de imensa importância para os cuidados de enfermagem na medida em que o enfermeiro é o profissional de saúde que presta maior número de cuidados directos ao doente. A participação do enfermeiro especialista na CCI é fundamental devendo este promover o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos procedimentos de enfermagem, desenvolver programas de formação para enfermeiros, implementar políticas para a prevenção da infecção em áreas críticas e monitorizar a aderência dos enfermeiros às directrizes instituídas. A problemática do aumento das IACS e do MRSA em Portugal foi partilhada por vários representantes das CCI's sendo que estas infecções estão entre as mais importantes causas de morte e aumento da morbilidade nos doentes hospitalizados. Foram também apresentados dados do inquérito nacional de prevalência de 2009 em que se obteve uma prevalência de doentes com IACS de 9,8% comparativamente ao ano de 2003 em que o valor era 8,4%, evidenciando um acréscimo acentuado.

O uso excessivo de antibióticos e a falta de critérios na escolha do tratamento são factores determinantes para o surgimento de diversos microrganismos resistentes como o caso do MRSA, que é actualmente o microrganismo mais frequentemente presente nas infecções em Portugal.

Colaborei também em acções de formação para assistentes operacionais e enfermeiros na sua integração à vida profissional na instituição, fornecendo informações sobre uso de EPI, higienização das mãos, medidas de prevenção e controlo de infecções adequadas as vias de transmissão, triagem de resíduos hospitalares, eliminação de resíduos corto-perfurantes. No sentido de melhorar a adesão da higienização das mãos dos profissionais nos diferentes serviços foram realizadas diversas acções de formação que garantissem a informação de retorno sobre os resultados da adesão da pré e pós da campanha “Mãos Limpas são Mãos Seguras”. Os profissionais de saúde foram sensibilizados para a utilização de SABA, de fácil utilização, que pode e deve estar junto aos doentes para que estes o usem sempre que prestem cuidados. Basta investir cerca de 60 segundos nesta tarefa para se minimizar o perigo das infecções nosocomiais.

É de salientar que a enfermeira da CCI tem uma grande envolvimento com os serviços, aproveitando todos os momentos e meios disponíveis para conseguir transmitir a mensagem que é fundamental a colaboração de todos para a prevenção e controlo de infecção hospitalar.

Este objectivo permitiu identificar as necessidades formativas, promover formação no SU baseada na vigilância epidemiológica de processo da algaliação, apercebendo-me da importância da observação directa, no sentido de detectar falhas, sugerindo melhorias e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Objectivo específico

➤ **Contribuir no âmbito da CCI para a prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).**

Actividades desenvolvidas:

- Análise critico-reflexiva dos procedimentos realizados no SU, relacionados com a incidência de IACS;
- Sensibilização os profissionais de saúde do SU para a problemática da prevenção das IACS;
- Consulta do diagnóstico de situação realizado no serviço de urgência relativamente à higienização das mãos;
- Participação nas formações dos profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controlo de IACS;
- Sensibilização para a importância da lavagem das mãos na prevenção da transmissão de infecções hospitalares;
- Informação aos profissionais de saúde do SU sobre o plano operacional de controlo de infecção da instituição.

Desenvolvimento Académico e Profissional

A temática da higienização das mãos é uma das componentes básicas de qualquer programa de prevenção e controlo de infecção nas instituições de saúde. A lavagem das mãos é um dos procedimentos mais importantes na prevenção da infecção nosocomial, e tem como principal objectivo proteger os doentes e profissionais de saúde a não adquirirem microrganismos que lhes possam ser prejudiciais. As mãos são o principal veículo de transmissão de infecção. Há duas populações de microrganismos presentes nas mãos, a flora residente e a flora transitória.

A flora residente é constituída por microrganismos que se podem multiplicar nas camadas mais profundas da pele e normalmente o seu potencial patogénico é baixo sendo por isso só necessário remove-los em procedimentos invasivos (intervenções cirúrgicas, colocação de cateteres venosos centrais, etc.) onde há risco dos microrganismos residentes das mãos dos

profissionais de saúde penetrarem nos tecidos dos doentes e provocarem infecção. A maior parte destes microrganismos só são removidos com desinfecção cirúrgica das mãos.

A flora transitória é constituída por microrganismos que são facilmente adquiridos através do contacto com material contaminado, fluidos corporais ou objectos, superfícies e roupa da cama aparentemente limpas. A remoção destes microrganismos através da lavagem ou desinfecção higiénica das mãos é essencial para a prevenção das infecções cruzadas.

“O desafio Clean Care in Safer Care tem como objectivo prevenir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e tendo como mensagem de base a frase *“medidas simples salvam vidas”*, preconiza a higiene das mãos como uma das medidas que mais impacto tem na redução daquelas infecções, na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na redução dos custos associados a estas problemáticas.” (Ministério da Saúde, Estratégia Nacional Para a Melhoria da Higiene das Mãos 2008, p.3)

O CHEDV em consonância com a estratégia nacional para o aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos, aderiu em 2008 ao desafio da World Alliance for Patient Safety, Clean Care is Safer Care. Esta estratégia compreendeu várias fases, em primeiro lugar por uma observação dos profissionais à prática da higiene das mãos e uma avaliação dos seus conhecimentos através da aplicação de um questionário. Desta avaliação inicial realizou-se formação e adequou-se as condições dos serviços aderentes, disponibilizando SABA nos locais de prestações de cuidados, lavatórios por cada 4 a 6 camas equipado com sabão líquido e toalhetes descartáveis, colocando cartazes informativos em locais estratégicos sobre o modo da lavagem das mãos e dos cinco momentos de higienização das mãos (antes do contacto com o doente, antes de técnicas assépticas, após o ambiente, após o risco de exposição a fluidos e após o contacto com o doente).

Após as condições anteriormente descritas estarem estabelecidas realizou-se uma nova observação à prática da higiene das mãos. A adesão da lavagem das mãos no pré e pós campanha no SU ficou aquém das expectativas tendo passado de um resultado de 35% para 43,9%. Ao ter conhecimento destes dados em colaboração com a enfermeira tutora abordei o tema na formação da prevenção da infecção urinária associada à algaliação realizada no SU. Tive a possibilidade de apresentar informação de retorno e abordar a temática da higienização das mãos com os correspondentes cinco momentos, sensibilizando e motivando os profissionais de saúde para uma melhoria de resultados do serviço na lavagem das mãos.

Aliado à apresentação dos resultados e à discussão das mudanças de comportamento a realizar, projectei um vídeo de sensibilização da OMS, que teve um impacto positivo mas que se espera que promovam a mudança na prática diária da higienização das mãos dos profissionais. “Somente no séc. XIX se compreendeu que o simples acto de lavar as mãos, no atendimento dos pacientes poderia diminuir, significativamente, o número de infecções nos hospitais. A prová-lo estão os dados da OMS que indicam que lavar as palmas e dedos de forma adequada pode diminuir o risco de doença, no geral, em 20% de infecções em cerca de 60%”. (Santos 2009, p.19)

A prevenção das IACS é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, estes desempenham um papel activo neste objectivo comum através do desenvolvimento de conhecimentos nesta área e a adequação da sua prática clínica às recomendações do PNCI.

A infecção hospitalar constitui um problema de saúde pública de grande impacto humano e económico, a limpeza e manutenção das superfícies estruturais do ambiente, são medidas fundamentais de controlo da qualidade do ambiente hospitalar. A função de limpeza passa por remover os microrganismos do ambiente, pela remoção da sujidade, tornando as superfícies seguras para doentes e profissionais, e por outro lado a imagem de limpeza da instituição tem um impacto positivo sobre o estado psicológico dos doentes e dos profissionais. Os microrganismos podem ser transmitidos através de factores ambientais animados (doentes, profissionais e visitas) ou inanimados (ar, superfícies, equipamentos). O que se pretende com a higienização hospitalar é que a sujidade e resíduos sejam eliminados através da limpeza e desinfecção das superfícies, diminuindo desta forma a carga microbiana do meio ambiente.

Ao pesquisar o procedimento interno de higienização constatei que o SU é considerado uma área de alto risco, onde existe um risco elevado de transmissão de infecção, por serem locais onde se realizam procedimentos invasivos ou onde se encontram doentes com o sistema imunológico deprimido.

As superfícies necessitam de limpeza e desinfecção, uma ou mais vezes por dia, independentemente de estarem visivelmente sujas ou não. Ao analisar as necessidades nesta área sugeri o plano de frequência de limpeza geral, de modo a implementar medidas que resolvam o problema da falta de planeamento da frequência de higienização geral.

"A metodologia de limpeza e os produtos a ser empregues são sempre iguais para qualquer área do hospital quer são consideradas ou não de risco, o que varia é a frequência de limpeza necessária e instituída para cada área, consoante a especificidades dos serviços e a susceptibilidade dos doentes. A limpeza quer seja diária ou programada, deve ser feita sempre das zonas mais limpas para as mais sujas. Nas limpezas globais iniciar sempre pelos pontos de luz, seguindo-se os tectos, paredes, mobiliário e equipamento e por fim o chão." (Ministério da Saúde, Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde 2002, p.3)

É necessário que nos serviços seja registado o tipo, a frequência e quem efectua a limpeza das diversas salas e locais. Após sugestão feita à enfermeira chefe e enfermeira tutora e com a concordância de ambas, realizei um Plano de Limpezas Gerais no SU para o ano de 2011 (Anexo VII) que foi entregue à enfermeira chefe do SU de forma a estabelecer datas e as respectivas áreas do serviço de urgência que devem ser limpas.

O alcance deste objectivo permitiu produzir e desenvolver um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração o grande impacto da higienização das mãos e do ambiente

hospitalar, no problema de saúde pública no controlo e prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

1.3 - Competências Adquiridas e Desenvolvidas

O percurso de Enfermagem em Portugal teve um progresso assinalável na medida em que por um lado a disciplina de enfermagem teve um desenvolvimento científico marcante e por outro, um suporte jurídico e deontológico através da criação da Ordem dos Enfermeiros, que constitui uma clara expressão de autonomia do exercício profissional.

A profissão de enfermagem materializa-se com a prática clínica baseada na evidência científica. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se centrando-se na pessoa ao longo do seu processo saúde doença, numa perspectiva holística do cuidar. Sendo que é através do desenvolvimento de competências, aptidões e capacidades que o enfermeiro realiza o seu percurso profissional, de forma a atingir um conhecimento diferenciado que neste caso, é na área de EEMC.

O enfermeiro especialista é então segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.15) “O Enfermeiro 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.”

Torna-se por este motivo fundamental nesta parte do trabalho, fazer uma síntese das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio e que são específicas em EEMC.

Competência na área da prestação de cuidados:

- ✓ Giro e interpreto, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- ✓ Demonstro capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área de EEMC;
- ✓ Desenvolvo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✓ Demonstro capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Desenvolvo uma metodologia de trabalho eficaz de assistência ao cliente;
- ✓ Abordo questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- ✓ Tomo decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;

Na área de prestação de cuidados especializados o estágio do Módulo II de Cuidados Intensivos revelou-se de crucial importância, pois constituiu um momento de aplicação da aprendizagem adquirida num ambiente propício ao desenvolvimento de competências cognitivas, comunicacionais e técnicas, na prestação de cuidados autónomos e interdependentes ao doente crítico. Neste sentido, a avaliação do doente crítico e o estabelecer de prioridades a cada momento, fez desenvolver a minha autonomia com base no raciocínio científico para a tomada de decisão através da observação, pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos leccionados no curso EEMC.

Com o contributo precioso do enfermeiro especialista na área de EEMC adquiri ao longo do estágio, a capacidade de reconhecer a instabilidade das funções vitais e das complicações que podem por em risco a vida do doente, executando cuidados terapêuticos imediatos nas diferentes situações, em tempo útil e em complementaridade com os outros profissionais de saúde.

A assistência ao doente ventilado permitiu-me aperfeiçoar e desenvolver competências na prestação de cuidados inerentes à ventilação mecânica ao doente crítico, nomeadamente na vigilância da adaptação do doente ao ventilador, no ajuste do modo e parâmetros ventilatórios, na permeabilidade do tubo endotraqueal, na realização e interpretação da gasimetria, no controle do nível de sedação e curarização e no ajuste desta terapêutica de acordo com os protocolos instituídos no serviço.

Aos doentes internados na UCIP é administrada uma grande quantidade e variedade de medicação, sendo por isso comum encontrar doentes com CVC de vias múltiplas. A manipulação das várias vias do CVC e administração de diversa medicação, exigiu uma pesquisa constante sobre os diferentes fármacos, suas indicações, incompatibilidades, estabilidade, modos de preparação e administração. Assim, tive necessidade de consultar informação terapêutica, adquirindo estratégias que me permitiram autonomamente gerir a administração conjunta de fármacos.

No decorrer do estágio utilizei o processo de enfermagem, identificando as necessidades do doente, planeando os cuidados, estabelecendo prioridades e intervenções a realizar com a finalidade de assegurar e manter a estabilidade hemodinâmica e ventilatória em conformidade com o estado clínico do doente. Desta forma actuei na vigilância, recuperação e manutenção do doente em risco de vida, tendo sido fundamental, não só a aquisição de conhecimentos técnico-científicos actualizados, como relacionais com o doente e família, numa perspectiva holística. Houve sempre a preocupação de estabelecer uma relação de ajuda com o doente e família de acordo com os princípios humanos universais e as responsabilidades éticas e legais inerentes ao Código Deontológico do Enfermeiro.

No módulo de Controle de Infecção Hospitalar detectei algumas práticas dos profissionais de saúde menos correctas no que concerne à prevenção e controlo de infecção em vários serviços que visitei. Desenvolvi sessões informais de reflexão com os profissionais de saúde sobre estas práticas sensibilizando-os para o impacto na saúde dos doentes. Os profissionais demonstraram

interesse nesta problemática, reflectiram e concordaram com as observações realizadas mostrando receptividade à mudança de comportamentos. Durante a prestação de cuidados manteve bastante rigor no cumprimento das medidas de padrão universal, na utilização de EPI adequado às vias de transmissão e higienização das mãos, garantindo assim a minimização das IACS.

Competências relacionais e comunicacionais:

- ✓ Demonstro conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas crenças e pela sua cultura;
- ✓ Produzo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

A prestação de cuidados a doentes sedados e entubados, inicialmente constituiu uma dificuldade pela existência de barreiras à comunicação verbal. De forma a superar esta dificuldade, utilizei técnicas de comunicação não verbal nomeadamente gestos, mímica facial e leitura de lábios, entre outras, permitindo-me crescer a nível relacional, e desenvolver competências comunicacionais adequadas à singularidade do doente e à realidade do ambiente complexo dos cuidados intensivos. Tive oportunidade de transmitir informações sobre os cuidados de enfermagem tendo sempre em conta o nível sociocultural e o estado emocional dos familiares, bem como a gravidade da situação do doente. Todas as informações foram dadas no sentido de esclarecer e acalmar os familiares, mantendo-os o mais possível a par da realidade e ajudando-os a consciencializar-se da situação do doente.

Durante o estágio realizei registos de enfermagem na folha de vigilância intensiva, segundo uma linguagem científica, demonstrando um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração os problemas de saúde identificados, as intervenções efectuadas e os resultados alcançados.

No módulo de Controle de Infecção Hospitalar, ao participar em várias reuniões e sessões informais com profissionais de vários departamentos como aprovisionamento, farmácia, saúde ocupacional, instalação e equipamentos, serviços hoteleiros e serviços de internamento, permiti-me observar e demonstrar a mais-valia do enfermeiro especialista com conhecimentos aprofundados na área de prevenção e controle de infecção, e da sua capacidade comunicativa para facilitar o cumprimento dos planos e procedimentos implementados e divulgados.

Desenvolvi reflexão crítica sobre a intervenção da equipa multidisciplinar relativamente à prevenção e controle de infecção hospitalar, tendo como referência as orientações previstas no PNCI, assim, zelei por uma metodologia eficaz com qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente na UCIP, SU e em diversos serviços da instituição.

Competências na área da formação:

- ✓ Identifico as necessidades formativas na área da EEMC;
- ✓ Promovo a formação em serviço na área da EEMC;
- ✓ Reflecto na e sobre a prática, de forma crítica;
- ✓ Demonstro compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- ✓ Incorporo na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- ✓ Demonstro consciência crítica para os problemas de prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC
- ✓ Mantenho, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Avalio a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva académica avançada;
- ✓ Formulo e analiso questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Demonstro um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC;

A área de formação possibilitou-me identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem tanto na UCIP como no âmbito de intervenção da CCI e elaborar planos de actuação na sua concretização através de acções de formação de modo a promover uma mudança de comportamentos na actuação de outros profissionais de saúde.

A análise de situações problema permitiu adquirir e aprofundar uma atitude critico-reflexiva, das práticas executadas pelos profissionais no exercício diário da profissão. A elaboração do poster “Prevenção da Pneumonia Nosocomial”, os procedimentos de colocação e manutenção do cateter venoso periférico e plano de limpezas gerais do SU possibilitou-me o alcance dos contributos necessários para solucionar e resolver situações problema de forma autónoma, que se traduziram na contribuição para melhorar o desenvolvimento dos profissionais.

Ao realizar o folheto informativo “Doente com algália - Recomendações após alta hospitalar”, sobre os cuidados na manutenção da sonda vesical no domicílio permitiu demonstrar capacidade de consciência crítica para o problema da garantia de continuidade de cuidados pela família e doente no ambiente extra hospitalar.

As formações em serviço “ARDS - Cuidados em Enfermagem” e “Prevenção da Infecção Urinária Associada à Algáliação” permitiram contributos valiosos, na medida em que identifiquei as necessidades formativas da equipa de saúde tendo possibilitado a reflexão de temas pertinentes do contexto da prática diária na prestação de cuidados. Assim, relativamente à formação na UCIP foi possível planear e realizar a formação em serviço sobre a temática do “ARDS - Cuidados de

Enfermagem”. O doente crítico com ARDS é uma das situações mais complexas com diversas complicações e internamentos prolongados, tendo a equipa multidisciplinar que integrar conhecimentos científicos recentes. Neste sentido, esta formação foi direccionada às equipas médicas e de enfermagem do serviço para permitir uma actualização desses conhecimentos e melhorar o desempenho profissional.

No âmbito da CCI, como contributo na área da formação, pude realizar no SU uma formação sobre a “Prevenção da Infecção Urinária Associada à Algaliação”. Ao ser uma técnica realizada pelos enfermeiros foi pertinente identificar as lacunas na execução do procedimento de algaliação, apresentando os resultados da vigilância epidemiológica realizada de forma a sensibilizar a equipa para a mudança de comportamento, permitindo deste modo uma melhoria na prestação de cuidados. Ciente da importância da intervenção do enfermeiro especialista realizei estas formações, tendo como objectivo fundamental a diminuição da infecção associada aos cuidados de saúde no geral e da infecção urinária em particular. Devendo este promover um desenvolvimento e aperfeiçoamento dos procedimentos de enfermagem e a constante revisão das políticas de assepsia, desenvolver programas de formação para os enfermeiros e supervisionar a aderência de enfermeiros às políticas instituídas. É imprescindível ter a capacidade de envolver todos os profissionais de saúde para que desempenhem um papel activo neste objectivo comum na diminuição das IACS através do desenvolvimento de conhecimentos nesta área e adequação da sua prática clínica às recomendações do PNCI.

Nas sessões informais e na formação em serviço, ao incorporar na prática de enfermagem resultados da investigação científica, permitiram-me desenvolver competências numa perspectiva académica avançada no auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Competências na área de gestão:

- ✓ Lidero equipa de prestação de cuidados especializada na área de EEMC;
- ✓ Exerço supervisão do exercício profissional na área de EEMC;
- ✓ Realizo a gestão de cuidados na área da EEMC;
- ✓ Colaboro na integração de novos profissionais;
- ✓ Tomo iniciativas e sou criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC;
- ✓ Zelo pelos cuidados prestados na área de EEMC;

Participar na área da gestão na UCIP permitiu-me colaborar com a enfermeira coordenadora na gestão do pessoal nomeadamente na realização de horários, fazer pedidos da farmácia, zelar pela organização do stock de armazém e verificação periódica da correcta distribuição do material e fármacos no serviço.

A diversidade de materiais de monitorização, equipamentos de ventilação, perfusão, depuração renal e carro de urgência, entre outros possibilitou o contacto com a complexidade da

gestão de uma UCIP. Ao assegurar a manutenção periódica do equipamento e ao participar na formação de modo a promover a correcta utilização dos equipamentos, contribui para a percepção da eficácia da organização dos cuidados de enfermagem. A presença de enfermeiros peritos na unidade foi um excelente contributo que permitiu entender o funcionamento de equipamentos de extrema importância para monitorizar, vigiar e manter a vida dos doentes em situação crítica.

Na colaboração e observação da gestão de recursos humanos e materiais, na utilização de equipamentos de forma adequada, na elaboração do plano de trabalho e na adequação dos materiais e fármacos devidamente acondicionados e disponíveis em tempo útil, contribuiu para aquisição de competências de modo a zelar pela qualidade e supervisão de cuidados prestados na área da especialização.

A enfermeira coordenadora da UCIP é a responsável pela gestão de pessoal de enfermagem e assistentes operacionais, gestão da farmácia e material, realização do plano anual para formação em serviço delegando ao enfermeiro responsável de turno as tarefas de elaborar o plano de distribuição de enfermeiros e assistentes operacionais em cada turno, registo de ocorrências e confirmar o registo dos antibióticos e estupefacientes, em documento próprio.

Ao colaborar com o enfermeiro tutor como enfermeiro especialista em EEMC e responsável de turno permitiu-me adquirir competências na liderança da equipa, tive a oportunidade de desempenhar funções cruciais no que se refere à coordenação, organização da equipa de enfermagem e supervisão de cuidados prestados.

Em relação á integração de novos profissionais como um processo fundamental que implica dispor de um planeamento para a inserção do recém-admitido na organização, participei activamente na integração de dois enfermeiros na UCIP, esclareci dúvidas sobre a localização de materiais, método de trabalho, procedimentos internos, funcionamento de equipamentos e contribui na formação em sala de aula.

2. CONCLUSÃO

A elaboração do presente Relatório resulta de uma reflexão crítica da prática dos cuidados prestados, do progresso individual e experiências de desenvolvimento durante o estágio. Deste modo a preparação deste instrumento constituiu um óptimo meio para desenvolver a minha capacidade de reflexão durante o meu percurso, o que facilitou identificar as minhas necessidades de aprendizagem e dificuldades, permitindo-me reflectir sobre a minha evolução, nomeadamente a nível das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de modo a melhorar o meu desempenho, bem como a sua pertinência no contexto do curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. De facto, os conhecimentos transmitidos na teoria podem ser melhor assimilados e entendidos quando associados à prática clínica.

As competências adquiridas no contexto do Módulo II - Cuidados Intensivos, como o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação verbal e não verbal e a tomada de decisão individual perante situações complexas, contribuiu para o enriquecimento pessoal, profissional e académico.

O estágio na UCIP permitiu-me adquirir competências na área do intensivismo com a colaboração do tutor e de uma equipa de enfermagem altamente competente, consolidei competências relativas à ventilação mecânica, à administração de drogas vasoactivas, curarizantes, sedativos e antibioterapia, monitorização invasiva, técnicas de substituição renal e nutrição entérica e parentérica.

O meu contributo como futuro enfermeiro especialista desenvolveu-se através de uma atitude crítico reflexiva, em que partilhei com a equipa de enfermagem conhecimentos específicos e estabeleci estratégias pro-activas a implementar na UCIP na prestação de cuidados especializados ao doente crítico, zelando pela área de intervenção de EEMC.

Ao realizar uma formação sobre o “ARDS - Cuidados de Enfermagem” contribuí para actualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem numa área em que se denotavam dúvidas no que concerne a fisiopatologia, à ventilação, a terapêutica e ao programa de posicionamentos, nomeadamente na manobra de posição ventral do doente crítico com ARDS.

A realização de um poster relativo aos cuidados na prevenção da pneumonia associada à ventilação, foi mais um contributo para uniformizar a abordagem da equipa multidisciplinar ao doente ventilado de acordo com o actual consenso científico.

A relevância do estágio do Modulo III - Controle de Infecção Hospitalar tornou-se num dos expoentes máximos pois a prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde, devem orientar a prática profissional, pois dela depende a melhoria dos cuidados prestados em enfermagem.

Esta problemática tende a aumentar, os doentes apresentam-se cada vez mais vulneráveis às doenças infecciosas, o incumprimento das regras de boas práticas no que diz respeito à higiene das mãos e do ambiente hospitalar agravam o problema. Na abordagem de um tema tão vasto como as IACS, a área da formação foi direccionada para a prevenção da infecção urinária associada à algaliação por ser uma das infecções nosocomiais mais frequentes devido ao não cumprimento das recomendações da inserção e manutenção de algália como por vezes, identifiquei durante o estágio. De forma a dar o contributo para promover boas práticas de enfermagem realizei vigilância epidemiológica, formação em serviço e um panfleto com os cuidados domiciliários. Elaborei ainda em conjunto com a colega da especialidade em estágio no SU, o procedimento relativo à colocação e manutenção do CVP porque identificamos que não eram totalmente cumpridas as recomendações da prevenção das infecções associadas aos dispositivos intravasculares. Considero que demonstrei que é necessário agir em consonância com o PNCI para garantir aos doentes e seus familiares o direito a uma prestação de cuidados mais limpa e mais segura.

À medida que ia descrevendo as actividades realizadas, demonstrei pró actividade, através de uma análise crítica dos aspectos a melhorar, apresentei estratégias de resolução de problemas e melhorias a implementar de modo a contribuir para melhorar o desempenho dos profissionais de saúde e mudanças de comportamento.

As dificuldades sentidas não foram a identificação de situações problema, nem na adequação das melhores estratégias a implementar mas sim a integração dos conhecimentos na prática diária da equipa de enfermagem, pois a duração do estágio é curta para ter a noção se as estratégias implementadas vão perdurar após a realização do estágio. As restantes dificuldades sentidas foram colmatadas pela orientação dos enfermeiros tutores e pela vasta experiência das equipas de enfermagem.

Como sugestão seria fundamental avaliar os resultados à posteriori, para garantir a continuidade destas intervenções no seio da equipa multidisciplinar.

Os objectivos delineados foram atingidos de uma forma gradual na prática, tornando este estágio, enriquecedor, em termos pessoais e profissionais. A aprendizagem desenvolvida pelas novas experiências proporcionou obter conhecimentos, competências e capacidades na área de EEMC.

Espera-se que o enfermeiro especialista mobilize competências e conhecimentos especializados perante situações complexas, este deve ser um profissional reflexivo e de referência nas equipas de saúde, preste cuidados de enfermagem qualificados e tome decisões autónomas dentro da esfera de competências da sua área de especialidade.

Durante o estágio os momentos de reflexão foram uma constante, a minha actuação, a actuação dos diferentes profissionais, os momentos positivos e negativos de cada experiência vivenciada, a condição social do doente, a presença da família foram aspectos que desenvolveram em mim competências relacionais como aluno, pessoa e profissional.

Deste modo, posso afirmar que esta foi uma experiência extremamente positiva e enriquecedora no meu percurso como enfermeiro e também representou um motor de projecção como futuro enfermeiro especialista, onde aprender é sempre um objectivo pois existe a necessidade continua de actualizar e obter novos conhecimentos de modo a prestar cuidados de excelência.

No concluir deste percurso, a escolha do título do relatório “Uma perspectiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de EMC” deveu-se às minhas opções em função do meu projecto profissional e pessoal nos módulos de cuidados intensivos e controle de infecção hospitalar. Mas saliento que a abrangência das competências do enfermeiro especialista na área de EMC não se limita apenas a estas duas áreas, por isso este relatório não deixa de ser apenas uma amostra dum amplo leque de saberes a atingir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Maria; Ribeiro, José. 2008 Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. Revista Referência. N.º 7 (2). 79-88.
- Benseñor, Fábio; Cicarelli, Domingos. 2003 Sedação e Analgesia em Terapia Intensiva. Brasil. Revista Brasileira Anestesiologia 53: 680-693.
- Caetano, Joselany. 2007.Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva um Estudo Reflexivo. Esc Anna Nery R Enferm, Brasil, 325 – 330.
- Carneiro, António; Neutal, Elisabete. 2008. Curso de Evidência na Emergência – Manual de procedimentos. Reanima, Porto, 137-139.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2009.Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Prevention of Catheter. Associated Urinary Tract Infection. 1- 67
- Direcção Geral de Saúde 2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Lisboa: p. 1-4.
- Direcção-Geral da Saúde. 2007 Comissão de Controlo de Infecção. Circular Normativa Nº18/DSQC/DSC.2-3.
- Folheto Informativo: Midazolam Labesfal. Campo de Besteiros: INFARMED. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. 2007 1-3
- Frederico, Manuela; Leitão, Maria. 1999. Princípios de Administração para Enfermeiros. Formasau, Coimbra, 89-103.
- Froes, Filipe; PAIVA, José; Amaro, Piedade et al; 2007. Documento de Consenso sobre Pneumonia Nosocomial. Revista Portuguesa de Medicina. SPCI, Lisboa, 7-30.
- Hooser, Theron. 2002. American Association of Critical-Care Nurses: Airway Clearance With Closed-system Suctioning. AACN Critical Care Publication, Columbia, 1- 11.
- Lopes, Fernanda; López, Marcelo. 2009. Impacto do Sistema de Aspiração Traqueal Aberto e Fechado na Incidência da Pneumonia Associada à Ventilação Mécânica: Revisão de Literatura. Revista Brasileira Terapia Intensiva. N.º 21 (1) 80-88.
- Ministério da Saúde 2002. Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde. Recomendações de uma Boa Prática Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.1-12
- Ministério da Saúde. 2002. Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: um Guia Prático. Instituto Nacional da Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, 3-93.
- Ministério da Saúde. 2006. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Relacionadas com os Cuidados de Saúde. Instituto Nacional da Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa. 4-43.

- Ministério da Saúde. 2006. Manual de Suporte Avançado de Vida. (INEM - Departamento de Formação de Emergência Médica), 3 - 9.
- Ministério da Saúde. 2006. Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa 2-31.
- Ministério da Saúde. 2006. Protocolo para a Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais de Corrente Sanguínea. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa 1-33.
- Ministério da Saúde. 2006. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde. PNCI. Lisboa. 2-80.
- Ministério da Saúde. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde. PNCI. Lisboa.2-19.
- Ministério da Saúde. 2008. Precauções de Isolamento. Manual de Boas Práticas. Comissão de Controlo da Infecção dos Cuidados de Saúde Primários. Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, Lisboa. 1-20.
- Ministério da Saúde. 2008. A Estratégia Nacional para a Melhoria da Higiene das Mãos em 10 Perguntas. Serviço de Utilização Comuns dos Hospitais, Lisboa.1-16
- Ministério da Saúde. 2008. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização. PNCI. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa.2-82.
- Ministério da Saúde. 2009. Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa.1-11
- Ministério da saúde. 2009. Inquérito Nacional de Prevalência da Infecção. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa. 1-21
- Oliveira; Salgueiro. 2010. Proxémica, Cinésica e Paralinguagem: Importância na Interação Enfermeiro/Pessoa. Revista Nursing: N.º 254.: Haiti, Lisboa, 8 -15.
- Ordem dos Enfermeiros. 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos Lisboa, 6 - 15.
- Paixão, Hugo; Monteiro, Rui. 2009. Formação em Serviço das Motivações aos Contributos para o desenvolvimento Profissional. Sinais Vitais: N.º 87. Formasau, Coimbra, 41-43.
- Pinheiro, Maria.1994. Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. Revista Servir.Vol. 42, nº 6. Lisboa, 311- 331.
- Perguiça, Ana; SOBRAL, Maria. 2003. Reflexão: O Enfermeiro de Cuidados Intensivos Perante a Dor. Revista Servir: Coimbra, 25-27.

- Queirós, Ana; SILVA, Lúcia; Santos, Elvira. 2000. - Educação em Enfermagem. Quarteto Editora, Coimbra, 15- 23.
- Reis, Francisco; Rodrigues, Vítor. 2002. A Axiologia dos Valores e a sua Comunicação no Ensino de Enfermagem. CLIMESPI Editores, Lisboa, 97-107.
- Santos, Célia; Costa, Sónia; Robalo, Sara. 2005. Ruído Como Factor Perturbador de Sono. Revista Sinais Vitais. Formasau, Coimbra, 55 - 60.
- Santos, Emanuel. 2009. Desinfecção e higienização: os melhores aliados no contexto hospitalar. Revista de Engenharia e Gestão da Saúde. nº 36, 4º trimestre. Porto, 18-19.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos 2008. Transportes de Doentes Críticos Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 1- 48.
- Silva, Amélia. 2000. Como Gerir uma Unidade de cuidados Intensivos. Revista Servir. Vol. 48 (2), 68-75.
- Urden, Linda; Stacy, Katheen; LOUGH; Mary. 2008. - Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção. Lusodidacta, Loures, 4-13, 573 – 700.
- Vieira, Margarida. 2009. Ser Enfermeiro: Da compaixão à Proficiência. Universidade Católica Editora, Lisboa, 22-39.
- World Health Organization (WHO). 2010. Best practices for injections and related procedures toolkit. Library Cataloguing-in-Publication Data. 1-69

Fontes da Internet

- Ordem dos Enfermeiros. 2007. Individualização das Especialidades de Enfermagem, 2-21. Disponível na <http://www.ordemenfermeiros.pt> [data da visita: 10/06/2010].
- Ordem dos Enfermeiros. 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. 1-11. Disponível na <http://www.ordemenfermeiros.pt> [data da visita: 10/06/2010].
- Ramos, Armindo. 2009. AntiCoagulação com Citrato nas Técnicas de Substituição Renal Contínuas. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. 39-44. Disponível na <http://www.spci.org/> [data da visita: 5 Junho. 2010].

Legislação

- Código Deontológico do Enfermeiro. Aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril).
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril).

ANEXOS

Anexo I

“ARDS - Cuidados de Enfermagem”

A - Plano de sessão

B - Diapositivos de formação

A - Plano de sessão



Plano Da Sessão De Formação

Tema:	ARDS Cuidados de Enfermagem	Formador:	Enfermeiro Luís Sousa
Local:	Centro Hospitalar Entre-Douro e Vouga – Unidade de Santa Maria da Feira UCIP		
Data:	16-06-2010	Hora:	15:00
		Duração:	60 minutos

Conteúdos Programáticos

Objectivos	Conteúdos Programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos	Duração	Observações
<ul style="list-style-type: none"> - Definir ARDS e descrever a fisiopatologia; - Conhecer as causas de ARDS; - Compreender os cuidados de enfermagem no tratamento dos pacientes com ARDS; - Descrever os tratamentos específicos baseados nas evidências científicas; 	<p><u>Introdução: (10 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do formador; ▪ Diferentes perspectivas, diagnóstico e definições de ARDS; ▪ Conceito do Consenso Europeu-Americano de ARDS; <p><u>Desenvolvimento: (40 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação da Etiologia, Manifestações clínicas e índices de mortalidade; ▪ Descrição das fases da Fisiopatologia e Patogénese; ▪ Discussão de estratégias ventilatórias e terapêuticas; ▪ Identificação das complicações; ▪ Descrição da manobra de posição ventral suas indicações e contra-indicações e complicações; ▪ Apresentação de estudos baseados na evidência científica; ▪ Intervenções de enfermagem no ARDS. <p><u>Conclusão: (10 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese das principais ideias; ▪ Respostas a questões/discussão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projector multimédia para exposição dos diapositivos da sessão; 	60 minutos	

B - Diapositivos de formação

ARDS – Cuidados de Enfermagem (ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Luís Sousa

1

Objectivos

- ✓ Definir ARDS e descrever a fisiopatologia;
- ✓ Conhecer as causas de ARDS;
- ✓ Compreender os cuidados de enfermagem no tratamento dos pacientes com ARDS;
- ✓ Descrever os tratamentos específicos baseados nas evidências científicas.

2

Diferentes perspectivas e definições ARDS

A primeira definição de ARDS surgiu em **1967** com **Asbaugh**:

- 12 doentes com dificuldade respiratória;
- Cianose refractária à terapia com oxigénio;
- Diminuição da “compliance” pulmonar;
- Infiltrados difusos bilateralmente no RX torax.

3

Diferentes perspectivas e definições ARDS

Em **1988 Murray** quantificou a deterioração respiratória através de 4 pontos:

- 1) Grau de infiltrados pulmonares no RX;
- 2) Relação PaO₂/Fio₂;
- 3) “Compliance” pulmonar estática;
- 4) Nível de PEEP.

4

Diagnóstico

1994: Consenso Europeu - Americano deve ser realizado tendo em conta os seguintes critérios:

- Quadro de instalação aguda;
- Infiltrados pulmonares no RX, dispersos por ambos os campos pulmonares;
- Relação de $P_{aO_2}/F_{iO_2} \leq a 200$;
- Pressão de encravamento pulmonar < 18 mm HG ou ausência de evidência clínica de hipertensão auricular esquerda.

5

ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome):

“É a forma mais grave de edema pulmonar NÃO cardiogénico caracterizada pela instalação aguda e persistente de alterações pulmonares, que se traduzem pelo aumento da permeabilidade da membrana capilar pulmonar, com compromisso das trocas gasosas alvéolo-capilares e deterioração da oxigenação”.

Manual do CEE- Procedimentos 2008:..137

6

INJURY	CRITERIA
Acute lung injury	Acute onset $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mm Hg Bilateral pulmonary "infiltrates" on frontal chest radiograph Pulmonary artery wedge pressure ≤ 18 mm Hg (when measured) or no clinical evidence of left atrial hypertension
Adult respiratory distress syndrome	Acute onset $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ mm Hg Bilateral pulmonary "infiltrates" on frontal chest radiograph Pulmonary artery wedge pressure ≤ 18 mm Hg (when measured) or no clinical evidence of left atrial hypertension

New England Journal of Medicine 2000;342:1301-8

7

Etiologia

CAUSAS DIRECTAS:

- Aspiração
- Infecção pulmonar
- Afogamento
- Inalação tóxica
- Contusão pulmonar
- Embolia gordurosa
- Toxicidade pelo oxigénio

CAUSAS INDIRECTAS:

- Sépsis
- Politraumatizado
- Politransusão
- Choque
- Grandes queimados
- Pancreatite
- "By-pass" cardiopulmonar
- Intoxicação exógena
- Coagulação intravascular, disseminada
- Excesso de fluidos

8

Etiologia

TABLE 2. CLINICAL DISORDERS ASSOCIATED WITH THE DEVELOPMENT OF THE ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME.

DIRECT LUNG INJURY	INDIRECT LUNG INJURY
Common causes	Common causes
Pneumonia	Sepsis
Aspiration of gastric contents	Severe trauma with shock and multiple transfusions
Less common causes	Less common causes
Pulmonary contusion	Cardiopulmonary bypass
Fat emboli	Drug overdose
Near-drowning	Acute pancreatitis
Inhalational injury	Transfusions of blood products
Reperfusion pulmonary edema after lung transplantation or pulmonary embolectomy	

New England Journal Medicine 2000;342,18:1334-1349

9

Manifestações Clínicas

Podem ser observadas diversas manifestações clínicas dependendo do factor precipitante, os sinais clínicos são reflexos da hipoxémia e do edema pulmonar:

- Taquicardia, taquipneia, adejo nasal e cianose;
- Roncos e crepitações pulmonares bilaterais e difusos;
- Hipoxémia refractária com PaO₂ baixo;
- Radiografia pulmonar pode ser normal antes das 24h.

10

Mortalidade



- Fowler 1983 65%
- Webster 1988 58%
- Evans 1988 60%
- Villar 1989 50 %
- Lewandowski 1995 58.86 %

11

Mortalidade

- Estudos epidemiológicos em curso:
NETWORK 30 % - 40%
- Mortes devido a:
 - ↳ disfunção multiorgânica;
 - ↳ sépsis.
- A mortalidade parece estar a diminuir nos últimos anos:
 - ↳ melhores estratégias ventilatória;
 - ↳ diagnóstico e tratamento precoces.

12

Fases

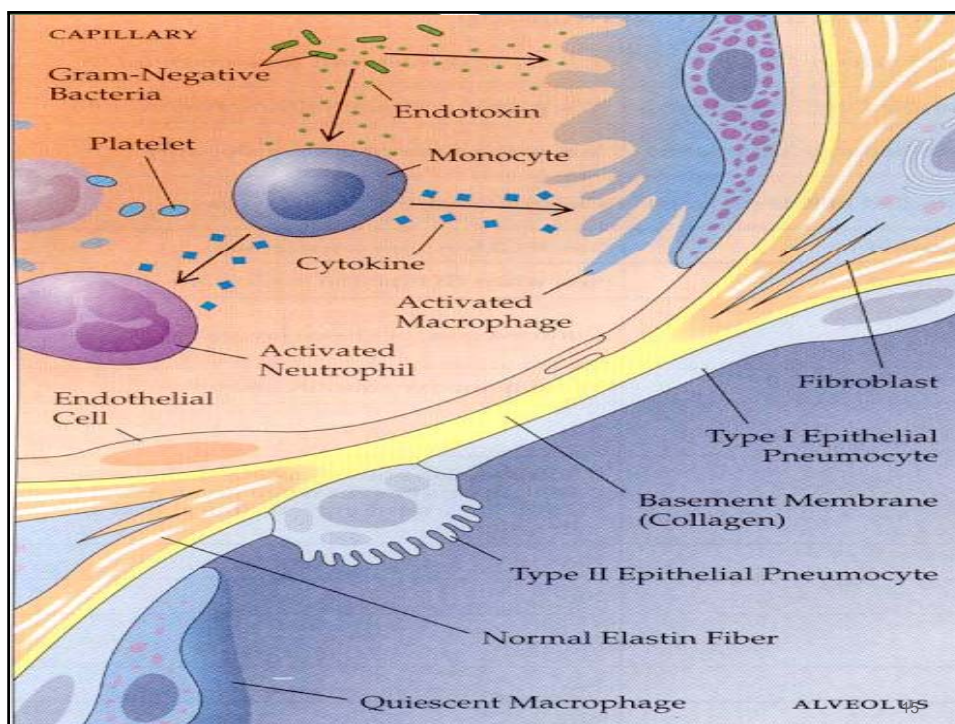
- ➔ 1ª FASE EXSUDATIVA
- ➔ 2ª FASE PROLIFERATIVA
- ➔ 3ª FASE FIBROSANTE

13

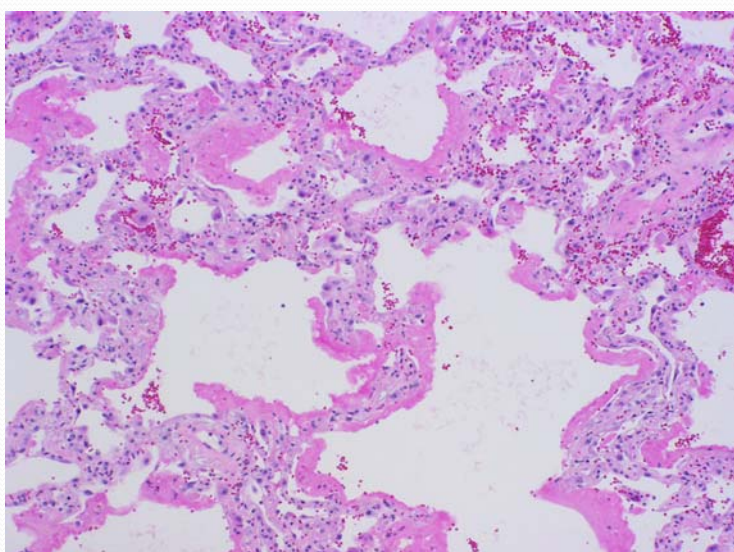
Fase Exsudativa

- Primeira semana (4º a 7º dia)
- Rápida instalação de insuficiência respiratória após factor desencadeante;
- Lesão alveolar difusa com infiltração de células inflamatórias;
- Formação de membranas hialinas;
- Lesão capilar;
- Edema alveolar rico em proteínas;
- Ruptura do epitélio alveolar;
- Hipoxémia refractária.

14



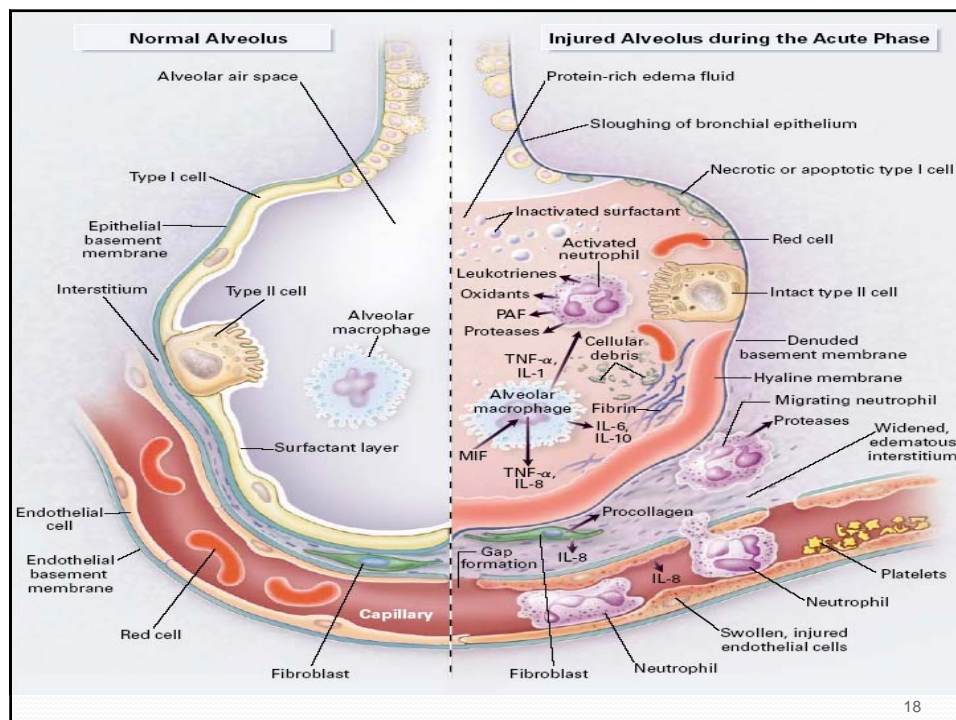
Fase Exsudativa



Fase Proliferativa

- 1ª a 3ª semanas;
- Hipoxémia persistente;
- Desenvolvimento de hipercapnia;
- Alveolite fibrosante;
- Proliferação de fibroblastos;
- Posterior diminuição da “compliance” pulmonar;
- Hipertensão pulmonar;

17

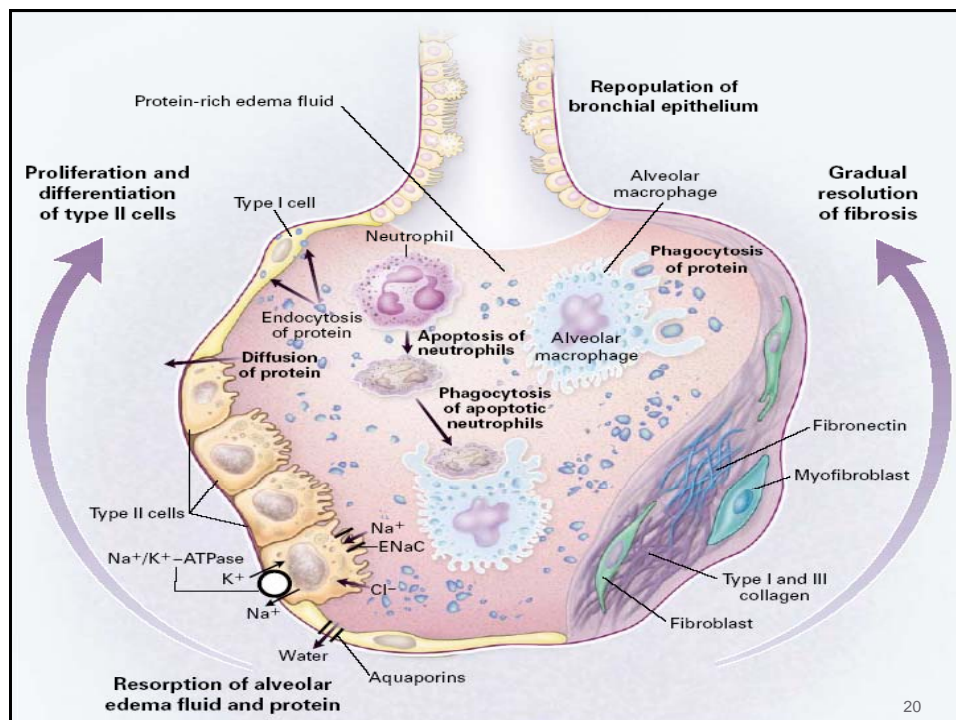


18

Fase Fibrosante

- 3 a 4 semanas após o início;
- Formação de tecidos de colagénio e elastina;
- Resolução gradual da hipoxémia;
- Melhoria da “compliance” pulmonar;
- Resolução das alterações radiológicas.

19



20

Patogénese

- Factor precipitante;
- Mediadores inflamatórios:
 - ↳ Lesão do endotélio microvascular;
 - ↳ Lesão do epitélio alveolar;
 - ↳ Aumento da permeabilidade alveolar leva a acumulação de fluido alveolar;
 - ↳ Lesão do órgão alvo devido à resposta inflamatória do hospedeiro e libertação incontrolada dos mediadores inflamatórios.

21

Hipoxémia no ARDS

- Permeabilidade capilar aumentada;
- Exsudação intersticial e alveolar;
- Lesão do surfactante;
- Diminuição da capacidade residual funcional;
- Alteração da difusão e shunt direito-esquerdo.

22

Ventilação Mecânica

- ✓ American College of Chest Physicians – Conferência de Consenso 1993;
- ✓ “Guidelines” para Ventilação Mecânica em ARDS;
- ✓ Quando possível, manter pressão planalto ≤ 35 cm H₂O;
- ✓ Se necessário, o volume corrente deve ser diminuído para alcançar esse objectivo, permitindo aumentos da paCO₂.

23

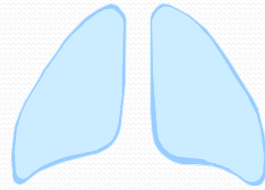
Tratamento

- ✓ Tratar da Causa;
- ✓ Nutrição Adequada;
- ✓ Prevenir as infecções nosocomiais;
- ✓ Profilaxia de tromboembolismo;
- ✓ Profilaxia de Hemorragia Gastro-Intestinal;
- ✓ Medicação;
- ✓ ...

24

Ventilação Mecânica

- Oxigênio
- PEEP
- Relação I:E invertida
- Volume corrente baixo
- Ventilação em pronação



25

Oxigenoterapia:

- A exposição continuada de elevados níveis de oxigênio pode provocar toxicidade;
- A finalidade da oxigêniooterapia é manter a saturação de oxi-hemoglobina arterial a 90% ou superior, utilizando um nível mínimo de oxigênio, de preferência com $FiO_2 < 0,7$.

26

PEEP

(Positive End-Expiratory Pressure)

Vantagens:

- ↳ Aumenta a pressão e a distensão pulmonar;
- ↳ Desloca o fluido alveolar para o interstício;
- ↳ Abertura dos alvéolos colapsados;
- ↳ Diminui o shunt intrapulmonar direito – esquerdo;
- ↳ Melhora a “compliance”;
- ↳ Melhora a oxigenação.

27

PEEP

Desvantagens:

- ↳ Diminuição do débito cardíaco por diminuição de retorno venoso, secundário ao aumento da pressão intratorácica;
- ↳ Barotrauma em resultado da ruptura alveolar;
- ↳ Não há diferença na mortalidade nem na diminuição de números de dias sem ventilador no uso PEEP elevado v PEEP baixo.

N Engl J Med 2004;351:327-36.

28

PEEP

Table 4. Main Outcome Variables.*

Outcome	Lower-PEEP Group	Higher-PEEP Group	P Value
Death before discharge home (%) [†]			
Unadjusted	24.9	27.5	0.48
Adjusted for differences in baseline covariates	27.5	25.1	0.47
Breathing without assistance by day 28 (%)	72.8	72.3	0.89
No. of ventilator-free days from day 1 to day 28 [‡]	14.5±10.4	13.8±10.6	0.50
No. of days not spent in intensive care unit from day 1 to day 28	12.2±10.4	12.3±10.3	0.83
Barotrauma (%) [§]	10	11	0.51
No. of days without failure of circulatory, coagulation, hepatic, and renal organs from day 1 to day 28	16±11	16±11	0.82

N Engl J Med 2004;351:327-36.

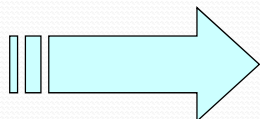
29

Relação I:E invertida

- A inversão da relação da ventilação prolonga o tempo inspiratório (I) e encurta o tempo expiratório (E) o que inverte a relação (I:E 2:1);
- Mantêm uma pressão média mais constante nas vias aéreas durante o ciclo ventilatório e ajuda a manter os alvéolos abertos;
- A maior desvantagem é o desencadeamento espontâneo do (air-trapping – auto PEEP) que potencialmente diminui o débito cardíaco e agravamento das trocas gasosas.

30

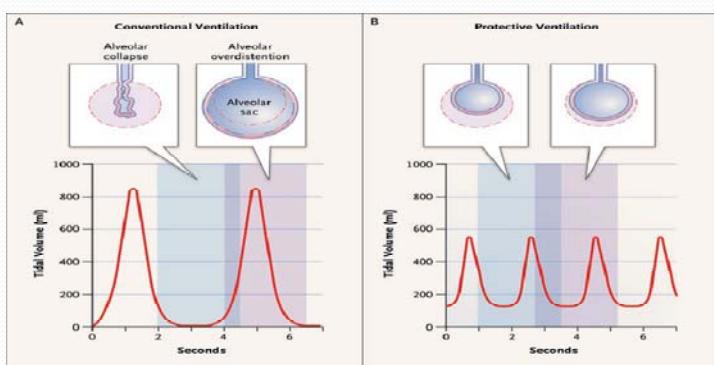
Volume corrente baixo



Em doentes com lesão pulmonar aguda e com síndrome dificuldade respiratória aguda, a ventilação mecânica com um volume corrente mais baixo do que o tradicionalmente usado, resulta em menor mortalidade e diminui o número de dias com ventilador.

N Engl J Med 2007;357:1113-20.
31

Volume corrente baixo



Doc 2	08/23/07
Author	Stallone
Fig #	2
Title	Low Tidal Volume Ventilation
CD	Journal
MR	Journal
Acct	Williams & W. J.V.

Copyright © 2007 W. J.V.
All rights reserved.
Figure has been read and proof copy has been filed.
Please check carefully.

N Engl J Med 2007;357:1113-20.

32

Ventilação Mecânica

Estratégias:

- ↪ Volumes baixos 6 ml/kg de peso ideal;
- ↪ Manter uma pressão planalto < 30 cm H₂O;
- ↪ Introduzir PEEP sem ultrapassar a pressão de planalto recomendada;
- ↪ Na fase exsudativa PEEP (10-15 cm H₂O);
- ↪ Ventilação Controlada por Pressão;
- ↪ Permitir hipercapnia mas se PH<7,3 aumentar a F.R. para compensar acidemia e hipoventilação.

33

Hipercapnia permissiva

- PaCO₂ elevado pode resultar em vasodilatação, taquicardia e hipotensão;
- Vários estudos demonstraram que a hipercapnia permissiva como resultado da redução do volume corrente é seguro;
- Enquanto a hipercapnia permissiva é tolerada na maioria dos pacientes com ARDS a acidose metabólica preexistente exige tratamento para prevenir o agravamento da acidose;
- Usar até F.R 35 c/min e administração bicarbonato de sódio nestes pacientes.

34

Complicações

- Volutrauma (excessivo volume nos alvéolos);
- Barotrauma (excessiva pressão intra alveolar);
- Atelectasias (abertura e encerramento alveolar repetidos podem provocar lesão das unidades pulmonares);
- Biotrauma (inibição da produção surfactante, aumento da inflamação);



Na sequência da qual ocorre libertação de mediadores inflamatórios e aumento da permeabilidade dos capilares pulmonares.

35

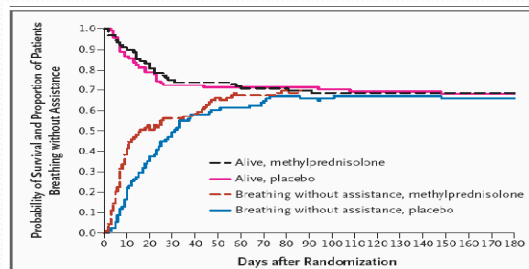
Fluidoterapia

- A indicação é restringir os fluidos de maneira a diminuir “a fuga de líquidos para os pulmões”;
- Manter o mínimo de volume vascular de forma a manter perfusão adequada avaliando o equilíbrio ácido base e função renal;
- No caso de choque séptico é indicado medicação vasopressora quando não há resposta aos fluidos;
- Restringir os fluidos segundo estudos da ARDS network:
 - ✓ Melhora a oxigenação;
 - ✓ Reduz os dias sem ventilador;
 - ✓ Menos dias de internamento na UCI;
 - ✓ Não aumenta o choque e as necessidades de diálise;
 - ✓ Não aumenta a mortalidade.

36

Glicocorticoides

- Não há benefícios na mortalidade;
- Não é recomendado utilizarem altas doses , até que mais estudos estejam disponíveis;
- É indicado tratamentos curtos em pacientes com doença grave que não respondam às medidas instituídas;



N Engl J Med. 2006;354:1671-84

37

Medicação

- **Terapêuticas sob investigação:**
- Fármacos que bloqueiam ou neutralizam os vários mediadores libertados durante a resposta imuno-inflamatória (**proteína C activada, antagonistas das citoquinas , corticosteroides, cetoconazol ...**)
- Métodos para controlo da lesão pulmonar (reposição de **surfactante**, ventilação líquida parcial ...)
- Inalação de **óxido nítrico** para ajudar na reversão da vasoconstrição pulmonar e melhorar a perfusão das regiões ventiladas do pulmão;

38

Posição de Pronação

INDICAÇÕES

- ✓ Nos casos em que a pressão de planalto está no limite, a FIO₂ está no máximo e a PaO₂ não atinge os objectivos desejados, ensaiar a ventilação em decúbito ventral (por períodos de 8-20h/dia).
- ✓ Não existem critérios consensuais para a realização desta manobra. De uma forma geral está indicada em doentes com **hipoxémia persistente**, apesar de outras manobras instituídas para a sua correcção.

39

Posição de Pronação

Vantagens:

- Melhora as trocas gasosas (índice V/Q);
- Ventilação alveolar mais uniforme;
- Recrutamento de atelectasias das regiões dorsais;
- Melhora a drenagem postural;
- Redistribuição da perfusão para zonas pulmonares dependentes, edematosas.



Prone

40

Contra-indicações (relativas)

- Doentes traqueostomizados;
- Fístulas broncopleurais;
- Existência de drenos na região anterior do tórax e abdómen;
- Traumatismo craniano com aumento da pressão intracraniana;
- Presença de lesões vertebro-medulares;
- Traumatismo abdominal com isquemia intestinal;
- Pós-laparotomia sem encerramento da parede abdominal;
- Fracturas dos membros e/ou utilização de tracções;
- Instabilidade hemodinâmica grave com possível necessidade de reanimação cardiorespiratória.

41

Complicações Major

- Paragem cardio-respiratória.
- Extubações acidentais, com possível agravamento irreversível da situação;
- Compressão e/ou exteriorização de acessos arteriais, venosos e drenos;
- Compromisso da vigilância hemodinâmica e administração de terapêutica;
- Risco de diminuição da permeabilidade do tubo endotraqueal e obstrução devido à drenagem de secreções.

42

Complicações Minor

- Aumento da pressão abdominal com diminuição do retorno venoso (por compressão da veia cava inferior), com hipotensão arterial;
- Lesões oculares, tais como conjuntivites ou úlceras da córnea;
- Aparecimento e/ou agravamento de úlceras de decúbito na face e restantes zonas de apoio;
- Compressões nervosas ou rigidez articular secundárias ao posicionamento;
- Edema da face.

43

Considerações

- ✓ A mudança de decúbito pode ser feita por três a cinco pessoas;
- ✓ O tempo gasto a colocar o doente de decúbito dorsal para decúbito ventral é de dez minutos.;
- ✓ O tempo de permanência destes doentes nesta posição não está definido nem é consensual, podendo estes permanecer em decúbito ventral (por períodos de 8 a 20 horas/dia)

44

Programa de Posicionamentos

- Duração de tempo em decúbito ventral e frequência de alternância de posição é baseada:
- Na tolerância do doente;
- No sucesso do procedimento para a melhoria do PaO₂;
- Melhoria de mais de 10 mm Hg de PaO₂ nos 30 minutos após posicionamento ventral;
- Na sustentabilidade da melhoria de PaO₂ quando de regresso ao decúbito dorsal;
- É interrompido quando o doente deixa de responder à mudança de posição;

45

Descrição da manobra

- ✓ Um dos elementos deve ficar posicionado à cabeceira do doente a dar as instruções;
- ✓ Os restantes elementos colocam-se de um lado e do outro da cama, dependendo do doente (peso, estado físico, presença de drenos);
- ✓ Colocar o doente em dorsal na extremidade mais distal em relação ao ventilador;
- ✓ Verificar todos os tubos, drenos e cateteres para minimizar risco de exteriorização;

46

Descrição da manobra

- ✓ Em seguida o doente é colocado em decúbito lateral posteriormente em decúbito ventral;
- ✓ A cabeça é lateralizada e os membros superiores posicionados paralelamente ao tronco;
- ✓ Pode ser colocada uma almofada estreita sob a zona superior do tronco e sob a pélvis do doente, de forma a minimizar a restrição dos movimentos torácicos e abdominais;

47

Vigilância no Posicionamento

Manter a correcta vigilância do estado hemodinâmico e o aparecimento de úlceras de pressão:

- Colocar o plano da cama em ligeiro declive (30º);
- Prestar cuidados oftálmicos;
- Alternar a posição de lateralização da cabeça;
- Utilizar almofadas nas zonas de apoio, proeminências ósseas e articulações;
- Colocar os eléctrodos sobre os ombros e zonas laterais do tronco.

48

Vigilância no Posicionamento

- Manter a permeabilidade do tubo endotraqueal devido a maior mobilização de secreções;
- Confirmar fixação do tubo endotraqueal e possível reposicionamento;
- Vigiar e manter a permeabilidade dos acessos venosos, arteriais e drenos;
- Colocar sonda vesical entre os membros inferiores do doente e o sistema de drenagem passa sobre um dos membros.

49

Table 1—Randomized Controlled Trials Evaluating Strategies of Mechanical Ventilation for the Treatment of ARDS*

Study	Patients, No.	Intervention	Mortality Rates†	p Value
Amato et al ¹⁰	53	≤ 6 mL/kg ABW; VT; < 20 cm H ₂ O Pdriving	38% vs 71%‡	0.001
Stewart et al ¹¹	120	≤ 8 mL/kg IBW; VT; ≤ 30 cm H ₂ O Pplat	50% vs 47%	0.72
Brochard et al ¹²	116	6–10 mL/kg IBW; VT; 25–30 cm H ₂ O Pplat	47% vs 38%§	0.38
Brower et al ¹³	52	≤ 8 mL/kg PBW; VT; ≤ 30 cm H ₂ O Pplat	50% vs 46%	0.61
ARMA ¹⁴	861	≤ 6 mL/kg PBW; VT; ≤ 30 cm H ₂ O Pplat	31% vs 40%	0.007
Derdak et al ³²	148	HFOV	37% vs 52%	0.10
Bollen et al ³³	61	HFOV	43% vs 33%	0.59
ALVEOLI ³⁵	549	High-PEEP protocol	28% vs 25%	0.48
Villar et al ³⁶	103	5–8 mL/kg PBW; VT; PEEP of Pflex + 2 cm H ₂ O	34% vs 56%	0.04
Cattinoni et al ⁴⁹	304	Prone position 6 h/d for 10 d	63% vs 59%¶	0.65
Guerin et al ⁵⁰	791	Prone position 8 h/d	32% vs 32%‡	0.77
Mancebo et al ⁵¹	136	Prone position 20 h/d	50% vs 62%	0.22

*ABW = actual body weight; VT = tidal volume; Pdriving = driving pressure; IBW = ideal body weight; Pplat = plateau pressure; PBW = predicted body weight; HFOV = high-frequency oscillatory ventilation.

†Values are given as the in-hospital mortality rates of intervention vs control group, unless otherwise noted.

‡28-day mortality rate.

§60-day mortality rate.

||30-day mortality rate.

¶180-day mortality rate.

Chest 2007;131:921-929

50

Intervenções de Enfermagem

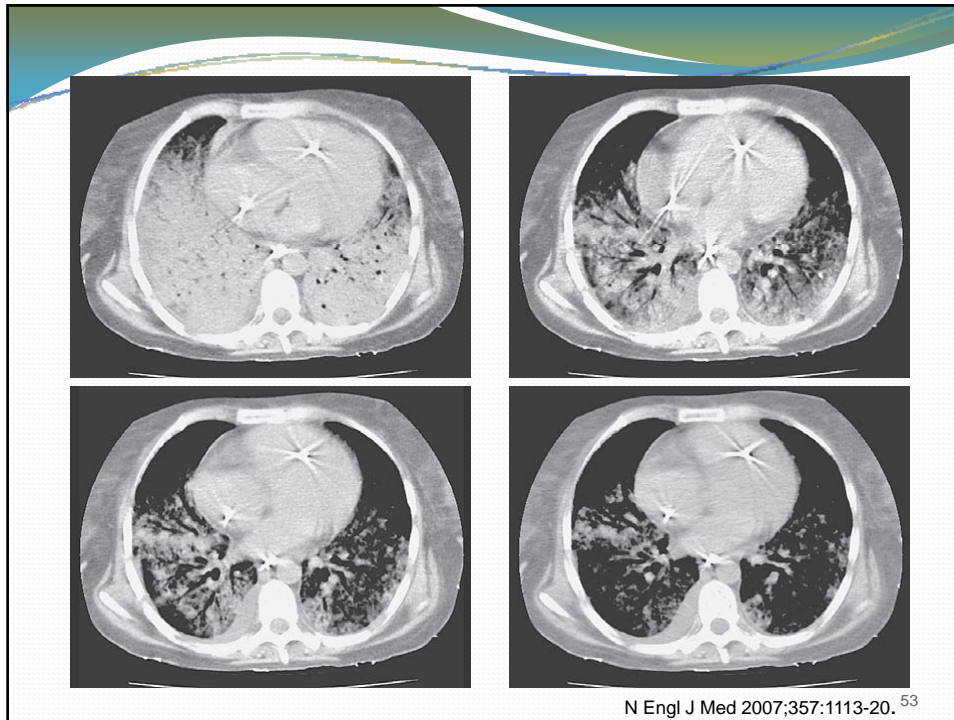
- Ajustar a administração do Fio2 e monitorização gasimétrica;
- Colaborar na entubação endotraqueal e vigilância da permeabilidade e posicionamento do TET;
- Conferir presença hipercapnia permissiva, adaptação ao modo ventilatório, PEEP e inversão do tempo (I.E);
- Administrar medicamentos, broncodilatadores, sedativos, analgésicos e curarizantes e avaliar os seus efeitos:
- Monitorização e vigilância da estabilidade eléctrica e hemodinâmica;
- Aspirar só quando necessário e nunca como rotina;
- Posicionar o doente em posição ventral e avaliar resultado da medida;

51

Intervenções de Enfermagem

- Proporcionar o repouso e tempos de recuperação adequados entre os vários procedimentos;
- Iniciar suporte nutricional e avaliar tolerância da alimentação entérica;
- Proporcionar o conforto e suporte emocional ao doente e família;
- Manter a vigilância de complicações:
 - Infecções,
 - Disritmias cardíacas,
 - Trombo embolismo venoso
 - Hemorragia Gastro Intestinal,
 - Atelectrauma, biotrauma, volutrauma, barotrauma ...

52



Conclusão

- ARDS é um síndrome caracterizado como o mais grave edema pulmonar não cardiogénico, causado por uma lesão pulmonar directa ou indirecta;
- Significativa causa de internamentos nas UCI, de mortalidade e morbilidade;
- A ventilação mecânica com baixos volumes correntes e pressões de planalto <30 cm H₂O melhoram os resultados;
- Implica cuidados de enfermagem específicos nomeadamente a posição ventral, monitorização e vigilância de complicações;
- Vários estudos estão em curso para otimizar o tratamento.

Referências Bibliográficas

- Ware LB, MA Matthay. **The acute respiratory distress syndrome.** N Engl J Med 2000;342:1334-49.
- **Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome.** The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. N Engl J Med. 2000;342:1301-8.
- URDEN, Linda; STACY, Katheen; LOUGH; Mary - **Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção.** Loures: Lusodidacta, 2006. p. 573-639
- Carneiro, António; Neutal, Elisabete - **Curso de Evidência na Emergência - Manual de procedimentos 2008.** Porto: Reanima. 2008. p. 137-139
- Timothy D. Girard and Gordon R. Bernard. **Chest; Mechanical Ventilation in ARDS: A State-of-the-Art Review;** *Chest* 2007;131:921-929
- National Heart, Lung and Blood Institutes Acute Respiratory Distress (ARDS) Clinical Trials Network. **Comparison of two fluid-management strategies in acute lung injury.** N Engl J Med. 2006;354:2564-75.
- Atul Malhotra, M.D. **Low-Tidal-Volume Ventilation in the Acute Respiratory Distress Syndrome;** *New England Journal Medicine* 2007;357:1113-20.
- The National Heart, Lung, and Blood Institute ARDS Clinical Trials Network* **Higher versus Lower Positive End-Expiratory Pressures in Patients with the Acute Respiratory Distress Syndrome.** N Engl J Med 2004;351:327-36.
- Steinberg KP, et al. **Efficacy and safety of corticosteroids for persistent acute respiratory distress syndrome.** N Engl J Med. 2006;354:1671-84.

55

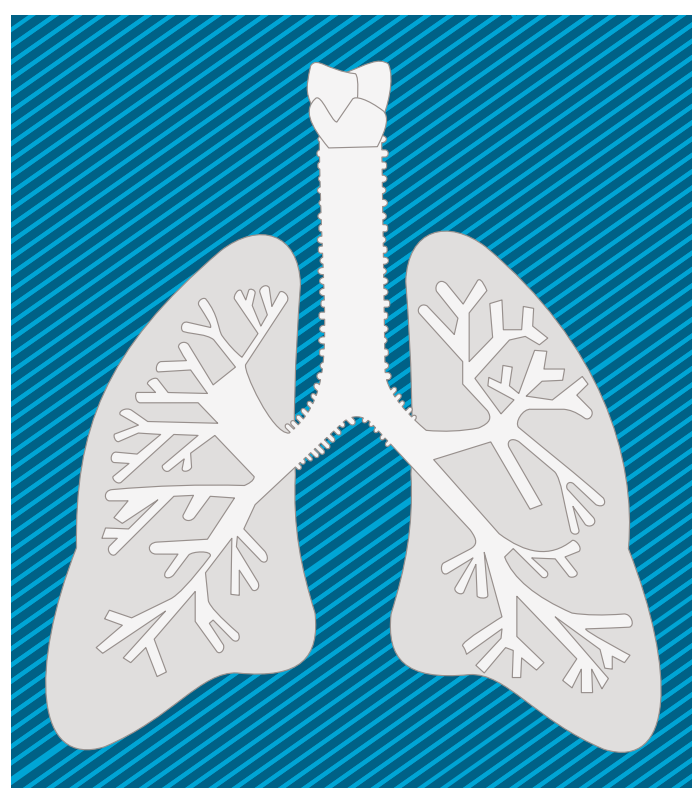
FIM...

56

Anexo II

Poster “Prevenção da Pneumonia Nosocomial”

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA NOSOCOMIAL



Pneumonia adquirida em meio hospitalar:

a que ocorre a partir das 48 horas após o internamento e que não estava em incubação na altura da admissão.

Pneumonia associada ao ventilador:

a que ocorre mais de 48-72 horas após entubação endotraqueal.

A	ACORDAR	Evitar sedação profunda prolongada e agentes relaxantes; Promover períodos de suspensão diária de sedação;
M	MÃOS	Lavagem/desinfecção das mãos e cumprimento das medidas de assepsia; Identificação e isolamento dos doentes com microorganismos multiresistentes; Cumprir programa de controlo de infecção hospitalar;
E	ELEVAÇÃO	Elevação da cabeceira do leito entre 30-45° se não houver contra-indicação clínica;
N	NUTRIÇÃO	Preferir a alimentação entérica em relação à alimentação parentérica; Utilizar sucralfato, antagonistas H2 ou inibidores da bomba de prótons; Avaliar regularmente o resíduo gástrico e se necessário ajustar quer o volume quer a composição da alimentação entérica;
T	TUBOS	Preferir a entubação orotraqueal e orogástrica; Evitar a entubação e re-entubação, se possível optar por ventilação não invasiva; Avaliação diária da possibilidade de extubação; Manter uma pressão adequada do cuff do tubo endotraqueal (20 a 30 cm H ₂ O);
E	EDUCAÇÃO	Educação e formação dos profissionais; Desenvolver um programa de higiene oral que pode incluir um antisséptico (clorexidina 2 %); Vigilância epidemiológica e microbiológica periódica; Política de prescrição de antimicrobianos;

Adaptado de Filipe, Froes; José, Paiva; Piedade Amaro et al. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva n.º 3 (Maio 2007). Lisboa: SPCI, 2007. p. 7-30.

Realizado por Luís Sousa :no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica., ano lectivo 2009-2010.

Anexo III

Procedimento da Colocação do Cateter Venoso Periférico



				N.º / Revisão –
				Data –
Tipo de documento: Procedimento				Previsão revisão – 3 anos
Nome: Colocação de Cateter Venoso Periférico				Página 1 de 3
Palavras-chave	Tipo de cateter	Local de inserção	assépsia	
<u>Elaborado por</u>	18/11/2010	<u>Aprovado por</u>	___ / ___ / _____	<u>Doc. Revogados</u> ___ / ___ / _____
CCI, SU				

1 Âmbito

Aplicável ao Plano de Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares

2 Objectivo

Reduzir o risco e o número de infecções associadas à colocação de um Cateter Venoso Periférico (CVP).

3 Referências

“Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections”. MMWR Recommendations and Report, 9 August 2002/ vol.51/ N°RR-10.

PAUCHET-TRAVERSAT, Anne-Françoise [et al.] - Cuidados de enfermagem : fichas técnicas. 3ª ed.

Loures : Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-51-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares - PNCI, 2006.

4 Descrição

A. Princípios básicos a respeitar na colocação de um Cateter Venoso Periférico

Seleccionar o tipo de cateter:

- Seleccionar o cateter com base no objectivo da sua colocação e tempo de utilização, complicações conhecidas (flebitis e infiltração), e a experiência individual do profissional.
- Evitar o uso de agulhas de aço (tipo “butterfly”) para administração de fluidos ou medicação que possam causar necrose dos tecidos, no caso de extravasar.

Seleccionar o local de inserção do cateter:

- Os locais mais comuns para punções venosas periféricas incluem: dorso da mão, antebraço, região antecúbital e braço;
- Puncionar o mais distal possível, para preservar o veia;
- Puncionar, se possível, veias no membro não dominante do doente;
- Não puncionar o membro superior: com fístula arterio-venosa; do lado da mastectomia (com remoção dos ganglios axilares), onde a integridade cutânea esteja comprometida e em zonas de flexão;
- Em doentes pediátricos, inserir o cateter no couro cabeludo, mão, ou dorso do pé.



B. Colocação do Cateter Venoso Periférico (Proceder pela ordem seguinte)

1. Material:

- Cateter Venoso Periférico escolhido;
- Garrote;
- Compressas esterilizadas;
- Solução anti-séptica de base alcoólica
- Luvas de uso único não estéreis;
- Contentor para cortantes e perfurantes;
- Penso.

2. Procedimento:

2.1 Lavagem e desinfecção do local de inserção

- A desinfecção da pele deve ser feita com solução anti-séptica de base alcoólica em movimentos concêntricos de dentro para fora.
- Se a tricotomia for necessária a opção de escolha será o uso do “clipper cirúrgico”;
- Se necessário, proceder à lavagem higiénica do local a puncionar, com água e sabão.

2.2 Introdução do Cateter

- Desinfecção higiénica das mãos conforme descrito no procedimento nº 147;
- Calçar luvas de uso único não estéreis;
- Colocar o garrote 15 a 29 cm acima do local a puncionar, para favorecer a vasodilatação venosa mas sem interromper a circulação arterial;
- Desinfecção do local a puncionar;
- Introduzir o cateter na veia, com o bisel da agulha para cima, fazendo um ângulo de 25º a 45º, respeitando a assepsia através da técnica “no-touch”;
- Confirmar o refluxo de sangue para a câmara transparente da agulha, retirando ligeiramente a agulha até ao canhão;
- Desapertar o garrote e clampar a veia puncionada imediatamente atrás do cateter, aquando da retirada da agulha;
- Retirar a agulha cuidadosamente, colocando-a no recipiente de cortantes e perfurantes;
- Adaptar ao cateter o obturador, prolongadores ou sistema de perfusão, consoante o fim a que se destina.

2.3 Penso do cateter venoso periférico

- Utilizar um penso para fixar e cobrir o local de inserção do cateter, de preferência usar penso transparente que permita uma inspeção visual contínua.



3 Registos:

- Data, hora e local de inserção do cateter;
- Calibre do cateter utilizado;
- Finalidade do procedimento.

5 Destinatários

Enfermeiros do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga.

Anexo IV

Procedimento Manutenção do Cateter Venoso Periférico



				N.º / Revisão –	
				Data –	
Tipo de documento: Procedimento				Previsão revisão – 3 anos	
Nome: Manutenção do Cateter Venoso Periférico				Página 1 de 2	
Palavras-chave	<i>assépsia</i>	<i>infecção</i>	<i>higienização</i>	<i>manipulação</i>	
<u>Elaborado por</u>	18/11/2010	<u>Aprovado por</u>	___ / ___ / ___	<u>Doc. Revogados</u>	___ / ___ / ___
CCI, SU					

1 Âmbito

Aplicável ao Plano de Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares

2 Objectivo

Reduzir o risco e o número de infecções associadas à colocação de um Cateter Venoso Periférico (CVP).

3 Referências

“Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections”. MMWR Recommendations and Report, 9 August 2002/ vol.51/ N°RR-10.

PAUCHET-TRAVERSAT, Anne-Françoise [et al.] - Cuidados de enfermagem : fichas técnicas. 3ª ed.

Loures : Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-51-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares - PNCI, 2006.

4 Descrição

4.1 Higienização das mãos:

- Antes e após qualquer procedimento com o objectivo da manutenção do cateter venoso periférico que implique a sua manipulação, proceder à desinfecção higiénica das mãos, conforme o procedimento nº147.

4.2 Assepsia durante a realização do procedimento:

- Manter a assepsia durante todo procedimento com a utilização de luvas de uso único não estéreis, em conjunto com a técnica “no-touch”.
- A palpação do local de inserção não deve ser efectuada após a aplicação do antisséptico;
- Se necessário, proceder à lavagem do local de inserção do cateter com soro fisiológico;
- Realizar a assepsia do local de inserção do cateter com soluções antissépticas de base alcoólica em uso na instituição.

4.3 Substituição do penso do cateter:

- Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, palpando através do penso opaco ou visualizando se o penso for transparente;
- Substituir o penso quando o cateter é removido ou substituído, ou quando o penso está solto, repassado, húmido ou com sinais de infecção;
- Substituir o penso frequentemente nos doentes diaforéticos;
- Em doentes com pensos de grandes volumes que não permitem a palpação ou a visualização



do local de inserção, remover o penso diariamente e inspeccionar visualmente aplicando um novo penso.

4.4 Técnica asséptica na manipulação:

- Desinfectar os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema;
- Manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados.

4.5 Uso de antimicrobianos tópicos:

- Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos no local de inserção dos cateteres venosos periféricos devido ao grande potencial de desenvolverem infecções fúngicas ou resistências aos antimicrobianos.

4.6 Substituição dos sistemas de administração:

- Substituir os sistemas de administração, incluindo torneiras e prolongamentos, a cada 72 h excepto se clinicamente indicado;
- Substituir os sistemas de administração de sangue, derivados de sangue, ou emulsões lipídicas dentro das 24 h após o início de infusão;
- Não há recomendação para a substituição de sistemas de infusões intermitentes;
- Considerar pequenos prolongamentos conectados ao cateter como uma porção do cateter, e substituí-los quando o cateter é mudado.

4.7 Permanência dos fluidos parentéricos:

- Não há recomendação para o tempo de permanência dos fluidos intravenosos, incluindo alimentação parentérica sem lípidos;
- Completar as infusões parentéricas com lípidos em 24 horas;
- Completar as infusões de emulsões lipídicas em 12 h;
- Completar as infusões de sangue e derivados em 4 horas após iniciar.

5 Registos

- Permeabilidade do cateter;
- Sinais locais associados ao cateter;
- Tipo de penso realizado.

6 Destinatários

Enfermeiros do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga.

Anexo V

Formação “Prevenção da Infecção Urinária Associada á Algaliação”

A - Plano de sessão

B - Diapositivos de Formação

A - Plano de sessão



Plano Da Sessão De Formação

Tema:	Prevenção da Infecção Urinária associada à Algaliação	Formador:	Enfermeiro Luís Sousa
Local:	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga – Unidade de Santa Maria da Feira no Serviço de Urgência		
Data:	22-11-2010	Hora:	8:30
		Duração:	40 Minutos

Conteúdos Programáticos

Objectivos	Conteúdos Programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos	Duração	Observações
<ul style="list-style-type: none"> - Reflectir sobre a problemática das IACS nos hospitais; - Apresentar os resultados da vigilância epidemiológica de processo na introdução da sonda vesical; - Promover as boas práticas na prestação de cuidados, na introdução e manutenção da sonda vesical; - Sensibilizar para a importância da lavagem das mãos na redução das IACS. 	<p><u>Introdução: (5 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do formador; ▪ Definição e problemática das IACS; ▪ Apresentação de resultados do estudo de prevalência das IACS a nível nacional. <p><u>Desenvolvimento: (25 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação de factores de risco, epidemiologia, e critérios de diagnóstico CDC de infecção urinária. ▪ Descrição da patogénese, factores de riscos e microrganismos envolvidos na infecção urinária; ▪ Exposição e discussão da metodologia e resultados da vigilância epidemiológica na introdução na sonda vesical; ▪ Promoção das recomendações actuais na prevenção infecção urinária no doente algaliado. ▪ Sensibilização da importância da lavagem das mãos. <p><u>Conclusão: (10 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese das principais ideias; ▪ Respostas a questões/discussão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projector multimédia para exposição dos diapositivos da sessão; ▪ Colunas de som para apresentação de vídeo. 	40 Minutos	

B - Diapositivos de Formação

Prevenção da Infecção Urinária associada à Algaliação

Luís Sousa

Novembro 2010

1

Sumário

- ✓ Problemática das IACS nos hospitais;
- ✓ Resultados da Vigilância epidemiológica de processo na introdução da sonda vesical;
- ✓ Boas práticas na prestação de cuidados, na introdução e manutenção da sonda vesical;
- ✓ Importância da lavagem das mãos na redução das IACS.

2

OBJECTIVOS

- Reflectir sobre a problemática das IACS nos hospitais;
- Apresentar os resultados da vigilância epidemiológica de processo na introdução da sonda vesical;
- Promover as boas práticas na prestação de cuidados, na introdução e manutenção da sonda vesical;
- Sensibilizar para a importância da lavagem das mãos na redução das IACS.

IACS v INFEÇÕES NOSOCOMIAIS

- ▶ “infecção associada à prestação de cuidados de saúde, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados e domiciliários).”

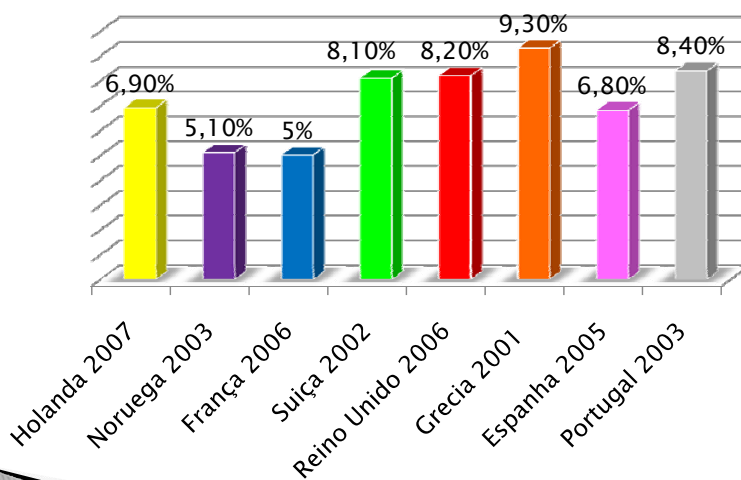
IACS v INFEÇÕES NOSOCOMIAIS

- ▶ “uma situação sistémica ou localizada resultante de uma reacção adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina (ou toxinas). Deve ser evidente que a infecção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar.”

Crítérios do CDC para o diagnóstico de infecções - PNCI (p.9, 2009)

5

RESULTADOS DOS ESTUDOS EUROPEUS DE PREVALÊNCIA DE INFEÇÃO MAIS RECENTES



Inquérito Nacional de Prevalência - Relatório, (p.18, 2009)

6

PROBLEMÁTICA DOS IACS

- ▶ Infecções adquiridas em instituições de saúde estão entre as mais importantes causas de morte e aumento da morbidade nos doentes hospitalizados.
- ▶ O último inquérito de prevalência conduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 55 hospitais de 14 países, revelando que 8,7 % dos doentes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS.

PNCI (p.6, 2007)

7

CAUSAS

- ▶ Procedimentos médicos e técnicas invasivas que criam potenciais portas de entrada para a infecção;
- ▶ Baixo rácio de profissionais de saúde;
- ▶ Hospitais sobrelotados;
- ▶ Deficientes práticas de controlo da infecção facilitam a transmissão de microrganismo entre os doentes.

8

HOSPITALIZAÇÃO

- ▶ O doente está exposto a uma grande variedade de bactérias, vírus, fungos e parasitas.

A probabilidade de a exposição levar a infecção depende das características do microrganismo:

- ▶ ✓ da resistência aos agentes antimicrobianos;
- ✓ da sua virulência intrínseca;
- ✓ da quantidade (inóculo) de material infeccioso.



FONTES

- ▶ A infecção adquirida no hospital pode ser causada por agentes infecciosos de:

- **Fontes endógenas:** são zonas no corpo, como a pele, o nariz, a boca, o aparelho gastrointestinal ou a vagina onde normalmente existem microrganismos.
- **Fontes exógenas:** são exteriores ao doente, como os profissionais prestadores de cuidados de saúde, os familiares e outras visitas, equipamentos médicos utilizados na prestação de cuidados, dispositivos ou o ambiente envolvente.

AS PESSOAS SÃO O CENTRO DO FENÓMENO:

- ▶ como principais reservatório e fonte de microrganismos;
- ▶ como principais transmissores, especialmente durante tratamentos;
- ▶ como receptores de microrganismos, tornando-se então um novo reservatório.



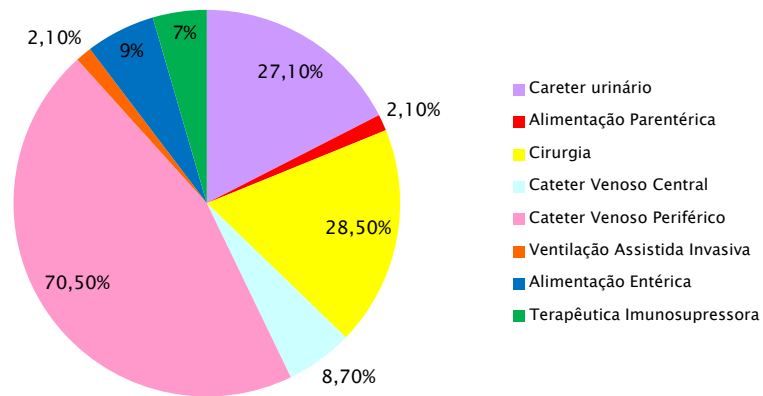
11

SUSCEPTIBILIDADE

- ▶ Idade, estado imunitário, doença de base;
- ▶ Doenças crônicas, tais como tumores malignos, leucemia, diabetes mellitus, insuficiência renal ou síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA);
- ▶ Fármacos imunossupressores ou radiação;
- ▶ Intervenções diagnósticas e terapêuticas.

12

DISTRIBUIÇÃO DOS FACTORES DE RISCO



Inquérito Nacional de Prevalência
- Relatório, Setembro de 2009

13

CUSTOS DAS IACS

- ▶ Agravam a incapacidade funcional e o stress emocional do doente;
- ▶ Diminuem a qualidade de vida;
- ▶ Os internamentos prolongados, necessidade de isolamento, aumento de meios auxiliares diagnósticos e utilização de fármacos;
- ▶ Perda de produtividade dos doentes.

14

EPIDEMIOLOGIA

- ▶ Inquérito nacional de prevalência de infecção em 2009 – 114 Hospitais 21 459 doentes;
- ▶ Taxa de prevalência de doentes com infecção nosocomial foi de 9,8% (2112 doentes).

*Inquérito Nacional de Prevalência
- Relatório, Setembro de 2009, p-4*



15

AS INFECÇÕES NOSOCOMIAIS MAIS FREQUENTES

1. Vias respiratórias (3,8%-802);
2. Vias urinárias (2,7%-570) ;
3. Local cirúrgico (1,3%-274);
4. Corrente sanguínea (0,7%-147)

Total de (8,5%-1795)
Amostra: 21559 doentes
IN :2112 doentes - (9,8%)

*Inquérito Nacional de Prevalência
- Relatório, Setembro de 2009*

16

INFECÇÕES URINÁRIAS

- ▶ Definidas por critérios microbiológicos: urocultura quantitativa positiva (10⁵ microrganismos/ml, com um máximo de 2 espécies microbianas isoladas);
- ▶ *Sintomas* - *Febre* > 38°C, micção imperiosa, polaquiúria, disúria ou tensão na zona suprapúbica (Sem outra causa conhecida).
- ▶ *Critérios de infecção urinária sintomática e assintomática do CDC 2009;*

Critérios de CDC para o diagnóstico das infecções - PNCI (P. 12-14, 2009)

17

MICRORGANISMOS

- ▶ Escherichia coli (21.4%)
- ▶ Candida spp (21.0%)
- ▶ Enterococcus spp (14.9%)
- ▶ Pseudomonas aeruginosa (10.0%)
- ▶ Klebsiella pneumoniae (7.7%),
- ▶ Enterobacter spp (4.1%).
- ▶ Staphylococcus spp



18

CRITÉRIOS DE CDC PARA O DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES URINÁRIAS 2009

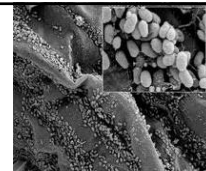
O diagnóstico de ITU baseia-se em critérios clínicos e no estudo microbiológico da urina, necessitando de uma interpretação cuidadosa.

- ▶ Infecção urinária sintomática;
- ▶ Bacteriúria assintomática;
- ▶ Outras infecções do aparelho urinário (rim, ureter, bexiga, uretra ou tecidos do espaço retroperitoneal ou peri-renal).

Crítérios de CDC para o diagnóstico das infecções - PNCI (P.12,13,14 2009)

19

PATOGÉNESE



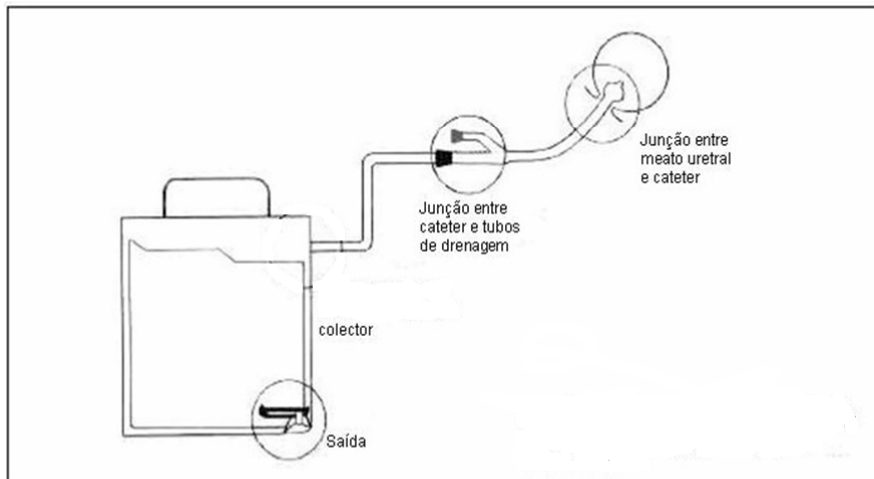
- ▶ As bactérias entram na via urinária cateterizada:

Extra-luminal na inserção da algália através da inoculação directa das bactérias na bexiga e por acção capilar da mucosa da uretra ascendendo do períneo;

Intra-luminal os microrganismos ascendem no lúmen do cateter por falhas da manutenção do circuito fechado da drenagem.

20

MANUTENÇÃO DO CIRCUITO FECHADO



Prevenção de infecções adquiridas no hospital - Um guia prático (p. 59, 2002)

21

FACTORES DE RISCO NA AQUISIÇÃO DE ITU NO DOENTE ALGALIADO

INTRÍNSECA	EXTRÍNSECA
<ul style="list-style-type: none"> • Idade Avançada • Sexo (diferentes anatómicas inerentes) • Diabetes • Imunodeficiência • Desnutrição • Insuficiência renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade de cuidados na inserção • Duração da algaliação • Manutenção do circuito fechado de drenagem • Despejo dos sacos de drenagem • Tempo de internamento

Recomendação para a prevenção ITU associada à algaliação (p 6, 2004)

22

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- ▶ Utilização adequada de equipamentos de protecção individual;
- ▶ Utilizar racionalmente os anti-microbianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfectantes);
- ▶ Promover formação/informação aos profissionais de saúde ;
- ▶ Implementar um programa de auditorias internas regulares às práticas e estruturas mais significativas;
- ▶ Incentivar e promover um ambiente seguro, através de boas práticas na prestação de cuidados.

23

METODOLOGIA DE OBSERVAÇÃO

- ▶ Aceitação dos enfermeiros envolvidos;
- ▶ Algaliação realizada por razões clínicas previamente estabelecidas;
- ▶ Substituição da assistente operacional pelo enfermeiro observador;
- ▶ Utilização de check-list validada por CCI do CHEDV preenchida após procedimento;
- ▶ Garantia de confidencialidade e anonimato de enfermeiro e doentes;
- ▶ Respeito pela privacidade do doente.



24

CHECK-LIST DE VERIFICAÇÃO DA INTRODUÇÃO DA Sonda Vesical

- 1-Procede à lavagem higiénica das mãos antes do procedimento?
- 2-Calça luvas não estéreis antes do procedimento?
- 3-Realiza a limpeza do meatro urinário com água e sabão?
- 4-Retira as luvas e procede a uma desinfeção higiénica das mãos?
- 5- Usa o kit de algaliação preconizado na instituição?
- 6-Utiliza a técnica asséptica de acordo com o procedimento da instituição?

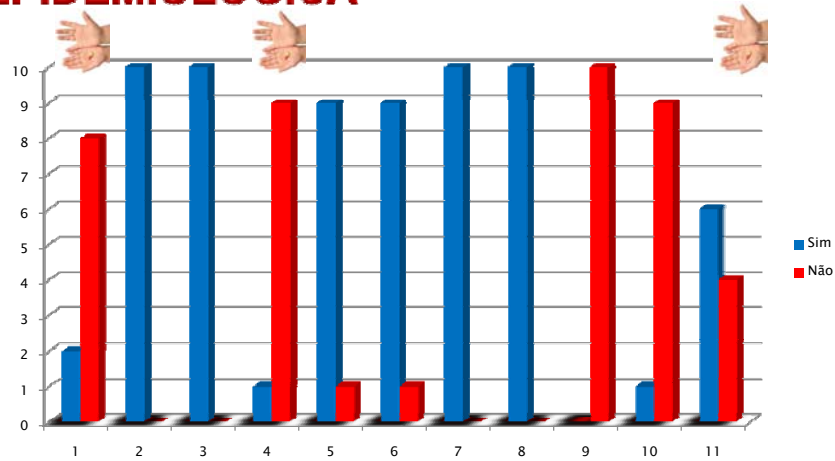
25

CHECK-LIST DE VERIFICAÇÃO DA INTRODUÇÃO DA Sonda Vesical

- 7-Introduz a sonda vesical lubrificada no meato urinário?
- 8-Mantém conectada a sonda vesical ao saco de drenagem de urina mantendo o circuito fechado?
- 9-Fixa a sonda vesical de forma segura após a inserção para impedir o movimento e tracção uretral?
- 10-Colocação adequada do saco de drenagem de urina que previna e contaminação da válvulo de despejo?
- 11-Retira as luvas e procede à desinfeção higiénica das mãos?

26

RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



27

PREVENÇÃO DA ITU NO DOENTE ALGALIADO

- ▶ Avaliação da necessidade de algaliação com base na avaliação do risco individual do doente;
- ▶ Selecção do tipo de algalia de acordo com a duração prevista da algaliação;
- ▶ Inserção e manutenção asséptica da algalia e sistema;
- ▶ Remoção correcta da algalia.

Recomendação para a prevenção ITU associada à algaliação (p4, 2004)



28

INDICAÇÕES PARA ALGALIAÇÃO

- ▶ Retenção urinária aguda e obstrução do trato urinário ;
- ▶ Avaliação de débito urinário em doentes críticos;
- ▶ Cirurgia urológica ou estruturas contiguas;
- ▶ Grande volume de infusões e/ou diuréticos;
- ▶ Permitir a cicatrização de feridas abertas na zona perineal ou sacral;
- ▶ Imobilização prolongada em fracturas instáveis da coluna, pélvica e outras.

HICPAC; *Guideline For Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infection*. 2009.

29

RECOMENDAÇÕES

HICPAC
HEALTHCARE INFECTION CONTROL
PRACTICES ADVISORY COMMITTEE

- ✓ Considerar método alternativo;
- ✓ Avaliar a necessidade de algaliação;
- ✓ Profissionais de saúde treinados;
- ✓ Lavagem das mãos;
- ✓ Seleccionar a sonda vesical de menor diâmetro;
- ✓ Usar a técnica asséptica, equipamento esterilizado e de protecção individual;

HICPAC; *Guideline For Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infection*. 2009.

30

RECOMENDAÇÕES

HICPAC
HEALTHCARE INFECTION CONTROL
PRACTICES ADVISORY COMMITTEE

- ▶ Manter o sistema de drenagem fechado;
- ▶ Fixar a algália para impedir o movimento e tracção uretral;
- ▶ Algaliação intermitente crónica (alternativa aceitável);
- ▶ Realizar higiene diária sem antissépticos;
- ▶ Evitar irrigações;
- ▶ Algália de Silicone evita a encrostação;

▶ ...

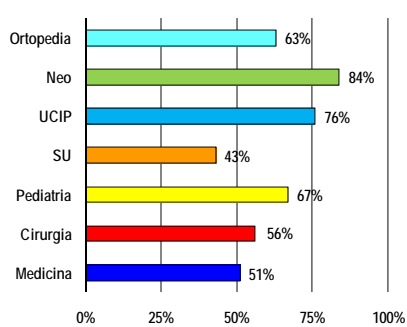
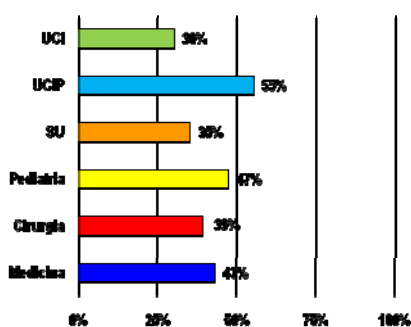
HICPAC; *Guideline For Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infection*. 2009.

31

RESULTADOS DA ADEÇÃO DA LAVAGEM DAS MÃOS

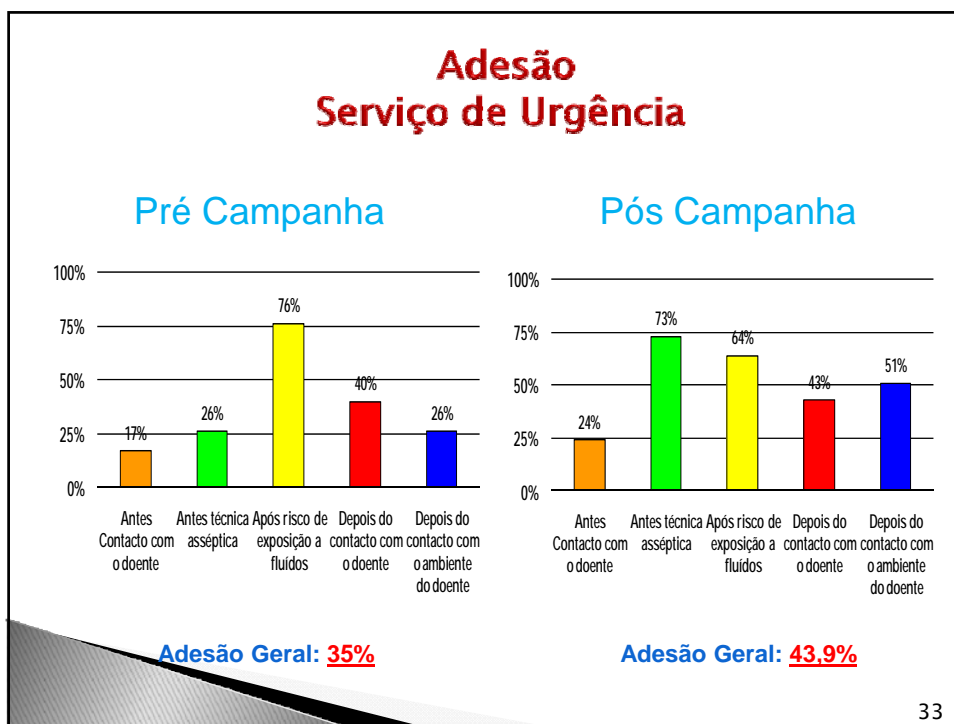
Pré Campanha

Pós Campanha



CCI do CHEDV

32



LAVAGEM DAS MÃOS

As mãos são o principal veículo de transmissão da infecção, existem três tipos de lavagem das mãos:

- ▶ Lavagem “social” ou higiénica;
- ▶ Lavagem asséptica ou desinfeção higiénica;
- ▶ Lavagem cirúrgica.



LAVAGEM E DESINFECÇÃO DAS MÃOS

Há duas populações de microorganismos presentes nas mãos, que formam a:

- ▶ **Flora residente da pele:** residem e multiplicam-se nas camadas mais profundas.
- ▶ **Flora transitória da pele:** são adquiridos através do contacto com material contaminado, com fluidos corporais, objectos, roupa da cama, superfícies e com a pele dos doentes.

35

*medidas simples
salvam vidas*



Adapted with permission from
Canada's Hand Hygiene Campaign

36

Conclusão



- ▶ A prevenção das infecções nosocomiais é da responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde. A cooperação é essencial para reduzir o risco de infecção nos doentes e nos profissionais. Isto inclui, os profissionais que prestam os cuidados directos ao doente, a gestão, as instalações, o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos.
- ▶ Os programas de controlo de infecção são eficazes desde que sejam abrangentes e incluam actividades de vigilância e prevenção, assim como a formação dos profissionais.

37

BIBLIOGRAFIA

- ▶ Costa, Ana Cristina; Noriega, Elena; Fonseca, Luís Filipe; Silva, Maria Goreti. *Direcção-Geral de Saúde. Inquérito Nacional de Prevalência de infecção. Relatório.* 2009.
- ▶ Direcção – Geral de Saúde. Critérios dos CDC Para a Definição de Vigilância e para as Infecções em Unidades Prestadas de Cuidados de Saúde a Doentes Agudos. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. 2009.
- ▶ Direcção - Geral de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital. Um Guia Prático.* 2002.
- ▶ Ministério da Saúde Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário. Algaliação de Curta Duração.* 2004.
- ▶ Helthcare Infection Control Practices Advisory Comitee; *Guideline For Prevention of Catether – Associated Urinary Tract Infection.* 2009.

38

Anexo VI

Panfleto - “Doente com algália – Recomendações Após Alta Hospitalar”

RECORRA AO MÉDICO

ASSISTENTE SE TIVER:

- Temperatura superior a 38° C;
- Dores nas costas e/ou na barriga;
- Urina castanha e/ou com resíduos;
- Vontade de urinar, mas não sair urina pelo tubo;
- Corrimento amarelado no local de inserção da algália.

Data de inserção: _____

Tipo e Calibre da algália: _____

Volume da água no balão: _____

Mudança da algália (data e local):

Antibioticoterapia (se o doente estiver a fazer):

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Serviço de Urgência

DOENTE COM ALGÁLIA RECOMENDAÇÕES APÓS ALTA HOSPITALAR



Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

ALGÁLIA

É uma sonda introduzida na bexiga, através da uretra e tem como finalidade a remoção da urina.



CUIDADOS DIÁRIOS COM A ALGÁLIA:

- Lavar bem as mãos com água e sabão antes e depois de mexer na algália ou no saco;
- Evitar desadaptar o saco da algália;
- Verificar se a algália e o tubo do saco nunca ficam dobrados, pois impede a saída de urina;
- Manter o saco da urina sempre abaixo do nível da bexiga;
- O saco de urina deve ser esvaziado num recipiente limpo e individualizado quando estiver a meio da sua capacidade.

HIGIENE PESSOAL

Lavar com água e sabão suave, os órgãos genitais e a algália, ao levantar e deitar, para evitar que se formem crostas.



O saco de drenagem com torneira **não deve ser substituído por rotina**, apenas quando: danificado ou com fugas; presença de acumulação de sedimento e/ou coágulos; com cheiro desagradável; com saída acidental do saco.

ALGÁLIA SÓ COM TAMPA

A tampa sempre que retirada deverá ser limpa com água e sabão e em seguida desinfetar com álcool 70°.

Se não usar saco, mas sim algália fechada com uma tampa, deve ir de 3 em 3 horas ou de 4 em 4 horas esvaziar a bexiga completamente (até deixar de sair urina), segurando a tampa na mão. À noite usar saco de tubo comprido;



O QUE NECESSITA TER EM CASA

- Sacos de urina;
- Suporte para saco; permite que o saco fique preso à cama e evita contacto com o chão e o repuxamento da algália;
- Tampas para a algália, caso não use saco;
- Álcool 70°;

SEXUALIDADE

As mulheres podem retomar a sua actividade sexual, salvo indicação médica em contrário. Os homens não podem ter relações sexuais enquanto tiverem a algália.

QUANDO DEVE SER MUDADA

-Numa próxima consulta; ou no seu Centro de Saúde consoante indicação descrita no verso..

ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

DEVE:

- Beber 2 a 3 litros de água ou chá por dia;
- Usar roupa interior de algodão;
- Caminhar sempre que possível;
- Retomar a sua actividade física, social e profissional o mais cedo possível (salvo indicação médica em contrário);

NÃO DEVE:

- Tomar banho de espuma, de imersão, nem com sabões irritantes;
- Usar roupa apertada;
- Aplicar pós (tipo pó de talco) ou qualquer outro produto sem indicação médica e /ou de enfermagem;
- Nunca trazer o saco de rastos pelo chão;

Anexo VII

Plano de Limpezas Gerais no SU para o ano de 2011

PLANO DE LIMPEZA GERAL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PARA O ANO DE 2011

Procedimento - Limpeza de paredes > 1,80 m até ao tecto e tectos, Limpeza de estores, Janelas e mobiliário > 1,80 m

Atribuição de turnos de manhã extra numerários

DATA	LOCAL	ASSISTENTE OPERACIONAL
3 Janeiro de 2011 (segunda-feira)	Triagem 1 e 2, Reanimação,	
1 Fevereiro de 2011 (terça-feira)	UDC (sala de reuniões, quarto 1,2 , sala de observação)	
2 Fevereiro de 2011 (quarta-feira)	UDC (sala de reuniões, quarto 1,2, sala de observação)	
1 Março de 2011 (terça-feira)	SOD (sala de limpos e sujos) e Gabinetes emergentes 1,2,3, Armazém	
4 Abril de 2011 (segunda-feira)	Pequena cirurgia (Sala de espera, sala de sujos, Obs., sala de gessos, pequena cirurgia 1 e 2)	
5 Abril de 2011 (terça-feira)	Pequena cirurgia (Sala de espera, sala de sujos, Obs., sala de gessos, pequena cirurgia 1 e 2)	
2 Maio de 2011 (segunda-feira)	Gabinetes urgentes (1,2..., sala de tratamento)	
3 Maio de 2011 (terça-feira)	Gabinetes urgentes (1,2..., sala de tratamento)	
1 Junho de 2011 (quarta-feira)	Copas 1 e 2; vestiários dos homens	
2 Junho de 2011 (quinta-feira)	Vestiários das mulheres, vestiários de maqueiros e auxiliares.	
1 Julho de 2011 (sexta-feira)	Triagem 1 e 2, Reanimação,	
1 Agosto de 2011 (segunda-feira)	UDC (sala de reuniões, quarto 1,2, sala de observação)	
2 Agosto de 2011 (terça-feira)	UDC (sala de reuniões, quarto 1,2, sala de observação)	
1 Setembro de 2011 (quinta-feira)	SOD (sala de limpos e sujos) e Gabinetes emergentes 1,2,3, Armazém	
3 Outubro de 2011 (segunda-feira)	Pequena cirurgia (Sala de espera, sala de sujos, obs, sala de gessos, pequena cirurgia 1 e 2)	
4 Outubro de 2011 (terça-feira)	Pequena cirurgia (Sala de espera, sala de sujos, obs, sala de gessos, pequena cirurgia 1 e 2)	
1 Novembro de 2011 (terça-feira)	Gabinetes urgentes (1,2..., sala de tratamento)	
2 Novembro de 2011 (quarta-feira)	Gabinetes urgentes (1,2..., sala de tratamento)	
1 Dezembro de 2011 (quinta-feira)	Copas 1 e 2; vestiários dos homens	
2 Dezembro de 2011 (sexta-feira)	Vestiários das mulheres, vestiários de maqueiros e auxiliares.	

